

Introduktion til FACT-modellen

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Indledning | 3 |
| Hvad er FACT | 3 |
| Målgruppen for FACT | 4 |
| Hvem er ikke en sandsynlig målgruppe? | 5 |
| Hvordan kommer borgeren i FACT-teamet? | 5 |
| FACT-modellens indhold: Byggesten og de 7 C'er | 5 |
| Det praktiske arbejde og de to behandlingsniveauer | 7 |
| Timeglasmodellen | 7 |
| FACT-tavlen | 8 |
| Kriterier for at en borger kommer på tavlen | 9 |
| Afslutning fra tavlen og efterfølgende opfølgning | 10 |
| Det opsøgende arbejde | 10 |
| Begrebet recovery | 10 |
| FACT-teamets sammensætning og kompetencer | 10 |
| Case manager | 11 |
| Teamlederen | 11 |
| Sekretær | 12 |
| Brugerspecialist (peer-medarbejder) | 12 |
| Recovery-specialist | 12 |
| Socialrådgiver..... | 12 |
| Beskæftigelses- og uddannelsesspecialist..... | 12 |
| Misbrugsspecialist..... | 13 |
| Psykiater | 13 |
| Psykolog..... | 13 |
| Sygeplejerske | 13 |
| Medarbejder med somatisk ekspertise | 13 |
| Caseload | 14 |
| Snitfalder og samspil med andre aktører | 14 |
| Opfølgning på somatisk sundhedstilstand | 14 |
| Afslutning af forløb i FACT | 14 |
| Fidelity-skalaen | 15 |
| Monitorering og effektmåling i FACT | 15 |
| Norske erfaringer med FACT | 15 |
| Digital introduktion til FACT | 16 |

Indledning

Med denne sammenfatning ønsker vi at give en introduktion til FACT-metoden som en tværsektoriel arbejdsmodel designet til borgere med svær psykisk sygdom.

Samtidig ønsker vi, at initiativet omkring FACT ses som en indsats og et samarbejde, der taler ind i de politiske ambitioner i både sundhedsreformen og 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed. Her er der fokus på mere borgernær behandling, bedre integration og ligestilling mellem psykiatri og somatik samt nye samarbejdsformer på tværs af sektorer. Samtidig er der behov for bedre udnyttelse af de samlede ressourcer og mere sammenhængende og fleksible tilbud. Etablering af tværsektorielle FACT-teams er et centralt svar på disse ambitioner for borgere med de mest komplekse behov i både psykiatrien og kommunerne.

Denne introduktion til FACT lægger sig op ad de norske erfaringer med FACT, fordi modellen her allerede er tilpasset en skandinavisk velfærdsstruktur, hvor ansvaret er delt mellem region og kommuner. Hollandske erfaringer derimod udspringer af et anderledes sundheds- og finansieringssystem og er derfor sværere at overføre til danske forhold. Ved at tage afsæt i den tilpassede norske model reduceres behovet for grundlæggende tilpasninger, og implementeringen kan ske hurtigere og med større sandsynlighed for høj grad af modeltrofasthed.

For yderligere læsning on den norsk tilpassede FACT-model se venligst:

[Norsk FACT modelbeskrivelse](#) og [Norsk FACT-håndbog](#).

Hvad er FACT

FACT står for **Flexible Assertive Community Treatment**. Det er en tværfaglig og opsøgende teammodel, hvor kommune og hospitalspsykiatri driver ét fælles team med fælles ledelse, fælles arbejdsgange og fælles ansvar for indsatsen omkring borgeren. Det adskiller sig fra et ambulatorium eller et kommunalt psykiatri- og rusmiddeltilbud, hvor den enkelte medarbejder typisk har det primære ansvar for egne borgere.

FACT skal møde borgerne dér, hvor de lever og bor. **Assertive Community Treatment** kan oversættes til 'aktivt opsøgende behandling'. Gennem recovery-orienteret praksis skal teamet styrke borgernes mulighed for at mestre deres liv i eget nærmiljø og deltage aktivt i samfundet. Indsatsen tager afsæt i borgerens ønsker, ressourcer og behov og planlægges sammen med borgeren i en fælles behandlingsplan.

Et FACT-team giver en fleksibel, helhedsorienteret og sammenhængende behandling samt støtte til borgere med alvorlig psykisk lidelse og komplekse behov, som ikke får gavn af de almindelige tilbud. Teamet skal derfor;

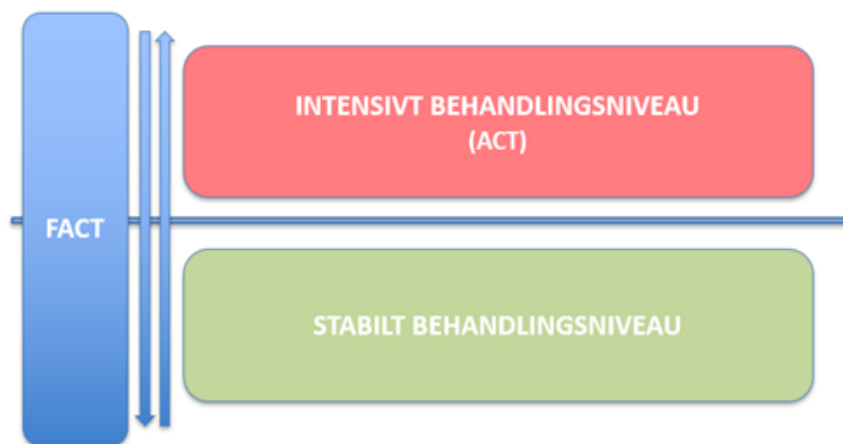
- arbejde aktivt opsøgende
- tilpasse indsatsen efter borgerens aktuelle behov
- intensivere støtten i ustabile perioder
- koordinere den samlede indsats på tværs af sektorer
- reducere parallelle og usammenhængende forløb.

