

ACT og FACT

Integrerte, helhetlige og sammenhengende tjenester til personer med dobbeltdiagnose



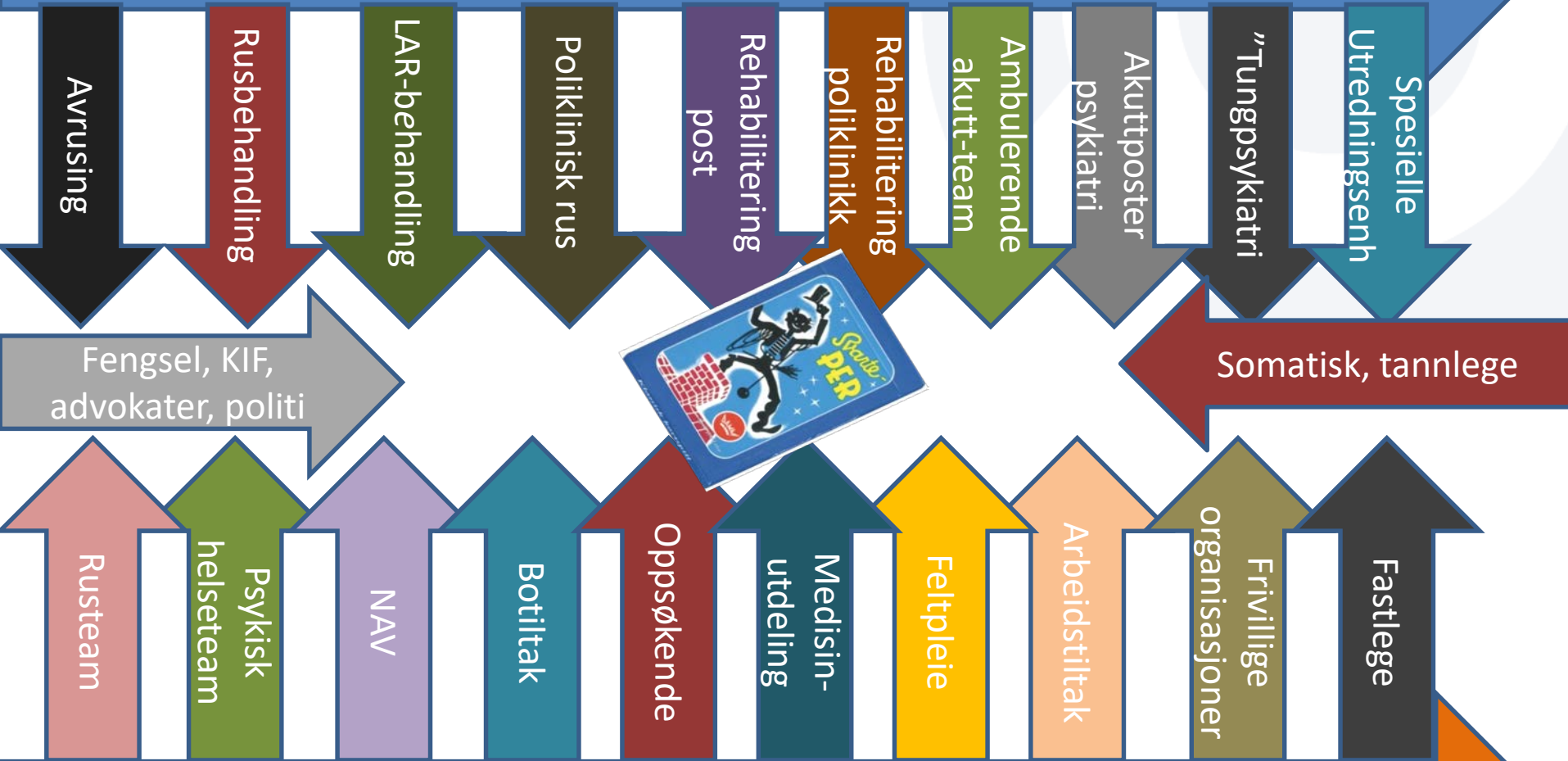
Dagsorden

- ACT og FACT: to samhandlingsmodeller for personer med dobbeltdiagnose. v/Anne Landheim
- Hvordan jobber vi med personer med dobbeltdiagnose i et FACT-team? v/teamleder Eirik Ystad
- Hvordan jobber vi recoveryorientert i et FACT-team? v/brukerspesialist Siren Thomasen

