

FACT

Flexibel Assertive Community Treatment

Vision, tillämpning och organisation

J.R van Veldhuizen och M. Bähler



Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord till den svenska upplagan	1
Författarnas förord	2
Prolog A: FACT i ett nötskal	5
Prolog B: En personlig historia	6
Prolog C: Morgonmöte med ett FACT-team	7
Kapitel 1: Klienter med allvarlig psykisk sjukdom: behov och vård	
1.1 Vilka klienter behandlas av ACT och FACT?	10
1.2 Klienternas problem och vårdbehov: en historisk tillbakablick	11
1.3 Vad krävs av den psykiatriska öppenvården?	12
1.4 Sju nyckelkomponenter i FACT	13
1.5 Vad krävs för att kunna ge de sju komponenterna?	15
1.6 Styrkan i uppsökande verksamhet	17
Kapitel 2: Byggstenarna i FACT	
2.1 Principer i FACT	18
2.2 Personalens sammansättning	20
Kapitel 3: Arbetssättet i FACT	
3.1 Exempel på en situation	23
3.2 FACT-tavlan	24
3.3 Kriterier för att sätta upp klienter på FACT-tavlan	28
3.4 Att integrera behandling, vård, rehabilitering och återhämtning	31
3.5 Behandlingsplan: riktlinjer och utformning	33
Kapitel 4: Timglasmodellen	
4.1 Behandlarna har olika roller	35
4.2 Timglasmodellen	35
4.3 Att arbeta med timglasmodellen	38
4.4 Timglasmodellen= återhämtning i alla faser	40
Kapitel 5: FACT i praktiken	
5.1 Styrkor, återhämtning och rehabilitering	41

5.2 Inkludering i samhället genom att bygga upp stödsystem	42
5.3 Interventioner som följer de nationella riktlinjerna	43
5.4 Integrerad behandling för klienter med dubbeldiagnos	43
5.5 Arbete: Individuell placering med stöd	44
5.6 Fysisk ohälsa	45
5.7 Påtryckningar och tvång	45
5.8 Att avsluta FACT-vården	46

Kapitel 6: Yrkeskategorier i FACT

6.1 Brukarspecialist	48
6.2 Sjuksköterskor	48
6.3 Psykiater	50
6.4 Psykolog	51
6.5 Arbetsspecialist	51

Kapitel 7: Att implementera FACT

7.1 Upptagningsområde	53
7.2 Att integrera psykiatrisk öppen- och slutenvård	53
7.3 Att informera om FACT och få gehör för arbetssättet	54
7.4 Att inrätta team och utbilda personalen	54
7.5 FACT-mottagningen	55
7.6 Vad hände med ACT i Holland?	55

Kapitel 8: Skillnaden mellan ACT och FACT, programtrohets skala för FACT och certifiering

8.1 Skillnaden mellan ACT och FACT	57
8.2 ACT versus FACT	59
8.3 Programtrohets skala för FACT	60
8.4 Certifiering	60

REFERENSER	62
------------	----

KONTAKTLISTA	64
--------------	----

Förord till den svenska upplagan

Den holländska arbetsboken om FACT översattes 2013 till engelska av R van Veldhuisen och M Bähler. Föreliggande skrift är en översättning av denna engelska version av arbetsboken. Anledningen till att vi valt att översätta arbetsboken, tillsammans med den programtrohetskala som också utvecklats, är det växande intresset för att implementera integrerade arbetsmodeller för personer med allvarlig psykisk sjukdom. ACT har sedan tidigare varit föremål för implementering i Sverige och i flera olika projekt görs nu också försök att implementera FACT som enligt upphovsmännen är en anpassning och utveckling av ACT-modellen. Trots att vi ännu inte sett forskning som på ett avgörande sätt visat på effektiviteten i FACT har modellen varit föremål för en omfattande implementering i framförallt Holland och i många distrikt ersatt tidigare ACT-team.

När man läser arbetsboken är det viktigt att påpeka att den avspeglar den holländska situationen och strukturen på den psykiatriska vården. Vi har valt att inte "försvenska" arbetsboken, men har på några ställen lagt in fotnotter för att förtydliga. Det faller på läsaren att i dessa avseenden översätta till svenska förhållanden. Några exempel på vad som förefaller vara annorlunda i Holland är t.ex. uppbyggnaden av multidisciplinära team. I texten nämns inte mentalskötare, arbetsterapeuter eller sjukgymnaster vilka är vanligt förekommande i svenska psykiatriska öppenvårdsteam. I texten nämns också Resursmodellen, som är en case management modell som inte fått samma genomslag i Sverige som i Holland. Det är dock vår uppfattning att Resursmodellen inte är avgörande för att bygga upp ett FACT-team, utan case management frågan kan lösas med andra modeller. I arbetsboken nämns också några behandlingsinsatser som inte är lika vanliga i Sverige som i Holland, t.ex. EMDR. Inte heller har "säng på begäran" prövats i Sverige. Säng på begäran innebär att en klient, efter att ett avtal upprättats, på egen begäran kan lägga in sig i den psykiatriska slutenvården under en kort period. I Norge där modellen just nu prövas kallas den "säng på recept". I arbetsboken beskrivs också en tydlig modell för hur en klient skall avsluta kontakten med FACT-teamet och överföras till primärvården. I Sverige ser nog denna process väldigt olika ut beroende på lokala förhållanden.

Arbetsboken har översatts av Bodil Lindkvist inom ramen för ett PRIO-projekt om integrerade verksamheter. Docent Bengt Svensson och Professor Lars Hansson, båda verksamma i CEPI, har fackgranskat texten.

CEPI, november 2014

<http://www.med.lu.se/hv/cepi>

Författarnas förord

ACT (Assertive Community Treatment) är en samhällsbaserad behandlings- och rehabiliteringsmodell som introducerades i USA på 1970-talet av Stein, Test och Marx (Test och Stein 1978). Modellen innebär att ett multidisciplinärt team med 10 heltidsanställda personer gemensamt ansvarar för 100 klienter. Arbetssättet fokuserar på uppsökande verksamhet och på att ge intensiva vård- och stödinsatser under lång tid. ACT vänder sig till de människor med allvarlig psykisk sjukdom i samhället med mest omfattande funktionsnedsättning, vilket motsvarar ungefär 20 procent av populationen. I synnerhet handlar det om individer som är svåra att engagera i vård och som riskerar att ofta läggas in på psykiatrisk klinik, bli hemlösa, försumma sin egenvård eller hamna mellan stolarna i vårdapparaten. ACT har införts i många länder, är väl utforskad och bygger på etablerade programtrohetsskalor. Internationellt sett är ACT-modellen erkänd som en evidensbaserad intervention.

Vad kan då FACT (=Flexibel ACT) tillföra en sådan väletablerad modell? Varför presenterar vi en holländsk version av ACT i den här manualen? Skälet är att FACT innehåller fördelaktiga nyheter. De här fördelarna visade sig först på teamnivå, i FACT-teamens dagliga arbete. Men FACT-modellen skapar också möjligheter till förnyelse på ett bredare område, nämligen när det gäller organisationen av psykiatriska insatser för individer med allvarlig psykisk sjukdom.

I genomsnitt ansvarar ett FACT-team med 11–12 heltidsanställda för 200 klienter. Målgruppen är alla individer med allvarlig psykisk sjukdom i ett upptagningsområde, inte bara de 20 procent som ACT vänder sig till utan också de övriga 80 procent som tillhör populationen men klarar sig med mindre intensivt stöd och behandling. För att snabbt kunna skifta mellan olika nivåer av omhändertagande för de två grupperna använder sig FACT-teamen av ett flexibelt system. De klienter som behöver intensiva insatser diskuteras varje dag, deras namn listas på en digital FACT-tavla och hela teamet arbetar med dem. De klienter som behöver mindre hjälp får individuell case management. Med andra ord: När klienterna blir stabilare överförs de inte till en reguljär öppenvårdsmottagning (som i ACT via ”nedtrappning”) utan stannar kvar i teamet. Att smidigt kunna växla mellan olika nivåer av insatser förbättrar vårdens kontinuitet och minskar antalet individer som avbryter programmet.

Systemet medför också större möjligheter att konsekvent kunna stödja återhämtningen och rehabiliteringen. Så fort en klient som får individuell case management visar tecken på försämring blir personen föremål för intensiv ACT. Kombinationen av flexibilitet och kontinuitet passar in på det naturliga förloppet vid allvarlig psykisk sjukdom, präglad av återkommande episoder och återfall.

När FACT-teamen började komma igång ledde det också till ett nytänkande när det gäller den psykiatriska vården i stort. Vi utvecklade FACT-modellen för att kunna

- ge behandling inriktad på återhämtning
- erbjuda evidensbaserade insatser
- integrera psykiatrisk öppen- och slutenvård.

I FACT har resursmodellen¹ (Rapp et al. 1998), familjeinterventioner, Integrerad Dubbeldiagnosbehandling (IDDT) och Individuell Placering med Stöd (IPS) införlivats för att behandla klienterna enligt de nationella riktlinjerna för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

FACT-teamen är områdesbaserade. Ett team tar hand om alla individer med allvarlig psykisk sjukdom i ett upptagningsområde med 40-50 000 invånare. Teamet har ett nära samarbete med andra stöd- och vårdverksamheter i samhället, t.ex. socialtjänsten och primärvården. Ledstjärnan är "gränsöverskridande vård".² Ett FACT-team fungerar inte bara som portvakt till den psykiatriska kliniken, utan fortsätter ha kontakt med klienten under sjukhusvistelsen och behåller det övergripande ansvaret för att samordna behandlingen.

Även om FACT-modellen är relativt kostsam ger den psykiatriska, samhällliga och ekonomiska fördelar. Klienter, anhöriga och samarbetspartners är positivt inställda till arbetssättet. Att FACT har ett helhetsperspektiv på klienterna och tar itu med konkreta problem som gör det svårt för dem att fungera väl i samhället, t.ex. störande beteende eller svårigheter att sköta sin bostad eller hygien, leder till att fler människor med allvarlig psykisk sjukdom får möjlighet att lönearbeta och att antalet sjukhussängar kan minskas.

FACT-modellen har utarbetats i Holland av J.R van Veldhuizen (psykiater) och M. Bähler (psykolog). De första teamen startade 2003 i Alkmaar (Northern North-Holland Mental Health Service). Successivt har modellen vidareutvecklats, utifrån teamens erfarenheter av hur verkligheten ser ut. Nu, 2013, finns det c:a 200 team i Holland och inför framtiden förutspås att antalet kommer att växa till 400-500 stycken.³

En programtrohetsskala skapades 2007 (Bähler et al.) och året efter publicerades FACT-manualen (redigerad av Van Veldhuizen, Bähler, Polhuis och Van Os). Centret för certifiering av ACT- och FACT-team (www.ccaf.nl) har redan godkänt 100 team. Och i slutet av 2013 kommer det att finnas 150 team som har uppfyllt kraven för certifiering. Team håller också på att byggas upp i Belgien. I Hong Kong, Norge, Sverige och Storbritannien undersöker man möjligheterna att integrera FACT-principerna i deras nuvarande system.

Förutom en publikation på engelska (Van Veldhuizen 2007) är det här första gången som FACT beskrivs på något annat språk än holländska. Manualen beskriver modellens uppbyggnad, synsätt och praktiska tillämpning. Ansvariga politiker och experter som vill

¹ Resursmodellen är en Case managementmodell utvecklad av Rapp m fl, se referens

² "Gränsöverskridande vård" är ett holländskt begrepp som kommer att förklaras närmare i de följande kapitlen. Centralt i begreppet är att FACT-teamet alltid betraktar inläggning på en psykiatrisk klinik, dygnsvård eller dagvård, som en tillfällig time-out

³ The Council for Public Health and Care (ett rådgivande organ till Hälso- och sjukvårdsministern)

börja använda modellen hittar all information de behöver här. Det är en arbetsbok som är praktiskt inriktad, där forskningsdata och referenser är begränsade. Manualen vänder sig till alla som arbetar inom psykiatri. Även om vi framförallt redogör för situationer som är typiska för Holland jämför vi med förhållanden i andra länder. Vi hoppas att detta gör idéerna med FACT tillgängliga för våra internationella kollegor. Och vi hoppas att manualen kan inspirera till att förbättra vården av människor med allvarlig psykisk sjukdom, oavsett var de bor i världen.

J.R van Veldhuizen, psykiater

Prolog A: FACT i ett nötskal

FACT-team ger långvarig behandling till människor med allvarlig psykisk sjukdom i samhället. Förutom psykiatriska problem har individerna ofta nedsatt social funktionsförmåga, t.ex. när det gäller boende, egenvård, arbete eller ekonomi. Det är svårt för dem att delta i samhället, att "höra till" och känna sig som värdefulla medborgare. Deras sociala nätverk är ofta litet. Familjen kan vara en viktig stöttepelare, men ibland hålls den på avstånd eller drar sig självmant undan.

FACT är en bred biopsykosocial modell som (a) behandlar sjukdomen och symptomen, (b) vägleder och ger praktisk hjälp med vardagssysslor, (c) rehabiliterar och (d) stödjer återhämtningen. Ett enda team ansvarar för alla uppgifterna.

Målen med FACT är att garantera vårdens kontinuitet, förebygga inläggning på psykiatrisk klinik och att bryta klienternas utanförskap i samhället genom att stimulera dem till ett aktivt deltagande.

Ett FACT-team tar hand om 200-220 klienter i ett upptagningsområde med 40 000-50 000 invånare. Teamet samarbetar med de anhöriga och med de stöd- och serviceverksamheter som finns i grannskapet. Teamet är multidisciplinärt, dvs. medlemmarna har olika yrkesbakgrund (en psykiater, psykiatrisjuksköterskor, en psykolog, en IPS-specialist (IPS), en missbruksspecialist och en brukarspecialist). Ungefär 10-11 heltidsanställda personer ingår i teamet.

Teamet skiftar mellan två olika sätt att förmedla sina insatser, antingen via stöd från kontaktpersonen (individuellt case management) eller via intensiv behandling från hela teamet (ACT).

I båda fallen görs insatserna hemma hos klienten. Hembesök bäddar för en personlig kontakt och gör det lättare att upptäcka de faktiska vårdbehoven. Det gör det också lättare att utnyttja de naturliga stödresurser som kanske finns i närheten, t.ex. en hjälpsam granne eller en familjemedlem. För de flesta klienter räcker det med individuellt case management. Men så fort en individ visar tecken på att insjukna på nytt, riskerar sjukhusinläggning eller behöver extra tillsyn av något annat skäl trappas insatserna upp. Upptrappningen kan pågå under kort eller lång tid. När krisen är över och läget har stabiliserats återgår teamet till individuellt case management. Genom att snabbt kunna skifta mellan två insatsnivåer kan man bemöta det naturliga förloppet vid allvarlig psykisk sjukdom, där perioder av framsteg och förbättring växlar med perioder av bakslag och återfall.

1. Klienter som får individuellt stöd skrivs inte upp på FACT-tavlan. De träffar sin kontaktperson regelbundet och då och då psykiatern. Andra medlemmar i teamet hjälper till vid behov, t.ex. missbruksspecialisten för dubbeldiagnosbehandling eller psykologen för KBT.

2. Namnen på de klienter som får intensiva insatser listas på en digital FACT-tavla, dvs. ett Excelblad projicerat på väggen. Varje morgon träffas teamet för att diskutera klienterna och bestämma vem som ska göra vad under dagens lopp.

Minst en gång om året utvärderar teamet klientens behandlingsplan (inklusive kris- och rehabiliteringsplanen) tillsammans med personen. Vid utvärderingen används aktuell information från HoNOS och MANSA eller liknande bedömningsinstrument. Vanligtvis arbetar FACT-teamen vardagar under kontorstid. Efter stängningsdags och under helger har de kommit överens med den psykiatriska kliniken om att ställa upp vid behov.

Prolog B: En personlig historia

Jag är 40 år, bor ensam och har haft en psykos sedan 20-årsåldern. Första gången jag blev psykotisk var förfärlig. Jag förstod inte vad som höll på att hända och jag tog avstånd från min familj. Till slut blev jag tvångsintagen. Efter det har jag varit intagen flera gånger. Det var skrämmande att vara på ett psykiatriskt sjukhus, på en avdelning tillsammans med andra som också har en massa problem. Jag såg otäcka saker där, t.ex. människor som begick självmord.

Under årens lopp har de förklarat min sjukdom för mig och hur jag ska göra för att hantera den. Det har fått mig att acceptera att jag behöver medicin, även om jag egentligen inte tycker om det. De första 10-15 åren när jag var sjuk kretsade allting runt sjukdomen. Jag hoppade av mina studier och bodde först i ett gruppboende, men det fungerade inte för jag fick ofta återfall och åkte in och ut på sjukhuset. Utanför sjukhuset fick jag inte mycket hjälp. Jag gick till öppenvårdsmottagningen var fjärde eller sjätte vecka och diskuterade medicinerna med min psykiater. Förutom det träffade jag en sjuksköterska som var min kontaktperson. Jag brukade träffa henne på mottagningen, men om jag ringde och var förvirrad kom hon hem till mig, oftast för att se till att jag blev inlagd.

De senaste åtta åren har jag fått stöd från ett annat håll. Nu är det ett FACT-team som tittar till mig. De kommer hem till mig för att prata och se hur jag har det. Och de hjälper mig att tackla saker och ting på riktigt, så att de verkligen blir av. Jag har en behandlingsplan som bl.a. innehåller möten med brukarspecialisten och IPS-specialisten)⁴. Brukarspecialisten har själv varit patient, och därför tror jag att det är lättare för honom än för någon annan i teamet att sätta sig in i mina problem. Till exempel var det skönt att kunna prata med honom om mina upplevelser på sjukhuset. Och sedan har jag fått EMDR-terapi av psykologen, så de

⁴ IPS står för Individuell Placering med Stöd, en metod för att aktivt hjälpa människor med psykisk ohälsa att hitta och behålla ett lönearbete.

hemska bilderna stör mig inte lika mycket längre. Brukarspecialisten har också startat en återhämtningsgrupp, en liten grupp med patienter där vi pratar om saker man kan göra för att livet ska bli mer meningsfullt.

IPS-specialisten har hjälpt mig att skaffa ett arbete på ett vanligt företag, tre dagar i veckan, fyra timmar om dagen. I början var det tufft, men han tränade och peppade mig och nu klarar jag av det. Visserligen är det dåligt betalt, men jag tycker ändå att det känns mycket bättre att jobba än att syssla med de aktiviteter jag hade innan på dagcentrat. Då och då går jag fortfarande dit, mest för att få sällskap eller för att äta en bit mat.

Sjuksköterskan som var min kontaktperson på öppenvårdsmottagningen är min case manager. Jag har gjort min behandlingsplan tillsammans med henne och psykiatern. Hon har också kontakt med min familj och mina grannar. Jag tycker det är bra att grannarna är inblandade. För när jag håller på att bli sämre igen ändrar jag mina vanor, och det vet grannarna om. När de märker att jag alltid har gardinerna neddragna och slutar hälsa på folk i trappan, ringer de till teamet och någon därifrån kommer. Förra året hände tråkiga saker som gjorde att jag snurrade till det ordentligt. Min syster blev sjuk, jag blev rånad och började med droger igen. Då besökte människor från FACT-teamet mig varje dag. De hade med sig mediciner, pratade om min syster och hjälpte mig att göra en polisanmälan. De meddelade också arbetsgivaren att jag inte kunde komma de närmaste två veckorna. Även psykiatern kom hem till mig.