FACT er én indgang og ét samlet team omkring borgeren. Målet er stabilitet, færre kriser og indlæggelser samt øget mestring og deltagelse i hverdagslivet.

FACT blev etableret i Holland i 2003. Modellen er designet som en ikke-diagnosespecifik behandlings- og opfølgingsmodel til borgere med alvorlig psykisk sygdom. FACT er en videreudvikling af ACT, som blev introduceret et par år tidligere i Holland. ACT er primært udviklet til psykosepatienter mens FACT har en bredere målgruppe. Den vigtigste metodologiske forskel mellem de to modeller er, at FACT, i modsætning til ACT, har to behandlingsniveauer, som tilpasses borgerens aktuelle situation:

1. I stabile perioder følges borgeren primært af sin faste kontaktperson (case manager). Indsatsen er planlagt og har fokus på stabilitet, recovery, hverdagsmestring og langsigtede mål. Øvrige teammedlemmer inddrages ved behov.
2. I ustabile perioder overgår borgeren til et intensivt, teambaseret niveau. Her deler hele teamet ansvaret, kontakten øges, og indsatsen koordineres tæt med henblik på at forebygge krise og indlæggelse. Borgeren drøftes dagligt i teamet, og opgaver fordeles fleksibelt.

Overgangen mellem de to niveauer sker løbende og styres af borgerens behov. Modellens fleksibilitet ligger i vekslen mellem de to behandlingsniveauer. Der sigtes mod at holde brugeren på det stabile niveau. Se figur 1.



Figur 1: De to behandlingsniveauer

FACT er tværsektorielt organiseret og hvis modellen skal fungere efter hensigten, er det vigtigt, at kommuner og region har et transparent og integreret samarbejde. Dette kræver et balanceret ejerskab og medarbejdere fra begge sektorer.

Målgruppen for FACT

Målgruppen for FACT-teams er borgere med alvorlig psykisk sygdom, hvor sygdommen medfører et betydeligt nedsat funktionsniveau og ofte optræder sammen med misbrugsproblemer og sociale udfordringer. Disse kan blandt andet komme til udtryk ved ustabile boligforhold, begrænset tilknytning til arbejdsmarkedet og vanskeligheder med at etablere og fastholde relationer. Mange i målgruppen har desuden negative erfaringer med de eksisterende tilbud, hvilket kan gøre det vanskeligt at etablere kontakt og fastholde et behandlingsforløb. Der er

derfor behov for en helhedsorienteret og tværgående indsats, som rækker ud over behandling af sygdom og symptomer.

Den norske FACT-model definerer målgruppen som mennesker, der:

- har alvorlig og langvarig psykisk sygdom - enten alene eller i kombination med skadeligt brug eller afhængighed af stoffer - eller har langvarigt skadeligt brug eller afhængighed af stoffer med mistanke om eller etableret psykisk sygdom
- og
- har alvorlig og omfattende social funktionsnedsættelse på baggrund af psykisk lidelse
 - har behov for koordineret og langvarig behandling og opfølgning fra store dele af støttesystemet, dvs. både fra kommune og hospitalspsykiatri
 - ikke nås af de almindelige tilbud i kommunen og i hospitalspsykiatrien

I den norske model forstås alvorlig psykisk sygdom som f.eks. psykotiske lidelser, affektive lidelser som depression og bipolar lidelse, angstlidelser, personlighedsforstyrrelser eller ADHD i kombination med betydelig funktionsnedsættelse.

Hvem er ikke en sandsynlig målgruppe?

Personer, der møder stabilt op til aftaler, og hvor kommune og hospitalspsykiatri kan sikre kontinuitet, har som udgangspunkt ikke behov for FACT. De kan have brug for en koordineret opfølgning, men ikke den fleksible og intensive indsats, som FACT tilbyder. Borgere, der selv regulerer kontakten til systemet, har et fungerende netværk og søger hjælp ved behov, er heller ikke i målgruppen.

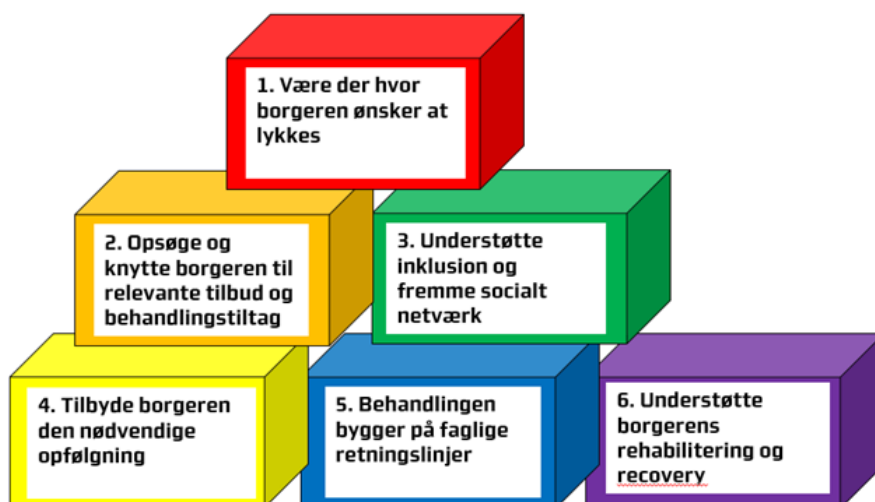
Hvordan kommer borgeren i FACT-teamet?

