



Fleksibel ACT

Arbeidsbok *FACT fidelityskala 2017R*

Norsk versjon 2023

Utviklet av: Westen, K., Vugt van, M., Bähler, M., Kroon, H. og Delespaul, P. (2022).
FACT-schaal 2017-R. Utrecht: CCAF

Norsk oversettelse og tilpasning: Thomas Kulbrandstad, Niels Zandstra og Hanne
Clausen, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
(NKROP) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Innhold

Introduksjon	5
FACT i Norge	5
Fidelityskalaene.....	5
Hvordan bruke 2017R	6
Innledning	9
Bakgrunnsinformasjon om teamet	12
Beskrivelse av FACT-teamet	13
Teamsammensetning og profesjonalisering	15
Del A: teamstruktur og teamprosess	17
Del B: temaområder	20
TEMA 1: Fleksibel behandling og oppfølging	22
TEMA 2: Personlig område	24
TEMA 3: Sosialt område	25
TEMA 4: Symptomatisk område.....	26
TEMA 5: Planlegging og oppfølging av individuelle behandlingsforløp	27
TEMA 6: Krise, sikkerhet og samfunnsansvar	28
TEMA 7: Samarbeid med nettverket	30
TEMA 8: Kvalitet og innovasjon	32
FACT FIDELITY TOTALSKÅR	34



Arbeidsboken og skalaen er utviklet for å hjelpe
FACT-teamene å utvikle gode oppsøkende tjenester
til personer med alvorlig psykisk lidelse, og å forberede
seg til en måling av modelltrofasthet (fidelityvurdering).

Introduksjon

Dette dokumentet er den norske versjonen av «FLEXIBLE ACT WERKBOEK – FACT SCHAAL 2017R (Revisie van maart 2022)». Denne versjonen er både en oversettelse av skalaen og en tilpasning av teksten til en norsk kontekst. I resten av dokumentet blir den omtalt som 2017R.

Den nederlandske FACT fidelityskalaen 2017R er utviklet av M. Bähler, P. Delespaul, H. Kroon, M. v. Vugt og K. Westen i samarbeid med fagfeltet, bevilgende myndigheter og bruker- og pårørende-organisasjoner. Den ble utviklet på oppdrag fra det nederlandske sertifiseringssettret for kunnskapsbaserte behandlingsmodeller for personer med alvorlig psykisk lidelser (CCAF). Skalaen ble revidert i mars 2022.

NKROP er ansvarlig for den norske versjonen, som er utarbeidet av Thomas Kulbrandstad, Niels Zandstra og Hanne Clausen. Flere fagpersoner fra NKROP og NAPHA har også kommet med innspill underveis i prosessen.

2017R er både en arbeidsbok og en fidelityskala, som sammen har til hensikt å understøtte videreutviklingen av FACT-team. Formålet er å sikre at personer med alvorlige psykiske lidelser får et recovery-orientert og aktivt oppsøkende behandlingstilbud.

FACT I NORGE

Det første FACT-teamet i Norge ble etablert i 2013. Siden da har det vært en stor nasjonal satsing på oppbygging av slike oppsøkende behandlingsteam. Ved utgangen av første halvår 2023 har vi rundt 75 FACT voksen-team i Norge, inkludert 3 regionale FACT sikkerhetsteam. De fleste av disse teamene er organisert som en forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

(mange med ansatte fra begge forvaltningsnivåer), noe statlige myndigheter og nasjonale kompetansemiljøer anser for å være en ideell organisering av norske FACT-team. Flere team er under planlegging/etablering, og parallelt er det en tilsvarende satsing på FACT ung-team.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) er begge tillagt et ansvar for å understøtte satsingen på FACT i Norge. I den forbindelse er den opprinnelige «FACT-håndboken» revidert og bearbejdet til en egen modellbeskrivelse for FACT voksen-team (2023). Det er også laget en etablerings- og driftshåndbok for FACT-team (2023), med nyttige råd og tips for team under etablering, nyetablerte team og mer erfarne team.

Når dere skal ta 2017R i bruk, legger vi til grunn at dere kjenner til innholdet i disse dokumentene.

FIDELITYSKALAENE

Vurdering av modelltrofasthet (fidelity) gjøres for å undersøke om et FACT-team har implementert modellen og jobber i tråd med den. Det er derfor utarbeidet FACT-fidelityskalaer, som er viktige instrumenter for å kvalitetssikre arbeidet i teamene. En slik skala gir retningslinjer for organiseringen av teamet og for profesjons-sammensetning, aktivitet og arbeidsmetoder i teamet.

Det finnes opprinnelig to nederlandske skalaer for å vurdere modelltrofastheten til FACT-team for voksne. Begge er oversatt og tilpasset norsk kontekst: FACT fidelityskala 2010 – Norsk revisjon 2023 og FACT-fidelityskala 2017R – Norsk versjon 2023.

2010-skalaen har detaljerte og presise formuleringer, og den konsentrerer seg i stor grad om telling av antall, hyppighet, frekvens og prosenter knyttet til teamets praksis. I så måte er den godt egnet til å brukes i etablering/oppbygging av nye team, hvor man jobber med innlæring av modellen, og til modelltrofasthetsmåling i oppstartsperioden. I Norge anbefaler vi derfor at nyetablerte team bruker denne skalaen de tre-fire første årene for å innarbeide en god struktur i henhold til FACT-modellen. Sagt med andre ord: for å få modellen inn i «ryggmargen». (Skalaen kan også brukes etter dette, f.eks. for å «sette» modellen på nytt i team med stor utskiftning av ansatte og/eller hvor det har vært større organisatoriske endringer.)

FACT som samhandlingsmodell for å ivareta brukere som «faller mellom alle stoler», har utviklet seg siden det første teamet ble etablert i Nederland i 2003. Selv om kjernekomponenter i modellen (f.eks. lav caseload, oppsøkende virksomhet, bruk av tavle, fleksibel behandling, og psykiater og andre faggrupper i teamet) ligger fast, er FACT likevel ikke en statisk modell upåvirket av nasjonal og lokal kontekst. FACT er i høyeste grad også en dynamisk modell som utvikles, formes og tilpasses i samspill med teamets omgivelser og sammensetningen i brukergruppen de møter til daglig. En slik utvikling har skjedd både i Nederland, her i Norge og i alle andre land hvor FACT har blitt en del av det ordinære behandlingstilbudet. 2017R er et naturlig resultat av en slik utvikling.

I Nederland så man at 2010-skalaen og fidelity-vurderingene som det nederlandske sertifiserings-senteret CCAF gjorde, hadde en viktig rolle i implementeringen av kunnskapsbaserte og gode tjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse som ble fulgt opp ambulant. 2010-skalaen hadde en strukturerende virkning og var blant annet viktig for at erfaringskompetanse ble integrert i oppfølgingen av brukerne, og at denne måten å jobbe oppsøkende på var blitt førende for hvordan man ga tjenester til personer i målgruppen. For nyopprettede team var 2010-skalaen et nyttig virkemiddel for å kunne implementere FACT-modellen godt. Nå hadde man imidlertid kommet til et punkt der nye initiativer og innovasjoner måtte få større plass. Teamene hadde dermed behov for å bli vurdert på en mer prosessorientert måte, uten at kjerneprinsippene i FACT-modellen skulle forvitte.

I kjølvannet av denne erkjennelsen utviklet man så i Nederland en ny fidelityskala (2017-skalaen), som erstattet 2010-skalaen. 2017-skalaen ble revidert i mars 2022 og foreligger nå som 2017R. Sammenliknet med 2010-skalaen er 2017R mer prosessorientert i formen. Den gir i større grad teamene en retning innenfor sentrale temaer/hoved-områder fremfor en detaljstyring av teamene.

2017R kan derfor sees på som en ambisjonsskala. FACT-modellen legger til rette for at team kan levere gode tjenester til sin målgruppe, og skalaen understøtter dette ved å gi rom for fleksibilitet og kreativitet i hvordan teamene jobber. 2017R tar utgangspunkt i hvor teamet står i dag, men kaster samtidig et blikk fremover for å sikre at teamet fornyer seg i tråd med brukergruppens behov. I en verden og et lokalmiljø i stadig endring vil dette være svært viktig for å sikre at målgruppen har konstant tilgang på god faglig oppfølging.

For team som allerede har jobbet seg godt inn i FACT-modellen (blitt mer erfarne og «voksne»), vil 2017R være godt egnet for kvalitets- og utviklingsarbeid opp mot modellen. I Norge anbefaler vi derfor at team som er godt etablert, og som har vært i drift noen år, bruker denne skalaen til videreutvikling og måling av modelltrofasthet.

HVORDAN BRUKE 2017R

2017R har som undertittel **arbeidsbok**, og et av de nye begrepene som introduseres, er **team-dokumentet**. Godt etablerte og erfarne team kan bruke 2017R som en «arbeidsbok» for å utvikle seg videre i tråd med opptaksområdets behov. Team-dokumentet kan i den forbindelse brukes for å samle og skriftliggjøre dette utviklingsarbeidet.

Teamdokumentet utarbeides av teamet selv og er et levende dokument som redegjør for hvordan teamet er bygget opp, hvilket mandat og hvilke grunnverdier som ligger til grunn for driften, hvilke prosedyrer som finnes, hva innholdet i behandlings- og oppfølgingstilbudet er, hvilke tilbakemeldinger teamet har fått fra brukere, pårørende og samarbeidspartnere, etc. Hvis noen utenfor teamet spør: «Hvem er dere, og hvordan jobber dere?», skal teamdokumentet ideelt sett kunne gi svaret på det.

Teamdokumentet vil også stå sentralt i forberedelsene til en modelltrofasthetsmåling hvis denne gjennomføres av teamet selv (intern fidelitymåling). Det kan også inngå som sentral bakgrunnsinformasjon hvis målingen blir gjennomført av noen utenfor teamet (ekstern fidelitymåling). Alle opplysninger og all informasjon som fremskaffes gjennom en fidelitymåling med 2017R, samles i dette teamdokumentet, og legges til grunn for vurderingen av skårene på de ulike delområdene og temaene i skalaen, samt for å komme frem til totalskåren. Teamdokumentet skal være et kontinuerlig oppdatert dokument, som til enhver tid gir en reell her-og-nå-beskrivelse av FACT-teamet.

Dokumentet kan bidra til at teamet får en større kollektiv bevissthet og en bedre plattform og forståelse av «hvem vi er, og hvordan vi jobber opp imot FACT-modellen», enn hva tilfellet hadde vært hvis de kun hadde en enkeltstående måling annet hvert år.