Utfordringsbildet for personer med dobbeltdiagnose

- Mange tjenester både i kommunen og spesialisthelsetjenesten (rusbehandling, psykisk helsevern)
- To tjenestenivåer: kommune og stat som ikke samhandler godt nok
- Personer med psykiske lidelser og rusmisbruk og med store og sammensatte problemer faller ofte utenfor de ordinære tjenestene
- Behov for integrerte, helhetlige og koordinerte tjenester for personer med dobbeltdiagnose

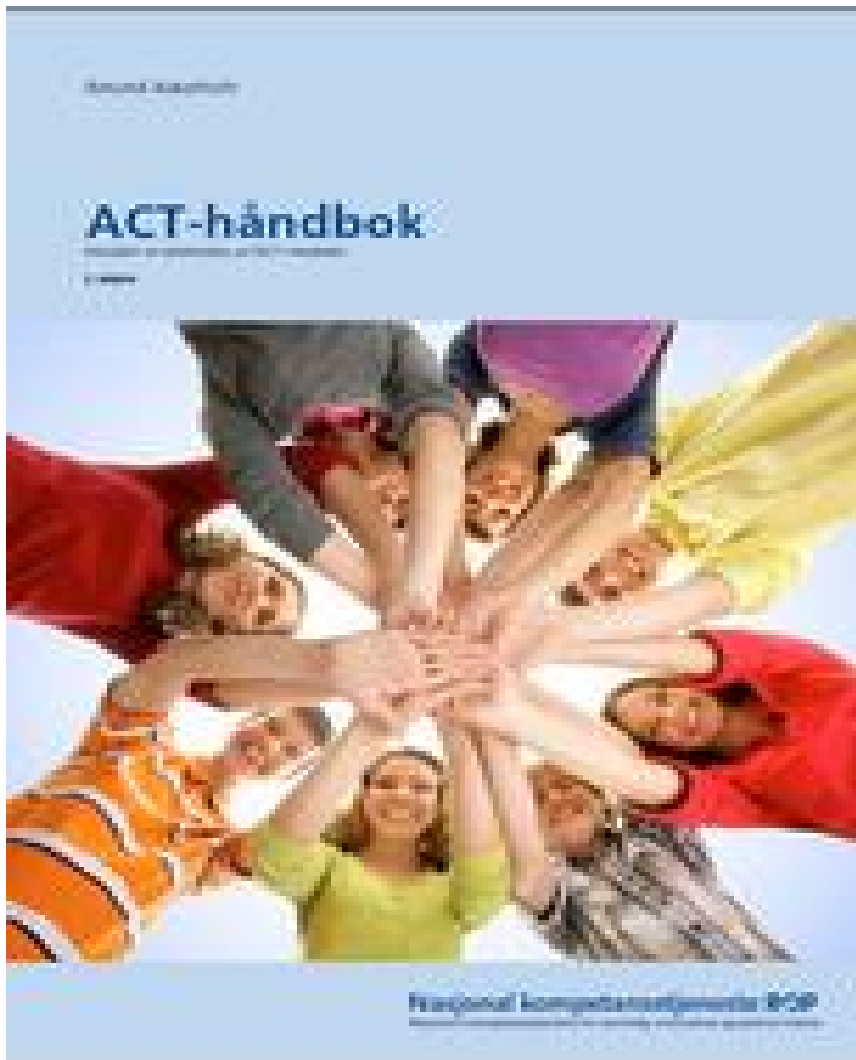
Spesialisthelsetjenestene



Nasjonalt satsning

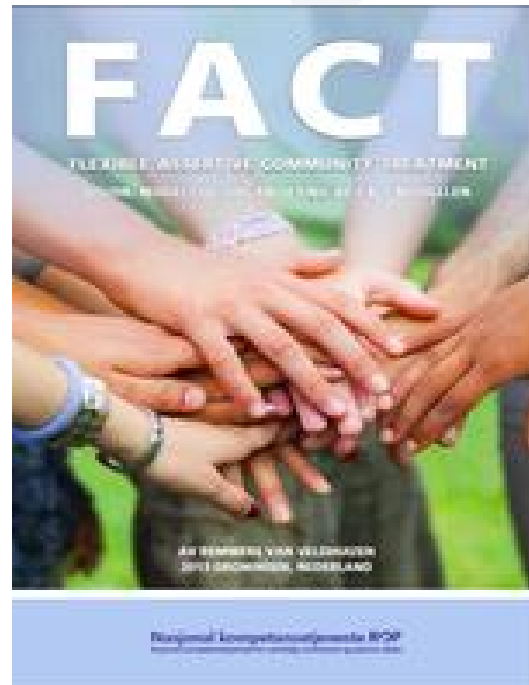