Borgere optages i FACT-teamet efter en faglig vurdering af, om de tilhører målgruppen for FACT. Henvielse kan komme fra både hospitalspsykiatri, kommunale indsatser og praktiserende læge. Visitation til FACT sker i dialog mellem kommune og hospitalspsykiatri. Vurderingen tager afsæt i borgerens psykiske lidelse, funktionsniveau og behov for en sammenhængende og tværfaglig indsats. Når borgeren visiteres til FACT, overgår ansvaret for behandling og støtte til FACT-teamet, som herefter planlægger og koordinerer indsatsen i samarbejde med borgeren.

FACT-modellens indhold: Byggesten og de 7 C'er

FACT-modellen understøttes af to centrale redskaber: Byggestenen og de 7 C'er, som gør modellen konkret og anvendelig i praksis. De udgør en fælles ramme for, hvordan teamet organiserer arbejdet og sikrer, at alle centrale elementer i modellen indgår. Samlet bidrager byggestenen og de 7 C'er til at omsætte modellen til praksis, skabe en fælles forståelse i teamet og understøtte en ensartet og tro implementering af FACT-modellen.

Byggestenen beskriver det faglige og organisatoriske fundament i FACT og tydeliggør, hvad der skal være på plads, for at teamet kan arbejde efter modellen. Byggestenen danner rammen for både etablering, daglig praksis og modeltrofasthed. Se figur 2.



Figur 2: Byggestenene

De 7 C'er er en konkret uddybning af byggestenene i FACT-modellen og samler de centrale krav til indsatsen, som FACT-teamet skal arbejde efter. De beskriver de vigtigste principper i arbejdet med borgerne og tydeliggør, hvordan indsatsen tilrettelægges som koordineret, sammenhængende og fleksibel. Samtidig understøtter de 7 C'er et tæt tværfagligt samarbejde i teamet om den enkelte borgers forløb. Se figur 3.



Figur 3: De 7 C'er

De 7 C'er skal forstås som dynamiske og tilpasses løbende den enkelte borger over tid, med client know-how som et gennemgående princip i hele forløbet.

Det praktiske arbejde og de to behandlingsniveauer

FACT antager, at de fleste borgere ikke har brug for konstant, intensiv opfølgning. I **stabile perioder** vil én permanent kontaktperson, dvs. en case manager eller primær kontaktperson, være tilstrækkelig. Om kontakten er ugentlig eller sjældnere afhænger af den enkeltes behov. Behandlingsplanen vil definere, hvilken form for opfølgning der er nødvendig, og hvordan og af hvem den vil blive udført. Dette kan omfatte behandling relateret til specifikke symptomer, såsom håndtering af angst, arbejde med borgerens forhold til egen familie eller nærmiljø, overvågning af medicin, opfølgning af beskæftigelse eller aktiviteter knyttet til recoveryprocessen. Behandlingsplanen skal tage udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker, mål og livssituation. Sagsbehandleren kan efter behov inddrage de andre i teamet Den individuelle opfølgning dækker hele spektret af psykosocial behandling og opfølgning og finder primært sted der, hvor borgeren færdes/har sin hverdag.

I **en ustabil periode** er der f.eks. opstået en akut krise for borgeren, som kan skyldes forværring i en eller flere af borgerens biologiske, psykiske eller sociale forhold. I den ustabile periode går hele teamet i opfølgningen, dvs. det intensive behandlingsniveau. Her er der behov for en mere omfattende indsats end den, case manageren/den primære kontaktperson - med bidrag fra andre - hidtil har haft ansvar for. Den tætte opfølgning er kendetegnet ved en alle-mand-på-dæk-tilgang, hvor krisen bringes under kontrol så hurtigt som muligt, og nødvendige foranstaltninger i omgivelserne iværksættes. Borgeren opføres på FACT-tavlen, som er et digitalt overblik over borgere med behov for en intensiv indsats (forklares nærmere på side 11), og den intensive behandling igangsættes. En borger kan opføres på tavlen ved akut krise, brug af tvang eller behov for styrket opfølgning og inddragelse af flere medarbejdere fra teamet. Nye og indlagte borgere placeres automatisk på den digitale FACT-tavle.

Timeglasmodellen

Timeglasmodellen anvendes til at styre intensiteten i FACT-indsatsen og bruges som et fælles arbejdsredskab. I ustabile perioder kan teamet hurtigt øge støtten, og flere medarbejdere i teamet arbejder sammen om indsatsen. I mere stabile perioder har borgeren primært kontakt med sin case manager og modtager en mere individuel opfølgning.