Et slikt dynamisk dokument vil fortløpende tydeliggjøre aktuelle bevarings- og forbedringsområder som teamet må jobbe aktivt med. Det vil også medvirke til kontinuerlig å kaste lys over sammenhengen mellom hva teamet tilbyr av tjenester, og hva brukergruppen i opptaksområdet har behov for. Dette er selve kjernen i en modelltrofasthetsmåling med 2017R og kanskje den største testen på kvaliteten på de tjenestene teamet gir.

Eksempler på manglende samsvar mellom kompetanse og behov kan være:

- Teamet har omfattende kompetanse i psykosebehandling, men har få ansatte med rusfaglig kompetanse og erfaring fra arbeid med rusproblematikk. En stor andel av brukerne i teamet har en pågående rusproblematikk.
- Teamet jobber aktivt for å sikre at de fleste kontaktene skjer ute der brukerne bor / oppholder seg. Men svært lange reiseavstander i opptaksområdet bidrar til at ansatte er mer på veien enn sammen med brukerne. Teamet har ikke tatt i bruk eller utarbeidet rutiner og prosedyrer for bruk av e-helse: digitale virkemidler som videokonsultasjoner, kartleggings- og feedbackverktøy, elektronisk medisin-dispenser osv.

Den nederlandske originalversjonen av 2017R bruker begrepet *kernteam* – **kjerneteam** på norsk. I Nederland består kjerneteamet av personer som har et formelt ansettelsesforhold i FACT-teamet, og som er til stede på de vanligste teammøtene (minst ukentlig). Dette kan være ansatte fra ulike deler av tjenesteapparatet, men de er forankret på ett ledelsesnivå, i teamet. Kjerneteamet skal gi tverrfaglig og integrert behandling og oppfølging. Utover dette kan de nederlandske FACT-teamene bestå av flere teammedlemmer som er ansatt i andre deler av tjenesteapparatet, men som ikke er formelt ansatt i teamet. I Norge vil teammedlemmene hovedsakelig ha et formelt ansettelsesforhold i FACT-teamet. Ledelsesforankringen vil kunne variere, da teamene har ansatte fra ulike forvaltningsnivå og flere deler av tjenesteapparatet. I denne oversettelsen har vi derfor valgt å definere kjerneteam som **FACT-teamet**. Til tross for dette må alle norske team på ulike måter samarbeide med instanser utenfor teamet for å sikre det mangfoldet av tjenester brukergruppen har behov for.

Noen begreper er kanskje godt kjent, men blir ikke nevnt i denne versjonen. Et slikt begrep er **ressursgruppe** (en metode for samhandling med brukers sosiale og profesjonelle nettverk). I Norge har vi i liten grad slike ressursgrupper, men vi har lang tradisjon for samhandling, hvor forskjellige former er beskrevet, anbefalt eller lovpålagt. Eksempler på dette kan være ansvarsgrupper, individuell plan, nettverksmøter og Åpen dialog. Vi ser heller ikke bort fra at metodikken «ressursgruppe» har blitt implementert noen steder. I 2017R vurderes det ikke hvordan eller i hvilken form teamet involverer nettverket og samarbeidspartnere i oppfølgingen, utover å forutsette at dette gjøres systematisk og med brukeren i førersetet.

2017R har et noe bredere perspektiv på **erfaringskompetanse** enn 2010-skalaen. Egen erfaring er gullet i FACT-arbeidet. I tillegg til brukerspesialistrollen etterspør 2017R også pårørendeerfaring og om andre teammedlemmer som også har egen erfaring, bruker dette i tillegg til fagkompetansen sin.

2017R bruker begrepet **behandling** om alle tjenester som gis fra de ulike enhetene i hjelpeapparatet, og som understøtter brukernes bedringsprosesser.

Dette inkluderer utredning og diagnostisering, veiledning og ulike former for helse- og sosialfaglig oppfølging. Noen steder i 2017R kan betydningen av begrepet være litt annerledes. Da står dette spesifisert.

Positiv risiko introduseres som begrep i 2017R. Positiv risiko betyr «å våge å tro på», og det innebærer at teamet ikke stopper brukerens ønsker og planer basert på faglige betraktninger, tidligere erfaring eller egen realitetsoppfatning. 2017R sier noe om teamets ambisjoner ved å sette nåværende situasjon opp mot den ønskede situasjonen. Positiv risiko betyr at teamet tør å finne alternativer som gjør at brukerne kan nå sine mål.

Positiv risiko gjelder i teamets arbeid med brukerne, men er like viktig i relasjonen mellom teamet og dets eiere (organisasjonen). Teamets eiere må gi teamet ryggdekning slik at det kan jobbe fleksibelt for å kunne tilby faglig gode og moderne/oppdaterte tjenester til brukerne sine. Teamets utvikling og ambisjoner må være forankret i systemene teamet jobber i. Dette inkluderer også teamets formelle og uformelle samarbeidspartnere.

2017R gir teamet verktøy for å synliggjøre overfor seg selv og andre hva de står for, hvordan de jobber, hvordan de har utviklet seg, og hvordan de skal fortsette å utvikle seg i fremtiden.

Anbefalte inngangskriterier for 2017R

Før teamet starter kvalitetsforbedringsarbeidet (ev. arbeidet med å videreutvikle seg), eller i forkant av en fidelityvurdering, er det viktig å vite om teamet oppfyller noen kriterier.

Disse inngangskriteriene er basert på kjernekomponenter i FACT-modellen. Før teamet bruker 2017R, anbefaler vi at teamet har opparbeidet seg erfaring, og at de har jobbet seg inn i modellen (altså vært i drift i noen år og gjennomført målinger med 2010-skalaen). Disse inngangskriteriene tydeliggjør hva som kreves for å bli definert som FACT-team i Norge, og det er mest hensiktsmessig å bruke 2017R hvis teamet oppfyller disse kriteriene. Fortrinnsvis bør 9 av 10 punkter oppfylles. Dersom teamet likevel ikke oppfyller alle kriteriene, kan det likevel være aktuelt å bruke 2017R.

Kriterier		Krav
1	Antall måneder etter inntak av første bruker:	minimum 12 måneder ¹
2	Totalt antall brukere i teamet:	150 eller færre
3	Forholdet brukere/ansatte:	25 eller færre per ansatt (merkantilt ansatte regnes ikke med)
4	Ulike profesjoner/faggrupper som inngår i teamet:	minst 4 profesjoner/faggrupper
5	Prosentandel brukere som har møtt fire eller flere faggrupper/spesialistfunksjoner i teamet i løpet av de siste tolv månedene:	50 % eller flere
6	Antall tavlemøter per uke:	minimum 3
7	Teamet oppskalerer og nedskalerer intensiviteten av behandlingen gjennom hele forløpet (brukere på tavla / ikke på tavla):	ja
8	Teamets visjoner og arbeidsmetoder har et tydelig fokus på recovery-baserte tjenester:	ja
9	Driften av teamet er basert på en forpliktende samarbeidsavtale mellom kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten:	egen særavtale for teamet foreligger
10	Prosentandel ansikt-til-ansikt-kontakter (oppsøkende virksomhet) som skjer utenfor teamets lokaler:	40 % eller mer

¹ I Norge anbefaler vi å bruke FACT fidelityskala 2010 – norsk revisjon 2023 de første tre-fire årene før teamet går over til å bruke 2017R.

Innledning

Etableringen av FACT-team har bidratt til å forme hjelpeapparatet slik at det i dag er bedre i stand til å nå en målgruppe det tradisjonelt sett har vært vanskelig å nå. Sentrale elementer i denne utviklingen har vært en formalisert og integrert samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, inkludert et grunnleggende og tydelig arbeid med erfaringskompetanse og recovery. FACT har i tillegg bidratt til å øke forståelsen i spesialisthelsetjenesten av behovet for oppsøkende tjenester for å nå personer i målgruppen. Fremover kan FACT spille en viktig rolle i videreutviklingen av sammenhengende tjenester og for å legge bedre til rette for at brukerne i større grad blir integrert i sine lokalmiljøer. Dette forutsetter at tjenestene tenker nytt om arbeidsmetoder, er kreative og samarbeider om innovasjon.

FACT-modellen inspirerer teamene til å gi den beste behandlingen til personer med alvorlig psykisk lidelse, i samarbeid med andre aktører, inkludert brukerne og deres sosiale nettverk. Tverrfaglige team som jobber i tråd med FACT-modellen, har mulighet til å intensivere eller nedskalere oppfølgingen i tråd med den enkelte brukers behov. FACT kombinerer fordelene med teamoppfølging gjennom delt caseload (*shared caseload*, «på tavla») med individuell oppfølging gjennom case management for brukere som ikke står på tavla («av tavla»).

For brukere som står på tavla og følges opp gjennom delt caseload, er det teamet som sammen sørger for mer intensiv oppfølging. Dette gjøres ved at flere teammedlemmer har kontakt med brukeren, at de er fleksible i hvordan de følger opp brukerne gjennom uka, og at de samarbeider tett med brukernes nettverk. Teamet koordinerer og evaluerer oppfølgingen gjennom de daglige tavlemøtene. Det kan for eksempel være nødvendig å intensivere oppfølgingen dersom

brukeren opplever en (mulig) krise eller funksjonssvikt, skrives ut fra en institusjon (inkludert kriminalomsorgen) eller opplever store positive eller negative livshendelser.

Den amerikanske ACT-modellen er lett gjenkjennelig i denne arbeidsformen. FACT-modellen har integrert ordinært case management med ACT-modellen for å gi teamet mulighet til å følge opp brukerne over lengre tid, uten å følge dem opp på en intensiv og teambasert måte. På denne måten har brukerne alltid kontakt med de samme personene, uavhengig av hvilken fase av bedringsprosessen de er i. Slik blir integrert og fleksibel oppfølging godt ivaretatt. Den prosessorienterte oppfølgingen blir bedre, og mulighetene for bedring er større. Teammedlemmer som er case managere, er brukernes primærkontakt. De er for eksempel ansvarlig for å koordinere behandlingsplanleggingen og for journalføring av behandlingen. Som regel er det også case manager som sørger for innholdet i behandlingen, og som trekker inn andre fagpersoner internt eller eksternt, i tråd med den behandlingsfasen den enkelte brukeren er i.