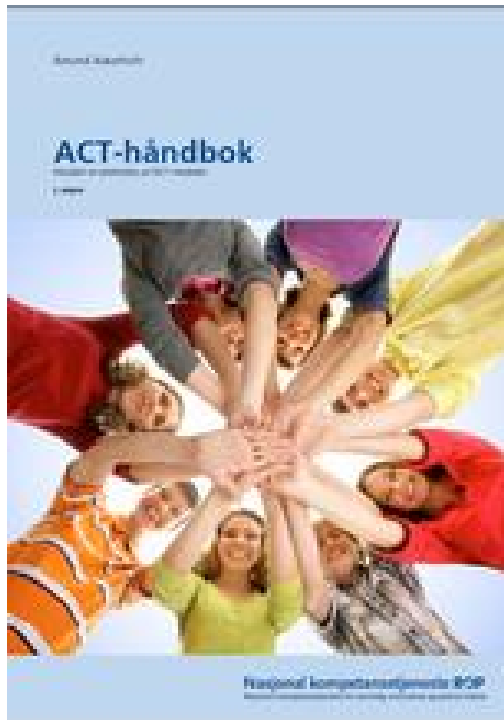
- Styrke tilbudet til mennesker med langvarige og sammensatte tjenestebehov gjennom å etablere helhetlige, samtidige og virksomme tjenester fra ulike nivåer og sektorer.
- Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som har langvarige og sammensatte behov for behandling, rehabilitering og oppfølging.
- Etablering av **samhandlingsmodeller i kommunen og/eller mellom kommune og spesialisthelsetjeneste** som sikrer et koordinert, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud til målgruppen