Det betyder jättemycket att ha ett helt team runt omkring sig när man mår dåligt, människor som kan hjälpa till med alla typer av problem. Det är nästan som att vara på sjukhus hemma. Men fördelen är att man är i sin egen lägenhet och känner all personal. Jag lyckades komma ur svackan ganska snabbt, och nu träffar jag bara kontaktpersonen och återhämtningsgruppen. Snart ska vi göra ett projekt i den gruppen som går ut på att ordna en lokal i vår stadsdel där folk kan träffas och umgås. Allt som allt är jag ganska nöjd med min situation för tillfället.

Prolog C: Morgonmöte med ett FACT-team

Varje arbetsdag, cirka 07.45, kommer åtta teammedlemmar till mötet. De tar en kopp kaffe eller te, småpratar en stund och sätter sig runt bordet med sina tidskalendrar. Alla arbetsdagar börjar här.

Sjuksköterskan Rick startar den digitala FACT-tavlan och Excelbladet projiceras på en vit vägg. Idag är det Rick som håller i trådarna. Han och två andra teammedlemmar, Anna och Hans, turas om att leda mötena. Anna sitter vid datorn och antecknar på Excelbladet, så att alla kan se vad man kommit överens om.

Rick börjar genomgången. På FACT-tavlan står namnen på 20 klienter som behöver intensiva insatser. Klienterna är indelade i undergrupper som visar varför de är listade: en grupp som behöver kortvariga insatser, en grupp som behöver långvariga insatser och eventuellt daglig tillsyn, en grupp som blivit inlagd på psykiatriskt eller somatiskt sjukhus, en grupp som undviker behandling och en grupp som består av nya klienter.

Förutom namnet anges på tavlan en kort diagnos, orsaken till att klienten är uppskriven, individens målsättningar, namn på kontaktperson, närmast anhörig/stödperson, planerade åtgärder och vem som ska göra hembesök.

Klienten Ella står överst på listan. Ella har en allvarlig bipolär sjukdom och har varit exalterad och forcerad den senaste veckan. Hon har betett sig på ett riskabelt sätt, brusat upp mot människor som hon brukar komma överens med och riskerar att bli helt utmattad. Teamet besöker henne varje dag. Lyckligtvis accepterar hon sina mediciner och läget håller nu på att stabiliseras. Teamet bestämmer att psykiatern och kontaktpersonen (sjuksköterska) ska göra hembesök idag för att ta reda på vad hon mer behöver. Kontaktpersonen ska också ringa till hennes familj. I morgon ska en annan sjuksköterska besöka henne för att ge en injektion. I vanliga fall brukar hon få sprutan på mottagningen, men nu är det lugnare för henne att få den hemma. Psykologen frågar: "Vet vi egentligen varför Ella plötsligt tappade fotfästet?" En diskussion utbryter. Brukarspecialisten berättar att han hört från en annan klient att Ella blivit djupt sårad när hon dejtade en man via nätet, och mannen avbrutit kontakten när han fått reda på att hon har psykiska problem. Kanske har den händelsen samband med den plötsliga försämringen? De teammedlemmar som ska besöka henne idag bestämmer att de försiktigt ska fråga vidare om saken. Det visar sig också att litiumnivån i blodet har varit för låg under de senaste veckorna, en viktig upplysning. Hennes läkemedelsdosett ska kollas upp. Rick sammanfattar arbetsuppgifterna och Anna skriver dem på FACT-tavlan. I morgon kontrollerar teamet att de genomförts.

Nästa klient på listan är Jeanne. Hon har fått intensiva insatser till följd av återkommande unipolära depressioner, med självmordstankar och en tendens att försumma sina elementära behov. I går morse ordnade teamet så att hon blev inlagd på den psykiatriska kliniken, vilket hon gick med på. Enligt teamet räckte det inte med två hembesök om dagen för att garantera hennes säkerhet. Tidigare, i liknande situationer, hade inte bara Jeanne utan också teamet skjutit upp beslutet om inläggning på sjukhus, vilket hade resulterat i självmordsförsök och ofta slutat med tvångsintagning. Nu försökte man komma överens med henne om frivillig intagning innan situationen blev för farlig. På FACT-tavlan är rutan "Närmast anhörig/stödperson" tom för Jeanne, en brist som skulle behöva åtgärdas. Teamet bestämmer när de ska besöka henne på kliniken. Psykiatern ska träffa avdelningsläkaren för att diskutera medicineringen och nödvändiga laboratorieprover. Psykiatrisjuksköterskan från kommunen ska återigen ta upp frågan om det inte finns någon släkting eller bekant som kan ställa upp som stödperson. Kontaktpersonen ska besöka henne två gånger i veckan och se till att lägenheten är hyfsat välstädad igen. Teamet räknar med att Jeanne kommer att

stanna på sjukhuset två till tre veckor. Anna antecknar åtgärderna på FACT-tavlan, inklusive en notis som gäller två veckor senare: Utskrivning??

Tom är en ny klient som remitterades till teamet igår från en öppenvårdsmottagning. Där har de under två år försökt få Tom att acceptera behandling. Diagnosen har varit personlighetsstörning och ångest, men försöken att nå honom har misslyckats. Tom dök inte upp på inplanerade möten, uppträdde narkotikapåverkad och nu håller situationen på att gå överstyr: han riskerar omedelbar vräkning pga. hyresskulder. Teamet diskuterar vad de ska göra. De utser en kontaktperson som ska försöka identifiera och rangordna hans problem, eventuellt i samarbete med psykiatrisjuksköterskan från kommunen. Psykiatern ska prata med honom, psykologen erbjuda ett möte och brukarspecialisten göra hembesök (för att försöka hitta sätt att motivera honom). Åtgärderna skrivs upp på FACT-tavlan, och om tre veckor kommer teamet att träffas för att utforma en behandlingsplan.

När teamet har gått igenom de 20 klienterna öppnar Anna arbetsbladet "Diskussionsfall". Rick frågar om det finns något att rapportera om de övriga klienterna. De "övriga klienterna" står inte på FACT-tavlan utan får individuell case management. Men ibland vill en case manager ha hjälp med ett problem eller någon i teamet informera om en händelse som alla behöver känna till. Den här morgonen är det fyra teammedlemmar som har nyheter att komma med.

Arbetspecialisten nämner klienten Max. Han ska börja arbeta den här veckan. Han är stolt över att han lyckats få ett "riktigt" lönearbete, men han är också spänd och orolig. Om någon i teamet stöter på honom så var snäll och önska honom lycka till, ber arbetspecialisten.

Psykologen informerar om Bart, en ung man som upplevt många förluster i samband med psykosdebuten. Psykologen samtalar regelbundet med Bart för att hjälpa honom att hantera de förändrade framtidsutsikterna. Just nu håller hans tidigare studiekamrater på att avlägga examen, vilket gjort honom extra sårbar och aktualiserat hans känsla av misslyckande. Psykologen påpekar att det inte är konstigt om han reagerar genom att bli nedstämd. Hon vill att alla ska vara förberedda på den här reaktionen och berättar hur man kan bemöta den. Teamet lyssnar och antecknar.

En kontaktperson berättar om en annan ung man, Peter. Hans psykiska tillstånd har varit stabilt ganska länge, men sedan en tid tillbaka verkar droger spela en allt större roll i hans liv. Kontaktpersonen föreslår att missbruksspecialisten ska besöka honom och vill ha ett möte med psykiatern om tre veckor för att bestämma hur de ska gå vidare. Detta ordnas.

En annan kontaktperson rapporterar om Stina, en kvinna med schizofreni och alkoholmissbruk. Återigen har det varit incidenter kring Stina. Grannarna har ringt polisen och klagat på att hon uppträtt störande och bråkigt. Rick säger: "Stina var på tapeten flera gånger förra veckan också. Därför tycker jag att vi sätter upp henne på FACT-tavlan, besöker henne varje dag och ser till att flera av oss pratar med henne. Nästa vecka kollar vi upp om

den strategin fungerar". Teamet enas om den handlingsplanen. Anna skriver ner besluten och namnen på de teammedlemmar som ska besöka Stina de närmaste dagarna.

Avslutningsvis undrar Rick om det finns andra frågor som behöver ventileras. En kontaktperson påminner om att hon ska ha semester nästa vecka. Vem som ska ersätta henne för klienterna på FACT-tavlan är redan bestämt, men hon vill ha någon som tittar till ett par andra av hennes klienter. Detta arrangeras. En annan i teamet meddelar att det har kommit nya broschyrer om aktiviteter och sysselsättningar som kommunen anordnar. Broschyerna finns på kontoret, och de case managers som tror att deras klienter är intresserade kan hämta dem. Teamledaren påpekar att verksamhetschefen har skickat ett e-mail för att påminna om att vissa formulär måste skickas in i slutet av veckan. Teammedlemmarna suckar och antecknar det i sina kalendrar. Inga andra frågor dyker upp, och efter exakt en halvtimme stänger Anna av datorn. Dagens arbetsuppgifter är fastställda, lokalen töms och de flesta teammedlemmar ger sig iväg för att göra hembesök.

Kapitel 1: Klienter med allvarlig psykisk sjukdom: behov och vård

1.1 Vilka klienter behandlas av ACT och FACT?

FACT är en vidareutveckling av ACT-modellen, utarbetad av Stein & Test i USA (Test och Stein 1978). ACT fokuserade på de mest sårbara 20 procenten i gruppen människor med allvarlig psykisk sjukdom i samhället. Majoriteten hade en psykosjukdom, oftast i kombination med missbruksproblem (dubbeldiagnos). Många hade nyligen varit inlagda på psykiatriskt sjukhus, ibland under lång tid, och tillhörde dem som fastnat i "svängdörren", dvs. de pendlade mellan sluten- och öppenvård. Många hade också svårt att sköta sitt boende och sin ekonomi, och de hade ofta dålig kontakt med sina familjer. Vem som skulle ta hand om de återstående 80 procenten i gruppen människor med allvarlig psykisk sjukdom diskuterades inte noggrant i ACT-modellen, men utgångspunkten var att det skulle göras av ett vanligt öppenvårdsteam.

FACT-modellen innebär ett annat förhållningssätt, nämligen att behandla *hela* gruppen av människor med allvarlig psykisk sjukdom.

I Holland har den gruppen definierats i ett konsensusdokument. För att tillhöra gruppen måste en individ uppfylla följande fem kriterier:

- Ha en psykisk sjukdom som kräver vård och behandling (= ingen remission av symptomen)
- Ha allvarligt nedsatt förmåga att fungera socialt och i samhället (= ingen remission av funktionsförmågan)
- De två kriterierna har samband med varandra (funktionsnedsättningen är orsaken till och följderna av psykopatologin)

- Problemen är inte övergående till sin natur (utan systematiska och långvariga)
- Samordnade insatser krävs för att kunna genomföra behandlingsplanen.

Gruppen kan beskrivas i termer av DSM-IV: "allvarlig" diagnos på axel I, ofta också personlighetsstörning (axel II). På axel III: komplicerade medicinska och neurologiska problem finns ofta med i bilden. På axel IV: psykosociala problem och problem i förhållande till omgivningen. Klienter med allvarlig psykisk sjukdom har låga poäng på funktionsförmågan (axel V). Populationen varierar med hänsyn till ålder, bakgrund, problemens art och svårighetsgrad, levnadslöpp och sociala och ekonomiska förhållanden.

De allra flesta har en psykosjukdom. Andra vanliga sjukdomar är förstämningsjukdomar (depression, bipolär sjukdom), personlighetsstörningar, autismspektrumstörningar, ADHD, inlärningssvårigheter, missbruk/beroende eller en kombination av flera tillstånd.

Individerna i fråga har allvarliga problem på många områden i livet, t.ex. när det gäller att sköta sin fysiska hälsa, skaffa eller behålla ett arbete, utbilda sig, fungera i samhället och upprätthålla personliga relationer.

1.2 Klienternas problem och vårdbehov: en historisk tillbakablick

Människor med allvarlig psykisk sjukdom är ingen homogen grupp; de är lika olika sinsemellan som alla människor. Ändå präglas många i gruppen av karakteristiska begränsningar. Ibland har de svårt för att organisera saker, koncentrera sig eller förstå ett budskap. Ibland har de bristfälliga sociala färdigheter, vilket gör dem utsatta och sårbara i samvaron med andra. Ibland är det besvärligt för dem att utföra vardagssysslor som att städa, tvätta, handla mat eller sköta sin personliga hygien. Deras kontakter med familjen är ofta instabila och bräckliga, de har få nära vänner, är sällan gifta eller har ett avlönat arbete. De ifrågasätter ofta meningen med livet. Ibland umgås de framförallt med andra människor som lider av psykisk sjukdom, något som kan bidra till upplevelsen av smärtsamma förluster, t.ex. kamrater som insjuknat i psykos igen eller begått självmord.

Av ovanstående beskrivning inser man att klienternas psykiatriska tillstånd gör det svårt för dem att fungera socialt på nästan alla områden. Den insikten tog man fasta på i slutet av 1800-talet, när man började placera individerna på institutioner. Tanken var att tillgodose deras sociala problem genom att erbjuda bostad, hjälpa till med hygien, ta hand om ekonomin och kontrollera missbruket. Läkare och sjuksköterskor kunde koncentrera sig på den "medicinska" behandlingen av symptomen. Institutionaliseringsen betraktades som "en hälsosam utestängning från samhället".

I början verkade det här vara en human lösning, men i det långa loppet visade det sig att de intagna förvandlades till enbart "patienter". Institutionernas sociala uppgift (som hyresvärd, arbetsgivare, familjemedlem, granne) försvann. Även om psykiatriska sjukhus förändrades

under 1900-talet, och gamla behandlingsmetoder ersattes av psykofarmaka och arbetsterapi, fortsatte de att ansvara för uppgifter och plikter som hör till livet utanför sjukhusmurarna. På sjukhuset lärde sig klienterna inga färdigheter som de kunde ha nytta av efter utskrivningen. Därför blev inläggning den starkaste prediktorn för återinläggning.

Mellan 1920 och 1930 växte opinionen för att psykiatrisk vård skulle ges i en mer samhällelig kontext. I Amsterdam inrättade Arie Querido ett kristeam som visade att sjukhusvistelser kunde förhindras eller förkortas. Men det var inte förrän 1975 som ett verkligt alternativ uppstod. Då startade Stein & Test programmet "Träning i att leva i samhället" i USA (Test och Stein 1978). I programmet fick klienterna lära sig att sköta sin medicinering, bostad och ekonomi, och man hjälpte till att bygga upp eller stärka kontakten med de anhöriga. Att hjälpa klienterna i deras naturliga miljö visade sig vara en viktig beståndsdel i programmet. Lika viktigt var att hjälpen var uthållig, att vårdarbetarna aktivt sökte upp presumtiva klienter, hjälpte dem att lösa konkreta problem och samarbetade med deras sociala nätverk. I många fall var klienterna omotiverade till behandling, och därför krävdes egenskaper som envishet och övertalningsförmåga hos vårdarbetarna. Lärdomarna från programmet utnyttjade Stein & Test för att utveckla ACT-modellen. Det blev tydligt att det inte räckte att förmedla vården enbart ur medicinska och psykologiska aspekter. För att människor med allvarlig psykisk sjukdom skulle kunna fungera i samhället behövde de träning och aktivt stöd på många olika områden.

1.3 Vad krävs av den psykiatriska öppenvården?

Utvecklingen av FACT-modellen har inspirerats av amerikansk, brittisk och australiensisk litteratur från 1980 och framåt. Intagliata (1982) beskrev komponenterna i en case management som är personlig och länkar klienten till tjänster och insatser. Bachrach (1993) poängterade vikten av att vården är fortlöpande, även under tiden klienten är inlagd på sjukhus. Stein & Test (1978) lyfte fram vikten av att behandlingsteamet arbetar gemensamt med klienterna. Bond & Drake (2001) uppmärksammade betydelsen av att hjälpa klienterna att hitta lönearbete och att integrera missbruksbehandling och sociala interventioner i ett behandlingsprogram.

I Holland utarbetades de första nationella riktlinjerna för vård och behandling vid schizofreni år 2005 (reviderade 2012). Riktlinjerna beskriver sådana interventioner som baserar sig på vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet. Det innebär att alla former av öppenvård för människor med allvarlig psykisk sjukdom (därmed också FACT) måste kunna erbjuda de insatser som beskrivs i riktlinjerna.

Ungefär samtidigt som de nationella riktlinjerna formulerades fick aspekter som återhämtning, behandling inriktad på återhämtning och resursmodellen större tyngd i psykiatridebatten. I Holland bygger begreppet "återhämtning" på en strömning i

brukarrörelsen som betonar att människor bör sträva mot sin personliga återhämtning. Målet är inte att bli fullständigt frisk från den psykiska sjukdomen utan att övervinna de begränsningar som sjukdomen medför. Klienten bestämmer själv betydelsen av begränsningarna, lär sig att hantera dem och att utveckla sina starka sidor. Återhämtning är en process som vårdarbetarna inte bör ta över eller ta ifrån individen. Istället bör personalen uppmuntra klienten att hitta sina egna hanteringsstrategier, gärna tillsammans med andra brukare. Visionen om återhämtning utgör en ledstjärna i FACT. Att inkludera en brukarspecialist i teamet har varit ett sätt att lyfta fram den visionen.⁵

1.4 Sju nyckelkomponenter i FACT

De sju huvudkomponenterna i FACT kan sammanfattas via akronymen BOKSTAV. Det är en ambitiös uppsättning av terapeutiska och stödjande aktiviteter som räknas upp i tabellen. Alla interventioner måste finnas tillgängliga alltid, men de ges inte samtidigt till en person. För varje klient upprättas en behandlingsplan med ett urval av olika insatser. Urvalet görs av klienten tillsammans med behandlingsteamet. Vid valet av insatser utgår man från bedömningsskalor, ifyllda dels av klienten, dels av hans eller hennes case manager. De tre skalor som används mest är HoNOS (Wing et al.1998), MANSA⁶ (Priebe et al. 1999) och CANSAS⁷ (Phelan et al. 1995). Skalorna upplyser om hur klienten fungerar på olika områden i tillvaron, individens symptom och tillfredsställelse med behandlingen. Bedömningsskalorna, tillsammans med de mål som klienten vill sträva mot, utgör underlag för behandlingsplanen. Skalorna fylls i en gång om året, i samband med att behandlingsplanen utvärderas.

⁵ I Holland är brukarspecialisten en fullvärdig medlem i teamet, avlönad och anställd på samma villkor som de övriga. Brukarspecialisten bidrar till teamets arbete med sina egna erfarenheter av psykiatrisk vård.