Tidligere var tilbudet til personer med (mistanke om) psykisk lidelse og sammensatte problemer fragmentert. Tjenestene var som regel sekvensielle (først oppfølging for én tilstand, deretter for den neste) og ble gitt av den ene enheten etter den andre. FACT-modellen gjør det mulig å gi personer i målgruppen helhetlig og integrert behandling. Den gjør det også mulig for teamene å være proaktive og oppsøkende når ordinære tjenester ikke kommer i posisjon eller brukerne trekker seg unna hjelpeapparatet. FACT sørger for at det er det samme teamet som følger opp brukerne i de ulike fasene, tross vekslende hjelpebehov. Teamet er fleksibelt og smidig. Det tilpasser oppfølgingen ved å bruke egne ressurser internt (delt caseload), og gjennom å støtte og inkludere brukernes øvrige nettverk. Teamet beholder den koordinerende

funksjonen og ivaretar kontinuiteten i behandlingen. Det å ha ansvar for personer med omfattende og sammensatt problematikk krever at tjenesten kan tilby tilstrekkelig oppfølging og konsultasjoner. Intervensjoner skal være rettet både mot personer som er kjent i behandlingsapparatet, og mot de som ikke er kjent i tjenesteapparatet, men som kan ha behov for slike intensive tjenester. Ulike FACT-team tilpasser seg raskt den lokale situasjonen. Slike tilpasninger kan være nødvendige ved for eksempel endringer innen samarbeidende tjenester, og teamene må da tilpasse seg uansett om de er diagnosespesifikke eller ikke, eller om de befinner seg i byen eller i landlige strøk.

I Nederland er samarbeidet mellom kommunale psykiske helsetjenester og fastlegene styrket, slik at den somatiske og psykiske helsen kan ivaretas på en god og forsvarlig måte når det ikke lenger er behov for FACT. I tillegg har samarbeidet mellom de ambulante tjenestene og døgnavdelingene endret seg. Tidligere var det i hovedsak kliniske behandlingsmål som var styrende for døgnbehandling. Nå er dette endret. I dagens situasjon er det behandlingsmålene som er bestemt i den

ambulante oppfølgingen, som også gjelder ved innleggelser. Disse behandlingsmålene er utviklet i samarbeid med brukeren, pårørende og nettverket. Dette er utviklingsområder som også er viktige for FACT-modellen i Norge.

I Nederland er det fortsatt en utfordring å sikre at brukerne får støtte til å delta i lokalsamfunnet og til å leve et selvstendig liv. Dette gjelder også i Norge. Samarbeid mellom FACT-teamet, helse- og velferdstjenestene, brukerne og deres sosiale nettverk er helt avgjørende for å lykkes med dette.

Ulike tjenester må snakke det samme recovery-orienterte språket. Tjenesteapparatet må sørge for at de tilbyr oppfølging som er i tråd med brukernes vekslende behov. FACT-teamene må være fleksible og være en naturlig del av de tilgjengelige og lokale ressursene. Teamenes rolle er å være reelt oppsøkende der brukerne faktisk lever livet sitt. Først da kan de understøtte deltakelse og integrasjon, samt skape gode relasjoner mellom brukerne og nettverket deres: familien, venner, frivillige og andre fagpersoner.



To eksempler på samarbeid mellom FACT og andre tjenester:

SAMARBEID MELLOM FACT-TEAMET OG EN LITEN KOMMUNE

Noen av teammedlemmene i FACT er i dag på besøk i en liten kommune, der de har et møte med flere personer fra ulike kommunale helse- og velferdstjenester. Teamet har ønsket å bedre samarbeidet og dialogen med de ordinære tjenestene i kommunene i opptaksområdet. De reiser nå rundt til de forskjellige kommunene og er en dag i måneden på hvert sted for å drøfte brukere de følger opp sammen. I dag planlegger de at case manager og psykiater i FACT-teamet skal reise med en fra ROP-teamet til en bruker og hans foreldre. Hensikten med dette møtet er å vurdere hvordan det har gått, og hvordan de kan jobbe sammen fremover for å støtte brukeren i nå målene sine. I mellomtiden skal en person fra den kommunale psykiske helsetjenesten og brukerspesialisten i FACT dra sammen med to brukere for å delta på et matlagingskurs. Teamets psykiatriske sykepleier skal være med annen bruker til fastlegen for en somatisk helse-sjekk. Oppfølgingen av brukernes somatiske helse ivaretas i samarbeid med fastlegene. Gjennom slike samarbeidsallianser blir overføring fra FACT-teamet til videre oppfølging fra aktuelle instanser i kommunen et naturlig mål for behandlingen – når oppfølgingen fra FACT ikke lenger er nødvendig. I mellomtiden beholdes relasjonen til fastlegen, og det sosiale, frivillige og profesjonelle nettverket i brukernes lokalmiljø styrkes. Gjennom å styrke brukernes relasjoner til det sosiale og profesjonelle nettverket skapes en naturlig overgang fra FACT til ordinære tjenester, og dette gir gradvis brukerne mulighet til å sitte i førersetet for sin egen behandling og oppfølging. FACT-teamet har hele tiden det overordnede ansvaret for behandlingen. De jobber integrert og helhetlig og koordinerer oppfølgingen med mål om at brukerne skal leve selvstendige liv og være godt integrert i lokalmiljøet.

EN BESKRIVELSE AV Å SYNLIGGJØRE HVORDAN FACT-TEAMET JOBBER

Det siste året har teamet jobbet mye med teamdokumentet, hvor de detaljert har beskrevet sitt verdigrunnlag, hvordan de jobber, hvilken målgruppe de har, hvilke tiltak de tilbyr, etc. Teamdokumentet inneholder også årshjulet for teamets interne kvalitetsarbeid. Basert på en tilrådning fra personvernombudet ligger deler av teamdokumentet nå åpent tilgjengelig slik at brukere, pårørende og samarbeidspartnere kan finne informasjon om teamet på en enkel måte. Teamet har også utarbeidet et digitalt spørreskjema (nettskjema) der brukere, pårørende, samarbeidspartnere og andre blir spurt hvor tilfreds de er med teamet. I skjemaet kan de også gi andre tilbakemeldinger og innspill for å videreutvikle teamet og deres tilbud til målgruppen. Teamet har årlig møter med involverte personer og instanser der de diskuterer tilbakemeldingene som har kommet, og legger planer for det kommende året. Alt dette gjør teamets behandlingstilbud tydelig og gjennomsiktig, både for teamet selv og for alle andre som har interesse for FACT-teamet.

Lykke til med arbeidet med 2017R. Vi anbefaler at dere bruker informasjonen dere fremskaffer i denne prosessen, til internt forbedringsarbeid, og at dere fortløpende bearbeider dette inn i et levende teamdokument.

Bakgrunnsinformasjon om teamet

Bakgrunnsinformasjonen gir teamet en oversikt over brukergruppen, den lokale konteksten og hvilke ressurser som er tilgjengelig. Denne informasjonen er også viktig for å vurdere om teamets sammensetning og behandlingstilbud er i tråd med teamets målgruppe og behovene i opptaksområdet. Teamet er et høyspesialisert tilbud som kjenner til hvilke behov personer i målgruppen har. Dette er nødvendig for at teamet skal kunne tilpasse og gi aktuell behandling og oppfølging i tråd med brukernes individuelle ønsker og behov. Informasjonen vil også bli brukt ved en eventuell ekstern fidelitymåling.

Les mer om modelltrofasthetsmålinger på [ROP.no](https://rop.no)

BESKRIVELSE AV FACT-TEAMET

Hva skal beskrives		Teamets egne notater	
	Dato/periode skjemaet er utfylt/jobbet med.		
1	Navn på teamet.		
2	Antall måneder i drift.		
3	Antall årsverk.		
4	Antall ansatte.		
5	Antall brukere.		
6	Forholdet brukere/ansatte (caseload).		
7	Opptaksområde (kommune/bydel).		
8	Andre lignende oppsøkende tilbud i opptaksområdet.		
9	Antall innbyggere i opptaksområdet.		
10	Teamet består av mer enn fire faggrupper.		
11	Antall brukere på venteliste per i dag.		
12	Gjennomsnittlig ventetid før oppstart.		
13	Inklusjonskriterier.		
14	Eksklusjonskriterier.		
15	Antall inntak siste seks måneder.		
16	Antall brukere avsluttet siste seks måneder (spesifiser i kolonnen til høyre ->).	Antall avsluttet:	
		Etter avtale med bruker:	
		Uten avtale med brukeren:	
		Døde:	
		Avsluttet til fastlege:	
		Avsluttet til kommunale tjenester:	
		Avsluttet til DPS/TSB:	
		Avsluttet til annen instans:	
17	Antall brukere innlagt i døgninstitusjon (psykisk helsevern / TSB).		
18	Antall brukere i fengsel/forvaring.		
19	Antall brukere med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgn (TUD).		
20	Antall brukere med (eller mistanke om) psykoselidelse.		
21	Antall brukere med ROP-lidelser.		
22	Antall brukere dømt til psykisk helsevern.		
23	Antall brukere med (eller mistanke om) personlighetsproblematikk.		
24	Antall brukere med kognitiv svikt.		
25	Antall brukere under 18 år.		
26	Antall brukere over 66 år.		
27	Hvilke digitale verktøy brukes?		
28	Antall tavlemøter per uke.		
29	Teamet har klare rutiner for oppskalering og nedskalering av behandlingen (på/av tavla).		
30	Prosent av brukere som har kontakt med minst fire forskjellige faggrupper i løpet av de siste tolv månedene.		
31	Teamet har satt recovery i fokus, noe som synliggjøres i arbeidsmetoder og teamets visjon.		
32	Prosent av kontaktene som skjer utenfor teamets lokaler (ansikt til ansikt).		

	Teamet	(Sett kryss)			
		Tilbys av FACT-teamet	Tilbys via samarbeidspartnere	Tilbys ikke	Kommentarer
33	Tilbyr psykiatriske og psykologiske intervensjoner.				
34	Tilbyr intervensjoner knyttet til bruk av rusmidler og avhengighet.				
35	Tilbyr traumebehandling.				
36	Tilbyr støtte til arbeidsdeltakelse og utdanning, for eksempel i tråd med IPS-modellen.				
37	Har brukerspesialist.				
38	Har teamansatt med pårørendeerfaring.				
39	Tilbyr familieterapi og/eller har et tilbud til brukerens nettverk (psykoedukasjon, systemterapi, Åpen dialog, nettverksmøter e.l.).				
40	Tilbyr intervensjoner knyttet til somatikk.				
41	Tilbyr intervensjoner for personer med kognitiv svikt.				
42	Har eller har tilgang til strafferettslig kompetanse (f.eks. samarbeid med politi, kriminalomsorg, FACT-sikkerhetsteam e.l.).				
43	Har kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatri og kan tilby alderstilpasset behandling/oppfølging.				
44	Tilbyr oppsøkende og praktisk individuell oppfølging rettet mot støtte i bolig og egenomsorg.				
45	Tilbyr ... (det som er særegent for dette teamet, opptaksområdet eller målgruppen).				