Satsning på ACT og FACT

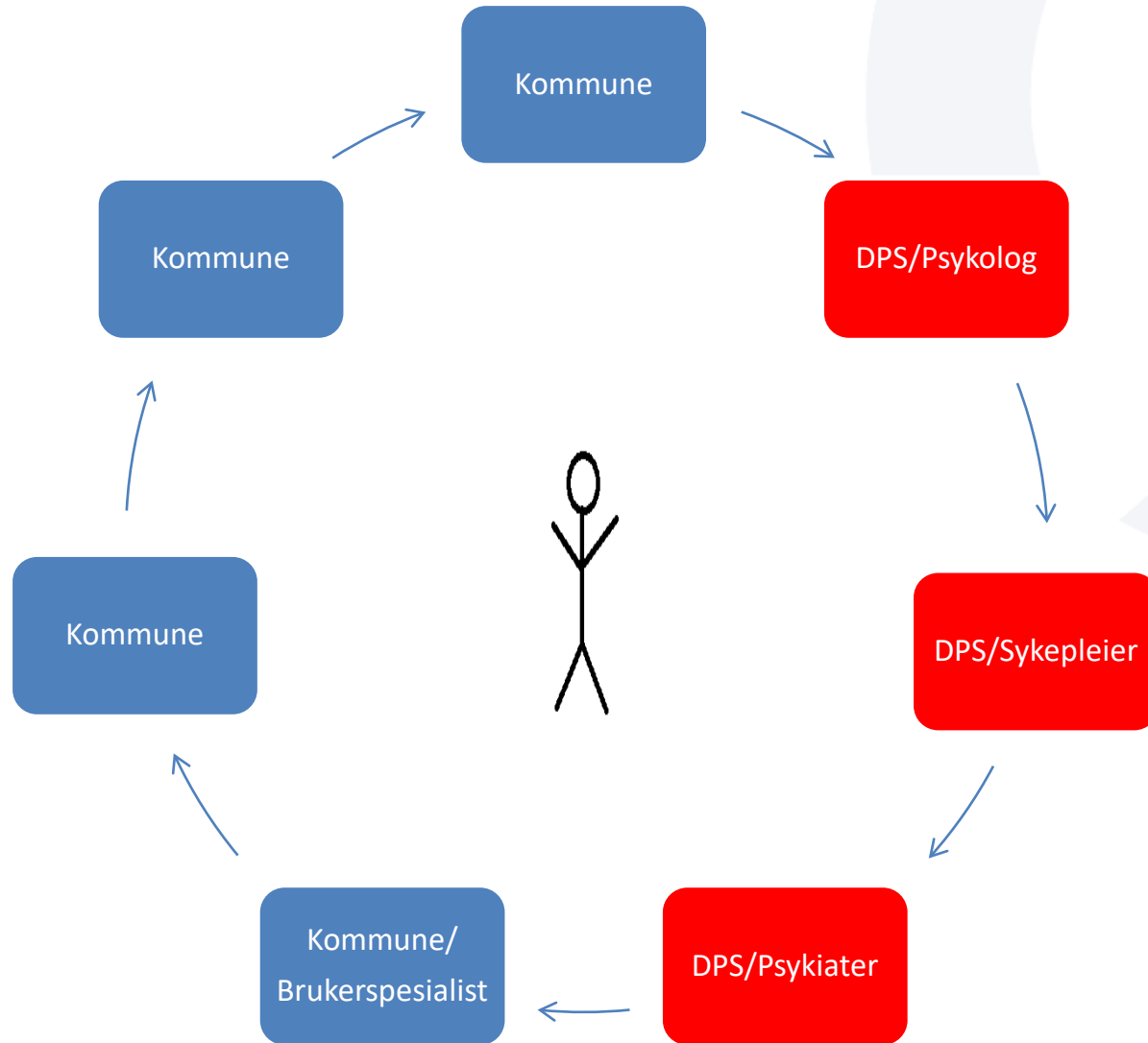


- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

ALLE TJENESTER FRA ETT TEAM



SAMHANDLING MELLOM KOMMUNE OG DISTRIKTSPSYKIATRISK SENTER



helhetlige
integreerte
kontinuerlige

tjenester

«Hospital without walls»

Stein&Test 1980



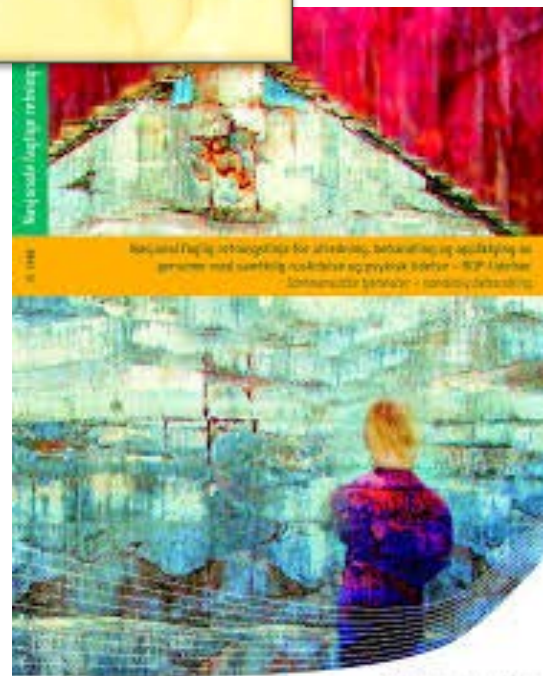
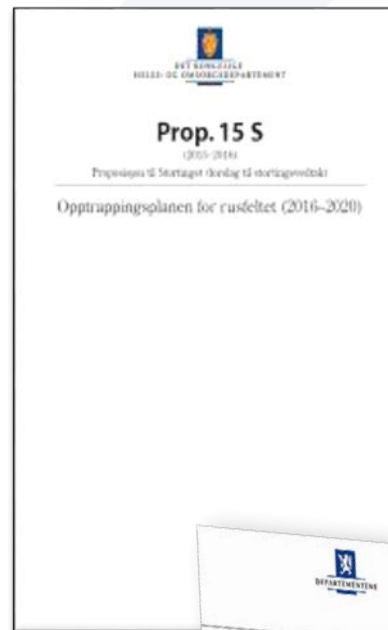