Modellen viser, hvordan FACT fleksibelt kan veksle mellem stabilisering, behandling og recovery, så indsatsen tilpasses borgerens situation over tid. Formålet er at sikre både hurtig støtte i svære perioder og langsigtet støtte til bedring og et mere selvstændigt hverdagsliv.

Timeglasmodellen illustrerer, at FACT tilbyder forskellige typer indsatser afhængigt af, hvilken fase borgeren befinder sig i. Se figur 4 på næste side. Medarbejdernes rolle og intensiteten i indsatsen varierer derfor over tid. Til arbejdet er knyttet tre centrale processer:

Stabilisering

Borgeren sættes på teamets tavle ved krise, forværring, øget rusmiddelbrug eller tilbagefald. Teamet arbejder intensivt for at stabilisere situationen, så vidt muligt uden indlæggelse. Pårørende kan inddrages og informeres efter behov.

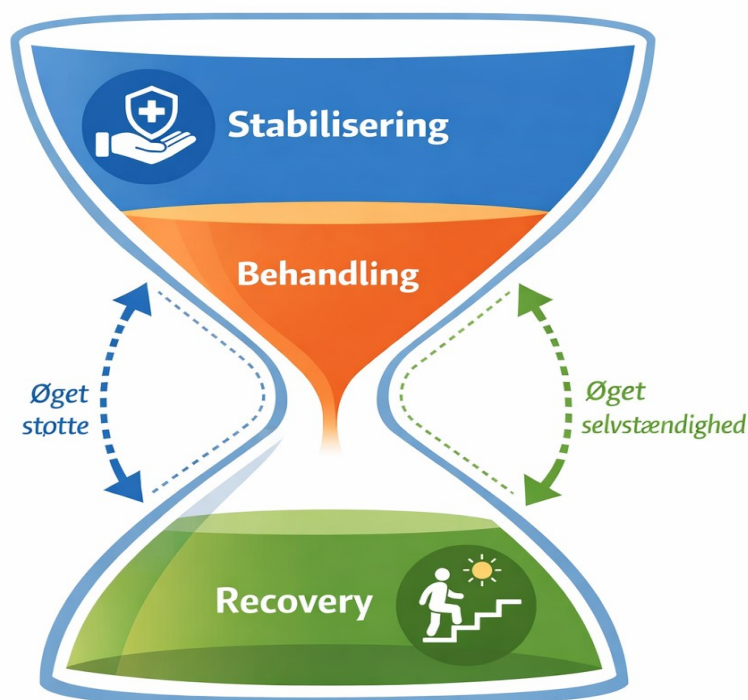
Behandling

Der iværksættes målrettet behandling på baggrund af udredning og fælles mål med borgeren. Det kan f.eks. være psykologisk eller medicinsk behandling, rusmiddelindsats eller beskæftigelsesrettede tiltag. Flere medarbejdere kan være involveret. Formålet er at reducere symptomer og styrke borgerens funktion.

Bedring (recovery)

Borgeren arbejder med sin egen recoveryproces med støtte fra teamet. Borgerens egne mål og ønsker er i centrum, og teamet understøtter arbejdet mod et mere selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv. Behandling og recovery-arbejde vil ofte foregå parallelt.

Timeglasmodellen i FACT



Figur 4: Timeglasmodellen

De tre processer i timeglasmodellen er ikke faser, der følger hinanden lineært. De kan overlappe, afløse hinanden eller foregå samtidig. Timeglasset illustrerer dermed også at forløbet kan “vende” og bevæge sig frem og tilbage mellem stabilisering, behandling og recovery.

FACT-tavlen

Brug af en fælles digital tavle og korte daglige morgenmøder er et helt centralt arbejdsredskab i FACT. De borgere, der står på tavlen, kræver intensiv opfølgning og særskilt opmærksomhed.

Formålet er, at teamet kan koordinere de samlede ressourcer og lave en fælles indsats. Tavlen danner et overblik og bidrager til, at sekventielle og parallelle indsatser undgås i forløbet.

Den digitale tavle giver overblik over dagens integrerede behandlings- og opfølgingsopgaver. Der foretages en bred vurdering af borgerens ressourcer samt opfølgings-, støtte- og behandlingsbehov. Den rummer også påmindelser om evaluering af behandlingsplan, vigtige aftaler og datoer for depotmedicin samt spørgsmål/bekymringer fra borgere og pårørende.

Vurderingen er, at cirka 20 % af borgerne tilknyttet FACT-teamet vil have brug for intensiv opfølgning på et givet tidspunkt og at de dermed kommer på tavlen.

For hver borger bør FACT-tavlen indeholde følgende oplysninger i kolonner;

- dato for indlæggelse/første møde
- dato for udarbejdet behandlingsplan/dato for evaluering
- diagnose og muligt stofmisbrug
- juridisk status (paragraf i psykiatriloven og andre relevante love)
- årsag til, at personen er på tavlen (jf. punkterne nedenfor)
- borgerens egne ønsker (jf. behandlingsplan)
- planlagte
- indsatser
- kontakter fra sociale netværk og familie
- navn på case manager/primær behandler
- aftaler om hjemmebesøg (antal gange pr. dag eller uge)
- specifikke aftaler f.eks. medicinering og dato for depotmedicinering
- andre aftaler, f.eks. med læge, laboratorie, advokat og arbejdsplads
- risikovurderinger og sikkerhedsforhold
- ressourcer.