[illegible]

DEL A: TEAMSTRUKTUR OG TEAMPROSESS

I del A starter kartleggingen av elementer som kan måles konkret.

Elementene fra del A inngår i vurderingen av teamets modelltrofasthet.

- Vurdering av kompetanse: Et teammedlem kan ha kompetanse innen flere områder, men kan hovedsakelig kun inneha én spesialistfunksjon.
- Formelen for punkt 1: antall årsverk i teamet (minus merkantilt ansatte) delt på antall brukere.
- Formelen for punkt 2: antall årsverk delt på antall ansatte
- Formelen for punkt 4, 5, 6, 7, 8, 9 og 10: antall årsverk ganger 100 delt på antall brukere i teamet.

	1	2	3	4	5
1. FORHOLDET BRUKERE/ANSATTE					
Teamet har 10 brukere eller mindre per årsverk. (Merkantilt ansatte regnes ikke med.)	flere enn 25 brukere per ansatt	20–24	16–19	11–15	Forholdet brukere/ansatte er 10 : 1 eller lavere.
2. HELTIDSANSATTE					
Teammedlemmene har hovedansettelse i teamet. (Antall årsverk delt på teammedlemmer.)	mindre enn 50 % av et årsverk	50–59 %	60–69 %	70–79 %	Ansatte har i gjennomsnitt minst 80 % av et årsverk.
3. TEAMLEDER					
Teamet har ett årsverk for teamleder.	mindre enn 20 % av et årsverk	20–39 %	40–79 %	80–99 %	Teamet har ett årsverk for teamleder.
4. MERKANTIL ANSATT					
Teamet har minst ett årsverk for merkantilt ansatt per 100 brukere.	mindre enn 20 % av et årsverk	20–39 %	40–79 %	80–99 %	Teamet har ett årsverk for merkantilt ansatt.
5. PSYKIATER					
Teamet har minst ett årsverk for psykiater per 100 brukere.	mindre enn 20 % av et årsverk	20–39 %	40–79 %	80–99 %	Teamet har minst ett årsverk for psykiater.
6. PSYKOLOG					
Teamet har minst ett årsverk for psykolog per 100 brukere.	mindre enn 20 % av et årsverk	20–39 %	40–79 %	80–99 %	Teamet har minst ett årsverk for psykolog.
7. SYKEPLEIER/VERNEPLEIER					
Teamet har minst to årsverk for sykepleier/vernepleier per 100 brukere. Minst én med spesialkompetanse innen psykisk helse. Begge har minst ett års erfaring innen psykisk helse.	mindre enn 40 % av ett årsverk	40–99 %	100–139 %	140–199 %	Teamet har minst to årsverk for sykepleier/vernepleier. Minst én har spesialkompetanse innen psykisk helse. Begge har minst ett års erfaring innen psykisk helse.
8. SOSIONOM					
Teamet har minst ett årsverk for sosionom per 100 brukere.	mindre enn 20 % av et årsverk	20–39 %	40–79 %	80–99 %	Teamet har minst ett årsverk for sosionom.

	1	2	3	4	5
9. ARBEIDS- OG UTDANNINGSSPESIALIST					
Teamet har minst ett årsverk for arbeids- og utdanningsspesialist per 100 brukere, fortrinnsvis med opplæring i og/eller erfaring med IPS-modellen.	mindre enn 20 % av et årsverk	20–39 %	40–79 %	80–99 %	Teamet har minst ett årsverk for arbeids- og utdanningsspesialist per 100 brukere, fortrinnsvis med opplæring i og/eller erfaring med IPS-modellen.
10. ERFORINGSKOMPETANSE					
I et team med 100 brukere er det minst 150 % stillinger for team-ansatte med egenopplevde erfaringer med psykisk lidelse/ROP. Brukerspesialist skal være én av stillingene. I tillegg kan pårørendekompetanse og egenerfaring hos andre team-medlemmer telles med, hvis denne kompetansen/erfaringen brukes aktivt i behandlingen/oppfølgingen.	mindre enn 60 % stilling	60–99 %	100–119 % stilling(er) hvorav minst 50 % stilling er bruker-spesialist	120–149 % stilling(er) hvorav minst 75 % stilling er bruker-spesialist	150 % eller mer. Teamet har minst 100 % stilling som brukerspesialist og i tillegg teammedlem i annen rolle med egenerfaring og teammedlem med pårørendeerfaring.
11. ANSATT MED SOMATISK KOMPETANSE					
Teamet har minst ett årsverk for ansatt med relevant erfaring og kunnskap fra somatikk.	mindre enn 20 % av et årsverk	20–39 %	40–79 %	80–99 %	Teamet har minst ett årsverk for ansatte med relevant erfaring og kunnskap fra somatikk.
12. RUSSPESIALIST					
Teamet har minst ett årsverk for russpesialist (som en definert rolle i teamet) med minst ett års utdanning eller erfaring fra behandling/oppfølging av ruslidelser.	mindre enn 20 % av et årsverk	20–39 %	40–79 %	80–99 %	Teamet har minst ett årsverk for russpesialist (som en definert rolle i teamet) med minst ett års utdanning eller erfaring fra behandling/oppfølging av ruslidelser.
13. KOMPETANSE INNEN KOGNITIV SVIKT					
Teamet har minst ett årsverk for ansatt med kunnskap om kognitiv svikt.	mindre enn 20 % av et årsverk	20–39 %	40–79 %	80–99 %	Teamet har minst ett årsverk for ansatt med kunnskap om kognitiv svikt.
14. SELVLEDELSE OG AUTONOMI					
1. Teamet har fordelt koordinerende funksjoner knyttet til daglig drift. 2. Ulike teammedlemmer leder tavlemøtene. 3. Ulike teammedlemmer leder behandlingsmøtene. 4. Flere ansatte har ansvaret for å følge med på hvordan teamet jobber i henhold til FACT-modellen.	Ingen kriterier oppfylles.	Ett av kriteriene oppfylles.	To av kriteriene oppfylles.	Tre av kriteriene oppfylles.	Alle fire kriterier oppfylles.

	1	2	3	4	5
15. FLEKSIBEL BEHANDLING					
1. Teamet oppskalerer og nedskalerer intensiteten av behandlingen gjennom hele forløpet (brukere på tavla / av tavla). 2. Teamet har klare kriterier for oppskalering og nedskalering av behandlingen. 3. Aktuelt sosialt og profesjonelt nettverk involveres i oppfølgingen. 4. Teamet har ressurser og fleksibilitet til å øke intensiteten i behandlingen opp til daglig kontakt med den enkelte bruker.	Ingen kriterier oppfylles.	Ett av kriteriene oppfylles.	To av kriteriene oppfylles.	Tre av kriteriene oppfylles.	Alle fire kriterier oppfylles.
16. TEAMTILNÆRMING					
Alle brukere i FACT-teamet møter minst fire teammedlemmer fra ulike faggrupper/spesialistfunksjoner ansikt til ansikt i løpet av ett år (inkludert psykiater).	mindre enn 50 %	50–59 %	60–69 %	70–89 %	90 % eller flere av brukerne møter minst fire teammedlemmer fra ulike faggrupper/spesialistfunksjoner ansikt til ansikt i løpet av ett år (inkludert psykiater).
17. TAVLEMØTER					
Teamet møtes daglig for å planlegge og gjennomgå tjenestetilbudet til alle brukerne som står på tavla (inkludert digitalt møte / videokonferanse).	tre ganger eller færre per uke		fire ganger per uke		fem ganger per uke
18. OPPSØKENDE					
Teamet har fokus på at brukerne skal utvikle ferdigheter for å kunne fungere i lokalsamfunnet. Mer enn 80 % av kontaktene skjer derfor utenfor teamets lokaler.	mindre enn 40 %	40%–49 %	50–59 %	60–79 %	80 % eller mer av kontaktene skjer utenfor teamets lokaler.

I 2017R er ikke recoveryspesialist- og case manager-rollene spesifikt nevnt slik de er i 2010-skalaen. Bakgrunnen for dette er at 2017R i mindre grad legger detaljerte føringer for hvordan teamet organiserer slike overordnede roller. Disse to rollene er heller ikke knyttet opp til spesifikke utdanninger eller opplæring. 2017R legger der-

for til grunn at alle teammedlemmer i FACT både kan være case managere og jobbe med recovery-orienterte behandlingsprosesser. Hvert enkelt FACT-team står for øvrig fritt til å legge til / utvikle andre roller og funksjoner tilpasset målgruppen, de identifiserte behovene og den lokale konteksten (f.eks. musikkterapeut).



DEL B: TEMAOMRÅDER

Del B består av åtte sentrale temaområder. Hvert temaområde har en innledende tekst og avsluttes med konkrete punkter som man må ta stilling til.

Del B fungerer som en veiviser for FACT-teamet: På hvilke områder utmerker teamet seg, hvilke temaer må det jobbes bedre med, og hvilke temaer skal teamet ha ekstra oppmerksomhet rundt, sett opp mot sammensetningen av brukergruppen, ressursene og kompetansen i teamet og andre tilgjengelige tjenester i området?

Hvert temaområde i del B skåres på en skala fra 1 til 8.

1–2	3–4	5–6	7–8
ikke synlig	under utvikling	godt utført	eksemplarisk

Teamet bør jobbe kontinuerlig med å holde en høy kvalitet på tiltakene sine og tilpasse disse til den lokale konteksten. Teamet skal være opptatt av spørsmålene «For hvem?», «Med hvem?» og «Hva?».

- **For hvem** refererer til teamets målgruppe.
- **Med hvem** refererer til teamets samarbeidspartnere.
- **Hva** refererer til teamets tiltak.