«Tilbudet til mennesker med langvarige og/eller sammensatte tjenestebehov»

Tilskudd i 2019: 230 mill. kr

Prioriterte tiltak:

- 1. Etablering og drift av tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT- modellen (Assertive Community Treatment) og FACT-modellen (Flexible ACT).**
- 2. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020):**
 - Etablering av mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre)
 - Lavterskel substitusjonsbehandlingstilbud, f.eks. etter modell av LASSO
 - Behandlingsforberedende tiltak
 - Housing First-tiltak
- 3. Lavterskeltilbud og utvikling og utprøving av modeller for tverrfaglig oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge, vil bli prioritert.**



ACT og FACT i Norge

Første ACT-teamet i 2007

2009-2014: 14 ACT-team

2019:

- 8 ACT-team
- 38 FACT-team
- Flere forprosjekter
- FACT Ung
- RusFACT

Etablert team i urbane og rurale regioner

Cirka 2/3 med dobbeltdiagnose i norske ACT og FACT-team

Målgruppe ACT og FACT

Målgruppe ACT: Alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelser, alvorlig bipolar lidelse), alene eller i **kombinasjon med ruslidelser**, kognitiv svikt, **nedsett funksjon**

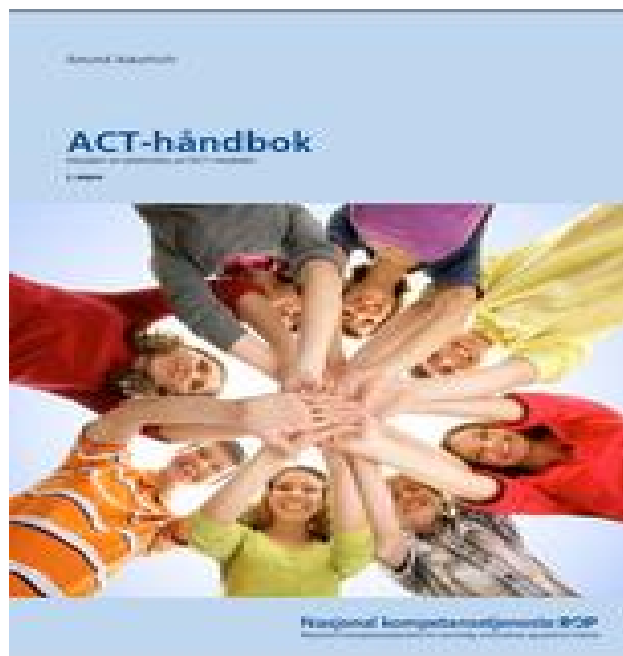
Målgruppe FACT: Alvorlige psykiske lidelser (psykoselidelser, alvorlig bipolar lidelse, alvorlige affektive lidelser, alvorlige angstlidelser), og ofte i **kombinasjon med ruslidelser**

**LAVT FUNKSJONSNIVÅ PÅ MANGE LIVSOMRÅDER
KLARER IKKE Å NYTTIGGJØRE SEG ORDINÆRE TJENSTER
STORE OG SAMMENSATTE PROBLEMER**

Hva er ACT og FACT?