Kriterier for at en borger kommer på tavlen

At placere en person på FACT-tavlen svarer til intensivt behandlingsniveau og behov for indsats fra flere i teamet. Der tages afsæt i borgerens kriseplan, som er udarbejdet i samarbejde med borgeren med henblik på at håndtere situationer, hvor borgeren kommer i en ustabil periode. Borgeren informeres om ændringen hurtigst muligt og der indhentes samtykke til at kontakte pårørende og netværk. Det handler om at få borgeren gennem krisen, helst uden indlæggelse. Alle i teamet kan bede om at få en borger på tavlen, men beslutningen tages af temaet i fællesskab.

FACT-modellen opererer med specifikke kriterier for at blive sat på tavlen;

- forværring eller øgede psykiske symptomer
- krise eller stigende rusmiddelindtag
- behov for at intensivere behandling og/eller opfølgning
- livskriser
- risiko for indlæggelse på somatisk eller psykiatrisk sengeafdeling
- selvmordsrisiko, risiko for at skade andre eller trussel om udsættelse fra bolig
- uro, ordensforstyrrelser eller andre faresignaler
- udskrivelse fra hospital eller løsladelse fra fængsel
- behandling under tvang
- nye borgere

- vanskelig-at-nå gruppen (borgere, som er svære at nå og har lidt kontakt med hjælpesystemet).

FACT har et erklæret mål om at begrænse brugen af indlæggelser. Ikke desto mindre kan der være behov for indlæggelser i krisetilfælde, akutte tilstande, et ønske om stabilisering eller hvis rejseafstand vanskeliggør tæt opfølgning. I sådanne situationer følger teamet borgerne tæt før, under og efter en indlæggelse. døgnopholdet.

Ikke alle personer på tavlen behøver tæt opfølgning. Nogle gange handler det om at indhente supplerende oplysninger, f.eks. fra andre instanser.

Afslutning fra tavlen og efterfølgende opfølgning

En borger tages af tavlen, når situationen er stabiliseret, og behovet for den intensive teamindsats ikke længere er til stede. Det kan f.eks. være, når en krise er håndteret, symptomer eller funktionsniveau er stabiliseret, eller når der igen er tilstrækkelig fremdrift i behandlings- og recoveryprocessen.

Når borgeren tages af tavlen, overgår opfølgningen typisk til den individuelle case manager, som fortsætter kontakten med borgeren og følger op på den aftalte behandlings- og støtteindsats. Teamet bevarer dog fortsat et fælles overblik, og borgeren kan hurtigt sættes på tavlen igen, hvis der opstår forværring, krise eller øget behov for en koordineret indsats fra flere medarbejdere. På den måde understøtter tavlearbejdet en fleksibel organisering af indsatsen, hvor støtten kan op- og nedjusteres efter borgerens aktuelle behov.

Det opsøgende arbejde

Det opsøgende arbejde er en grundsten i FACT, ikke kun ved kriser, men i al individuel opfølgning. Over 80 % af møderne foregår derfor uden for teamets lokaler.

FACT er der, hvor borgeren ønsker at lykkes og har sine daglige aktiviteter. Dette kan være i borgerens hjem, i lokalsamfundet eller hos familie og venner. Nogle borgere har ikke et eget hjem, og kontakten skal derfor foregå på en café, et medborgerhus eller lignende.

Formålet med det opsøgende arbejde er at etablere kontakt, motivere til yderligere kontakt og etablere en god relation, for derved at være i stand til yderligere opfølgning og behandling. FACT bruger det opsøgende arbejde til at opbygge relationer og aktivere borgerens netværk. Hjemmebesøg er en central arbejdsform og styrker forankringen i civilsamfundet.

Begrebet recovery

Recovery er på borgerens præmisser. Målsætninger formuleres af borgeren selv, og teamet støtter målsætningerne med fokus på ressourcer, håb og selvbestemmelse. Rollen som behandler bliver et ligeværdigt partnerskab.

FACT-teamets sammensætning og kompetencer

FACT skal levere opfølgning, behandling og recoveryindsatser i tråd med gældende retningslinjer. Det kræver tværfagligt og tværsektorielt samarbejde samt fælles indsats i det daglige teamarbejde. De to niveauer i FACT-modellen, det stabile og det intensive behandlingsniveau,

forudsætter, at teamet besidder de nødvendige kompetencer til at imødekomme borgernes forskellige behov, som beskrevet i de syv C'er.

I den norske version af FACT vil et team ideelt bestå af ca. 12 fuldtidsstillinger (jf. Fidelity-skalaen som er beskrevet senere). Forudsat, at den norske bemandingsnorm anvendes, vil det give følgende sammensætning for et FACT-team;

- teamleder, én fuldtidsansat
- sekretær, mindst én fuldtidsansat
- brugerspecialist, mindst én fuldtidsansat
- psykiater, mindst én fuldtidsansat
- psykolog, mindst én fuldtidsansat
- sygeplejerske, hvoraf én har særlig ekspertise inden for mental sundhed, mindst to fuldtidsansatte
- socialrådgiver
- beskæftigelses- og uddannelsesspecialist (IPS), mindst én fuldtidsansat pr. 100 borgere
- misbrugsspecialist, mindst én fuldtidsansat (kan besiddes af et teammedlem med en anden rolle/funktion)
- recoveryspecialist, mindst én fuldtidsansat (kan besiddes af et teammedlem med en anden rolle/funktion)
- medarbejder med særlig ekspertise relateret til somatisk sundhed, mindst én fuldtidsansat (kan besiddes af et teammedlem med en anden rolle/funktion).