Her er noen eksempler på dette:

«Et FACT-team har identifisert at 30 brukere har diagnosen PTSD (posttraumatisk stresslidelse). For bedre å møte behovene til brukere med slike utfordringer ønsker teamet å tilby EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), siden de har en psykolog i teamet som har kompetanse i og erfaring med denne metoden. Et annet FACT-team har langt færre brukere med denne diagnosen. Verken psykologen eller andre i dette teamet har kompetanse i EMDR. For at de likevel skal kunne gi brukere aktuell behandling, har dette teamet inngått et samarbeid med en psykolog ved den allmennpsykiatriske polikliniken. EMDR-behandlingen som denne psykologen tilbyr, er selvsagt inkludert i brukernes behandlingsplaner i FACT, og psykologen deltar også på aktuelle behandlingsmøter i FACT-teamet.»

«Vi har etablert et samarbeid med spesialist i rus- og avhengighetsmedisin ved et av de andre FACT-teamene i vårt DPS. Disse månedlige drøftingsmøtene gjør at jeg som psykiater føler meg tryggere i oppfølgingen av brukere med alvorlig rusproblematikk. Gjennom disse møtene og i samråd med vernepleieren i teamet, som også er teamets russpesialist, har vi effektivt kunnet behandle brukere i teamet med ROP-problematikk. Vi har brukt både medisiner og riktige intervensjoner etter IDDT-modellen. I løpet av prosessen har også en av våre brukere startet en behandlingsgruppe som jobber med skade-reduksjon. Denne gruppen er et tilbud til brukere i aktiv rus. Vi er veldig stolte av dette tilbudet.»

«Jeg er ansatt i en organisasjon for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Organisasjonen vår ble kontaktet av FACT-teamet i forbindelse med en brukerundersøkelse de hadde gjennomført som et ledd i sitt forbedringsarbeid.

Undersøkelsen avdekket at mange av brukerne deres hadde spørsmål, interesser og problemstillinger knyttet til seksuell identitet. Jeg jobber nå som frivillig noen timer i uka i dette FACT-teamet. Sammen med teamansatte møter jeg brukere som ønsker å snakke om slike temaer i ulike fora, f.eks. fotograppa eller filmklubben. Jeg merker også at med min tilstedeværelse har kulturell og spirituell identitet fått mer oppmerksomhet i teamet, og at informasjon om seksuelle bivirkninger av medikamenter etterspørres mer eksplisitt.»

«I teamet jobber vi mye med å støtte brukerne i overgangen til selvstendige liv, og har i den forbindelse nå opprettet en åpen matlagingsgruppe. Og akkurat som med løpegruppa vår, jentekveldene, trimtiden og spillettermiddagen drifter vi denne sammen med frivillige og ansatte ved kulturhuset i kommunen. De som driver kaféen der, har et utrolig kjøkken, og de er virkelig på tilbudssiden for å veilede brukerne i gruppa i matlaging. En gang i måneden serverer også matlagingsgruppa det de har laget, til besøkende på kulturhuset.»

«I vårt opptaksområde samles aktører og hjelpeinstanser innenfor rus og psykisk helse én gang annenhver måned. Formålet med denne samlingen er å skape en arena for å dele kunnskap og arbeidsmetoder mellom ulike organisasjoner og instanser. Med andre ord: legge til rette for å bygge nettverk, utvikle relasjoner, bli bedre kjent med hverandre og dele informasjon om hva vi jobber med, hvordan vi jobber, og hva vi har å tilby. Som team har vi bestemt oss for å prioritere å være med på denne samlingen. Vi gjør det for å bli bedre kjent og utvikle gode relasjoner med samarbeidspartnerne våre og for å nå bredere ut med informasjon om oss som FACT-team. Noe av det vi har erfart, er at når det er vanskelige henvisninger, finner vi løsninger raskere nå som vi kjenner bedre til hverandre.»

■ ■ TEMA 1:

Fleksibel behandling og oppfølging

Et FACT-team skal kunne tilpasse intensiteten i behandlingen og oppfølgingen etter brukerens behov. Dette gjelder særlig når en bruker settes på eller tas av tavla, men også i andre situasjoner.

Når teamet skal tilpasse intensiteten i behandlingen og oppfølgingen til den enkelte bruker, baserer de beslutningen på ulike kilder. De henter informasjon fra teammedlemmene, fra brukeren selv og fra andre aktører i brukerens sosiale og profesjonelle nettverk (fastlege, pårørende, kommunale tjenester, døgninstitusjon osv.).

Teamet sørger for oppskalering av behandlingsintensitet selv, eller gjør dette i samarbeid med personer i brukerens sosiale og profesjonelle nettverk. En slik avgjørelse er avhengig av kontekst, teamsammensetning, lokale/geografiske forhold og brukerens behov.

Å intensivere behandlingen slik at den er i tråd med ACT-oppfølging (dvs. når brukeren er på tavla), er en viktig del av arbeidsmetoden til teamet. Dette gir mulighet til å jobbe fleksibelt og smidig når brukeren har økt behov (f.eks. ved

kriser), eller i andre situasjoner hvor det er viktig at teamet er tettere på (f.eks. ved viktige hendelser i brukerens liv eller ved positiv utvikling innen ulike livsområder, som bosituasjon, skole, jobb osv.). For at teammedlemmene skal kunne ha denne fleksibiliteten i hverdagen, er det viktig at dagene ikke fylles opp, men at det sikres at teammedlemmene har ubunden tid. Dette har betydning for antall brukere i teamet og hvor mange brukere den enkelte teamansatte følger opp (caseload). Det er også viktig at teamet har god kontakt med personer i brukernes nettverk slik at de kan samarbeide og delegere oppgaver etter behov for å kunne iverksette nødvendig oppfølging. Teamets fleksibilitet kommer tydelig frem på tavlemøtene og i skriftlige dokumenter (f.eks. teamdokumentet).

En annen sentral del av teamets arbeidsmetoder er knyttet til faser i behandlingen og om teamet

tilbyr intervensjoner som er tilpasset den enkelte fasen brukeren er i. En slik fasespesifikk tilnærming er viktig for å støtte brukeren i hans eller hennes recovery-prosess. Ved å jobbe på denne måten kan teamet bidra til at brukeren i større grad sitter i førersetet for egen behandling og oppfølging. Det kan hindre at teamet blir opplevd som nedlatende, firkantet og lite åpent for hva brukeren selv mener er viktig. IDDT (Integrert behandling av ROP-lidelser) er et eksempel på en slik faseorientert modell som er godt egnet for bruk i FACT. Valg av intervensjoner og oppfølging skal skje i samarbeid mellom teamet og brukeren, men det er teamet som har endelig ansvar for at tilbudet er forsvarlig. Det er absolutt mulig å bruke ulike intervensjoner fra forskjellige faser, rettet mot ulike livsområder.

I en recovery-prosess kan fremgangen variere over tid, hvilket betyr at brukerens behov også vil variere. Av den grunn må teamet tilpasse og endre oppfølgingen i takt med de behovene brukeren til enhver tid har. Teamet må være tilgjengelig og frempå, og ha tett dialog med både brukerne og personer i nettverket deres. Det kan også være smart å veksle mellom aktiv oppsøkende tilnærming og å være avventende (*watchful waiting*). En mer avventende holdning kan, avhengig av hvilken fase brukeren er i, være like viktig som aktiv oppsøkende tilnærming.

Fasespesifikk tilnærming er synlig i prosedyrer, i behandlingsplaner og i teammøter. De ansatte i teamet forventes å være bevisst på ulike arbeidsmetoder knyttet til forskjellige faser og til fleksibel oppfølging. Det forventes også at de bruker kunnskapen om disse metodene aktivt i teammøtene.

Oppsummert vil skåring være basert på følgende punkter:

- 1) **Fleksibel behandling kommer tydelig frem i teammøtene.**
- 2) **Fasespesifikk tilnærming kommer tydelig frem i behandlingsplaner og i selve oppfølgingen.**
- 3) **Teamet har en tverrfaglig tilnærming der kompetansen til teammedlemmene brukes aktivt.**
- 4) **Intensiteten i behandlingen er tilpasset brukerens recovery-prosess, og oppfølgingen skaleres opp og ned basert på behov og nødvendighet.**

For å oppnå høyeste skår må alle disse punktene brukes aktivt i tavlemøtene og komme tydelig frem i behandlingsplanene.

FACT-teamets hovedoppgave er å støtte mennesker med en alvorlig psykisk lidelse og sammensatte problemer i deres recovery-prosess. I dette arbeidet er det viktig å fokusere på tre områder: det personlige, det sosiale og det symptomatiske.

■ ■ TEMA 2:

Personlig område

FACT-teamet skal vektlegge brukerens personlige område. Dette betyr at teammedlemmene skal anerkjenne brukerens individualitet og identitet.

Teamet har en felles forståelse og skal gi rom for brukerens individuelle utvikling og den enkeltes særegne styrker. Dette inkluderer også brukerens identitet (f.eks. kulturell, seksuell, åndelig) og følelser som sorg, tristhet og tap (av personer og muligheter). Teamet jobber aktivt for å motvirke selvstigmatisering, og det jobber også med egen forutinntatthet og egne holdninger når det gjelder stigmatisering av brukere.

Brukerens lokalmiljø og autonomi er rammen for oppfølgingen. Etter faglige drøftinger våger teamet å ta positiv risiko og diskuterer mulige utfordringer med dem som er involvert i oppfølgingen. Formålet er å komme til enighet.

Å ta positiv risiko betyr at teamet våger å ha en grunnleggende tillit til brukeren, og at de klarer å se mulighetene fremfor begrensningene. Teamet må snu ting på hodet for å få alle mulige løsninger på bordet og følge opp brukerens beslutninger så langt som mulig. Teamet må ha en positiv innstilling til ideer og forslag fra brukerne og andre som tar del i oppfølgingen, så lenge det ikke er tungtveiende grunner til å si nei.

En positiv, håpefull holdning er en grunnleggende forutsetning i teamet. Teammedlemmene støtter hverandre og minner hverandre på betydningen av dette, også i perioder med store utfordringer. Denne holdningen er lett gjenkjennelig og kommer til uttrykk i skriftlige dokumenter. Den er også tydelig i måten teamet jobber med brukerne på, ved at de tilbyr intervensjoner og tiltak som understøtter recovery og utvikling på alle de tre ovennevnte områdene.

Oppsummert vil vurderingen være basert på følgende punkter:

2.1 Teamet anerkjenner brukerens individuelle egenskaper

- Teamet tar utgangspunkt i brukerens egne styrker.
- Utfordringer knyttet til kulturell, seksuell og åndelig identitet og følelser som sorg og tristhet blir lagt merke til av teamet og håndteres i fellesskap.
- Teamet jobber med å motvirke egen forutinntatthet og stigmatisering av brukerne, stigmatisering fra samfunnet generelt, brukernes selvstigmatisering og eventuell stigmatisering fra pårørende.
- Teamet tør å ta positiv risiko. Brukeren har rett til å trå feil – og få muligheten til å lære av det.
- Teamet er bærere av håp og setter endring og muligheter i fokus.