Assertive Community Treatment (ACT)

Flexible Assertive Community Treatment (FACT)



Hva er ACT og FACT?

- ACT ble utviklet i USA på 1970-tallet
- FACT bygger i stor grad på ACT, og er utviklet i Nederland
- To modeller for personer med alvorlige psykisk lidelser, og ofte rusmiddelproblemer

Målsetting for ACT og FACT

Å gi sammenhengende, helhetlige og integrerte tjenester ute i samfunnet til personer som ikke nås av de ordinære tjenestene

- Sikre kontinuerlig kontakt med hjelpeapparatet
- Redusere innleggelses i psykisk helsevern
- Forbedre personens livskvalitet og fungering
- Økt integrasjon i samfunnet

Målsetting for ACT og FACT

Norske føringer:

Forpliktende samhandlingsmodell mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (DPS)



Prinsipper for ACT og FACT

- **Oppsøkende** virksomhet der brukeren bor eller oppholder seg
- **Aktiv oppsøkende arbeidsform**
- **Helhetlige tjenester fra ett team.** Teamet skal yte og legge til rette for nødvendige helse-, omsorgs- og sosiale tjenester
- **Tverrfaglig team med helse-og sosialfaglig bakgrunn:**
sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, ergoterapeuter, psykiater, psykolog mm



Prinsipper for ACT og FACT

- **Et team med** «spesialistfunksjoner (brukerspesialist, russpesialist, arbeidsspesialist)
- **Teamtilnærming:** Brukeren kjenner til og skal ha kontakt med alle i teamet. **Tavlemetoden.**
- **Høy intensitet på tjenesten,** særlig for ACT-brukerne, men også FACT
- Teamet skal gi tjenester døgnet rundt sju dager i uka
- Teamet skal gi langvarig og kontinuerlig oppfølging og behandling

Prinsipper for ACT og FACT

Teamet skal gi kunnskapsbaserte metoder:

- Modell for integrert behandling av dobbeltdiagnose (IDDT)
- Arbeid med støtte (Supported Employment, IPS)
- Psykoedukasjon til bruker og pårørende
- Kunnskapsbasert psykoterapi
- Boligstøtte/Housing First

Prinsipper for ACT og FACT

- Kontakt med pasientens nettverk
- Integrering i lokalsamfunnet
- Ansvar for krisetjenester
- Fullt ansvar for psykiatriske tjenester
- Fullt ansvar for rehabiliteringstjenester
- Oppfølging av somatisk helse (samarbeid med fastlege og sykehus)

Recovery ACT og FACT

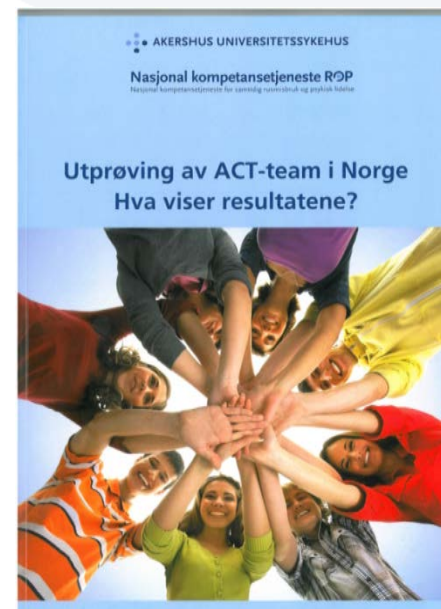
- Vektlegge personens ressurser i stedet for patologi
- Arbeidsfellesskap mellom bruker og behandler
- Hjelpetiltak med vekt på selvbestemmelse og mestring av eget liv
- Myndiggjøring (settes i stand til å mestre livet på egenhånd)
- Skaffe brukeren kunnskap om dagliglivets ferdigheter i miljøet der personen oppholder seg
- Mobilisere lokalsamfunnet til å støtte brukeren
- Bosette brukeren så raskt som mulig
- Integrere rehabilitering i annen type behandling og oppfølging
- Arbeid og meningsfylte aktiviteter
- Bistand til praktiske gjøremål
- Bekjempe stigma

Erfaringer etter 10 år

- Fra ACT til FACT
- FACT etableres i urbane og rurale strøk
- FACT til en utvidet målgruppe
- To samhandlingsmodeller mellom kommune og stat/distriktpsikiatriske sentre
- Ny måte å organisere tjenester på
- ACT og FACT: implementering og translasjon i ulike norske kontekster?