⁶ Livskvalitetsskala

⁷ En skala för att bedöma vårdbehov

Tabell 1

	Sju komponenter = BOKSTAV	Hållpunkter i FACT
1	B ehandla	<ul style="list-style-type: none"> • Evidensbaserade insatser som fokuserar på att bota, stabilisera eller göra situationen uthärdlig och som följer de nationella riktlinjerna • Medicinsk behandling • Psykologiska behandlingar (KBT, Metakognitiv terapi, EMDR⁸, etc.) • Missbruksbehandling: IDDT⁹ • Somatisk undersökning/behandling (metabolisk screening)
2	O mhänderta	<ul style="list-style-type: none"> • Dagligt stöd, vägledning • Hjälpa med att sköta vardagssysslor, hygien och förebygga bristfällig egenvård • Rehabilitering • Insatser inriktade på återhämtning • Kontinuitet i omvårdnaden: förhindra drop-out
3	K risintervenera	<ul style="list-style-type: none"> • Intensiv övervakning och tillsyn i hemmet av flera teammedlemmar • Tillgång till krishjälp dygnet runt alla dagar i veckan • Riskbedömning vid misstanke om kris • Kontakt med akutmottagningen, ordna "säng på begäran" eller ev. inläggning • Blanda in familjen/sociala nätverket
4	S tärka	<ul style="list-style-type: none"> • Utnyttja klienten som expert på sina erfarenheter • Fatta gemensamma beslut med klienten • Stimulera individens självbestämmande, egenmakt och personliga ansvar (Resursmodellen) • Insatser inriktade på återhämtning • Insatser från brukarspecialisten
5	T illvarata	<ul style="list-style-type: none"> • Värna om familjekontakter • Länka individen till stödverksamheter i samhället • Stöd boende, arbete och välbefinnande • Erbjud IPS som ett sätt att hitta och behålla ett

⁸ Eye Movement Desensitization and Reprocessing. (En insats som inte har samma utbredning i Sverige i behandling av personer med allvarlig psykisk sjukdom)

⁹ Integrated Dual Diagnosis Treatment (Integrerad dubbeldiagnosbehandling)

		<p>arbete</p> <ul style="list-style-type: none"> • Främja inkluderingen i samhället • Ta itu med olämpligt eller störande beteende som påverkar omgivningen negativt
6	Arrangera	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöm risken för om klienten är farlig för sig själv eller för andra • Ordna tvångsintagning vid behov • Uppmärksamma möjligheten för rättspsykiatrisk vård
7	(Ut)Värdera	<ul style="list-style-type: none"> • Utvärdera behandlingens effekt • Utnyttja standardiserade bedömningsinstrument • Utvärdera programtroheten till FACT • Sträva efter certifiering av teamet

Ett intressant drag hos de sju komponenterna är att vissa krav verkar oförenliga. Till exempel verkar punkten om "att stödja återhämtningen" stå i konflikt med punkten om "att ordna tvångsintagning." Denna balansgång kan vara en kinkig fråga som kräver noggranna överväganden och prioriteringar, och ibland krockar klientens önskemål med vad t.ex. familjen vill eller personer i omgivningen önskar. I det fallet pratar man öppet om problemet med de inblandade parterna. Att medlemmarna i teamet har olika yrkesbakgrund, kunskaper och erfarenheter är en tillgång i besvärliga valsituationer. Ett dilemma kan diskuteras ur olika vinklar och perspektiv för att hitta den lämpligaste lösningen.

De sju komponenterna visar att teamet måste bestämma *vad* som ska göras, *när* och av *vem*. Ibland handlar det om långsiktiga beslut, när klienten mår bra och behandlingen går planenligt. Men det gäller också att snabbt kunna bemöta förändringar hos klienterna genom att ständigt ompröva vem, vad och när. För att kunna det måste teamet uppfylla vissa organisatoriska kriterier, vilka beskrivs nedan.

1.5 Vad krävs för att kunna ge de sju komponenterna?

1.5.1 God samordning

FACT-modellen är ett sätt att förmedla vård och behandling. En förutsättning för att kunna ge de sju komponenterna är att teamet är välstrukturerat, samordnar arbetsuppgifterna och kan hålla många bollar i luften samtidigt. Beslut måste fattas om olika interventioner och de måste prioriteras: Vad måste göras meddetsamma och vad kan vänta till senare? FACT-tavlan är ett redskap som överblickar dagens aktiviteter. På de dagliga morgonmötena och på behandlingsmötena (en eller två gånger om året per klient) kommer teamet överens om vem som gör vad och när. En god samordning krävs både för att hålla reda på

behandlingsinsatserna och på de externa kontakter som ingår i arbetet, t.ex. att ringa till anhöriga eller stämma träff med stödverksamheter i regionen.

1.5.2 Integrerat team, ingen mäklarmodell

I FACT utför teammedlemmarna de flesta interventionerna. Så få tjänster som möjligt hänvisas till andra instanser. Det är skälet till att teamet kallas "integrerat". Idén om ett enda behandlingsteam bygger på lärdomar från "mäklarmodellen" i USA på 1990-talet. I den modellen fungerade en case manager som mellanhand för klienterna, som hänvisades till olika vård- och serviceinrättningar. Att splittra upp insatserna på olika vårdgivare visade sig inte vara lika effektivt som att ha ett integrerat team med ett helhetsansvar för interventionerna.

1.5.3 Multidisciplinära team

De sju komponenterna i FACT kan bara förmedlas av ett team som består av flera professioner. Psykiatern, sjuksköterskan, socialarbetaren, psykologen, IPS-specialisten, missbruksspecialisten och brukarspecialisten står för olika kunskaper och infallsvinklar. Men eftersom de arbetar tillsammans och träffas dagligen utvecklar de ett gemensamt synsätt. Morgonmötena blir ett tillfälle när alla i teamet kan bidra med sina åsikter och lösningar på aktuella problem.

1.5.4 Teambehandling vid behov

Att teamet arbetar gemensamt med klienterna ingick i ACT-modellen. Istället för att var och en tar hand om sina egna klienter ansvarar teamet för dem. FACT använder det här förhållningssättet när det gäller individer som behöver upptrappad vård eller tillsyn under en tid. I de fallen är det flera teammedlemmar som gör hembesöken eller hjälper till på annat sätt.

1.5.5 Flexibilitet

Alla klienter behöver inte teambehandling. För många räcker det att ha kontakt med sin case manager och då och då träffa psykiatern, brukarspecialisten eller arbetsspecialisten. Det är anledningen till att vi har delat in klienterna i två kategorier: 1) De som behöver intensiva insatser och 2) De som klarar sig med sedvanliga insatser. Indelningen motsvarar i viss mån den som finns i ACT mellan de allvarligaste fallen (20%) och de mindre allvarliga fallen (80%). Skillnaden i förhållande till ACT är att ett FACT-team tar hand om båda kategorierna. En klient kan snabbt förflyttas från den ena kategorin till den andra, beroende på hur personen mår för tillfället eller omständigheter i tillvaron. Att snabbt kunna skifta mellan olika behandlingsnivåer är kärnan i "Flexibel ACT"¹⁰.

¹⁰ I början stod ordet FACT för "Funktionell ACT", i betydelsen att ett team kunde ha mer än en funktion. Men den betydelsen visade sig vara svår att förklara i internationella sammanhang. Därför bytte vi till "Flexibel ACT".

1.5.6 Att arbeta med en väldefinierad modell

FACT ger fasta ramar för vilket arbetssätt och vilka metoder som ingår i modellen. Dock ska modellen inte betraktas som en tvångströja. Det har visat sig att inom ramarna finns gott om utrymme för teamen att utforma sin egen stil. Den möjligheten stämmer överens med respekten för "självstyrda" team, en idé som hyllas i Holland.

Å ena sidan är det viktigt att modellen tillämpas konsekvent, inte minst ur administrations- och finansieringssynpunkt, eftersom huvudmannen ofta har flera FACT-team. Å andra sidan kan det vara en fördel att teamen har olika särdrag. Det innebär att man kan dra större nytta av de speciella kunskaper och tillgångar som karakteriserar teamet. Ett FACT-team måste ha "markkontakt", dvs. liera sig med de stödverksamheter och organisationer som finns i kommunen eller upptagningsområdet. Teamet måste erbjuda sig att hjälpa till med de lokala problemen och samarbeta med t.ex. närpolisen och socialtjänsten.

För att utvärdera troheten till modellen kan teamet använda FACT:s programtrohetskala. Skalan innehåller 60 punkter, som bl.a. berör personalens sammansättning, teamets uppbyggnad och arbetssätt. Mer om skalan finns längre fram i manualen.

1.6 Styrkan i uppsökande verksamhet

Man kan konstatera att FACT har återupptäckt styrkan i att söka upp klienter för att prata med dem och erbjuda behandling. Det innebär att man lämnar kontoret för att göra hembesök, följa med på sociala aktiviteter, besöka individen på polisstationen eller på arbetsplatsen. Det innebär också att ta kontakt med potentiella klienter på gatan för att försöka engagera dem till programmet eller hjälpa till med ett överhängande problem, t.ex. ordna plats på härbärgat vid hemlöshet.

I FACT är hembesök standarden, inte bara för att ta itu med en krissituation utan också för att stödja under stabilare faser. Mer än 80 procent av de klientkontakter som case managers och brukarspecialister har äger rum ute i samhället. Psykiatern känner till individens hemmiljö och följer med på besök när det behövs. Psykologen kan träna färdigheter och hanteringsstrategier på plats, och IPS-specialisten åker runt till olika arbetsplatser för att vägleda arbetande klienter och deras arbetsgivare.

Fördelarna med hembesök är många. Att möta klienterna i sin naturliga miljö gör det enklare att bedöma vad de kan och inte kan. Det ökar sannolikheten för att träffa på familjemedlemmar och gör det lättare för grannarna att knacka på för att ställa frågor eller kommentera något. Det blir också lättare att få syn på individens talanger och fritidsintressen, möjliga stödresurser i omgivningen och vilka färdigheter som behöver byggas upp eller stärkas. Forskningen visar att det är effektivare att träna färdigheter på

plats, dvs. i den miljö där de ska användas, än att träna dem på ett dagcentra eller en vårdavdelning.

Hembesök påverkar också förhållandet mellan klient och behandlare. Behandlaren är inte den självskrivna ledaren längre (som på sjukhus) utan kliver in på privat mark och måste anpassa sig efter klientens villkor och förutsättningar. Det kan bädda för annorlunda samtal och djupare relation. Dessutom medför hembesöken naturliga tillfällen till att stärka självförtroendet. Individerna formulerar själv målen med vad han eller hon vill kunna klara av i sin närmiljö. Målen bryts ner i konkreta uppgifter som individen, med hjälp av stöd och uppbackning, arbetar mot.

2 Byggstenarna i FACT

2.1 Principer i FACT

Princip 1: Arbeta med det som klienten vill lyckas med

FACT fokuserar på klientens önskningar och mål. Man tränar klientens färdigheter hemma, på arbetet, hos familjen eller på andra platser i samhället där personen vill fungera och delta. Att betona individens styrkor och positiva egenskaper är ett sätt att visa att man tror på återhämtningen och förmågan att lära sig nya färdigheter. Principen stämmer överens med Tests och Steins observation att färdigheter som tränas i en konstgjord miljö, t.ex. på ett sjukhus, har liten effekt.

Princip 2: Stöd inkluderingen i samhället genom att bygga sociala nätverk

FACT strävar efter att psykiatriska klienter ska inkluderas i samhället. Tanken är att de inte bara ska bo utanför sjukhuset utan också delta i samhället som aktiva medborgare. Därför behöver varje klient ett socialt stödsystem, baserat på individens preferenser. Närstående spelar en viktig roll, men det gör också grannar, frivilligorganisationer, stödföreningar och serviceverksamheter i samhället, t.ex. socialtjänsten, hyresvärdar och lokalpolisen. Ett FACT-team kan inte gå i spetsen för inkluderingen utan måste samverka med de sociala nätverk som redan finns. Teamet måste vara välintegrerat i kommunen, uppträda som en pålitlig samarbetspartner och uppfylla sina åtaganden. Det innebär bl.a. att vara medveten om säkerhetsaspekten, utreda frågan om individens farlighet och utnyttja tvångsintagning om det behövs. Att tillåta att en klient uppträder störande eller hotfullt mot andra kan förbruka teamets förtroende.

Princip 3: Sök upp människor med allvarlig psykisk sjukdom och länka dem till integrerad vård

Att söka upp människor med allvarlig psykisk sjukdom är angeläget, eftersom de ibland saknar insikter om sin sjukdom och inte självmant söker hjälp. Namnen på presumtiva

klanter kan skickas från allmänläkare, polis eller sociala myndigheter. Ett första steg kan vara att närma sig individerna förbehållslöst för att utforska vad de behöver och vad som är möjligt att göra. Nästa steg handlar om att väcka deras intresse och knyta dem till programmet. Att engagera klienterna och få dem att stanna kvar kan vara en utmaning. Många är t.ex. skeptiska till den medicinering som FACT rekommenderar. Därför måste man se till att vissa delar av behandlingen är attraktiva, t.ex. hjälpa till med att skaffa en bostad, ansöka om sociala förmåner eller uppfylla en annan önskan som individen har. Ambitionen är att ge insatser som klienterna är motiverade att acceptera.

FACT strävar efter att förebygga sjukhusinläggningar eller göra dem så kortvariga som möjligt. Ibland kan dock en inläggning vara positiv eller nödvändig. I Holland är den psykiatriska öppen- och slutenvården integrerad i ett system med tydliga regler och åtaganden. Intagning på sjukhus betraktas alltid som en "tillfällig störning" i ett öppenvårdsprogram. Därför medverkar FACT-teamet i behandlingen på sjukhuset och beslutet om utskrivning. Under sjukhusvistelsen behåller teamet kontakten med klienterna och följer med dem hem så ofta det går, under dagen eller några timmar. Förutom dygnsvård på sjukhuset innebär det integrerade systemet att man kan arrangera kortvarig dagvård och tillfällig övernattnings¹¹. Dessutom kan man ordna så att klienten har uppbackning från sjukhuset dygnet runt alla dagar i veckan. I sådana fall utnyttjas videosamtal: klienten har en pekskärm hemma och har direktkontakt med FACT-teamet under dagtid och med sjukhuspersonalen på kvällar, nätter och helger.

Princip 4: Ge ACT-insatser vid behov

När klientens namn placeras på FACT-tavlan är det startsignalen för intensiva insatser och teambehandling. Klienterna skrivs upp på FACT-tavlan istället för att skrivas in på en akutavdelning. Tydliga kriterier avgör när insatserna trappas upp till ACT och när de, efter att läget har stabiliserats, trappas ner till individuell case management. Att samma team ansvarar för båda nivåerna av omhändertagande är grundläggande i FACT¹². Klienten träffar samma personal, både när han eller hon mår sämre och bättre, vilket motverkar "svängdörrsprincipen" och borgar för kontinuitet i vården.

Princip 5: Ge behandling som följer de nationella riktlinjerna

FACT följer Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Riktlinjerna upplyser om vilka evidensbaserade insatser som bör ges. Många av dem kan vara svåra att genomföra på en traditionell

¹¹ I Holland används begreppet "säng på begäran". Det innebär att det är väldigt enkelt för en klient att på egen begäran få tillgång en sjukhussäng över en natt för att sedan fortsätta kontakten med behandlingsteamet dagen efter. I Norge har en motsvarande modell prövats och kallas där säng på recept.

¹² I de amerikanska ACT-teamen flyttar en klient som blivit stabilare vidare till andra vårdgivare. Klienten möter ny personal, med nya idéer och en annorlunda kontaktsituation (oftast samtal på en öppenvårdsmottagning istället för hembesök). Detta leder till fler återfall och drop-outs. Eller att klienten behöver tas in till ACT på nytt, vilket är en form av svängdörrspsykiatri.

öppenvårdsmottagning, eftersom klienterna ibland avslutar en behandling i förtid, glömmer bort möten eller kanske har en dålig vecka. Med hembesök är chansen större att behandlingarna fullföljs. Nyligen har FACT-teamen börjat tillämpa idén om ”gemensamma beslut”. Det innebär att klienten och teamet tillsammans fattar beslut om behandlingen, utifrån individens egna erfarenheter, psykiaterns fackkunskaper och information från standardiserade bedömningsskalor.

Princip 6: Stöd rehabiliteringen och återhämtningen

Syftet med FACT är att stödja återhämtningen och sådana mål som gynnar den. Brukarspecialisten har stor betydelse som inspiratör och föregångsgestalt. Han eller hon kan etablera återhämtningsgrupper som WRAP (Wellness Recovery Action Plan, Cook et al. 2012) och uppmuntra kamratstödet mellan brukarna. Övriga medlemmar i teamet har också kunskaper om rehabilitering, t.ex. kan de fungera som boendestödjare, och IPS-specialisten kan hjälpa klienterna att skaffa och behålla ett lönearbete.

2.2 Personalens sammansättning

Ett FACT-team tar hand om ungefär 200 klienter. I idealfall består teamet av följande personal:

- 1 psykiater på heltid
- 1 teamledare på 50 procent (inte nödvändigt att personen arbetar med klienterna)
- 7 case managers på heltid, varav 4-5 sjuksköterskor med psykiatrisk erfarenhet eller mentalskötare, 1-2 sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri och 1 socialarbetare på 80 procent
- 1 psykolog på 80 procent
- 1 brukarspecialist på 60 procent
- 1 IPS-specialist på 50 procent.

Specialkunskaper som behövs inom teamet:

- Att minst 2 heltidsanställda personer (från yrkeskategorierna ovan) är specialiserade på missbruksbehandling/dubbeldiagnosbehandling
- Att alla har gedigna kunskaper om rehabilitering och återhämtning
- Att 2-3 teammedlemmar kan fungera som ledare för FACT-mötena.

Många FACT-team behandlar individer som bor på gruppboenden eller andra former av stödboenden, och handledarna där kan vara medlemmar i teamen. Vissa team vänder sig till nyinsjuknade i psykos och består därför av terapeuter med specialutbildning på det området.

Rollen som individuell case manager kan innehas av sjuksköterskor, socialarbetare eller psykologer. I holländska FACT-team är många case managers sjuksköterskor; i brittiska och amerikanska team är de oftare socialarbetare.

Förutom psykiatrisjuksköterskor med erfarenhet av slutenvård rekommenderar vi att teamet har minst en sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatri. Han eller hon kan tillföra kunskaper när det gäller att diagnostisera och bedöma vårdbehov, ta ställning till krisinterventioner och hantera komplexa tillstånd som t.ex. personlighetsstörningar.

I optimala fall har en heltidsanställd case manager hand om cirka 25 klienter. Case managern är första kontaktperson för klienten och sköter hembesöken, följer upp klienten och ser till att det finns en uppdaterad behandlingsplan. När som helst kan case managern vända sig till andra teammedlemmar för att få råd och hjälp, t.ex. till psykiatern för att diskutera medicineringen eller till IPS-specialisten för att prata om arbetsfrågor. Alla case managers har en ersättare, någon som också känner klienten väl och är insatt i den aktuella situationen. När den ordinarie kontaktpersonen är sjuk eller på semester tar ersättaren över.

Hela teamet arbetar med de klienter som är uppskrivna på FACT-tavlan. Psykiatern ser över medicineringen, justerar den kanske och vidtar åtgärder för att hindra sjukhusinläggning. Andra i teamet bidrar med sina förslag på lösningar och lämpliga strategier.

Ett FACT-team är en reservoar av fackkunskaper och infallsvinklar som kompletterar och berikar varandra. Blandningen av medicinska, sociala och psykologiska aspekter ger en mångfasetterad bild av klienten och möjligheter att skräddarsy behandlingen.

Alla teammedlemmar förväntas känna till de faser som ingår i återhämtningen och hur man aktivt stödjer processen. Här har brukarspecialisten en central betydelse, och allt fler f.d. brukare har fått fast anställning i FACT-teamen. Oftast har de utbildats för att lära sig hur de kan använda sina personliga erfarenheter i vårdarbetet. Många gånger kan brukarspecialister få kontakt med klienterna på ett annorlunda sätt. Ibland fungerar de som tolkar mellan individen och behandlaren. Vanligtvis har de inga egna klienter, men de deltar i teambehandlingen, hjälper till att rekrytera presumtiva klienter och genomför åtgärder som gynnar återhämtningen.

Att både en psykiater och en psykolog arbetar i ett FACT-team skapar förutsättningar för heltäckande diagnoser och behandlingsplaner. Det innebär att medicinska aspekter som farmakologisk behandling, omhändertagandet av somatiska hälsoproblem och metabolisk screening går hand i hand med en psykologisk behandling som KBT.

Teamet måste ha minst två personer som har aktuella kunskaper om missbruksbehandling. I Holland är utgångspunkten integrerad dubbeldiagnosbehandling (IDDT-modellen). Olika teammedlemmar, t.ex. case managers, psykiatern eller psykologen utbildas i IDDT, och ibland får hela teamet lära sig teknikerna i motiverande samtal.