Anbefalingen er, at der i teamet er så mange fuldtidsstillinger som muligt. Fuld tid styrker den daglige koordinering, overblik og fleksibilitet mellem almindelig opfølgning og intensiv indsats. Mange deltidstillinger svækker teamtilgangen og gør det vanskeligere at arbejde i tråd med modellen.

Case manager

Case manager-rollen kan varetages alle faggrupper på nær psykiater og sekretær. Et team standardiseret til 100 borgere bør have mindst fire fuldtids case managers. Delt sagsbelastning betyder, at hver case manager ikke skal være ansvarlig for borgeren alene, men bruge teamet ved behov og i kriser (jf. tavlemetoden). For at borgeren ikke skal have besøg af nye og forskellige teammedlemmer hver dag eller uge, understreger FACT-modellen, at én person er case manager og den, der holder i trådene, men altid med teamet bag sig.

Teamlederen

Teamlederen kan have forskellig faglig baggrund, men har det samlede kliniske og administrative ansvar for teamet og refererer til ledelsen/styregruppe. Lederen skal have relevant uddannelse og erfaring samt kunne koordinere teamets arbejde og yde klinisk vejledning. Stillingen er på fuld tid og bør ikke kombineres med ledelse af andre enheder. Teamlederen skal nøje kende teamets praksis og skal derfor udføre klinisk arbejde (minimum ca. 30 % af tiden) på linje med øvrige medarbejdere. Lederen deltager i tavlemøder og behandlingsmøder og har ansvar for at sikre, at FACT-modellen efterleves og udvikles, både internt og i samarbejdet med eksterne parter. En central opgave er at etablere og fastholde strukturer og rutiner, der understøtter modeltrofasthed.

Sekretær

Den administrative medarbejder understøtter teamet fra kontoret med planlægning, mødeafvikling, journaloverblik, registrering og praktisk koordinering. Funktionen sikrer overblik over, hvor medarbejderne befinder sig, og modtager henvendelser fra borgere og pårørende. Der bør være en fuldtidsansat administrativ medarbejder med koordinering i forhold til teamet som primær opgave. Det frigør klinisk kapacitet og bidrager samtidig til øget sikkerhed og bedre overblik.

Brugerspecialist (peer-medarbejder)

Borgerdeltagelse og recovery-orientering er centrale elementer i FACT. Teamet bør derfor have en brugerspecialist. En brugerspecialist bidrager med egne erfaringer med psykisk sygdom og/eller rusmiddelproblemer. Erfaringerne bruges aktivt og konstruktivt i arbejdet med borgere af FACT. Brugerspecialisten er et ligeværdigt medlem af teamet. Rollen bidrager med håb og troværdighed og viser, at recovery er mulig. Brugerspecialisten kan ofte skabe en anden form for kontakt, særligt med borgere, der er skeptiske over for behandling eller har haft dårlige erfaringer med systemet.

Recovery-specialist

En medarbejder i teamet har rollen som recovery-specialist og skal sikre, at teamet fastholder fokus på recovery. Hvor brugerspecialisten primært arbejder med den personlige recoveryproces, har recovery-specialisten fokus på recovery som en social proces, dvs. aktiviteter og strategier forankret i borgerens hverdag og lokalmiljø. Recovery-specialisten skal have overblik over relevante tilbud og aktiviteter i lokalområdet og støtte borgeren i at opbygge et meningsfuldt hverdagsliv. Arbejdet tager udgangspunkt i borgerens styrker og ressourcer frem for symptomer og medicinering.

Socialrådgiver

Socialrådgiveren bidrager med socialfaglig vurdering, koordinering og myndighedsforståelse. Rollen er at sikre sammenhæng mellem behandling og sociale indsatser, herunder bolig, økonomi, beskæftigelse, forsørgelse og kontakt til myndigheder. Socialrådgiveren understøtter borgerens rettigheder, hjælper med ansøgninger og afgørelser og bidrager til at skabe stabile rammer omkring borgerens hverdag.

Beskæftigelses- og uddannelsesspecialist

Beskæftigelses- og uddannelsesspecialisten har ansvar for arbejds- og uddannelsesrettede indsatser. Det omfatter ordinær beskæftigelse og uddannelse samt øvrige relevante tilbud og aktiviteter. Specialisten indgår som en central del af den integrerede og sammenhængende indsats. Rollen bygger på en recovery-orienteret tilgang til beskæftigelse og uddannelse med udgangspunkt i borgerens egne ønsker. Selvom hele teamet arbejder med beskæftigelse, har specialisten et særligt ansvar for at fastholde fokus på området og sikre overblik over relevante tilbud i optageområdet. Specialisten bør have kendskab til den evidensbaserede IPS-model (Individuel planlagt job med støtte) og anvende modellens centrale principper om, at alle kan deltage på det ordinære arbejdsmarked med den rette støtte. Samarbejde med jobkonsulenter i kommunen indgår som en vigtig del af funktionen.