Evaluering av ACT og FACT i Norge

- Oppdrag fra Helsedirektoratet
- Manglende kunnskap om nytteverdien av ACT og FACT i en norsk kontekst
- Evaluerte de 12 første ACT-teamene
- Evaluerer de syv første FACT-teamene
- Følger teamene i tre år og pasientene i to år (observasjonstudiedesign)



Resultater fra den norske evalueringen av ACT-team

- ✓ Det er mulig å implementere ACT og FACT i en norsk kontekst
- ✓ Både ACT og FACT rekrutterer personer med dobbeltdiagnose (2/3 av pasientene)
- ✓ ACT evalueringen viste en signifikant bedring på ulike livsområdet etter to år med oppfølging og behandling i teamet
 - ✓ Bedre boforhold
 - ✓ Nedgang i andelen med rusmiddelproblemer
 - ✓ Høyere funksjonsnivå (GAF-F)
 - ✓ Lavere symptombelastning (depressive symptomer, selvmordsrisiko)
- ✓ Personer med dobbeltdiagnose hadde de samme resultatene som personer uten rusproblemer to år etter inntak i ACT-teamet

Resultater fra den norske evalueringen av ACT-team

Det er ingen vesentlig endring i **antallet innleggelseser** før og etter inklusjon i ACT-teamene

Det er en halvering av **antallet oppholdsdøgn** i psykisk helsevern etter inklusjon i ACT-teamene, sammenlignet med toårsperioden før inntak

Det er 55 prosent reduksjon i oppholdsdøgn under tvang i psykisk helsevern etter inklusjon i ACT-team

Resultater fra den norske evalueringen av ACT-team

- Personer i ROP-gruppa hadde den største reduksjonen i antallet liggedøgn i psykisk helsevern sammenlignet med Ikke ROP-gruppa. Dette til tross for at de fortsatt har et rusproblem!
- Dette kan tolkes som at de har fått hjelp på andre områder i livet, og at de blir fulgt opp av ACT-teamene slik at tvangsinnleggelser i større grad unngås, og at de blir lagt inn før de er for syke
- Det kan også bety at de skrives ut igjen raskere fordi ACT-teamene ivaretar dem lokalt

Associations Between Quality of Life and Functioning in an Assertive Community Treatment Population

Hanne Clausen, M.D., Anne Landheim, Ph.D., Sigrun Odden, Cand.Polit., Kristin Sverdvik Heiervang, Ph.D., Hanne Kilen Stuen, Cand.Polit., Helen Killaspy, Ph.D., Jurate Šaltytė Benth, Ph.D., Torleif Ruud, Ph.D.

Objective: Level of functioning is positively associated with subjective quality of life for people with severe mental illness, but a detailed relationship between functioning and satisfaction with various life domains is largely unknown, and this gap prompted this study.

Methods: Demographic and clinical data were obtained from 149 patients engaged with 12 assertive community treatment teams in Norway. Multivariate regression analyses were used to explore associations between subjective quality of life and patient characteristics.

Results: Analyses confirmed positive associations between quality of life and age, functioning, and weekly

contact with family and friends and a negative association with anxiety and depressive symptoms. Positive associations between several areas of practical and social functioning and satisfaction with related life domains also were found.

Conclusions: Although a causal direction of the associations between functioning and life satisfaction has not been determined in this study, the positive findings might indicate that programs aiming to improve functioning could affect patients' quality of life.