För att morgonmötena ska fungera smidigt krävs vissa praktiska förberedelser. Det behövs någon som leder mötena och sköter FACT-tavlan. I ett holländskt FACT-team brukar två eller tre teammedlemmar ha den funktionen. De är inte formella teamledare utan "vanliga" medlemmar som lärt sig att sköta FACT-tavlan, samordna dagens insatser och anteckna i klienternas elektroniska filer. Ibland hjälps de åt med uppgifterna, men en av dem är alltid närvarande, även i semestertider.

Ett FACT-team bör inte ha för många medlemmar, och man bör begränsa antalet deltidsanställningar. Helst bör de flesta arbeta heltid, eller åtminstone fyra dagar i veckan. Nackdelen med många deltidsanställda medlemmar är att det tar för lång tid att rapportera om klienterna och lämna över arbetsuppgifter som ska utföras. En annan omständighet som bör påpekas är att det verkar finnas en övre gräns för antalet klienter som ett team kan ta hand om. Gränsen tycks gå vid 180-220 klienter. Team som ansvarar för mer än 250 klienter hinner inte skräddarsy behandlingen.

Kapitel 3: Arbetsättet i FACT

3.1 Exempel på en situation

Ett FACT-team i ett upptagningsområde i Amsterdam har 210 klienter. Majoriteten av dem klarar sig ganska bra. Ett fåtal arbetar, medan många besöker en drop-in verksamhet för att delta i olika aktiviteter. Vissa är med i en återhämtningsgrupp som leds av brukarspecialisten. Andra är på jakt efter en bättre bostad med hjälp av sin case manager. Psykologen leder en träningsgrupp tillsammans med en kollega från ett annat FACT-team, samtalar regelbundet med några klienter och tillämpar ibland EMDR för att hjälpa dem att övervinna tidigare trauman. Psykiatern träffar de klienter som är stabila minst en gång om året, men de som får antipsykosmedel med risk för biverkningar (t.ex. klozapin) träffar hon så ofta som en gång i månaden eller t.o.m. en gång i veckan. Ungefär 25 av teamets klienter har kontakt med arbetsspecialisten, somliga varje dag när de börjat ett nytt jobb. Några träffar missbruksspecialisten regelbundet.

Alla klienterna har en egen kontaktperson, (vanligtvis en sjuksköterska), som besöker dem hemma två eller tre gånger i månaden, följer med till socialtjänsten eller försäkringskassan om det behövs och håller kontakten med familjen. Case managern samarbetar med olika verksamheter i området, t.ex. vårdcentralen, hyresvärderna och närpolisen. De flesta av teamets klienter får alltså individuell case management, där kontaktpersonen arbetar ensam med individen och genomför åtgärder som baserar sig på behandlingsplanen. Övriga teammedlemmar finns som en resurs i bakgrunden, beredda att hjälpa till vid behov.

Av de 210 klienterna får 20-25 intensivare insatser. Anledningen är att de klarar sig sämre för tillfället och behöver extra tillsyn. Så fort teamet får reda på det skrivs namnet upp på FACT-tavlan. Från den stunden diskuteras klienten varje dag och hela teamet deltar i behandlingen.

Vilka klienter är uppskrivna på FACT-tavlan? Just nu är tre individer listade på grund av att de nyligen blivit inskrivna i teamet. De kommer att stå kvar på tavlan i tre veckor, eftersom olika teammedlemmar vill hinna träffa dem för att bilda sig en uppfattning om deras svårigheter och hjälpbehov. Nio individer har stått på tavlan under lång tid. Gemensamt för dem är att de har desorganiserad schizofreni och missbruksproblem. De kan bara fortsätta bo hemma med hjälp av dagligt stöd från teamet. Fem av dem är "villkorligt" utskrivna från slutenvården, dvs. med förbehållet att de tar sina mediciner och att detta övervakas under kontrollerade former. Av de fem är två personer ordinerade tabletter varje dag och tre depotinjektioner med jämna mellanrum. Mer än tio klienter står på tavlan därför att saker och ting riskerar att gå snett för tillfället. En klient har slutat med sina tabletter och är på väg att bli psykotisk igen. En annan har fått återfall i en manisk episod och gör ogenomtänkta saker. En man har en malign tumör som han betraktar som en "hälsoknöl" och vägrar låta undersöka ordentligt. En kvinna med allvarlig borderlineproblematik har nyligen blivit ovän med alla i sin omgivning, avbrutit sin medicinering och sagt upp sin lägenhet. Gruppen på

FACT-tavlan omfattar också några klienter som är inlagda på psykiatrisk klinik och två som är häktade. Flera klienter som är svåra att engagera i vård står också på tavlan. Även om de individerna verkligen behöver vård känner de sig inte sjuka, är negativa till behandlingar och avspisar alla kontaktförsök. Trots deras motvilliga inställning håller teamet ett öga på dem under några veckor eller månader, pratar med närpolisen om eventuella anmälningar från grannar eller allmänheten och ingriper med påtryckningar eller tvång om situationen blir farlig.

Klienterna "på tavlan" behöver intensivare insatser än de andra. Omhändertagandet av dem kan inte skötas av en enda case manager utan kräver gemensamma krafter från hela teamet. Teambehandling innebär att hembesöken, kanske varje dag eller t.o.m. flera gånger om dagen, genomförs av flera teammedlemmar. Ibland är det korta besök, t.ex. för att dela ut medicin och se till att klienten tar den. Ibland är det längre besök, t.ex. för att hjälpa till att bringa ordning i lägenheten, fylla i viktiga papper eller prata med grannarna. För att teambehandlingen ska fungera måste dagens arbetsuppgifter samordnas, annars kommer var och en i teamet att följa sin egen agenda. Samordningen sker på morgonmötet, när medlemmarna informerar varandra, diskuterar alternativa åtgärder, bollar idéer sinsemellan och rapporterar om gårdagens insatser. Att teamet består av många professioner som ser på klienten med olika ögon är en tillgång när det gäller att övervinna hinder och hitta konstruktiva lösningar.

3.2 FACT-tavlan

FACT-tavlan är det redskap som möjliggör för teamet att förena sedvanliga och upptrappade insatser.

Ett FACT-team har två sätt att behandla sina klienter, antingen via insatser från kontaktpersonen (1) eller via insatser från hela teamet (2).

- 1) De flesta klienter klarar sig med stöd och vägledning från sin kontaktperson. Kontaktpersonen kan när som helst begära hjälp från övriga teamet om det uppstår problem eller behövs nya insatser som främjar återhämtningen. Teammedlemmar från flera discipliner, inklusive psykiatern, upprättar behandlingsplanen gemensamt. Men klienten träffar inte olika behandlare varje vecka eller dag.
- 2) För en fluktuerande grupp på ungefär 10-20 procent av klienterna räcker det inte med stöd från kontaktpersonen. Därför placeras de på FACT-tavlan och blir föremål för utökade insatser av hela teamet (enligt principerna i ACT). Det innebär att alla teammedlemmar känner till klienten och delar på ansvaret för behandlingen. Följden blir att klienten kan få hembesök varje dag eller t.o.m. flera gånger om dagen.

För att kunna överblicka dagens agenda träffas teamet varje morgon för att gå igenom klienterna på FACT-tavlan. Somliga har stått där länge medan andra tillkommer under mötet.

Så fort en klient behöver extrahjälp listas namnet på den digitala FACT-tavlan, ett Excelblad riktat mot en tom vägg.

FACT-tavlan innehåller olika kolumner som upplyser om

- datum för placeringen
- kort diagnos (uppmärksamma eventuell dubbeldiagnos)
- juridisk status
- skälet till placeringen
- klientens önskingar, mål och styrkor
- närmast anhörig/stödperson
- planerade åtgärder
- namn på kontaktpersonen
- uppgjorda hembesök (hur ofta)
- speciella avtal (utdelning av medicin, datum för depotinjektion)
- andra detaljer, t.ex. tidpunkt för möte med allmänläkare, laboratorium, bostadsförmedling eller advokat.

Kategorierna, som är ganska grovt tillyxade, beskriver varför individen har skrivits upp på tavlan. Över tid kan klienten flyttas från en kategori till en annan, t.ex. en person som först blev inlagd på sjukhus och sedan utskrivna till hemmet förs över från "intagna" till "kortvarig intensivbehandling". Förflyttningarna kan hållas uppdaterade via en databas, en strategi som underlättar när det är dags att utvärdera programtroheten.

Kategorierna på FACT-tavlan:

- 1) Krisprevention: klienter som visar de första tecknen på återfall i psykos eller i missbruk eller när något pekar på att de sociala problemen har ökat. Även interventioner för att förebygga sjukhusinläggning.
- 2) Kortvarig intensivbehandling: klienter där de psykiatriska symptomen förvärrats, psykosens brutit ut eller situationen har blivit akut. Klienter som precis blivit utskrivna från sjukhus eller frisläppta från fängelse hör också hit.
- 3) Långvarig intensivbehandling: klienter som behöver upptrappade insatser under lång tid, t.ex. till följd av allvarliga och bestående funktionsnedsättningar eller permanent sårbarhet (låga poäng på GAF-skalan). Somliga behöver ständigt daglig tillsyn och finns alltid på FACT-tavlan.

4a) Svårengagerade klienter med låg risk: klienter som inte vill ha kontakt med psykiatrisk vård, men läget är inte allvarligt och risken för att de ska fara illa är liten. Teamet försöker motivera dem men påtvingar inte vården utan håller sig diskret i bakgrunden. Ett möjligt stödsystem identifieras.

4b) Svårengagerade klienter med hög risk: klienter som inte vill ha kontakt med psykiatrisk vård, men läget är allvarligt och risken för att de ska fara illa är stor. De

försummar sin egenvård, sina basbehov eller orsakar bekymmer för sin omgivning. Teamet envisas med kontaktförsöken, om nödvändigt med hjälp av påtryckningar eller tvång.

- 5) Intagna klienter: klienter som är intagna på psykiatrisk klinik eller i fängelse. Teamet håller kontakt med klienten och personalen på sjukhuset eller anstalten och förbereder individens återkomst.
- 6) Nya klienter: klienter som nyligen blivit inskrivna i FACT. De står på tavlan i tre veckor för att teamet ska hinna lära känna dem och göra bedömningar.
- 7) Tvångsvårdade klienter: klienter som är föremål för tvång i öppenvård.

På morgonmötet gör man en snabbgenomgång av klienterna. Ledaren för mötet räknar upp namnen i tur och ordning och kontaktpersonen rapporterar om vad som hände i går. Kanske har även andra i teamet träffat individen och berättar om sina intryck, en orolig familjemedlem hört av sig eller personen själv frågat efter en insats. Efter den korta avrapporteringen bestämmer teamet handlingsplanen för dagen: vem ska besöka klienten, beställa tid på vårdcentralen, hjälpa till att ansöka om bostadsbidrag etc. Handlingsplanen är konkret och detaljerad. För somliga klienter finns inget nytt att meddela, medan andra behöver diskuteras i ett par minuter. Ambitionen är att mötet ska vara avklarat på 30-45 minuter.

Inom den tidsramen finns också utrymme för att prata om klienter som inte står på FACT-tavlan men där något är bekymmersamt. De placeras på listan "Diskussionsfall". Kanske misstänker case managern att klienten hoppar över sina tabletter ibland och föreslår noggrannare övervakning, eller menar att klienten skulle ha nytta av en viss psykologisk intervention. Framsteg hos klienterna, t.ex. att någon har börjat arbeta, avslutat sina studier eller fått ett hyreskontrakt, rapporteras också. Teamet måste fira sina framgångar. Ibland dyker en klient upp på listan över diskussionsfall flera gånger på kort tid. Kanske har personen varit med om en livshändelse som hotar att rubba balansen eller saker och ting är oklara på annat sätt. I de fallen är det klokt att skriva upp klienten på FACT-tavlan under några veckor, så att situationen hinner klarna.

FACT-tavlan är nödvändig för att kunna samordna arbetsuppgifterna och utbyta information. Samhällsbaserad vård innebär också att teammedlemmarna spontant träffar på presumtiva eller aktuella klienter, t.ex. på gatan eller i affären. Det ger naturliga tillfällen att komma i kontakt med dem, snappa upp information och få en bredare bild av hur de faktiskt fungerar. I synnerhet kan spontana möten vara viktiga när det gäller personer som är motsträviga till behandling. Genom att teamet känner till vilka individer som riskerar att fara illa, småpratar med dem ibland och hör efter hur de mår är det lättare att ingripa om det skulle vara fara å färde.

FACT-tavlan fungerar också som en påminnelse: de klienter som är på sjukhus eller i fängelse blir inte bortglömda. Tillsammans med personalen på avdelningen eller anstalten ser teamet till att återgången till hemmet sker på ett tryggt och planerat sätt.

Nya klienter remitteras regelbundet till teamet. De skrivs automatiskt upp på FACT-tavlan under de första tre till fyra veckorna för att minst fyra teammedlemmar, helst från olika discipliner, ska hinna träffa dem och kartlägga deras behov av vård och insatser. Ofta inleds kontakten med familjen och stödsystemet. Efter ungefär en månad görs ett intagningsamtal, där teamet och klienten tillsammans utformar behandlingsplanen.

Vissa klienter är föremål för tvång i öppenvården. Om de håller sig till föreskrifterna från sjukhuset kan de fortsätta att bo hemma, annars inte. Villkoret kan t.ex. vara att de är tvungna att följa en samtalsbehandling, ta sina mediciner eller acceptera depotinjektioner. Dessa klienter står också på FACT-tavlan för att kunna följa hur tvångsåtgärderna fungerar. Datum för när tvånget i öppenvården ska upphöra eller omförhandlas står också på tavlan.

I praktiken har morgonmötena visat sig spela en annan viktig roll: de ger transparens och tydlighet. Mötena möjliggör för teammedlemmarna att dela med sig av sina speciella kunskaper och utnyttja teamets gemensamma krafter för att ta hand om de svåraste klienterna. Ofta måste insatserna till dem planeras och modifieras nästan dagligen, eftersom nya upplysningar och ställningstaganden ständigt kan dyka upp. Men teammötena utgör en källa till ömsesidigt lärande mellan professionerna och är ett forum som tydliggör värdet av ett gemensamt synsätt och uppdrag. Detta gör det också enklare för nyanställda och trainees att komma in i tänkandet och arbetssättet. Att hela teamet engagerar sig i behandlingen minskar risken för att blunda för ett svårlöst problem eller dröja för länge med att tackla det.

Riktlinjer som gäller klienterna på FACT-tavlan:

- Klienterna diskuteras varje arbetsdag
- Kontaktpersonen, eller någon annan i teamet, kan när som helst placera en individ på tavlan
- Så fort det finns varningssignaler (från individen själv, anhöriga, andra klienter eller grannar) som tyder på att den medicinska eller sociala situationen har försämrats listas personen på tavlan.

Sedan följer man en plan i olika steg:

- Kontaktpersonen redovisar vad som har hänt och föreslår nödvändiga åtgärder
- Den befintliga krisplanen utnyttjas
- Teamet kommer överens om fler insatser och delar upp dem mellan sig
- Psykiatern gör en riskbedömning inom ett dygn, eller ser till att den blir gjord, och går igenom klientens läkemedel för att optimera medicineringen.

Att använda FACT-tavlan betyder att teammedlemmarna måste ha luckor i sina tidskalendrar för att kunna bemöta nya vårdbehov.

När klienten placeras på tavlan övergår behandlingen från individuell case management till teambehandling. Det innebär att olika teammedlemmar kommer att göra hembesöken i fortsättningen, och det är lämpligt att förbereda klienten och familjen på den omställningen.

Teamet arbetar vardagar under kontorstid. Efter stängningsdags finns uppbackning från den psykiatriska akutmottagningen.¹³ Ibland samarbetar flera FACT-team för att ge tillsyn under helgerna. Då besöker en sjuksköterska klienter från olika team, framförallt för att dela ut läkemedel och strukturera deras dag. Ett "helgteam" kan hjälpa klienterna att klara av lördagar och söndagar, som kan upplevas som extra påfrestande eller ensamma. Det minskar antalet sjukhusinläggningar på fredagkväll och gör det möjligt för sjukhuset att skriva ut klienter inför helgen, eftersom de är garanterade stöd.

När en klient inte tillhör någon av grupperna på tavlan längre stryks namnet därifrån. Även det sker via en standardprocedur:

- Klienten kan bara tas bort från tavlan på ett teammöte
- Hela teamet måste godkänna beslutet, inklusive psykiatern
- Efteråt utvärderar case managern den intensiva perioden tillsammans med klienten och familjen. Hjälpte insatserna? Fick de det stöd de ville ha? Var det något som teamet glömde bort eller gjorde i onödan?
- Den här utvärderingen ligger till grund för att omarbete krisplanen om det behövs.

3.3 Kriterier för att skriva upp klienter på FACT-tavlan

Vi har redan sammanfattat varför klienterna listas på FACT-tavlan. Nedan beskrivs de olika kategorierna mer detaljerat.

Krisprevention

- Här placeras klienter för att vara på den säkra sidan. Man försöker ha framförhållning och ge extra uppmärksamhet åt tänkbara stressfaktorer, nämnda i krisplanen. Kanske har en god vän till klienten blivit sjuk eller man vet att tidpunkten för en häktningsförhandling närmar sig.
- Gruppen omfattar också klienter som uppvisat de allra första tecknen på återinsjuknande eller instabilitet; syftet är att om möjligt hindra sjukhusinläggning.

¹³ I Holland finns en välfungerande psykiatrisk akutvård i alla regioner. Det räcker med att en allmänläkare hör av sig. I de flesta fall har den psykiatriska akutvården tillgång till klienternas elektroniska journaler, som innehåller separata moduler med individernas krisplaner.

- I många fall har insatserna inte trappats upp ännu, men teamet vill hålla ett vakande öga på omständigheter som kan vara påfrestande för individen. Att man är medveten om sårbarhetsfaktorerna gör det lättare att agera om kontaktpersonen skulle vara borta.

Kortvarig intensivbehandling

- Försämring av det psykiska tillståndet, psykosutbrott, ökat missbruk eller sviktande social funktionsförmåga
- När det är angeläget att vissa insatser trappas upp, t.ex. i samband med utskrivning från sjukhus
- Klienter som är med om livshändelser
- Risk för sjukhusinläggning
- Självmordsbenägenhet, riskfyllt beteende mot andra, hot om omedelbar vräkning
- Nyligen inskrivna klienter som behöver observeras och knytas till teamet
- Klienter som försummar sin egenvård eller sina basbehov, ställer till med bekymmer för sin omgivning eller utgör en fara för sig själva eller andra
- När insatserna trappas upp för den här kategorin handlar det ofta om att agera på bred front: diagnosen måste klargöras, psykosen måste hävas så snabbt som möjligt och man måste arrangera stödresurser under nätter och helger, ev. ordna "säng på begäran" från sjukhuset.

Långvarig intensivbehandling

- Klienter som behöver långvarig eller t.o.m. ständig tillsyn varje dag för att klara sig utanför sjukhuset. Vanligtvis har de låga poäng på GAF-skalan (mindre än 40 poäng) och ett litet eller obefintligt socialt nätverk, trots ansträngningar att bygga upp ett sådant.
- Utan dagliga besök finns risk att de försummar sin egenvård, avbryter sin medicinering, orsakar bekymmer för omgivningen etc.
- Många av de här klienterna tillhör en grupp som tidigare åkte in och ut på psykiatriska kliniker. Teamets mål är att minska antalet sjukhusinläggningar och antalet dagar per tillfälle. Ibland tillbringar de några timmar på sjukhusets dagvårdsavdelning eller deltar i sysselsättning på ett dagcenter.
- Till stor del sammanfaller den här gruppen med klassiska ACT-klienter.