2.2 Brukerens styrker, ønsker og mål er synlige

- Teamet identifiserer brukerens egne mål og skriftliggjør disse.
- Teamet legger til rette for og støtter realisering av målene ved å tilby konkrete intervensjoner som kommer tydelig frem i teamets daglige drift og skriftlige dokumenter.
- Veiledning knyttet til det personlige området er tilgjengelig i teamet eller i brukerens nettverk.

For å oppnå høyeste skår må alle disse punktene være til stede i skriftlige dokumenter og på teammøter og komme frem i gjennomførte tilfredshetsundersøkelser (brukere og pårørende).

■ ■ TEMA 3:

Sosialt område

Et FACT-team jobber med det sosiale området. Dette gjøres blant annet ved å være oppmerksom på brukerens ulike sosiale roller (i forskjellige kontekster) og tilpasse støtten deretter.

I praksis kan dette gjøres ved å bruke ulike recovery-orienterte kartleggingsverktøy. Dette inkluderer også kartlegging av brukernes deltakelse i lokalmiljøet.

Teamet gir oppfølging og støtte basert på brukernes uttrykte mål og ønsker, innenfor de sentrale livsområdene egenomsorg og bolig/bosituasjon, sosialt nettverk samt arbeid, skole og fritid. Tiltak gjennomføres ved aktiv oppsøkende virksomhet sammen med bruker, pårørende og eventuelle samarbeidspartnere. Tiltak rettet mot både brukerne og deres nærmiljø blir beskrevet i behandlingsplanene.

Mulige tiltak vil avhenge av sosial kontekst, tilgjengelige ressurser – både hos brukeren og i teamet – og hvordan teamets brukergruppe er sammensatt. I noen team vil for eksempel det viktigste være å skaffe bolig, forebygge hjemløshet og avklare økonomiske spørsmål, mens andre team kan ha behov for å jobbe mer med ensomhet, veier til arbeid eller utdanning, egenomsorg og etablering av en trygg tilværelse.

Oppsummert vil vurderingen være basert på følgende punkter:

3.1 Brukerens situasjon og fungering innenfor livsområdet egenomsorg og bolig/bosituasjon er lett synlig

- Teamet har oversikt over brukerens mål og ønsker, og beskriver dette i behandlingsplanen.
- Teamet tilrettelegger for og støtter tiltak som kan realisere målene.
- Oppfølgingen er tilgjengelig gjennom ressurser innad i teamet og/eller via samarbeidspartnere.

3.2 Brukerens situasjon og fungering innenfor livsområdet sosialt nettverk er lett synlig

- Teamet har oversikt over brukerens mål, og beskriver disse i behandlingsplanen.
- Teamet tilrettelegger og støtter brukeren i å oppnå målene sine.

3.3 Brukerens situasjon og fungering innenfor livsområdet arbeid, skole og fritid er lett synlig

- Teamet har oversikt over brukerens mål, og beskriver dette i behandlingsplanen.
- Teamet tilrettelegger og støtter brukeren i å oppnå målene sine med konkrete tiltak som fremgår i behandlingsplanen. Tilknytning til det ordinære arbeidsmarkedet vektlegges. Teamets arbeids- og utdanningsspesialist har en sentral rolle i dette arbeidet.

For å oppnå høyeste skår må punktene over gjelde for alle brukere og være individuelt tilpasset. Dette kommer til uttrykk på tavlemøtene, i behandlingsplaner og i inntaks- og vurderingsprosedyrer.



■ ■ TEMA 4:

Symptomatisk område

Teamet jobber med å sikre at brukeren får det så godt som mulig, både psykisk og somatisk.

For å oppnå dette har teamet innarbeidet et system der screening, kartlegging, diagnostisering, behandling og oppfølgingstiltak skjer i henhold til oppdatert kunnskap.¹ Teammedlemmer i spesialistfunksjoner initierer og er aktivt involvert i screening, kartlegging, diagnostisk vurdering og evaluering av behandlingene innenfor deres spesialistområde.

Oppsummert vil vurderingen være basert på følgende punkter:

4.1 Psykiatriske intervensjoner

- Teamet bruker oppdatert kunnskap om screening, kartlegging, diagnostisering, behandling og evaluering av effekt.
- Medikamentell behandling skjer i henhold til anbefalinger i veiledere og retningslinjer.

4.2 Somatiske intervensjoner

- Teamet bruker oppdatert kunnskap om screening, kartlegging, diagnostisering, behandling og evaluering av effekt.
- En integrert del av teamets oppfølgingstilbud er at de setter somatisk helse i fokus. Ved behov henvises brukere til somatiske behandlingstiltak utenfor teamet.

4.3 Psykologiske og pedagogiske intervensjoner

- Teamet bruker oppdatert kunnskap om screening, kartlegging, diagnostisering, behandling og evaluering av effekt.
- Tiltakene som tilbys, er tilpasset målgruppen generelt og den enkelte brukeren spesielt.
- Teammedlemmer med kompetanse på kognitiv svikt har en tydelig og initierende rolle når det gjelder aktuelle tiltak.

4.4 Intervensjoner rettet mot rus- og avhengighetsproblematikk

- Teamet bruker oppdatert kunnskap om screening, kartlegging, diagnostisering, behandling og evaluering av effekt.
- Konkrete tiltak rettet mot rusmiddelproblematikk er eksplisitt navngitt, beskrevet og brukt i tråd med stadiebasert tilnærming (IDDT).
- Russpesialisten har en initierende og veiledende rolle når det gjelder rus- og avhengighetstiltak.

For å oppnå høyeste skår må punktene over gjelde for alle brukere og være individuelt tilpasset.

En grundig analyse av teamets bakgrunnsinformasjon og skriftlige dokumenter vil være nyttig i vurderingen av disse punktene.

¹ State of the art: Teamet jobber etter de nyeste faglige føringene, men er også nysgjerrig, innovativt og prøver ut nye tiltak som kanskje ikke finnes i de faglige føringene enda.

■ ■ TEMA 5:

Planlegging og oppfølging av individuelle behandlingsforløp

Teamet har prosedyrer som beskriver en god organisering og struktur for utarbeidelse av behandlingsplaner.

Prosedylene inkluderer også hvordan teamet skal gjennomføre regelmessig utfallsmåling (ROM: Routine Outcome Monitoring), og hvilke standardiserte kartleggingsverktøy som skal benyttes.

Informasjon fra ROM brukes til å planlegge og evaluere oppfølgingen. Målene i behandlingsplanen utarbeides i nært samarbeid med bruker og brukerens nettverk. Pårørendes rolle er spesifikt beskrevet i behandlingsplanene. Det er viktig at andre instanser som gir tjenester til brukere i teamet, er delaktige i å utarbeide og evaluere behandlingsplanene. Samarbeidspartneres rolle er konkret beskrevet.

Teamet har hovedansvaret for behandlingen, inkludert et koordinerende ansvar knyttet til samarbeidspartneres involvering i behandlingsforløpet. Dette er for å kunne fremme bedring, motvirke fragmenterte og parallelle tjenester, sørge for riktig bruk av døgnplasser og understøtte autonomien til alle involverte.

Tiltakene som teamet tilbyr, skal være tilgjengelige for alle brukerne og basert på den enkeltes behov.

En slik tilgjengelighet er en forutsetning for å kunne støtte og motivere brukerne i deres individuelle bedringsprosesser. Evaluering og systematisk oppfølging av behandlingen skjer i samråd med brukeren, pårørende og aktuelle samarbeidspartnere.

Oppsummert vil vurderingen være basert på følgende punkter:

5.1 Planlegging og evaluering av behandlingen

- Rutiner for utarbeidelse og evaluering av behandlingsplan er beskrevet.
- Veivalg knyttet til hvert enkelt behandlingsforløp gjøres i nær dialog mellom brukeren og teamet. Pårørende, sosialt nettverk, fastlege og andre samarbeidspartnere involveres i slike prosesser der det er aktuelt.
- Standardisert kartlegging (ROM) utføres minst én gang i året basert på brukerens individuelle behov og behandlingsplan, og består som et minimum av verktøy som måler (1) psykologisk og sosial fungering, (2) oppfølgingsbehov og (3) livskvalitet.

5.2 Integrert ansvar

- Teamet har et helhetlig ansvar for behandlingsforløpet og har en koordinerende funksjon når andre instanser yter tjenester til brukere i teamet.
- Teamet jobber proaktivt med å fremme motivasjon hos brukerne for å sikre at de får tilgang til de aktuelle intervensjonene.

For å oppnå høyeste skår må alle disse punktene være beskrevet i teamets arbeidsmetoder og i behandlingsplanene.

■ ■ TEMA 6:

Krise, sikkerhet og samfunnsansvar

FACT-teamet skal ha oppmerksomheten rettet mot alle personer i opptaksområdet som er i målgruppen.

Ventelister og begrenset tilgang til alternative behandlingstilbud i regionen kan påvirke teamets fleksibilitet og ansvarsområde. Teamet jobber sammen med andre FACT-team og samarbeidspartnere i regionen og sikrer at overføring av brukere mellom de ulike tjenestene skjer på en omsorgsfull og ivaretagende måte. Teamet er også lett tilgjengelig for brukere, pårørende og samarbeidspartnere for drøfting, støtte og hjelp. Brukere kan overføres direkte til teamet dersom slik drøfting, støtte og hjelp ikke er tilstrekkelig, eller hvis risikoen øker. Teamet jobber aktivt for å forebygge kriser, tilbakefall eller vesentlig forverring, og for å støtte pårørende i vanskelige perioder. I slike tilfeller er det viktig å jobbe forebyggende og oppsøkende, samarbeide om kriseplaner, raskt intensivere oppfølging og behandling samt samarbeide tett med andre relevante tjenester. Teamet jobber aktivt oppsøkende mot brukere de ikke får kontakt med. De er også aktivt oppsøkende for å nå ut til personer i opptaksområdet som (enda) ikke er tatt inn i teamet, men som det er ønskelig å nå. Hensikten er å tilby god og tilpasset behandling på en måte som kan være til nytte for de som har behov for slik oppfølging.