Psychiatric Services in Advance (doi: 10.1176/appips.201400376)

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study

Hanne Clausen^{1,2*}, Torleif Ruud^{1,2}, Sigrun Odden³, Juratė Šaltytė Benth^{4,2}, Kristin Sverdvik Heiervang¹, Hanne Kilen Stuen¹, Helen Killaspy⁵, Robert E. Drake⁶ and Anne Landheim^{3,7}

Abstract

Background: Co-occurring substance use increases the risk of hospitalisation in people with severe mental illness, whereas Assertive Community Treatment (ACT) generally reduces hospitalisation in patients with severe mental illness and high inpatient service use. Because the superiority of ACT over standard services amongst patients with problematic substance use is uncertain, the present study examined inpatient service use amongst patients with and without problematic substance use in the 2 years before and the 2 years after they enrolled into ACT teams.

Methods: This naturalistic observational study included 142 patients of 12 different ACT teams throughout Norway. The teams assessed the patients upon enrollment into ACT using clinician-rated and self-reported questionnaires. We obtained hospitalisation data from the Norwegian Patient Register for the 2 years before and the 2 years after enrollment into ACT. We used linear mixed models to assess changes in hospitalisation and to explore associations between problematic substance use and changes in hospitalisation, controlling for socio-demographic and clinical characteristics.

Results: A total of 84 (59 %) participants had problematic substance use upon enrollment into the ACT teams. In the 2 years after ACT enrollment both participants with and without problematic substance use experienced a reduction in total inpatient days. Those with problematic substance use also had fewer involuntary inpatient days. Exploratory analyses suggested that symptom severity and functioning level interacted with problematic substance use to influence change in total inpatient days.

Conclusion: These findings may suggest that ACT teams successfully support people with complex mental health problems in the community, including those with problematic substance use, and thereby contribute to a reduction in inpatient service use.

Keywords: Assertive community treatment, Problematic substance use, Hospitalization, Inpatient care

Clausen et al. *Int J Ment Health Syst* (2016) 10:14
DOI 10.1186/s13033-016-0052-z

International Journal of
Mental Health Systems

RESEARCH

Open Access



Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: a naturalistic observational study

Hanne Clausen^{1,2*}, Anne Landheim^{3,4}, Sigrun Odden³, Juratė Šaltytė Benth^{2,5}, Kristin Sverdvik Heiervang¹, Hanne Kilen Stuen¹, Helen Killaspy⁶ and Torleif Ruud^{1,2}

Abstract

Background: Assertive Community Treatment (ACT) is more successful in reducing hospitalization when baseline use is high. However, with a growing recovery-focus, ACT may be useful for people with severe mental illness who are difficult to engage but not high users of inpatient services. This study investigated hospitalization 2 years before and 2 years after ACT enrollment amongst patients both with and without high inpatient services use before enrollment into ACT.

Methods: This naturalistic observational study included 142 patients from 12 different ACT teams throughout Norway. Of these, 74 (52 %) were high users of inpatient services before ACT. The teams assessed the patients upon enrollment using clinician-rated and self-reported questionnaires. Hospitalization data from 2 years before and 2 years after enrollment into ACT were obtained from the Norwegian Patient Registry. Linear mixed models were used to assess changes in hospitalization and to explore associations between these changes and patient characteristics.

Results: When the participants enrolled into the ACT teams, high users of inpatient care were younger, more often living alone and more often subject to involuntary outpatient treatment than low users. The participants spent significantly fewer days in hospital during the 2 years of ACT follow-up compared to the 2 years before enrollment. The reduction was more evident amongst high users, whereas low users had an initial increase in inpatient days in the first year of ACT and a subsequent decrease in the second year. More severe negative symptoms and previous high use of inpatient care were associated with a reduction in both total and involuntary inpatient days. Additionally, a reduction in involuntary inpatient days was associated with being subject to involuntary outpatient treatment upon enrollment into ACT.

Conclusion: The findings in this study may suggest that ACT contributes to more appropriate use of inpatient care, possibly by reducing the presumably avoidable hospitalization of high users and increasing the presumably needed inpatient care of low users.

Keywords: Assertive community treatment, Hospitalization, High inpatient service use, Appropriate services