Svårengagerade klienter med låg risk

- Klienter som motsätter sig psykiatrisk vård men verkar klara sig hyfsat ändå. Teamets förhållningssätt är att "närvara på avstånd" för att försöka motivera till behandling och samla information om hur situationen utvecklas.
- Se det kursiverade avsnittet längre fram.

Svårengagerade klienter med hög risk

- Klienter som motsätter sig psykiatrisk vård och löper stor risk att fara illa. Här kan teamet inte avvakta längre utan måste ingripa med fast hand, eventuellt i samarbete med familjen eller närpolisen. Teamet insisterar på att prata med klienten, talar om att han eller hon behöver behandling och att man kommer att använda påtryckningar eller tvång om det blir nödvändigt.

Klienter på institution

- Klienter som är inlagda på psykiatrisk klinik. Teamet besöker dem varje vecka.
- Klienter som är inlagda på somatiskt sjukhus. Teamet besöker dem regelbundet och förbereder utskrivningen därifrån.
- Klienter som är häktade eller sitter i fängelse. Teamet besöker dem regelbundet och har kontakt med personalen inom kriminalvården för att diskutera villkorlig frigivning och möjligheten att kunna påbörja eventuell avgiftning och medicinering redan under anstaltsvistelsen.

Nya klienter

- Klienter som nyligen skrivits in i teamet står på tavlan ett par veckor, så att teammedlemmarna hinner lära känna dem, kan bedöma hur de fungerar och kartlägga deras vårdbehov.

Tvångsvårdade klienter

- Klienter som är föremål för tvång i öppenvården
- Klienter som är försöksutskrivna från rättspsykiatrin eller dömda till skyddstillsyn.

Att skriva upp en klient på tavlan leder inte alltid till att insatserna trappas upp. Ibland handlar det mer om att dela med sig av upplysningar om hur personen fungerar när teamet inte är närvarande. Eftersom ett samhällsbaserat team rör sig på offentliga platser finns möjligheten att fånga upp sådan information. Kanske har en teammedlem pratat med föreståndaren i närbutiken, hört vad klienterna berättar om varandra eller fått reda på en incident av en socialarbetare från ett annat team. De här uppgifterna kan vara nyttiga för teamet att ha i bakhuvudet och utrustar case managern med extra ögon och öron.

FACT-tavlan utgör också en almanacka, t.ex. för att ange depotinjektioner var tredje vecka. Två dagar innan det aktuella datumet kommer en påminnelse i form av en pop-up på Excelbladet. Om klienten inte får sin spruta, eller den inte avbockas, kommer rutan att lysa rött dagen efter. Samma sak gäller andra datum som är viktiga att hålla reda på, t.ex. när tvångsföreskrifterna i öppenvård ska upphöra eller förlängas.

Det finns många anledningar till att en klient placeras på FACT-tavlan. Teamets målsättningar med att göra det varierar också. Syftet kan vara:

1. Att utöka behandlingen, t.ex. tätare hembesök för att hjälpa till att hantera en sorg, genomföra en psykopedagogisk insats, dela ut mediciner eller ordna laborietester.
2. Att stärka omvårdnaden, t.ex. mer fokus på att strukturera vardagen och skapa rutiner för att sköta den personliga hygien och bostaden.
3. Att uppmärksamma rehabiliteringsinsatser, t.ex. poängtera att en klient håller på att ta ett stort steg genom att flytta till en ny lägenhet eller börja ett lönearbete.
4. Att organisera en bättre uppföljning, t.ex. vara mer uppmärksam på beteenden som stör omgivningen, begränsa droganvändningen så mycket som möjligt eller se till att individen följer eventuella tvångsföreskrifter.
5. Att underlätta övergången från vistelse på sjukhus eller fängelse till hemmet, t.ex. tätare hembesök för att ge mer stöd och vägledning under den kritiska perioden.
6. Att öka ansträngningarna att nå ut till motvilliga klienter, t.ex. genom att uthålligt och envist söka upp de som behöver vård för att via olika strategier länka dem till teamet.

3.4 Att integrera behandling, vård, rehabilitering och återhämtning

FACT-modellen består av flera beståndsdelar: 1) evidensbaserade behandlingar, 2) vård och rehabilitering, 3) stöd för återhämtning och 4) arbete med det sociala nätverket och stödsystem i samhället.

Boken *Classics of Community Psychiatry* (Rowe et al. 2011) innehåller kanske de mest betydelsefulla vetenskapliga artiklarna som skrivits om socialpsykiatri under de senaste 100 åren. När man läser igenom artiklarna märker man att författarna har en tendens att lyfta fram ett eller två inslag i vården, t.ex. att det är viktigt att satsa på case management, fortlöpande insatser, långvarig behandling eller återhämtning. Utgångspunkten för FACT är att många olika aspekter är nödvändiga, utmaningen är att integrera dem. För varje klient försöker teamet hitta en välbalanserad kombination av alla beståndsdelarna.

Insatserna baserar sig på aktuella nationella riktlinjer för behandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, t.ex. när det gäller psykofarmakabehandling, psykologiska behandlingar, psykopedagogiska insatser och familjeterapi. Interventionerna måste förklaras noggrant för klienterna och deras anhöriga och ibland erbjudas i förebyggande syfte.

Rehabiliteringsåtgärder ingår i behandlingsplanen. Individen bestämmer själv målen med rehabiliteringen och formulerar dem med egna ord. Personen får stöd och uppbackning av sin kontaktperson för att nå målen, eller av någon i teamet som är expert på rehabilitering, t.ex. IPS-specialisten.

Återhämtning är ett centralt moment i FACT. Den bärande tanken är att klienterna ska fungera så bra som möjligt i samhället och kunna delta på ett sätt som de vill och som är säkert.

Enligt Ridgeway (Ridgeway et al. 1999) betyder återhämtning:

1. Att få tillbaka en positiv självbild, trots kampen mot den psykiska sjukdomen. Det innebär en resa från uppgivenhet till hoppfullhet och realistisk optimism, från en känsla av utanförskap till ett meningsfullt sammanhang, från att enbart vara en person med en psykiatrisk diagnos till att bli en människa där livet inte kretsar runt sjukdomen.
2. Att lära sig att själv hantera sin sjukdom och tillvaro. Det innebär en resa från att vara en passiv mottagare av vård och tjänster till att bli en aktiv klient, från att vara ett offer för påfrestningar som rubbar jämvikten till att lära sig klara av dem, från att ha försummat sig själv och sina behov till att utveckla en sundare livsstil där man tar hand om sig själv och sitt välbefinnande.
3. Att återerövra ett liv utanför den psykiatriska vården. Det innebär en resa från social isolering och känslan av att vara andra klassens medborgare till gemenskap och delaktighet i samhället.

FACT inriktar sig också på samspelet mellan klienterna och deras närstående. Anhöriga spelar en viktig roll. De oroar sig, är ofta beredda att ställa upp som stödpersoner och har känt klienterna mycket längre än vad vårdarbetarna har. Ibland upplever de att relationen till familjemedlemmen är besvärlig eller har gått sönder, men de vill gärna försöka reparera den igen. Evidensbaserade insatser som vänder sig till de närstående, t.ex. psykopedagogiska program och familjeutbildning, ingår i FACT.

Eftersom ledstjärnan är att inkludera klienterna i samhället måste FACT-teamet vara en pålitlig och tillgänglig samarbetspartner för andra stöd- och serviceverksamheter i regionen. Till syvende och sist beror den slutgiltiga integrationen på att alla inblandade parter hjälps åt.

Svårengagerade klienter

Det finns individer som vägrar ha kontakt med teamet eller psykiatripersonal över huvud taget. Ibland beror det på att de saknar insikt om sin sjukdom, men lika ofta beror det på misstro mot psykiatrisk vård eller tidigare negativa erfarenheter av behandlare. Vi kallar den här gruppen "svårengagerade klienter" och har indelat gruppen i två underavdelningar: individer som löper liten respektive stor risk att fara illa. Vi bedömer risken utifrån hur pass allvarligt de missköter sig själva eller utgör en fara för sig själva eller andra och i vilken utsträckning det har samband med den psykiska sjukdomen. De personer som tillhör "lågriskgruppen" försöker vi etablera kontakt med på ett informellt sätt, t.ex. genom att

hjälpa dem med en praktisk fråga eller locka med attraktiva åtgärder. Vi anstränger oss för att hitta en öppning och knyta dem till teamet, men om de inte vill ha någon hjälp respekterar vi det.

När det gäller individer som tillhör "högriskgruppen" agerar vi annorlunda. I det fallet handlar det om individer som till följd av sin sjukdom allvarligt försummar sig själva eller ställer till med allvarliga problem för sin omgivning. Då uppträder vi bestämt, propsar på behandling och engagerar familjen och kanske andra sociala verksamheter för att genomföra behandlingen. Ibland är nödvändigt att utnyttja tvångsvård, något som ordnas av teamet och där målet är att garantera säkerheten.

3.5 Behandlingsplan: riktlinjer och utformning

I Holland finns tydliga kriterier för hur en behandlingsplanen skall utformas:

1. Alla klienter har rätt till en kopia av sin behandlingsplan, skriven på ett lättbegripligt språk.
2. Behandlingsplanen ska utformas tillsammans med klienten (och anhöriga).
3. Behandlingsplanen ska innehålla klientens egna målsättningar, formulerade av individen själv, tillsammans med de insatser som teamet föreslår.
4. En krisplan, eller en plan för att förebygga återfall, ingår i behandlingsplanen.
5. Behandlingsplanen ska utvärderas och uppdateras minst en gång om året.

I ett FACT-team ansvarar kontaktpersonen för att uppfylla de här kraven. Med andra ord måste han eller hon se till att planen är utvärderad och eventuellt justerad i god tid före behandlingsmötet. Det innebär följande uppgifter:

1. Kontaktpersonen bokar in nästa behandlingsmöte tio månader i förväg.
2. Kontaktpersonen förbereder behandlingsplanen tillsammans med klienten (och kanske familjen).
3. Innan behandlingsmötet fyller kontaktpersonen och klienten i några formulär, t.ex. HoNOS, MANSA eller IDDT-skalan.
4. Kontaktpersonen samlar in data från somatiska undersökningar.
5. Kontaktpersonen utvärderar insatserna från föregående år tillsammans med klienten för att ta reda på i vilken utsträckning målen har blivit uppnådda.
6. Om klienten vill kan en familjemedlem vara med på utvärderingen.
7. Kontaktpersonen och klienten utformar en preliminär behandlingsplan som beskriver de planerade åtgärderna, även när det gäller somatiska problem.
8. På behandlingsmötet diskuteras den preliminära planen. Psykiatern och alla teammedlemmar som är inblandade i behandlingen deltar och kommer med förslag, kompletteringar eller förändringar. Vissa team bjuder in klienten för att höra hans eller hennes synpunkter. Andra föredrar att prata med klienten om

behandlingsplanen i en mindre grupp som t.ex. bara består av individen, en familjemedlem, kontaktpersonen och psykiatern.

9. Behandlingsplanen justeras tillsammans med klienten. Planen innehåller klientens önskemål och olika insatser som teamet ska genomföra, t.ex. när det gäller behandling, medicinering, vägledning, arbetssökande eller krishantering.
10. Till sist skriver klienten under behandlingsplanen (frivilligt) och psykiatern undertecknar den å teamets vägnar.
11. Om klienten vill får han eller hon en kopia av behandlingsplanen.

Kapitel 4: Timglasmodellen

4.1 Behandlarna har olika roller

I FACT måste behandlarna byta roll hela tiden. Vid individuell case management är förhållandet till klienten ofta personligt och förtroligt. Samtalen dem emellan kan röra allt ifrån praktiska saker, t.ex. hur man städar lägenheten eller betalar räkningar, till ämnen som är väldigt privata, t.ex. hur man hanterar en kärleksrelation eller kommer över en sorg. Vid teambehandling blir det sällan tid för djupgående samtal. I stället kan hembesöken gå ut på att skapa struktur i vardagen, hjälpa till att aktivera klienten m.m.

Som kontaktperson kan rollen skifta mellan att vara samtalspartner, förbindelselänk till andra serviceverksamheter och initiativtagare till LPT. På samma sätt fungerar psykiatern omväxlande som samtalspartner, talesman för medicineringen (som ofta upplevs som obehaglig) och den person som genomför tvångsomhändertagandet. Ibland tycker medlemmarna i nyetablerade FACT-team att de skiftande rollerna är en utmaning. Därför har vi utvecklat "timglasmodellen".

4.2 Timglasmodellen

FACT-teamet koncentrerar sig på tre områden:

1. Instabilitet
2. Behandling
3. Återhämtning.

Områdena bör inte betraktas som olika faser som följer på varandra. Ofta får en klient behandling men arbetar samtidigt för sin återhämtning, precis som behandlingen ofta är nödvändig för att kunna ta itu med instabiliteten. Områdena kan sammanfalla eller alternera. Men de kräver olika aktiviteter och förhållningssätt från teammedlemmarnas sida.

1) Ta itu med instabilitet

Termen instabilitet syftar på en tillfällig krissituation som yttrar sig i risk för återfall, fler psykiatriska symptom eller ökat missbruk. När det finns tecken på att psykosen är på väg tillbaka måste klienterna uppåda all sin energi för att kunna hålla sig ovanför ytan. I spåren följer ofta sociala problem, liksom sämre förmåga att ta hand om sig själv och sina vardagssysslor. I det läget ger man omfattande stöd för att individen ska komma över episoden på ett säkert sätt, helst utan återfall och sjukhusinläggning.

Hos människor som lider av kronisk, desorganiserad psykos kan instabiliteten vara långvarig eller t.o.m. permanent. Till följd av varaktiga funktionsnedsättningar kan de inte klara sig på egen hand i samhället, även om de skulle vilja och anstränger sig till det yttersta. Uppgiften för FACT är att ge dem daglig tillsyn och strukturera tillvaron.

2) Ge behandling

Behandling omfattar inte bara psykofarmaka utan också psykologiska interventioner, insatser som fokuserar på missbruksproblem och social färdighetsträning. Att IPS-specialisten hjälper klienterna att skaffa ett lönearbete betraktas också som en form av behandling, eftersom det utgör ett led i vårdarbetet, bidrar till att förbättra funktionsförmågan och minska symptomen.

3) Främja återhämtning

Det här är området där klienten själv bestämmer vad som ska hända, med stöd och uppbackning av från teamet.

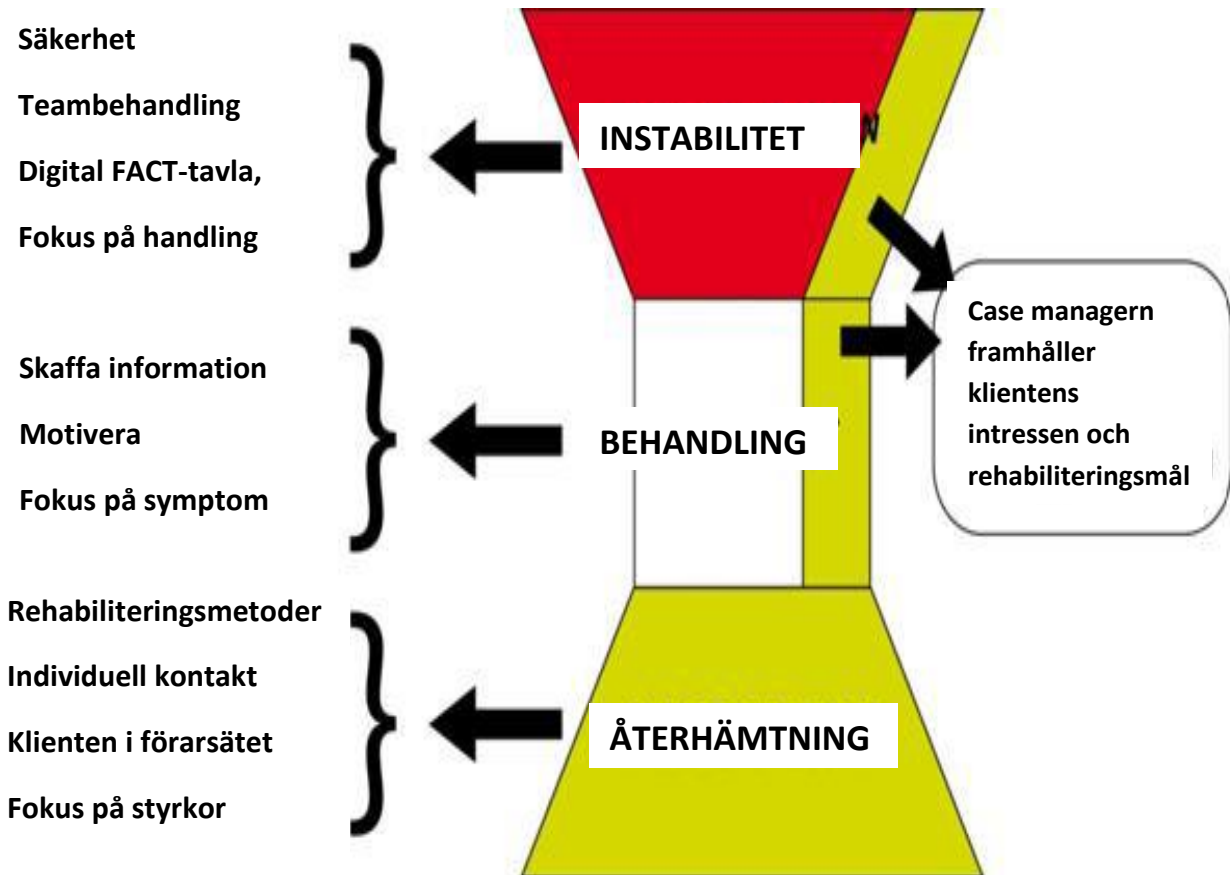
Varje område kräver olika förhållningssätt och strategier:

Instabilitet kräver ett problemorienterat och styrande förhållningssätt, inriktat på handling. Arbetsinsatser från hela teamet behövs, och ibland får man överta några av klientens vardagssysslor för att avlasta individen.

Behandling kretsar runt samarbete med klienten. Utgångspunkten är att stödja personens unika målsättningar. Genom att fatta gemensamma beslut med individen försöker teamet komma överens om bästa möjliga behandling. Ibland bygger den på föreskrifter (läkemedel, rekommendationer) och ibland på att klienten och case managern tillsammans letar efter lösningar (psykoterapi). Case managerns uppgift är att informera om olika behandlingsalternativ, lyssna på individens synpunkter och motivera honom eller henne att prova en viss intervention, t.ex. uppmuntra någon med missbruksproblem att delta i en pre-kontemplationsgrupp.

Återhämtning är en process där klienten själv håller i trådarna och case managern fungerar som stödperson stöttepelare. Att relationen dem emellan präglas av tillit och förtroende är avgörande för att processen ska bli framgångsrik.

Figur 1 Timglasmodellen



4.3 Att arbeta med timglasmodellen

Timglaset illustrerar att de tre områdena skiljer sig åt när det gäller mål, arbetssätt, vem som kontrollerar vad som ska hända och behandlarnas attityd. Vi ska fördjupa oss i de aspekterna genom att titta närmare på case managerns uppgifter.

Instabilitet kräver ett problemfokuserat arbetssätt för att övervinna en kris. Det kan innebära tätare hembesök för att ge extra stöd, vägledning eller hjälpa till med den personliga omvårdnaden. Det kan också betyda att teamet tillfälligt övertar några av klientens sysslor i hemmet, satsar på att åstadkomma en skyddad och trygg närmiljö eller (om situationen är farlig) använder påtryckningar eller tvång. Klienten står på FACT-tavlan, är hela teamets angelägenhet och case managern går i spetsen för de gemensamma insatserna. Case managern ansvarar också för att klientens datafil är uppdaterad och behåller kontakten med nyckelpersonerna i det sociala nätverket.