Misbrugsspecialist

Misbrugsspecialisten skal have viden om og erfaring med integreret behandling af samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. Det indebærer en systematisk kortlægning af samspillet mellem stofmisbrug og psykisk sygdom, løbende vurdering af borgerens forandringsfase og tilpasning af indsatsen herefter. Arbejdet skal være aktivt opsøgende og baseret på motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi, herunder forebyggelse af tilbagefald. Specialisten skal samtidig bidrage med opdateret viden om afhængighed og kunne vejlede kolleger i relevante behandlingsmetoder.

Psykiater

Psykiateren har ansvar for den medicinske behandling og sammen med psykologen, for diagnostik efter afsluttet udredning. Hele teamet bidrager til vurderingen, men psykiaterens kliniske vurdering er central. Medicinsk behandling kræver regelmæssig opfølgning, og mange borgere oplever bivirkninger eller er skeptiske over for medicin. Psykiateren skal sikre faglig, systematisk opfølgning og tage borgerens bekymringer alvorligt. Psykiateren deltager i behandlingsmøder og i udarbejdelsen af behandlingsplaner som en del af det samlede behandlingsansvar.

Psykolog

Psykologens opgaver afhænger af kompetenceniveau og eventuel specialistgodkendelse. En psykologspecialist kan, afhængigt af delegation, varetage opgaver som diagnostik, vurdering af tvang og dele af misbrugsbehandling. Psykologen har, sammen med psykiateren, det overordnede behandlingsansvar i teamet. Den psykologfaglige kompetence er central i udredning, udarbejdelse af behandlingsplaner og gennemførelse af målrettede indsatser. Arbejdet omfatter også en grundig vurdering af borgerens mentale funktioner samt evnen til at planlægge og gennemføre handlinger for at sikre realistiske mål og tilpassede indsatser. Psykologen bidrager med supervision, både i forhold til konkrete borgere og til teamets samarbejde og processer. Psykologen deltager i tavlemøder, behandlingsmøder, i udarbejdelsen af behandlingsplaner og indgår aktivt i det opsøgende arbejde.

Sygeplejerske

Et FACT-team skal have to fuldtidsansatte sygeplejersker, hvoraf mindst én skal have psykiatrisk specialkompetence. Sygeplejersken har en central rolle i opfølgning på medicinsk behandling og i den løbende vurdering af symptomer, sygdomsudvikling og risiko for frafald eller tilbagefald. Opgaverne omfatter også screening for somatiske problemer og bivirkninger ved medicin. Sygeplejersken vejleder teamet i vurdering af psykiatriske symptomer og medicinbivirkninger og arbejder sammen med borgeren om strategier for korrekt medicinindtag. Derudover varetager sygeplejersken sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, herunder støtte til egenomsorg, psykoedukation og recovery-orienteret arbejde.

Medarbejder med somatisk ekspertise

Én medarbejder i teamet skal have særligt fokus på borgernes somatiske helbred, en rolle, der ofte varetages af en sygeplejerske. Mange borgere i målgruppen for FACT har komorbiditet relateret til somatiske helbredsproblemer, som ofte overses eller ikke håndteres systematisk. Opgaven omfatter kortlægning af somatisk helbred, koordinering med egen læge, opfølgning på

behandling samt sikring af, at somatisk undersøgelse, ernæring og opfølgning indgår i behandlingsplanen.

Caseload

Et FACT-team i Holland dækker som udgangspunkt et befolkningsgrundlag på 50.000 og varetager behandlingen af ca. 200 borgere. Den norske version er tilpasset nationale forhold med maksimum 100 borgere pr. team og en norm på 1 medarbejder pr. 10 borgere (tidligere 1:15). Den lavere case load i Norge skyldes bl.a. flere borgere med rusproblematikker, variation i 20/80-fordelingen samt lange geografiske afstande. En større borgergruppe ville gøre det vanskeligt at sikre tilstrækkelig og intensiv opfølgning.

Det er vigtigt, at man i en dansk kontekst vurderer teamsammensætning pr. antal borgere.

Snitflader og samspil med andre aktører

FACT-teamet arbejder tæt sammen med en række andre aktører omkring borgeren. Det gælder både kommunale tilbud, psykiatriske tilbud, hospitaler, almen praksis og andre relevante indsatser som botilbud, hjemmepleje, rusmiddelbehandling, beskæftigelsesindsatser og civilsamfundet.

FACT har ansvar for at koordinere indsatsen og sikre, at borgeren oplever et sammenhængende forløb, selv om flere aktører er involveret. Det indebærer også at være opmærksom på overlap mellem tilbud og sikre en klar opgavefordeling mellem de involverede parter.

Opfølgning på somatisk sundhedstilstand

Vigtigheden af at følge op på den somatiske sundhedstilstand hos borgere med stofmisbrug og psykisk sygdom understreges ofte. Personer med alvorlig psykisk sygdom og/eller stofmisbrug har en forventet levetid, der er 15-20 år kortere end den generelle befolkning. Levetiden påvirkes af både genetisk sårbarhed relateret til psykisk sygdom, livsstilsvaner, psykosocial stress og ensomhed samt bivirkninger af medicin og manglende behandling. Dette gælder i høj grad for borgere i FACT. Som beskrevet tidligere bør teamet derfor have medarbejdere med relevant erfaring og viden inden for somatisk sundhed samt skabe tætte samarbejdsrelationer til kolleger, som kan bidrage med somatisk kompetence.