Selv i vanskelige situasjoner er teamet i stand til å jobbe kreativt for å finne, tilby eller gi tilgang til behandling og oppfølging for brukere og/eller pårørende. Dette er særlig aktuelt når brukernes situasjon forverres, og deres deltakelse og autonomi er under press. Teamet må da jobbe mye med å finne muligheter og alternativer. Dette er

særlig knyttet til tiltak som er forebyggende, som økt tilgjengelighet og intensiverer oppfølgingen for å redusere risikoen for bruk av tvang.

Teamet setter kontinuerlig sikkerheten til brukerne, deres omgivelser og de teamansatte i fokus. Det er som oftest flere måter å ivareta sikkerheten på. Når man reiser ut flere sammen, gir det teamet mulighet til å tenke kreativt. For å lykkes med dette kan det være nødvendig å invitere andre til å delta i planleggingen og oppfølgingen. Teamet jobber med å forutse og forebygge kriser så langt det lar seg gjøre. Slikt arbeid er med på å redusere risikofylte situasjoner. For å kunne ivareta alles trygghet følger teamet hele tiden med på mulige risikofaktorer. Dette gir teamet anledning til å være proaktivt, slik at det kan iverksette kunnskapsbaserte tiltak rettet mot kriseforebygging og tidlige varselsignaler. Teamets hovedfokus er å jobbe forebyggende for å unngå utvikling av kriser. Dersom det allerede er en krisesituasjon, jobber det oppsøkende og proaktivt. Teamet må blant annet samarbeide systematisk med andre aktører i tjenesteapparatet som jobber sikkerhetsforebyggende. Tjenestene må være tilpasset teamets brukere og den lokale konteksten.

Det er ønskelig at teamet har en betydelig myndighet vedrørende innleggelser i og utskrivelser fra døgningstusjoner. Teamet har en skriftlig sikkerhetsprosedyre og bruker denne aktivt. Brukerne har tilgang til sikkerhetsforebyggende tiltak og har en individuelt tilpasset kriseplan.

Teamet har etablert en struktur for å evaluere konkrete hendelser, samt for å reflektere rundt aktuelle problemstillinger (inkludert etiske og moralske overveielser). Ved behov innhentes eksterne ressurser til slik evaluering og refleksjon, og også tilsynsmyndigheter skal involveres ved alvorlige hendelser. Teamet jobber for å begrense bruk av formell og uformell tvang i tråd med aktuelt lovverk.

Oppsummert vil vurderingen være basert på følgende punkter:

6.1 Proaktive og oppsøkende kriseintervensjoner

- Teamet er i stand til å kjenne igjen (tidlige) tegn på (mulig) krise.
- Teamet er i stand til å intensivere oppfølgingen, finne kreative løsninger og utvide handlingsrommet i samarbeid med brukernes nettverk.
- Teamet er i stand til å gripe inn – om nødvendig ved bruk av tvang – for å ivareta brukerens egen sikkerhet og samfunnets sikkerhet.
- Teamet er i stand til å ta ansvar døgnet rundt for å koordinere opp- og nedskalering av behandlingstilbudet, også når døgnavdelinger, legevakt, kommunale botilbud e.l. er involvert i oppfølgingen av brukeren.
- Teamet oppretter og evaluerer systematisk kriseplan sammen med brukeren, pårørende og andre aktuelle samarbeidspartnere.

6.2 Sikkerhet og risiko

- Teamet iverksetter proaktiv og oppsøkende oppfølging og behandling for å forhindre drop-out.
- Teamet bruker standardiserte instrumenter tilpasset brukergruppen for å kartlegge risiko (selvmordsrisiko, forverring av brukernes situasjon, voldsrisiko og kriminalitet).
- Opplæring og veiledning rettet mot deeskalering av ulike situasjoner tilbys (f.eks. impulsregulering, emosjonsregulering og aggresjonsregulering), intervensjonene brukes aktivt, og effekten evalueres regelmessig. Opplæringen kan skje både individuelt og i grupper. Teamet tilbyr også kriminalitetsforebyggende tiltak rettet mot for eksempel vold i nære relasjoner, seksuelle overgrep og lignende, eller henviser systematisk til aktuelle tilbud hos samarbeidende tjenester.
- Teamet har en skriftlig sikkerhetsprosedyre som beskriver tiltak knyttet til: (1) hjemmebesøk, (2) oppfølging etter en hendelse, (3) anmeldelse, (4) håndtering av aggresjon og utageringer (f.eks. MAP- opplæring) og (5) involvering av nettverket.
- Teamet vurderer kontinuerlig egne sikkerhetsrutiner og -prosedyrer, gjerne ved hjelp av eksterne ressurser.

For å oppnå høyeste skår må punktene over gjelde for alle brukere og være individuelt tilpasset. Dette kommer frem i skriftlige dokumenter, i teammøter, i behandlingsplaner og i inntaks- og kartleggingsprosedyrer.

■ ■ TEMA 7:

Samarbeid med nettverket

For at brukeren skal oppleve å ha kontroll over sin egen recovery-prosess, er det viktig at teamet samarbeider godt med brukerens nettverk.

Det er brukeren som skal sitte i førersetet når det gjelder hvem som skal involveres i oppfølgingen fra det sosiale nettverket (familie, nære pårørende, venner eller andre) eller fra det profesjonelle nettverket (profesjonelle aktører/instanser).

Teamet hjelper brukeren med å identifisere ressurspersoner/samarbeidspartnere (utover de ansatte i FACT-teamet), og integrere disse i oppfølgingen der og når det er aktuelt. Personer fra brukerens sosiale/profesjonelle nettverk blir på den måten en del av et triangel bestående av: brukeren, FACT-teamet og samarbeidspartnere. Sammen er de et lag som skal spille hverandre gode på veien mot det brukeren selv ønsker å lykkes med.

Varigheten av oppfølgingen fra FACT-teamet skal være så lang som nødvendig, men også så kort som mulig. Lengden på denne perioden bestemmes ikke bare av risikovurderinger og behandlingsforløp, men i stor grad også av brukerens egne ressurser og recovery-prosess. Brukeren skal selv oppleve å mestre livet.

Støtte fra brukerens sosiale og profesjonelle nettverk er viktig under og etter teamets oppfølging. Teamet involverer nettverket, blant annet i utarbeidelse og evaluering av behandlingsplaner og kriseplaner. Teamet har også en støttende funksjon ovenfor nettverket, hvor behandlingstiltak som legger til rette for selvhjelp, står sentralt.

Et FACT-team jobber med en definert målgruppe, i en særegen sosial kontekst, i et konkret opp-taksområde. Ingen FACT-team greier selv å gi alle de tiltakene brukerne har behov for. Teamet må derfor aktivt søke samarbeid med personer i brukerens sosiale og profesjonelle nettverk.

Slike samarbeidspartnere kan etter behov delta i tavlemøter, behandlingsmøter og andre aktuelle møter. Dessuten kan de være en del av den intensive oppsøkende kontakten med brukeren. Samarbeidet kan også foregå via telefon eller andre digitale kommunikasjonsplattformer – avhengig av brukerens behov og mål.

Å skape gode samarbeidsrelasjoner er avgjørende. For å klare det må teamet være proaktivt og på tilbudssiden når det gjelder å tilby konsultasjoner, avholde informasjonsmøter og på andre måter ta initiativ til og være tilgjengelige for kontakt og spørsmål. Teamet bør være i tett dialog med samarbeidspartnerne sine for eksempel ved vurdering av innleggelse og under opphold på døgnavdeling.

Det er viktig å oppnå en god balanse mellom de tiltakene teamet selv skal tilby, og de tiltakene teamet må samarbeide med andre for å tilby. Teamet må også være nøye med hvordan disse tiltakene skal koordineres, for å sikre brukerne en integrert, helhetlig og sammenhengende behandling og oppfølging.

Oppsummert vil vurderingen være basert på følgende punkter:

7.1 Samarbeid med brukerens sosiale nettverk

- Teamet tilbyr ulike tiltak individuelt og/eller gjennom grupper for brukerne og personer i deres sosiale nettverk.
- Teamet legger til rette for og motiverer til etablering og gjennomføring av selvhjelpsgrupper for pårørende.

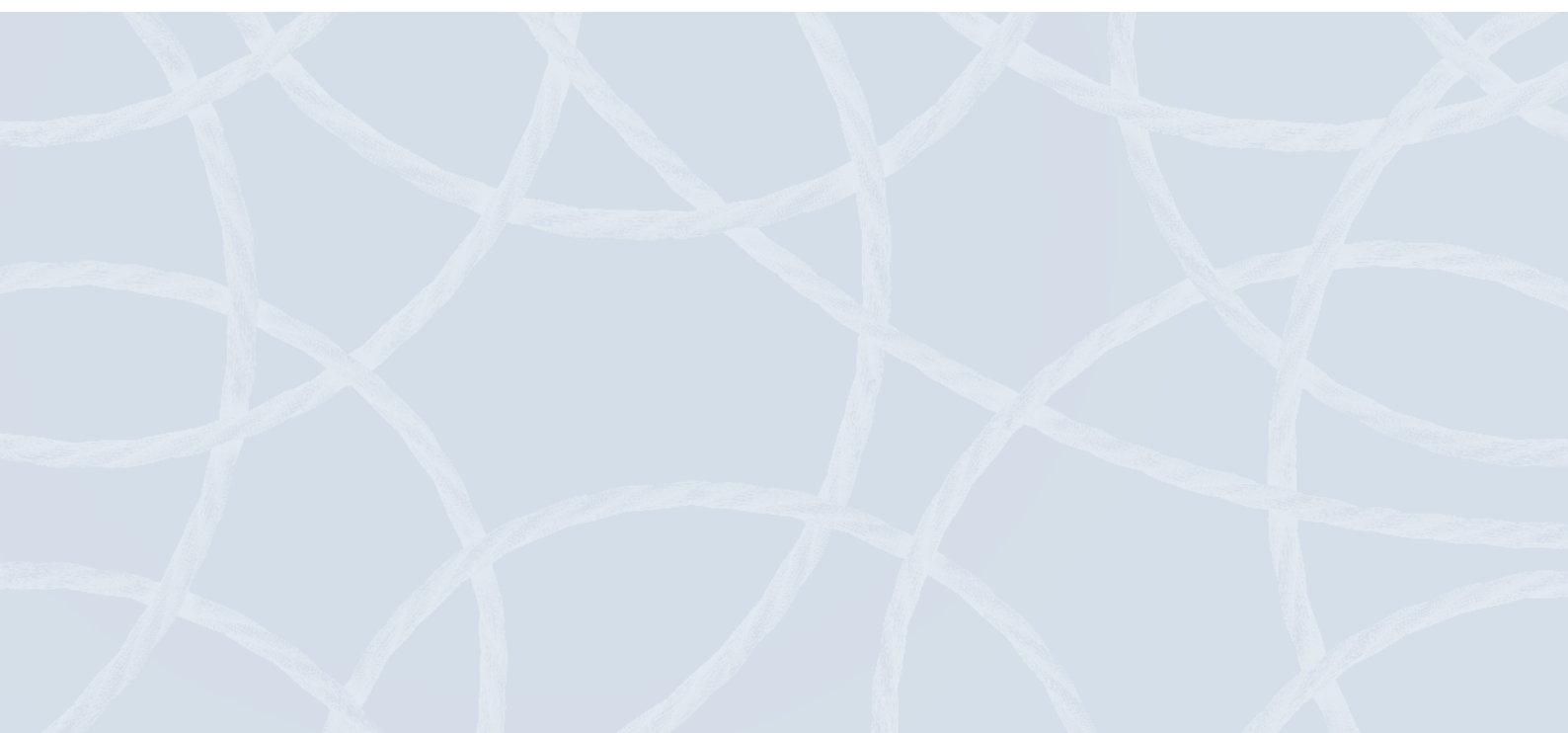
- For systematisk å kunne evaluere og tilpasse arbeidsmetoden der det er nødvendig, gjennomfører teamet årlig tilfredshetsundersøkelser blant sine brukere, deres pårørende og eventuelle andre personer i det sosiale nettverket.