När det gäller *behandling* är det case managerns uppgift att informera klienten om olika alternativ, motivera honom eller henne att testa en intervention och ge behandling i grupp, t.ex. i form av psykopedagogiska insatser eller social färdighetsträning enligt Liberman. Case managern samarbetar nära med psykiatern, psykologen eller andra i teamet och utvärderar behandlingen tillsammans med klienten. Ambitionen är att individen ska få rätt behandling vid rätt tillfälle. Den ambitionen kräver att teamet först bedömer vilka interventioner som skulle kunna hjälpa, sedan förklarar en lämplig åtgärd för klienten och uppmuntrar honom eller henne att tacka ja till den. Kontaktpersonen kan be psykiatern eller psykologen att följa med på hembesök för att ge sina åsikter om vårdbehoven, hjälpa till med motiveringsarbetet eller erbjuda konkreta insatser.

I *återhämtningen* arbetar case managern ensam med klienten. Uppgiften är att skapa förhållanden som underlättar för individen att återhämta sig. Att öka individens grad av självständighet står i fokus. Kontaktpersonen fungerar som coach, guide eller reskamrat. I återhämtningen sitter klienten i förarsätet, och kontaktpersonen är en intresserad passagerare som sitter bredvid eller i baksätet. Kontaktpersonens roll som "klinisk expert" förvandlas till rollen som partner (Salyers et al. 2007). Ibland behöver man använda sig av rehabiliteringstekniker för att hjälpa klienterna att formulera sina mål eller själv överta ledningen en kort stund. Man kan också ha nytta av Styrkemodellen (Rapp och Goscha 1998), som innehåller användbara metoder för att lyfta fram klienternas talanger och komma underfund med vad de vill kämpa för. Även om case managern arbetar med klienten på tumanhand deltar andra i teamet vid behov, t.ex. brukarspecialisten, arbetspecialisten och psykiatern.

Vård som är inriktad på återhämtning är en viktig komponent i FACT, både för den enskilda individen och för teamets allmänna förhållningssätt. Den inställningen utgör en motvikt till de ibland ganska föreskrivande och styrande aspekterna av FACT. De tidiga ACT-teamen i USA kritiserades för att de var överdrivet påstridiga, dvs. i sin iver att undvika

sjukhusinläggning till varje pris tappade de bort klienternas egna målsättningar på vägen. Införandet av återhämtningsorienterad ACT har återställt balansen.

Omväxlande arbetsuppgifter –ett exempel

Innan teammötet, strax efter klockan åtta, går case managern Anja hem till Johan, en av sina klienter. Johan bor ensam och har nyligen fått ett frivilligarbete som börjar klockan nio. Att börja arbeta så tidigt tycker han är besvärligt och han har bett om hjälp under några veckor för att komma in i en rytm. En av hans kontaktpersoner besöker honom varje morgon, och idag är det Anjas tur. Hon kontrollerar att Johan har stigit upp och ätit frukost, delar ut hans medicin och påminner honom att packa en lunchlåda. Ytterligare fyra hembesök hos egna klienter är inbokade under dagen.

På teammötet gör man en snabbgenomgång av klienterna på FACT-tavlan. Har det hänt något nytt? Anja har inget särskilt att meddela om Johan, men arbetspecialisten rapporterar att han är mycket stolt över att han har klarat av den första veckan på arbetsplatsen. En ny klient, Maria, har tillkommit sedan igår. Eventuellt tillhör hon gruppen behandlingsmotståndare, men ingen i teamet vet egentligen hur hennes problem och hjälpbehov ser ut. Därför bestämmer man att Anja och psykiatern ska besöka henne halv tolv för att utforska situationen. Klockan tio träffar Anja Merit, en klient som hon känner väl. Merit har precis fyllt i MANSÅ-skalan (Manchester quality of life), och tillsammans pratar de om hur pass nöjd och missnöjd Merit är med olika områden i livet. Vilka saker vill hon förändra? Vad drömmer hon om? Det framgår att Merit är besviken över att hon har så få vänner och bekanta. Anja berättar om kursen "Utveckla din livshistoria" som kanske kan vara en inkörsport till att få nya kamrater. Anja talar om när och var kursen äger rum och uppmuntrar Merit att testa den möjligheten.

Klockan halv tolv står Anja utanför Marias ytterdörr. Psykiatern dyker upp, de ringer på och Maria öppnar. Det visar sig att Maria inte alls är negativt inställd till behandling. Tidigare har hon vårdats på en psykiatrisk klinik i en annan kommun och fått antipsykosmedel som hon slutat med sedan en tid tillbaka. Det viktigaste för henne nu är att slippa bli inlagd igen. De kommer överens om att Anja ska göra hembesök varje dag under de närmaste veckorna för att prata igenom hennes svårigheter, och efter lite övertalning accepterar Maria att börja ta sina tabletter igen. Anja ordnar också att Maria får träffa psykologen i teamet och bokar in en hälsokontroll på vårdcentralen.

Exemplet illustrerar hur case managerns arbetsuppgifter kan variera under en enda förmiddag. Anja har organiserat och väglett, ägnat sig åt förebyggande krisintervention, bedömt hjälpbehov, motiverat till behandling och pratat om saker som gynnar återhämtningen.

4.4 Timglasmodellen = återhämtning i alla faser

En felaktig föreställning är att många vårdarbetare tror att insatserna måste ske i en viss turordning. De menar att "klientens psykiska tillstånd först måste stabiliseras innan det kan bli aktuellt med rehabilitering". Tyvärr är det också vanligt att synen på återhämtning är pessimistisk. Vi anser att det är dags att ta avstånd från idén om ordningsföljd och den dystra framtidssynen. Steg på väg mot återhämtningen kan man ta även i en krissituation.

Ett annat problem är att under behandlingen, eller under försöken att avvärja instabilitet, tappar många vårdarbetare bort klientens återhämtningsmål. Ibland märker de inte ens de framsteg som individen trots allt har gjort, t.ex. blivit lite självständigare. Det förbiseendet kan leda till att personalen ofrivilligt sätter käppar i hjulet för den återhämtningsprocess som pågår.

Med andra ord: I FACT betonar man återhämtning i alla faser.

Exempel

Efter flera psykosepisoder och ett omfattande narkotikamissbruk hade Johan förlorat kontakten med sin pappa. Pappan drog sig undan därför att Johan besökte honom när han var psykotisk och då uppträdde han hotfullt och krävande och tiggde eller stal pengar till narkotika.

När Johan kom i kontakt med FACT-teamet lugnade situationen ner sig efterhand och så småningom blev Johan drogfri. Då ville han återknyta kontakten med sin pappa. Att göra det tog lång tid och krävde ett försiktigt närmande, eftersom pappan var djupt sårad och inte ville bli besviken igen. Långt om länge, med hjälp av sin case manager, lyckades Johan träffa sin pappa för att prata igenom saker och ting och försöka bygga upp förhållandet på nytt. Det lyckades och under ett halvår besökte Johan sin pappa varje onsdag.

Olyckligtvis fick Johan återfall i sin psykos, började med droger igen och blev lika stökig som han varit tidigare. På tisdagens teammöte bestämde man att agera för att inte pappan skulle behöva konfronteras med samma gamla problem igen. Tillsammans med Johan kom man överens om att berätta för pappan vad som hade inträffat och att ställa in de följande onsdagsbesöken. Planen var sedan att besöken skulle återupptas när läget var stabilare, och de första gångerna skulle case managern vara med. Johan tyckte att det var ett bra förslag, eftersom syftet var att tillfälligt skydda ett av hans viktiga mål med återhämtningen, något som han inte ville riskera att förstöra.

Kapitel 5: FACT i praktiken

5.1 Personliga resurser, återhämtning och rehabilitering

En viktig fråga inom FACT är synen på klientens förmågor och starka sidor. Vi inser att den frågan kan betyda olika saker i olika länder. Därför redovisar vi några avsnitt från kapitel 4 i den holländska FACT-manualen, skrivna av Van Weeghel.

I Holland har Resursmodellen (Rapp 1998) varit en inspirationskälla för att ge återhämtning och rehabilitering en nyckelroll i FACT. Resursmodellen utmärks av följande principer:

- Betoningen på klientens starka sidor snarare än svagheter och brister
- Relationen mellan case managern och klienten är a och o
- Insatserna inriktar sig på självbestämmande
- Samhället betraktas som en oas av resurser snarare än ett hinder
- Kontakter med klienterna äger rum i samhället, inte på den psykiatriska mottagningen
- Människor med psykisk sjukdom kan lära sig saker, växa och förändras.

Resursmodellen är mer översiktlig och pragmatisk än vissa andra rehabiliteringsmodeller, vilket gör att den passar in i ett dynamiskt ACT-eller FACT-team.

Förutom Resursmodellen har vård som inriktar sig på återhämtning blivit allt vanligare i Holland. Droes (2008) har beskrivit vad som utmärker behandlarna i återhämtningsprocessen. De

- närvarar på ett uppmärksamt och lyhört sätt
- använder sina professionella referensramar på ett återhållsamt sätt
- bemöter känslor och emotioner på ett personligt sätt
- ger utrymme för klienten att berätta sina upplevelser, stödjer dem och rättar sig efter dem
- erkänner och uppmuntrar klientens egna styrkor (empowerment)
- erkänner, drar nytta av och uppmuntrar klienten att använda sina erfarenheter
- erkänner, drar nytta av och uppmuntrar stödet från viktiga personer i klientens omgivning
- fokuserar på att lindra lidande, öka individens självständighet och kontroll över sitt liv.

Enligt Droes missar ofta behandlarna att ta vara på klienternas talanger och kompetenser. Hans råd till personalen är att aktivt söka efter de inneboende förmågorna och utnyttja dem. Klienterna får inflytande och makt över sina liv när deras upplevelser tas på allvar och deras erfarenheter används för att gå vidare i tillvaron. Stöd från andra spelar en viktig roll i återhämtningen, liksom behandlingen, på villkor att den ges på ett lyhört och följsamt sätt.

Återhämtningsprocessen kan hämmas om lidandet är för stort. Därför måste behandlarnas insatser alltid fokusera på att minska lidandet.

Förutom att hitta klientens starka sidor och stödja återhämtningen är uppgiften i FACT att gynna rehabiliteringen. Rehabilitering omfattar ett brett spektrum av ideal och metoder som går ut på att förbättra den sociala funktionsförmågan. Viktiga områden för rehabilitering är boende, arbete, utbildning och samvaron med andra.

Flera metoder är kända internationellt, och de flesta kan med gott resultat tillämpas inom FACT. En sammanfattning av Drake m.fl. (2003) beskriver huvudtrenderna i rehabiliteringstänkandet:

- Interventionerna ska lägga tonvikten på klienternas empowerment
- Klienterna ska lära sig färdigheter som behövs i det "vanliga" livet i samhället
- Färdigheterna lärs ut på den plats där de ska tillämpas, eftersom de inte generaliseras till olika områden
- Förutom att lära ut och träna färdigheter måste behandlarna mobilisera stöd från omgivningen
- Det är bättre att snabbt placera klienterna i den önskvärda miljön än att förbereda dem långsamt och successivt, steg för steg
- Det bästa är att integrera rehabiliteringen i behandlingen och annan vård
- Rehabilitering innebär också att engagera sig för att bekämpa stigma i samhället och försöka ändra diskriminerande lagar och regler.

Kärnan i insatserna är att finnas med i klienternas verklighet.

5.2 Inkludering i samhället genom att bygga upp stödsystem

En annan nyckeluppgift för FACT är att liera sig med de stödverksamheter som finns i samhället. Begreppet "stödsystem i samhället" kommer från USA. I Holland innebär det att olika stöd- och serviceverksamheter samarbetar och har dörrarna öppna för människor med psykiska problem. I Holland finns många organisationer, privatpersoner och stödföreningar som engagerar sig för att öka välbefinnandet för människor med psykisk sjukdom och som kan hjälpa till att inkludera dem i samhället. Dock utnyttjas den här potentialen sällan, eftersom den ibland är svårtillgänglig och verkar i skymundan. Det är viktigt att teamet försöker identifiera de resursmöjligheter som finns i välfärdssamhället och mobiliserar dem för klienten. Helst fungerar varje case manager som kontaktperson för ett antal hjälpverksamheter, vilket innebär att teamet tillsammans har tillgång till en uppsjö av idéer och förslag om hur man bygger upp ett individuellt stödsystem. I team som aktivt arbetar för inkludering kan medlemmarna tala om exakt vilka personer och verksamheter som ingår i klientens stödsystem.

I Holland pågår en diskussion om FACT-team bör liera sig med resursteam och andra team som tillhör den sociala sektorn. Somliga förespråkar t.o.m. en sammanslagning. Personligen är jag skeptisk till den inställningen. Visserligen tycker jag att ett FACT-team bör vara tjänstvilligt och öppet för samarbete med andra team, men jag menar att det viktigt att slå vakt om att vi ger specialistbehandling till individer med allvarlig psykisk sjukdom. Att vi arbetar i samhället och hemma hos människor är inte liktydigt med att vi ägnar oss åt hemsjukvård, hemtjänst eller socialtjänst. Risken med en sammanslagning är att sakkunskapen om svår psykisk sjukdom skulle få stryka på foten och att länken till den övriga psykiatriska vården, inklusive sjukhusen, skulle äventyras.

5.3 Interventioner som följer de nationella riktlinjerna

I tidigare kapitel har vi hänvisat till de (holländska ö.a.) nationella riktlinjerna för behandling av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd¹⁴. Några av interventionerna är:

- Psykopedagogiska program (för klienter, anhöriga och signifikanta andra)
- Läkemedelshantering
- Psykologiska behandlingar (KBT)
- Familjeinterventioner
- Integrerad dubbeldiagnosbehandling (IDDT)
- Individuell placering och stöd (IPS)

Det ligger utanför den här manualens räckvidd att beskriva alla de här interventionerna. Huvudpoängen är att eftersom FACT-teamet består av många professioner kan det genomföra ovanstående insatser. Ibland jämförs ett FACT-team med en julgran: Trädet är det multidisciplinära teamet, vars grenar rör sig upp och ner i takt med vilka julgransprydnader (insatser) som hängs upp.

Förmodligen varierar det mellan olika länder vilken tonvikt man lägger på de olika interventionerna. Min rekommendation är att när man etablerar ett FACT-team bör man utgå från de behandlingar som följer "vetenskap och beprövad erfarenhet" i det landet.

5.4 Integrerad behandling för klienter med dubbeldiagnos

Missbruk av alkohol och/eller narkotika är den vanligaste samsjukligheten hos personer med allvarlig psykisk sjukdom. I genomsnitt har 50-70 procent av klienterna i FACT-team det här problemet. Individer med dubbeldiagnos har sällan nytta av traditionell

¹⁴ I Sverige motsvaras de av Socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (2011) och riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd (2013)

missbruksbehandling, och den psykiatriska behandlingen misslyckas ofta till följd av missbruket. Därför är det viktigt att teamet behandlar de två sjukdomarna samtidigt. I FACT utgår man från principerna i Integrerad dubbeldiagnosbehandling (Drake et al. 2001). Minst två teammedlemmar måste ha gedigen utbildning i metoden, och de fungerar som konsulter åt sina medarbetare. En grundprincip i IDDT är att ta reda på i vilken fas klienten befinner sig: droganvändning, missbruk eller beroende. Alla interventioner är avpassade efter den speciella fasen och går ut på att ta små steg som klienten godtar och som successivt kan leda till minskad droganvändning eller avhållsamhet. En teknik som ofta används är motiverande samtal.

Det är viktigt att FACT-teamet och den psykiatriska kliniken har samma förhållningssätt till individer med dubbeldiagnos och värdesätter IDDT. Enligt den metoden kan klienterna ibland ha nytta av en kortvarig time-out på sjukhuset, en inläggning som bör tolkas som en tillfällig paus i behandlingen.

I en vetenskaplig studie från Limburg (Drukker 2011) framkom ett intressant fynd. I studien undersöktes FACT-team som inte hade missbruksspecialister. Det visade sig att sådana team inte förbättrade tillståndet för klienter med dubbeldiagnos. Med andra ord: utan en missbruksspecialist i teamet har de här individerna sämre utsikt att klara sig väl i samhället.

5.5 Arbete: Individuell placering med stöd (IPS)

Tidigare tog man för givet att klienterna i ACT- och FACT-team inte kunde ha ett lönearbete eller var chanslösa på den öppna arbetsmarknaden. Forskningen i USA och Holland har emellertid visat att den direkta tillgången till stöd och vägledning har lett till positiva resultat, även för individer som från början var ointresserade av att arbeta. Den mest framgångsrika arbetsrehabiliteringen för människor med svår psykisk sjukdom är Individuell placering med stöd (IPS) (Bond et al. 1997). Utmärkande drag i IPS är att målet är ett reguljärt lönearbete, att klienten snabbt söker önskvärda arbeten och provar på rollen som löntagare och att arbetsstödet pågår under lång tid och integreras i den psykiatriska behandlingen. Att den här formen av assistans integreras i teamet innebär att alla kan hjälpas åt för att sporra klienterna att söka arbete och utnyttja sina kontaktytor till att föreslå lämpliga arbetstillfällen.

I programtrohetsskalan för FACT-modellen är IPS ett av kraven. Det är ett av skälen till att holländska FACT-team allt oftare har en IPS-specialist som permanent medlem. En studie i West Friesland visar att klienterna är mer tillfredsställda med sin situation om de har ett avlönat arbete i jämförelse med om de har ett frivilligarbete eller inget arbete alls.

5.6 Fysisk ohälsa

Det är ett faktum att människor med svår psykisk sjukdom ofta lider av somatiska hälsoproblem och sjukdomstillstånd. Till följd av deras psykiska sjukdom och deras levnadsvillkor, men också till följd av medicinerna är den förväntade livslängden hos den här gruppen betydligt lägre än hos övriga befolkningen (Tiihonen et al. 2009). I de nationella riktlinjerna för behandling av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ingår insatser för att förbättra den fysiska hälsan, t.ex. att uppmuntra klienterna att börja motionera, äta sundare eller sluta röka. Men som FACT-team måste man ta ställning till vilka interventioner som är teamets ansvar och vilka som är primärvårdens ansvar. Även om de flesta FACT-team låter vårdcentralerna ha huvudansvaret för klienternas hälsoproblem, samarbetar de nära med allmänläkarna. Till exempel bokar de tid till sådana somatiska undersökningar som behövs i samband med psykofarmaka eller för att kartlägga förekomsten av metabolt syndrom eller diabetes.

Att följa upp klienternas somatiska hälsa är en angelägen uppgift för teamet, särskilt för sjuksköterskorna och psykiatern. Ibland har individerna en tendens att underskatta eller försumma sina fysiska besvär. I de fallen försöker teamet motivera personen att söka hjälp, ibland med uppbackning av familjen, och erbjuder sig att följa med till läkarbesöket. Vid besöket kan det underlätta att ha med sig en lista över aktuella mediciner. Om klienten blir inlagd på sjukhus besöker teamet honom eller henne regelbundet och ställer upp som samtalspartner och rådgivare till avdelningspersonalen.

Många klienter har en ohälsosam diet, och dessutom leder biverkningar av antipsykosmedel ofta till viktuppgång. Att hjälpa klienterna att gå ned i vikt och ändra sin diet kan göras via olika insatser och remisser. Ibland är en dietist inblandad.

En tumregel är att ett FACT-team inte kan tillgodose alla fysiska hälsobehov som klienterna kanske har. Men eftersom individer med allvarlig psykisk sjukdom ofta har svårt att hävda sig måste teamet avgöra om de får den sjukvård och behandling som alla människor har rätt till. Om de tappas bort i vårdkedjan, inte kallas till sedvanliga hälsokontroller eller uppföljningar, är det teamets ansvar att föra deras talan.