I forhold til somatisk sundhed har FACT-teamet ikke ansvar for den samlede somatiske behandling, men skal sikre, at borgeren får relevant udredning og opfølgning, typisk i samarbejde med egen læge og andre sundhedsaktører. Teamet understøtter kontakten til sundhedsvæsenet og følger op på, at aftalte undersøgelser og behandlinger bliver gennemført.

Afslutning af forløb i FACT

Et forløb i et FACT-team er som udgangspunkt langvarigt, men afsluttes, når borgeren ikke længere har behov for den intensive og tværfaglige indsats, som FACT tilbyder. Afslutning kan ske, når borgerens situation er blevet mere stabil, og behovet for støtte kan varetages af andre tilbud, f.eks. i kommunen, i almen praksis eller i et ambulante psykiatriske tilbud.

Beslutningen om afslutning træffes af FACT-teamet i dialog med borgeren og eventuelt pårørende samt relevante samarbejdspartnere. I forbindelse med afslutningen planlægges en overgang til

de tilbud, der fremover skal varetage opfølgningen, så der sikres kontinuitet og sammenhæng i indsatsen.

I nogle tilfælde kan afslutning også ske, hvis borgeren flytter ud af teamets geografiske område eller overgår til et andet relevant behandlingstilbud. Målet er, at overgangen sker planlagt og koordineret, så borgeren fortsat har adgang til den støtte og behandling, der er behov for.

FACT er baseret på en recovery-orienteret og frivillig tilgang, hvor borgerens ønsker og medbestemmelse er centrale i planlægning og gennemførelse af indsatsen. Derfor kan en borger selv vælge at afslutte sit forløb i FACT. I sådanne tilfælde vil teamet typisk forsøge at have en dialog med borgeren om årsagen og, hvis muligt, planlægge en overgang til andre relevante tilbud, så borgeren ikke står uden støtte.

Fidelity-skalaen

Teamet arbejder efter en fidelity-skala, der viser, i hvilken grad teamet er tro mod FACT-modellen. Fidelity-skalaen anvendes derfor i teamets eget udviklingsarbejde, og når det evalueres af andre. Den oprindelige fidelity-skala blev udviklet i Holland og senere revideret i Norge (2010, revideret 2023).

Høj modeltrofasthed i de enkelte teams er afgørende for at opnå den ønskede effekt af FACT. Skalaen består af 61 indikatorer, som vurderes på en fempunktsskala fra 1 (lav modeltrofasthed) til 5 (høj modeltrofasthed). Den samlede score beregnes som gennemsnittet af alle 61 indikatorer. Scoren kategoriseres i følgende farveniveauer;

4,1 – 5,0 meget god modeltroværdighed (Grøn)

3,4 – 4,0 tilfredsstillende modeltroværdighed (Lysegrøn)

3,1 – 3,3 moderat modeltroværdighed (Gul)

1,0 – 3,0 utilfredsstillende modeltroværdighed (Rød)

Monitorering og effektmåling i FACT

I FACT arbejdes der systematisk med at følge udviklingen i borgerens situation og effekten af den indsats, der gives.

Det sker blandt andet gennem rutinemæssig monitorering (ROM), hvor borgerens psykiske og sociale funktion, behov for støtte og livskvalitet kortlægges ved opstart og derefter løbende, typisk mindst én gang årligt i forbindelse med revision af behandlingsplanen. Resultaterne anvendes til at evaluere det enkelte behandlingsforløb og til at justere indsatsen efter borgerens aktuelle behov.

Teamet vurderer løbende effekten af behandling og støtte med afsæt i FACT-modellens elementer. Derudover anvendes FACT-fidelity-skalaen til at vurdere, i hvilken grad teamet arbejder i overensstemmelse med modellen, og til at understøtte kvalitetsudvikling og læring i teamet.

Norske erfaringer med FACT

Både internationalt og i Norge har ACT- og FACT-modellen vist gode resultater i arbejdet med at skabe helhedsorienterede og integrerede tilbud til en målgruppe, som det ellers har været vanskeligt at give et tilstrækkeligt behandlingstilbud.

Norske evalueringer viser, at organiseringen opleves som meningsfuld af både borgere, pårørende, medarbejdere og samarbejdspartnere. Samtidig peges der på besparelser i form af kortere indlæggelser, markant mindre brug af tvang (op mod 50%) samt færre parallelle og dobbelte indsatser på tværs af kommune og hospital. En norsk ph.d.-afhandling fra 2022 fremhæver desuden, at FACT har en vigtig brobyggerfunktion og kan skabe bedre sammenhæng i et ellers fragmenteret system.

Der kan læses mere om de norske erfaringer her: [Norske erfaringer med ACT- og FACT-teams](#)

Digital introduktion til FACT

Der findes en gratis digital introduktion til FACT-modellen på den norske hjemmeside, som er åben for alle med interesse for modellen. Forløbet bygger på modellens grundprincipper og er opdelt i moduler, som kan gennemføres individuelt eller i et team. Den digitale introduktion kan anvendes som fælles grundlag for opstart og kompetenceudvikling i teamet.

[Gratis digital introduktion til FACT findes her.](#)