7.2 Samarbeid med brukerens profesjonelle nettverk

- Involvering av eksterne samarbeidspartnere, samarbeidsform og intensitet i oppfølgingen er tilpasset målgruppen, opptaksområdet og tilgjengelige ressurser.
- Teamet kjenner til alle aktører og tilbud som kan være relevante for målgruppen i sitt opptaksområde.

For å få høyeste skår må punktene over gjelde for alle brukere, være individuelt tilpasset og gjennomføres og evalueres systematisk. En grundig analyse av teamets bakgrunnsinformasjon og teamdokument vil være nyttig i vurderingen av disse punktene.

Resultatene av tilfredshetsundersøkelsen må være dokumentert og ha en tiltaksplan.



■ ■ TEMA 8:

Kvalitet og innovasjon

FACT-teamet jobber aktivt for å gi god behandling til sine brukere og er samtidig åpne for ny kunnskap, nye initiativ og innovasjoner.

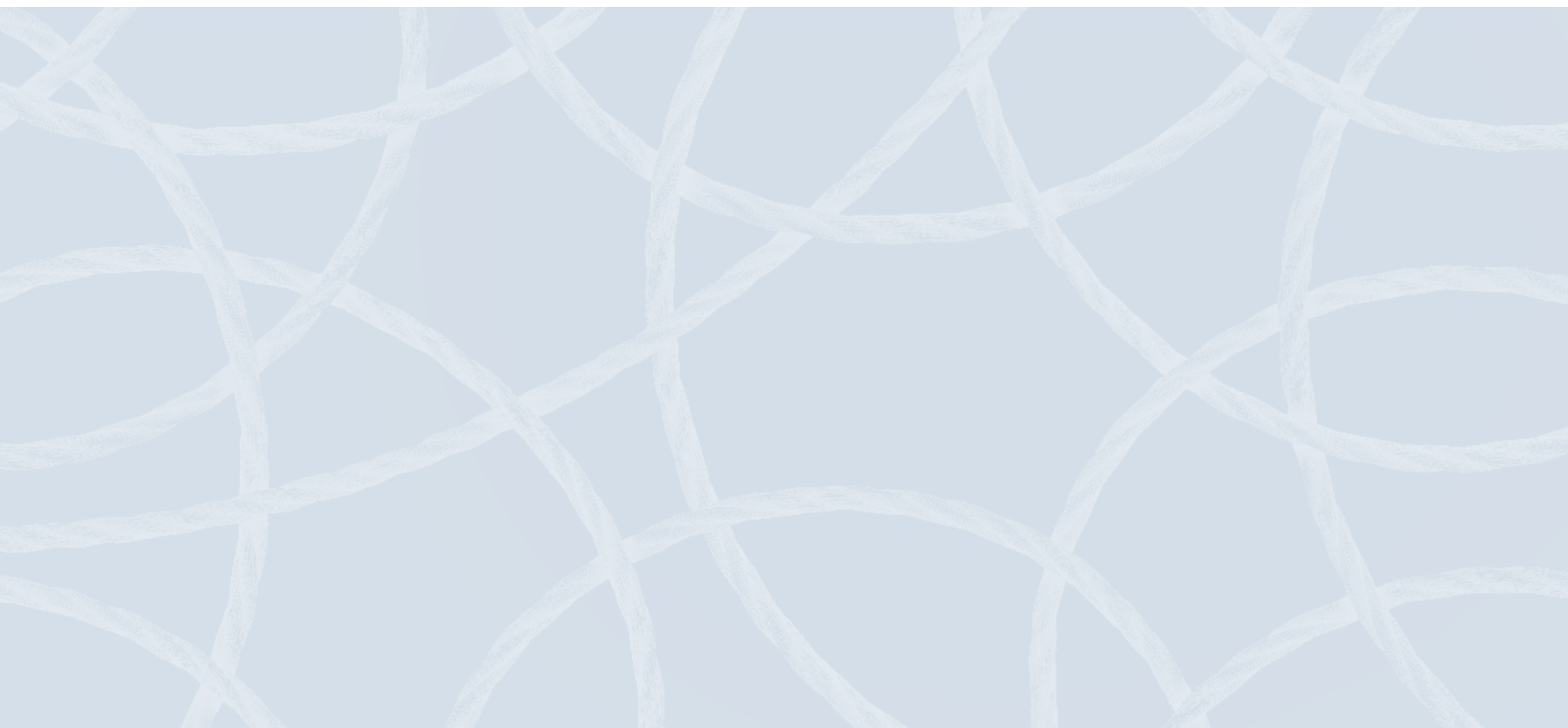
Utvikling og påfyll av kompetanse er rettet mot teamets målgruppe, arbeidsmetoder og den behandlingen teamet tilbyr. For å sikre at de ansatte er i konstant faglig utvikling innenfor sine egne kompetanseområder, er det avsatt minst fire halve dager per teammedlem til undervisning, kurs og etterutdanning i løpet av de siste to årene. Dette er beskrevet i teamdokumentet. Teamet har studenter i praksis og samarbeider i tillegg også på andre måter med utdanningsinstitusjoner.

Teamet inviterer jevnlig personer (utenfor teamet) med spesiell kompetanse eller erfaring innenfor ulike områder. Hensikten med dette kan være å drøfte en enkeltsak, å diskutere et etisk dilemma eller å gi støtte i teamprosesser. I en mer formell forstand bør det være mulighet for en fornyet vurdering (*second opinion*).

Teamet er opptatt av kvalitet. Det jobbes systematisk med forbedring av behandlingen og hvordan teamet jobber opp imot FACT-modellen. Team som har god oversikt over egne styrker og utfordringer, har et bedre utgangspunkt for å jobbe med forbedring av tjenestene sine. Samarbeidspartnere i opptaksområdet involveres i forbedringsarbeidet der dette er aktuelt.

Teamet er fremoverlent og innovativt og har stor takhøyde for utprøving av nye tiltak. Dette er uavhengig av størrelsen på og omfanget av tiltakene det er snakk om. Denne grunnholdningen er også forankret i sentrale ledelsesnivåer. Formål for utprøving av slike tiltak er alltid rettet mot en utvikling av enda bedre tjenester for bruker.

Oppsummert vil vurderingen være basert på følgende punkter:



8.1 Kurs og videreutdanning

- Hvert teammedlem har i løpet av de siste to årene fått opplæring eller videreutdanning i kunnskapsbaserte metoder som er relevante for brukerne og teamet.
- Hvert teammedlem har i løpet av de siste to årene fått opplæring eller videreutdanning i recovery-orienterte temaer som er relevante for brukerne og teamet.
- Teamet – og hvert enkelt teammedlem – har kompetanseplaner.
- Teamet har regelmessig (kollega)veiledning.
- Teamet måler regelmessig i hvilken grad de jobber i tråd med FACT-modellen (intern og/eller ekstern modelltrofasthetsmåling).

8.2 Spesialistkunnskap

- Teamet inviterer personer (utenfor teamet) med spesiell kompetanse eller erfaring innenfor ulike områder til fagmøter fire ganger årlig.
- Teamets spesialistfunksjoner blir aktivt brukt av de forskjellige teammedlemmene i daglig drift.

- Teamet har en tydelig rådgivende og veiledende funksjon rettet mot eksterne aktører.
- Fornyet vurdering (*second opinion*) gjøres der det er nødvendig.

8.3 Kvalitetsforbedringsarbeid

- Teamet har laget en skriftlig plan for sitt systematiske forbedringsarbeid, og den inneholder mål og tiltak.
- Resultater fra rutinemessig kartlegging (ROM) og brukertilfredshetsundersøkelser brukes til å evaluere og justere teamets arbeidsmetoder der det er nødvendig.

8.3 Helse og sosialfaglig innovasjon

- Teamet er en spydspiss innen helse- og sosialfaglig innovasjon og utmerker seg positivt.

For å få høyeste skår må alle disse elementene komme frem i teamets skriftlige dokumenter og i kvalitetsforbedringsarbeidet.

FACT FIDELITY TOTALSKÅR

Totalskåren fastsettes ved å summere gjennomsnittlig skår i del A (teamstruktur og teamorganisering), som maksimalt er 5 poeng, med gjennomsnittlig skår i del B (tematiske områder), som er maksimalt 8 poeng. Totalskåren kan altså være på maksimalt 13 poeng. Dersom ingen kriterier er oppfylt i del A eller del B, vil skåren bli 2 poeng, som er laveste mulige skår (1 poeng på del A og 1 poeng på del B).

Teamets fidelityskår fastsettes gjennom enighet i teamet (intern fidelityvurdering) eller som konsensus mellom de som gjør en eksternt fidelityvurdering.

- Totalskår på 6,6 eller lavere: ikke implementert
- Totalskår på 6,7–7,4: delvis implementert
- Totalskår på 7,5–8,7: godt implementert
- Totalskår på 8,8 og høyere: eksemplarisk implementert

Gjennomsnittlig poengsum del A:	
Gjennomsnittlig poengsum del B:	
Total poengsum A + B:	