5.7 Påtryckningar och tvång

I flera länder är frågan om påtryckningar och tvångsåtgärder i öppenvården reglerade via lagstiftningen. I Australien finns ett sådant system, dvs. en person måste acceptera behandling för sin psykiska sjukdom för att slippa bli inlagd på en psykiatrisk klinik. Holland befinner sig i en övergångsfas, på väg mot ett liknande system.

Oavsett vilken lagstiftning som gäller i det land som ska införa FACT, kan teamet inte blunda för frågor som gäller påtryckningar och tvång. Det faktum att man vill hjälpa sårbara

individer att överleva i samhället innebär att teamet delvis ansvarar för klienternas säkerhet och säkerheten för människor i omgivningen. Dessutom kan man inte förvänta sig att samhället glatt välkomnar individer som ställer till med bråk eller uppträder hotfullt.

I Holland verkar FACT-teamen ha en tendens att trappa upp sitt förhållningssätt. Först försöker de via lockbeten övertala klienterna att ändra ett olämpligt beteende, sedan övergår de till att använda påtryckningsmedel och till sist tvångsvård. Det är viktigt att teamet är ense om vilka slags tvångsåtgärder som ska utnyttjas i vilken situation. Påtryckningar kan tyckas mindre inkräktande än tvång, men samtidigt kan de urholka förhållandet mellan teammedlemmen och klienten eller t.o.m. radera det för alltid. Vid påtryckningar har klienten fortfarande ett "val", även om det inte är fritt utan förknippat med allvarliga konsekvenser om personen inte förändrar ett oönskat beteende. Till exempel klargör man tydligt för individen att det finns risk för omedelbar vräkning om personen inte tar sina mediciner och fortsätter att vara högljudd nätterna igenom och skrämna grannarna. I en sådan situation kan det för övrigt vara skonsammare att utnyttja LPT än att vänta på att individen ska förändra sitt beteende och riskera att bli hemlös.

Sedan en tid tillbaka har det funnits FACT-team i Holland som är kopplade till kriminalvården. Teamen har fackkunskaper om individer med en allvarlig psykiatrisk diagnos som har begått brott eller dömts till villkorlig dom. Teamen har högre personaltäthet än "vanliga" FACT-team, består av fler psykologer och är specialister på att bedöma och hantera riskabla eller farliga situationer. Ibland fungerar de som konsulter till ordinära FACT-team, t.ex. för att bedöma eventuell farlighet hos en klient som drar sig undan och lever som en ensamvarg.

De teammedlemmar som vanligtvis utför arbetsuppgifter som har samband med restriktioner är psykiatern, den kommunala psykiatrisjuksköterskan, case managern (och ibland socialarbetaren). Ibland kan det vara klokt att låta psykiatern och sjuksköterskorna spela rollen som "the bad guys" under ett tag och låta andra i teamet, t.ex. brukarspecialisten och psykologen vara "the good guys". Det kan vara ett sätt att undvika att alla kontakter med teamet uppfattas negativt. Ett lovande projekt att försöka avvärja påtryckningar och tvång har nyligen startat i Holland. Projektet kallas "Familjekonferens" och går ut på att klienterna får hjälp av sina anhöriga för att ta itu med och förändra olämpliga beteenden.

5.8 Att avsluta FACT-vården

Målgruppen för FACT har ofta långvariga funktionsnedsättningar. Det naturliga förloppet vid allvarlig psykisk sjukdom fluktuerar. Perioder med förbättring och steg på väg mot återhämtningen växlar med perioder av återfall och bakslag, som följs av förbättring på nytt och fortsatt resa mot återhämtningen. Dock är det viktigt att komma ihåg att vissa individer

med svår psykisk sjukdom tillfrisknar och förblir friska för alltid. Vi utgår från två begrepp som markerar att klientens tillstånd förbättrats och som ligger till grund för att avsluta FACT-vården: remission av symtomen och remission av funktionsförmågan. Det förstnämnda begreppet innebär att symtomen försvunnit, dvs. personen har varit symptomfri under tre månader, och det sistnämnda innebär att personens sociala funktionsförmåga har blivit bättre.

Anledningen till att en klient vill skrivas ut är ofta att han eller hon önskar leva ett "vanligt" liv och inte vara beroende av psykiatripersonalen. Den önskan är begriplig, men innan den förverkligas tar teamet hänsyn till sex kriterier som bör vara uppfyllda. Riktmärket är att klienten under minst två år måste ha visat att han eller hon

- klarar sig med hjälp av få hembesök från teamet (högst 10-12 om året och de ska inte vara inriktade på förändring)
- sköter sin medicinering på egen hand (tar sina tabletter, går till vårdcentralen för blodprovstagning etc.)
- har ett adekvat stödsystem
- har någon form av arbete eller daglig sysselsättning
- har ett eget boende
- har en hyfsat välorganiserad ekonomi (eventuellt med hjälp av en förmyndare eller god man).

Innan klienten överförs till primärvården måste teamet också försäkra sig om

- att detta verkligen är vad klienten vill och att personen litar på sin egen förmåga
- att klienten går med på att en person från primärvården blir vägledare
- att klienten är beredd att söka hjälp om det skulle behövas
- att någon från primärvården, t.ex. en allmänläkare eller distriktssköterska, åtar sig ha tillsyn över klienten.

Utskrivningskriterierna är ganska strikta och det beror på tre saker. För det första beror det på erfarenheterna av ACT i USA, där vi menar att klienterna överförs till reguljära öppenvårdsmottagningar alltför snabbt. Vår uppfattning är att den strategin ökar risken för återfall och för att klienterna avbryter behandlingen. För det andra är vi medvetna om att de holländska allmänläkarna har sina begränsningar. Visserligen är de skickliga på att ta hand om klienternas fysiska hälsa, men de har varken tid till eller tillräckliga kunskaper för att arbeta utifrån ett brett biopsykosocialt synsätt. Till exempel är det tveksamt om de aktivt skulle kunna stödja återhämtningsprocessen eller bidra till individernas inkludering i samhället. För det tredje är det positivt (och tacksamt) att kunna följa klienterna under lång tid och se hur de klarar sig allt bättre och gör framsteg. Dock gäller det att teamet kan släppa taget så småningom, så att inte månadsbesöken förvandlas till en "öppenvårdshospitalisering".

När klienten överförs till primärvården lämnar FACT-teamet en välkommen-tillbaka-garanti. Den innebär att vid minsta tecken på försämring av det psykiska tillståndet, eller förmågan att klara sig på egen hand, kan personen omedelbart återvända till teamet och få hjälp från första dagen.

Ännu ett skäl till de strikta utskrivningskriterierna har varit att förebygga att teamen utnyttjar överföringen till primärvården som ett sätt att smita ut bakvägen när klienten är "besvärlig" eller man har hamnat i en återvändsgränd. Enligt vår åsikt är det inte klienten som ska passa in i teamet utan teamet som ska anpassa sig efter klienten, ett förhållningssätt som kräver tålamod, tolerans och kreativitet.

Ibland vill någon avsluta samarbetet med teamet även om kriterierna inte är uppfyllda. Om teamet oroar sig för konsekvenserna måste man resonera med klienten och de närstående för att försöka få individen på andra tankar. Om allting pekar på att läget är under kontroll för närvarande respekterar man klientens önskemål. I det fallet brukar vi föreslå en plan för att successivt skära ned på insatserna eller komma överens om "försöksutskrivning", i samråd med allmänläkaren. Teamets uppgift är då att vara ett skyddsnät som kan fånga upp klienten så fort tillvaron svajar. Ibland accepterar individen att göra en utvärdering efter tre månader, ett halvår och ett år för att se efter hur livet fungerar utan teamstödet. Genom att gå klienterna till mötes undviker man konflikter som skulle kunna göra det svårare att komma tillbaka.

Om klienten absolut vill avsluta FACT-vården, trots att teamet avråder, går man in för att hålla uppsikt utan att tränga sig på. I första hand inriktar man sig på att behålla kontakten (på avstånd) och finnas tillgänglig (i närheten) för att bedöma vad som händer. Om det finns tecken på att klientens psykiska tillstånd håller på att försämrans eller det är annan fara å färde ingriper man med hjälp av påtryckningsmedel och tvång.

Kapitel 6: Yrkeskategorier i FACT

6.1 Brukarspecialisten

Idén med att anställa människor med egna erfarenheter av psykisk ohälsa och psykiatrisk vård i FACT-teamen kommer från ACT-modellen. Idag pekar allt fler studier på värdet av att f.d. brukare ingår i vårdarbetet och det finns särskilda utbildningsprogram som vänder sig till dem. Brukarspecialister är viktiga som förebilder. De är det levande beviset på att det är möjligt att återhämta sig. Och genom att hänvisa till sina egna upplevelser av psykisk sjukdom och psykiatrisk vård ingjuter de hopp och stöd om att det går att övervinna kriser och komma vidare i livet.

I FACT-teamet har brukarspecialisten direktkontakt med klienterna, informerar dem om behandlingsalternativ, patienträttigheter, vikten av kamratstöd och berättar om olika insatser som gynnar återhämtningsprocessen. Personen arbetar med klienterna individuellt eller i grupp, kan t.ex. leda WRAP-grupper (Cook et al. 2012) som går ut på att stärka självbestämmandet, höja livskvaliteten och öka välbefinnandet. Brukarspecialisten fattar gemensamma beslut med teamet och är ofta bättre än övriga teammedlemmar på att motivera klienterna att tacka ja till en insats eller till FACT överhuvudtaget. Därför är det många gånger klokt att låta brukarspecialisten vara den som tar den första kontakten med presumtiva klienter på gatan.

Brukarspecialisten har en speciell roll i teamet. På morgonmötena kan det märkas genom att personen alltid lyfter fram klientens perspektiv, tar ställning till om en insats är attraktiv för individen eller inte och kanske ifrågasätter varför somliga i teamet insisterar på vissa åtgärder som klienten tycker är onödiga. Det är nyttiga och lärorika infallsvinklar som bidrar till att göra teammötena dynamiska och tvingar teamet att tänka efter och vässa sina argument.

6.2 Sjuksköterskor

Psykiatrisjuksköterskor är den största yrkesgruppen i FACT. I de amerikanska ACT-teamen brukar det finnas en enda sjuksköterska, vars huvuduppgift är att dela ut mediciner, ge depotinjektioner och ansvara för den fysiska omvårdnaden. I FACT-teamen har sjuksköterskorna betydligt fler uppgifter. De är ofta case managers och genomför alla uppgifter som ingår i den rollen, allt ifrån att hantera akuta kriser till att följa med på tandläkarbesök eller undervisa om städning. De lär klienterna att hantera sina mediciner, är observanta på läkemedelsbiverkningar och uppmuntrar individerna att skaffa sig en sundare livsstil, t.ex. genom att förmedla kontakten till en motionsgrupp. Som case managers ansvarar de också för att samordna de sociala insatserna, dvs. att hitta lösningar som rör

individens boende, arbete, ekonomiska situation och allmänna välbefinnande. Dessutom utvärderar de behandlingsplanen tillsammans med klienten och de närstående en gång om året, med hjälp av resultatet från standardiserade bedömningsinstrument som tar hänsyn till livskvalitet, funktionsnivå etc. Utvärderingen ligger till grund för den preliminära behandlingsplan som case managern och klienten utformar, ett förslag som teamet sedan diskuterar och eventuellt justerar på behandlingsmötet.

6.3 Psykiatern

Psykiatern har en central plats i teamet, arbetar heltid med FACT, skriver under behandlingsplanen å teamet vägnar och har det yttersta ansvaret för behandlingens innehåll. Psykiatern fokuserar inte bara på sitt eget kompetensområde (att förskriva läkemedel och ge psykopedagogiska insatser) utan också på att granska helheten av interventionerna. Psykiaterns roll är både strategisk (Vad är den långsiktiga behandlingsstrategin?) och operationell (Vad ska teamet göra idag?)

I Holland får blivande psykiatrer lära sig att arbeta enligt den biopsykosociala modellen, vilket gör det naturligt för dem att tillämpa de tre dimensionerna i FACT. Dessutom ingår FACT-manualen i den obligatoriska litteraturen i specialistutbildningen. Manualen beskriver psykiaterns ansvar utifrån timglasmodellen:

- Vid instabilitet är det psykiaterns uppgift att ställa diagnos, utreda behovet av akut medicinering, bedöma självmordsrisken, samråda med familjen och besluta om eventuell sjukhusintagning (frivillig eller via LPT).
- I behandlingen är det psykiaterns uppgift att ordinera psykofarmaka (t.ex. klozapin, uppmärksamma biverkningar och metabola syndrom), hantera missbruksproblem, arbeta för följsamhet till behandlingarna och ibland överväga med familjen om tvångsåtgärder.
- I återhämtningsprocessen är psykiaterns uppgift att se till att klientens mentala tillstånd är optimalt för att underlätta rehabiliteringsåtgärderna.

Socialpsykiatri har en lång tradition i Holland. Enligt den traditionen är psykiatern först och främst läkare och diagnostiker. Både under stabila och instabila perioder är kärnfrågorna: Vilka faktorer ligger bakom patologin? Behandlas de på bästa möjliga sätt? Som diagnostiker övervakar psykiatern klientens somatiska sjukdomstillstånd och remitterar vidare vid behov. En extra uppgift är att hålla ögonen på synergieffekten mellan behandling, rehabilitering, empowerment och återhämtning. Hur får man de inslagen att samverka till ett positivt resultat? Utmaningen är att hitta en balans mellan att ge råd, överta ansvaret, släppa taget, respektera klientens val, arbeta för följsamhet och utnyttja tvång.

6.4 Psykologen

Psykologen i teamet har en universitetsexamen från psykologprogrammet. Ofta har personen kompletterat med vidareutbildning i speciella psykoterapier, psykodiagnostik eller grupphandledning

Under de senaste 20 åren har det skett stora förändringar när det gäller psykologernas arbete med individer med allvarlig psykisk sjukdom. Tidigare arbetade de framförallt inom psykiatrisk slutenvård, där de bedömde klienternas beteende på sjukhuset. Numera är de vanliga inom psykiatrisk öppenvård och utgör en viktig profession i FACT-teamen. Deras kompetens sträcker sig över en lång rad psykologiska behandlingar, t.ex. KBT och metakognitiv beteendeterapi. Psykologer i FACT har ofta tät kontakt med klienten och de anhöriga. Vissa gånger inriktar de sig på att träna individens sociala färdigheter eller andra platsspecifika färdigheter. Andra gånger leder de grupper som handlar om att lära sig hantera röster, emotionella svängningar eller skaffa sig användbara psykopedagogiska redskap. Somliga leder också missbruksgrupper och s.k. IMR-grupper (Illness Management and Recovery).

Vi har märkt att det är en fördel om psykologen behärskar EMDR-metoden, eftersom många av klienterna brottas med plågsamma minnen av tidigare trauman.

Förutom de här klientorienterade behandlingarna har psykologen stor betydelse för teamkulturen. Han eller hon har andra kunskaper än den medicinska personalen när det gäller mänskligt beteende och hur förändrings- och återhämtningsprocesser går till. Därför fungerar psykologen ofta som handledare till kontaktpersonerna.

6.5 IPS-specialisten

Under de senaste tio åren har arbetsrehabiliterare fått ett nytt fokus, tack vare IPS-modellen (Individuell placering med stöd). Modellen har fört ut dem i samhället där de letar efter lediga arbetstillfällen, besöker möjliga arbetsplatser, tränar klienterna och assisterar arbetsgivarna.

I vissa länder är arbetsrehabilitering liktydigt med att ordna anställning för klienterna på skyddade verkstäder eller på specialanpassade arbetsplatser. I FACT är den bärande tanken att ordna reguljära lönearbeten till personer med allvarlig psykisk sjukdom. Utan hjälp och stöd har de ofta svårt att få ett arbete på den öppna arbetsmarknaden och behålla det, men med aktiva insatser är det en möjlighet. Rollen som löntagare stärker individens självkänsla och egenmakt, minskar upplevelsen av utanförskap och bidrar till integreringen i samhället. Därför är det angeläget att IPS-specialisten ständigt aktualiserar den frågan för teamet.

Ett nytt arbete kan vara en utmaning för klienten, speciellt i början. Att stiga upp på morgonen, passa arbetstider, klä sig på ett lämpligt sätt, åka kollektivt eller umgås med

arbetskamraterna kan vara påfrestande moment. Ibland tycks gamla oförätter eller problem ha en tendens att dyka upp igen på arbetsplatsen. Samarbetet med case managern, psykologen och brukarspecialisten gör det lättare att tackla motgångarna och hitta utvägar.

Enligt IPS-modellen är IPS-specialisterna inte inblandade i andra delar av vårdarbetet. Men eftersom de ingår i teamet är de väl insatta i klienternas bakgrund. På morgonmötena kan de, precis som alla teammedlemmar, placera någon på FACT-tavlan om de misstänker att individens tillstånd har försämrats.

Kapitel 7: Att implementera FACT

7.1 Upptagningsområde

Det första man måste tänka på när man ska implementera ett FACT-team är att fundera på upptagningsområdets storlek och antalet presumtiva klienter. Antalet klienter för teamet bör inte överstiga 250. Andra frågor som behöver besvaras när det gäller upptagningsområdets storlek är: Hur ska personalen transportera sig mellan olika stadsdelar eller bostadsområden? Är restiderna rimliga?

För blivande samarbetspartners till FACT-teamet är det också viktigt att teamet har ett avgränsat upptagningsområde. Vårdcentraler, hyresgästföreningar, socialkontor, stöd- och serviceverksamheter och polisstationer måste veta att "deras" team finns i närheten.

Våra praktiska erfarenheter av de första 100 FACT-teamen i Holland visar att i en landsbygdskommun med 50 000 invånare kan man räkna med att ungefär 180-220 klienter skulle ha nytta av FACT. Fler människor med allvarlig psykisk sjukdom bor i storstäder. I ett storstadsområde med 35 000-40 000 invånare kan målgruppen röra sig om ungefär 180-200 individer.

7.2 Att integrera psykiatrisk öppen- och slutenvård

I Holland är samarbetet mellan psykiatrisk öppenvård och slutenvård väl utbyggt. Det här samarbetet kallas "gränsöverskridande" vård och innebär

- att en inläggning på sjukhus betraktas som en tillfällig time-out från öppenvårdsbehandlingen
- att en sjukhusvistelse fokuserar på klientens sociala behandlingsmål och att den övergripande behandlingen fortsätter att vara öppenvårdens ansvar
- att insatser från öppen- och slutenvården bildar en sammanhängande helhet (ett gemensamt synsätt, en integrerad behandlingsplan, fortlöpande kontakter med öppenvårdsteamet under sjukhusvistelsen etc.)

Den gränsöverskridande vården avspeglas i att en sjukhusinläggning kan vara mycket kort, ibland bara över en natt när klienten behöver akut avlastning ("säng på begäran"). (Vid längre sjukhusvistelser besöker teammedlemmar klienten varje vecka, diskuterar behandlingsplanen med avdelningspersonalen och framhåller individens rehabiliteringsmål. I många FACT-team träffas teampsykiatern och avdelningsläkaren en gång i veckan för att enas om vilka behandlingsstrategier som ska gälla under sjukhusvistelsen.

7.3 Att informera om FACT och få gehör för arbetssättet

År 2005 startade de första FACT-teamen i Holland och i början mötte de motstånd. De anhöriga oroade sig för att deras familjemedlem inte skulle klara sig utanför sjukhuset med hjälp av ett behandlingsteam, och klienterna var skeptiska till att träffa så många olika teammedlemmar. Vi lugnade de anhöriga med att ett FACT-team kan ge intensivvård och täta hembesök om det behövs, och vi förklarade för klienterna att i långa loppet kan det vara en fördel att träffa olika behandlare som är specialister på olika områden. Idag är både patient- och anhörigorganisationer väldigt positiva till arbetssättet, och den snabba framväxten av FACT-team beror delvis på dem.

Lika viktigt som att informera klienter och anhöriga om FACT-modellen är det att upplysa ansvariga politiker, beslutsfattare och finansiärer. I Holland fanns det inledningsvis en viss misstro från slutenvårdens sida; representanter därifrån tvivlade på att arbetssättet var en förändring i rätt riktning. En omständighet som banade väg för implementeringen av FACT var att en grupp framstående psykiatrer, varav några var forskare, var övertygade om modellens fördelar och gick i bräschen för att införa den.

7.4 Att inrätta team och utbilda personalen

På lokalnivå måste man planera en hållbar strategi vid implementeringen av FACT. I ett större upptagningsområde kan det vara vettigt att börja i liten skala med ett eller två pilotteam som följer arbetssättet i FACT. Efter försöksperioden kan man utvärdera hur teamen fungerade i förhållande till det befintliga vård- och stödsystemet: Hur fungerade deras samarbete med den psykiatriska kliniken? Samarbetet med socialtjänsten, närpolisen och andra serviceverksamheter?

När det står klar att FACT ska förverkligas kan man ordna ett seminarium för anhöriga, representanter från kommunala myndigheter och serviceinrättningar för att få dem delaktiga i övergången till det nya sättet att förmedla vård och insatser.

Personalen i pilotteam (och så småningom "riktiga" FACT-team) behöver tillägna sig vissa kunskaper och färdigheter. De behöver

- en introduktionskurs om FACT (hela teamet tillsammans)
- en prova-på-session där teamet använder FACT-tavlan
- träna på rollen som ledare för teammötena (gäller tre teammedlemmar)
- lära sig att tillämpa sina specialkunskaper i ett nytt sammanhang (gäller varje profession för sig och kan t.ex. ske genom att psykologer från olika FACT-team träffas för att diskutera sin roll)

Att arbeta med klienterna i deras naturliga miljö är inte samma sak som att arbeta på en psykiatrisk klinik eller på en öppenvårdsmottagning. Uppsökande vård kräver en annorlunda attityd och inställning. För somliga i personalen är det ett stort steg. Det innebär att de måste lämna sin invanda yrkesroll och ta till sig ett nytt förhållningssätt. Det innebär också att de ställs inför nya situationer och beslut, vilket gör att de ibland behöver strukturerad handledning för att inte falla tillbaka i gamla beteendemönster.

För somliga vårdarbetare känns det också främmande att arbeta gemensamt med klienterna. Kanske är de vana vid att arbeta individuellt med klienterna och ställer sig frågande till teambehandling. Att personalen får prata öppet om sina bekymmer och farhågor brukar hjälpa. Våra erfarenheter är att efter en inkörningsperiod brukar medlemmarna i teamet uppskatta idén med uppsökande vård. De brukar också påpeka att teambehandlingen minskar arbetsbördan och stressen, eftersom de delar ansvaret för de svåraste klienterna med sina arbetskamrater.

7.5 FACT-mottagningen

Den viktigaste lokalen i FACT-kontoret är mötesrummet där teamet samlas varje morgon. Rummet bör innehålla ett stort bord med cirka 15 sittplatser, en stationär dator och en vit vägg där Excelbladet kan projiceras. Efter mötet kan rummet utnyttjas som en plats för administration, där case managers skriver sina rapporter när de kommer tillbaka efter dagens slut. Hur kontoret är utformat för övrigt beror på lokala och kulturella förhållanden. Eftersom teamet träffar få klienter och anhöriga på kontoret brukar bara psykiatern och psykologen ha egna samtalsrum.

FACT-mottagningen bör helst ligga i centrum av teamets upptagningsområde och helst i samma byggnad eller kvarter som andra vård- och serviceverksamheter, t.ex. en hyresgästförening, ett socialkontor eller en vårdcentral. Den geografiska närheten kan göra det lättare för teamet att länka klienterna till stöd och hjälp.

7.6 Vad har hänt med ACT i Holland?

När ACT introducerades i Holland omkring år 2000 var en anledning att allt fler hemlösa människor som var psykotiska och missbrukade ställde till med bråk och sociala problem i storstäderna. Individerna hade fallit mellan stolarna i vårdapparaten och undvek behandling. Därför infördes ACT i de fyra största städerna.

Några år senare hade problemen i storstäderna minskat betydligt. Många av individerna hade fångats upp av ACT-teamen och stannat kvar i behandlingen, accepterat medicineringen och fått bostad. Det var mindre stökigt på gatorna, situationen hade lugnat ner sig och intensiva ACT-insatser ansågs inte längre lika nödvändiga. Dessutom började

teampersonalen ifrågasätta om inte övriga personer med allvarlig psykisk sjukdom i samhället också borde få rätt till uppsökande vård och insatser.

Sedan 2010 har fler och fler ACT-team i storstäderna förvandlats till FACT-team. I Amsterdam finns t.ex. 20 FACT-team och två ACT-team. Målgruppen för ACT-teamen där är människor som riskerar att fara väldigt illa av sin psykiska sjukdom, lever i samhällets utkant och ofta flackar omkring mellan olika stadsdelar.

Kapitel 8: Skillnaden mellan ACT och FACT, programtrohetskala för FACT och certifiering

8.1 Skillnaden mellan ACT och FACT

FACT är en utvidgning av ACT och använder flera viktiga komponenter därifrån.

ACT är öronmärkt för de människor med svår psykisk sjukdom i samhället som är sjukast, vilket antas motsvara ungefär 20 procent av populationen (Bond et al. 2001). Målgruppen är framförallt individer med instabila psykosor som ofta behöver läggas in på sjukhus. Många har en personlighetsstörning, missbruksproblem, bristande följsamhet till medicineringen och en tendens att motsätta sig behandling. I ACT behandlas alla klienter gemensamt av teamet, och teamet samordnar sina dagliga aktiviteter utifrån en ACT-tavla där samtliga klienter är uppskrivna. Teamet ägnar sig åt uppsökande verksamhet och erbjuder tjänster och insatser under lång tid.

FACT vänder sig till alla människor med svår psykisk sjukdom i samhället, både gruppen med 20 procent och de övriga 80 procenten. Det innebär att teambehandling bara används vid behov. Ungefär 15 procent av klienterna är uppskrivna på FACT-tavlan.

Tabell 2 Skillnader mellan ACT och FACT

	ACT	FACT
Målgrupp	20 procent av människor med svår psykisk sjukdom (de allvarligaste fallen) i ett visst område	Alla människor med svår psykisk sjukdom i ett visst område
Antal klienter/team	60-100	220-250
Upptagningsområdets storlek	Stort upptagningsområde, t.ex. med 250 000 invånare	På landsbygden: 50 000 inv. I tätorten: 40-45 000 inv.
Teamsammansättning	Multidisciplinär: case managers, socialarbetare, sjuksköterskor, psykiater, brukarspecialist	= ACT + psykolog, IPS-specialist, ibland boendestödare och ofta fler rehabiliteringsspecialister
Antal klienter/teammedlem	1:10	1:20
Psykiater	1:100	0,8: 200
Psykolog	Inte obligatoriskt	0,6:200
Teamledare	Obligatoriskt	Ibland, men kan ersättas av 2-3 ledare för teammötena
På ACT-/FACT-tavlan för daglig diskussion	Samtliga 100 klienter	20-30 klienter som behöver daglig vård och tillsyn för tillfället; även "diskussionsfall"
Kontaktfrekvens	Mer är 3-4 gånger/vecka	Vid behov 4-5 gånger/vecka, men i många fall sker kontakten mer sällan
Fokus på evidensbaserade insatser	Ofta svårt att genomföra, därför att många klienter är instabila och inte mottagliga för psykologiska interventioner	Lättare att genomföra pga. "timglasmodellen"
Fokus på återhämtning och empowerment	Tidigare inte särskilt viktigt men håller på att förändras	En av grundprinciperna
Utskrivning	När det räcker med en kontakt/vecka överförs klienten successivt till ett öppenvårdsteam	När klienten under 2-3 år har fungerat stabilt på alla områden i livet överförs personen till primärvården
Återfall	Kan återvända till ACT, men ibland finns väntelista	Kan återvända direkt och listas på FACT-tavlan

8.2 ACT versus FACT

ACT-modellen är ett evidensbaserat sätt att förmedla vård och behandling till människor med allvarlig psykisk sjukdom i samhället. FACT-modellen är ännu inte evidensbaserad, fortsatt forskning behövs. Dock har modellen visat sig vara effektiv i praktiken, och en komparativ studie i Storbritannien (Firn et al. 2012) och de första resultaten av forskningsrapporter från Holland (van Os 2006; Bak, van OS, Delespaul et al. 2007) tyder på att det finns goda skäl att tro på modellens effektivitet. År 2012 klassificerades FACT som "best practice" i de holländska riktlinjerna för behandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

ACT verkar göra stor nytta för en målgrupp som behöver mycket intensiva insatser, speciellt för klienter som flackar mellan olika stadsdelar och lätt hamnar utanför samhällets vård- och stödsystem (se avsnitt 7.6).

Uppfattningen att människor med svår psykisk sjukdom kan delas in i en grupp med 20 respektive 80 procent kan ifrågasättas. Indelningen gjordes av Bond m. fl. (2001) som ett led i att ACT skulle ta hand om de allvarligaste fallen. Men om de utgör 20 procent av populationen är en siffra som aldrig bekräftats i verkligheten. Bond och Drake (2007) har konstaterat att det procenttal som FACT uppger mycket väl kan vara mer tillförlitlig, eftersom klienterna placeras på tavlan så fort de behöver intensiva insatser.

I praktiken är det sällan 20 procent av FACT-teamens klienter som är listade på tavlan utan 10-15 procent. Kanske beror den lägre siffran på att händelser som psykosutbrott, risk för sjukhusinläggning eller behandlingsmotstånd egentligen inte förekommer så ofta. Det kan också bero på att teamen håller ett vakande öga på de övriga 80 procenten, är lyhörda för varningssignaler och lyckas förebygga eventuella återfall.

Att smidigt kunna växla mellan två insatsnivåer gör att FACT-modellen täcker såväl instabila som stabila perioder i klienternas liv och bidrar till en kontinuerlig helhet. Flexibiliteten ger kontinuitet och möjligheter att fortsätta med påbörjade insatser som gäller återhämtning, rehabilitering och kontakter med familj och det stödjande nätverket.

Vi har observerat att under en treårsperiod behöver mer än 60 procent av klienterna i ett FACT-team utökade insatser under en viss tid. Ett konkret exempel är vår undersökning av Team Centrum i norra Holland. När vi gick igenom antalet klienter som listats på FACT-tavlan under 2011 fann vi att under årets lopp hade 132 av de 165 klienterna varit uppskrivna där vid något tillfälle. De flesta till följd av en begynnande psykos, andra till följd av omvälvande livshändelser, att de var nyinskrivna i teamet, hade blivit intagna på sjukhus eller led av fysiska besvär.

Vi tycker att det här fyndet är viktigt och kanske det mest övertygande argumentet som talar för FACT. Det demonstrerar att FACT anpassar sig efter det naturliga förloppet vid allvarlig psykisk sjukdom. Tidigare fastnade klienterna i svängdörren mellan den psykiatriska kliniken

och öppenvården och sedan mellan ett ACT-team och ett öppenvårdsteam med "nedtrappade" insatser. Med FACT har svängdörren flyttats till FACT-tavlan och klienten behandlas av ett och samma team.

8.3 Programtrohetsskala för FACT

Den skala som vi har utarbetat för att bedöma programtroheten till FACT-modellen bygger ursprungligen på DACT-skalan (Dartmouth Assertive Community Treatment fidelity scale, Teague et al. 1998). Den första versionen av FACT-skalan publicerades 2007 av Bähler et al., och den andra versionen kom 2010, reviderad av CCAF (Centret för Certifiering av ACT-och FACT-team). 2013 kommer den tredje versionen att publiceras.

FACT:s programtrohetsskala från 2010 består av 60 punkter som bedöms på en femgradig skala och som täcker alla aspekter av modellen:

- Teamstruktur (inklusive antalet teammedlemmar från varje profession)
- Arbetsätt (inklusive användningen av FACT-tavlan)
- Diagnostisering och behandling (att insatserna vid behandling, rehabilitering och återhämtning följer de nationella riktlinjerna)
- Organisering av det psykiatriska vårdssystemet (att insatserna från psykiatrisk öppen- och slutenvård är integrerade och att teamet deltar vid inläggning på sjukhus och utskrivning därifrån)
- Sociala insatser
- Utvärdering (via tillförlitliga bedömningsinstrument)
- Professionalism (synsätt, utbildningskurser, fokus på återhämtning, kvalitetssäkring)

Under de senaste åren har skalan använts för att bedöma mer än 70 FACT-team i Holland. Interbedömarreliabiliteten (tillförlitligheten mellan olika bedömare) har varit 0.83.

Forskningen har visat att bättre modelltrohet har effekt på implementeringen av evidensbaserade insatser och på behandlingsresultatet för klienterna (van Vugt et al. 2011).

8.4 Certifiering

År 2008 inrättades ett certifieringscenter för ACT-och FACT-team (CCAF). Då stod det klart att FACT hade kommit för att stanna i Holland och antalet team växte snabbt. Men det stod också klart att det fanns risker med en snabb och okontrollerad expansion. Den skulle kunna leda till att det uppstod team som ägnade sig åt varianter av FACT och t.ex. tummade på principen om att ha ett uppsökande arbetsätt eller följa de nationella riktlinjerna för sina interventioner. Därför behövdes ett kontrollorgan som kunde intyga att teamen uppfyllde

kriterierna. Från huvudmännens och finansiärernas sida var det också viktigt att det fanns en väldefinierad modell som kunde testas i praktiken.

CCAF har bedömt mer än 100 ACT- och FACT-team. I korthet går bedömningen till så här: Två bedömare besöker teamet under en dag och deltar i de aktiviteter som förekommer. I förväg har de fått övergripande information om teamet och tagit del av deras sifferuppgifter, statistiska material m.m. Under bedömningsdagen intervjuar de cirka 10 teammedlemmar och några klienter, medverkar på morgonmötet och kan läsa avidentifierade klientfiler. Bedömarna, som har utbildats av CCAF, kan vara psykiatripersonal, brukarspecialister eller anhöriga till klienter med svår psykisk sjukdom. Efter utvärderingen bearbetar bedömarna sina fynd, försöker enas om en gemensam uppfattning och gör preliminära skattningar på skalan. Teamet får möjlighet att kommentera de preliminära skattningarna, och efteråt skickas resultatet till en oberoende certifieringsstyrelse som fastställer den slutgiltiga bedömningen. Utifrån den föreslår certifieringsstyrelsen att CCAF ska utfärda:

- Inget certifikat (teamet saknar programtrohet)
- Provisoriskt certifikat (med rekommendationer om förändringar i arbetssättet och förnyade bedömningar)
- Certifikat
- Optimalt certifikat.

REFERENSER

Bachrach LL (1993), 'The Biopsychosocial Legacy of Deinstitutionalization', *Hospital and Community Psychiatry* vol 44(6) 523-524.

Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, à Campo J, Poddighe G, Drukker M (2007), 'An observational "real life" trial of the introduction of assertive Community Treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* vol 42(2) 125-130.

Bak M, Drukker M, de Bie A, à Campo J, Poddighe G, van Os J, Delespaul P (2008), 'Een observationele trial naar "assertive outreach" met remissie als uitkomstmaat 1', *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol 50(5) 253-262.

Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM (1997), 'A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment', *Rehabilitation Counseling Bulletin* vol 40(4) 265-284.

Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E (2001), 'Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients', *Disease Management and Health Outcomes* vol 9(3) 142-157.

Bond GR, Drake RE (2007), 'Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT"', *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 435-437.

Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, Carter TM, Hudson WB, Grey DD, Boyd S (2012), 'A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery', *Psychiatr Serv.* vol 63(6) 541-547.

Delespaul, PAEG & Consensusgroep EPA (Cahn WDG, Drukker M, Van der Gaag M, Van Heugten T, Van Hoof F, Keet R, Kroon H, Mulder N, Van Os J, Slooff CJ, Sytema S, van Veldhuizen R, van Weeghel J, Wiersma D, Willemsen E, Wunderink L), 'Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie', (2012 (submitted) *Tijdschrift voor Psychiatrie*, The Netherlands.

Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L (2001), 'Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness', *Psychiatric Services* vol 52 (April) 469-476.

Drukker M, van Os J, Sytema S, Driessen G, Visser E, Delespaul P (2011), 'Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness', *Epidemiology and Psychiatric Sciences* vol 20(3) 273-8.

Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ (2012), 'A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Springer.

Intagliata J (1982), 'Improving the quality of community care for the chronically disabled: The role of case management', *Schizophrenia Bulletin* vol 8(40) 655-674.

Lynne D, Finnerty M, Boyle P (2005), General Organizational Index for Evidence-Based Practices, SAMHSA website.

Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDR) (2005), Trimbos Instituut, Utrecht.

van Os J, (2006), 'Een onderzoek naar het verschil in remissie bij assertieve outreach en het standaardmodel', *Patient Care*, December 2006 4-6.

Phelan M, Slade M, Thornicroft G. et al. (1995), 'The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness', *British Journal of Psychiatry* vol 167, 589-595.

Priebe S, Huxley P, Knight S, Evenas S (1999), 'Application and results of the Manchester short quality of life (MANSA)', *International Journal of Social Psychiatry* vol 45(1) 7-12.

Rapp CA (1998b), *The Strengths Model: Case Management with People suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, New York: Oxford University Press.

Rapp CA, Goscha RJ (2006), *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, New York: Oxford University Press.

Ridgway P (1999), 'Recovery paradigm project: deepening the mental health recovery paradigm, defining implications for practice. A report of the recovery paradigm project', Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare.

Salyers MP, Tsemberis S (2007), 'ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on ACT teams', *Community Mental Health Journal* vol 43(6) 619– 641.

Teague GB, Bond GR, Drake RE (1998), 'Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure', *Am J Orthopsychiatry* vol 68(2) 216-32.

Test MA, Stein LI (eds.) (1978), *Alternatives To Mental Hospital Treatment*, Plenum Press USA.

Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J (2009), '11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)', *Lancet* vol 374(9690) 620-7.

van Veldhuizen JR, 'FACT: A Dutch Version of ACT'(2007), *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 421-433.

van Veldhuizen JR, Bähler M, Polhuis D, van Os J (eds.) (2008), Handboek FACT, De Tijdstroom Utrecht.

van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, van Weeghel J, Zoeteman JB, Mulder CL (2011), Canadian Journal of Psychiatry vol 56(3) 154–160.

Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, et al. (1998), 'Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development', British Journal of Psychiatry, vol 172, 11-18.

ADRESSER OCH LÄNKAR TILL HEMSIDOR

Författarna

J. R. (Remmers) van Veldhuizen, psykiatrist, senior advisor; Chairman CCAF

e-post: remmersv@hotmail.com

=====

M. (Michiel) Bähler, psykolog, advisor

e-post: m.bahler@ggz-nhn.nl

=====

Certification Centre for ACT and FACT

e-post: info@ccaf.nl

Hemsida: www.ccaf.nl Link to English page <http://www.ccaf.nl/ccaf-english>

=====

F-ACT Nederland (Dutch F-ACT Association)

Hemsida: www.f-actnederland.nl English Page: <http://www.f-actnederland.nl/fact-english/>