FACT (Flexible Assertive Community Treatment Model) 灵活主动式社区治疗模式

This Manual was first published in English by Remmers van Veldhuizen, psychiatrist, The Netherlands in 2013 at the website www.factfacts.nl

本手册首次由荷兰精神病医师 Remmers van Veldhuizen 于 2013 年在 www.factfacts.nl 网站上以英文出版 (remmersvv@hotmail.com, www.factfacts.nl)

此中文版根据 FACT 英文版翻译.

译者联系方式：(Contact Information of Translators)

罗辉，医学博士，加拿大皇家医学院会员
Samuel Law, MDCM, MPH, FRCPC
Psychiatrist, Associate Professor， Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada
精神科医生，副教授，加拿大多伦多大学精神病学系
Email: laws@smh.ca

张金玲，医学博士
Jingling Zhang, MD, PhD (Candidate)
精神科副主任医师，中国，汕头大学精神卫生中心
Associate Chief Psychiatrist, Shantou University Mental Health Center, China
Email: zhangjinling1981@gmail.com

本手册可作为文献引用 (This Manual can be cited for literature as):
FACT Manual, Simplified Chinese version. Law S, Zhang JL (trasnlators), based on Remmers van Veldhuizen (original author); 2016

以下所列的个人和团队都很愿意提供信息和支持国际沟通

J. R. (Remmers) van Veldhuizen, 精神科医生, 资深顾问; CCAF 主席

邮箱: remmersvv@hotmail.com

网址: http://www.factfacts.nl (with an English page)

地址: Praediniussingel 20/9, 9711 AG Groningen, The Netherlands

=======

M. (Michiel) Bähler, 心理学家, 顾问

邮箱: m.bahler@ggz-nhn.nl

Website and address: see GGZ NHN

=======

ACT 和 FACT 认证中心

联系人: Ms M.(Margret) Overdijk, 办公室经理

网站: www.ccaf.nl Link to English page http://www.ccaf.nl/ccaf-english

邮箱: info@ccaf.nl

地址: Postbus 247, 3500 AE Utrecht, The Netherlands

========

荷兰 F-ACT 协会

这是一个由 FACT 和 ACT 团队成员组成的工作组织。

主席: Prof. C. L. (Niels) Mulder, 精神科医生

邮箱：niels.clmulder@wxs

秘书: Ms K. (Katinka) Kerssens

邮箱：k.kerssens@ggz-nhn.nl

网址: www.f-actnederland.nl

邮箱: info@f-actnederland.nl

英文网址: http://www.f-actnederland.nl/fact-english/

地址: Oude Hoeverweg 10, 1816 BT Alkmaar, The Netherlands 3

原版英文手册的翻译由以下组织资助，他们愿意提供信息，也欢迎在网上或现场咨询。

==========

Mondriaan (Mental Health Trust South Limburg / Maastricht) (南林堡/马斯特里赫特心理健康信托基金)

Mr H.H.W. (Hans) de Veen MHA, 心理学家，董事会主席

邮箱：H.de.Veen@mondriaan.eu

Prof. P.A.E.G. (Philippe) Delespaul, 临床心理学家，高级临床顾问

邮箱：Ph.delespaul@maastrichtuniversity.nl

网址: www.mondriaan.eu

地址: Mondriaan, Postbus 4436 / 6401 CX Heerlen, the Netherlands

==========

GGZ NHN Noord Mental Health Centre Northern North-Holland / Alkmaar (北荷兰/阿尔克马尔北部精神卫生中心)

Mr R. (René) Keet, 精神科医生, 主任管理员

邮箱： r.keet@ggz-nhn.nl

Mr M. (Michiel) Bäler, 心理学家, 顾问

邮箱：m.bahler@ggz-nhn.nl

网址: www.ggz-nhn.nl/fact/ (English page not available, 无英文) and www.fact.nl

地址: Bevelandseweg 3, 1703 AZ Heerhugowaard, The Netherlands

==========

GGZ BREBURG Mental Health Centre Breda (布雷达/蒂尔堡精神卫生中心)

Ms A.C. van Reekum, 医学博士, 精神病学家， 董事会成员

邮箱：a.vanreekum@ggzbreburg.nl

Mr A.F.M.M. van Mierlo, 医学博士, 精神病学家, 主任

邮箱：t.vanmierlo@ggzbreburg.nl

网址: www.ggzbreburg.nl (English page not available)

网站邮箱: info@ggzbreburg.nl

地址: Postbus 770, 5000 AT, TILBURG

==========

VNN Addictions Care Northern Netherlands, Groningen (荷兰北部，格罗宁根成瘾护理中心)

Mr R.B.M. (Rob) Jaspers, 董事会主席

邮箱： r.jaspers@vnn.nl

Ms E.M.G. (Ingrid) Willems, 医学博士，精神病学家, 医务主任

邮箱：i.willems@vnn.nl

网址: www.vnn.nl (English page not available)

网站邮箱: info@vnn.nl

地址: Postbus 8003, 9702 KA GRONINGEN

前言

主动式社区治疗模式（Assertive Community Treatment, ACT）由 Stein, Test 和 Marx 于二十世纪七十年代在美国创建。在 ACT 模式中，一个由 10 人组成的多学科团队共同照顾大约 100 名个案，团队成员对所有个案都很了解。这种方法侧重于提供 outreach (外展)的、持久的和深入的照顾和治疗。ACT 主要针对约 20%社区里最严重的重性精神病患者，尤其是那些难于接触，无家可归，及无人照料但具有高危入院风险的患者。ACT 模式被大量推广应用，有广泛的效果评价研究及符合度认证研究。ACT 是国际上公认的询证医学干预模式。

在这个广受赞誉的 ACT 模式中, 从荷兰发展起来的 FACT 模式还能增加什么内容呢？ 我们为什么要把荷兰的 FACT 手册推向全球公众呢？ 原因就是 FACT 包含了有益的创新。这些创新首先体现在团队层面，也就是 FACT 团队的日常运作方面。此外，FACT 同样期望在更广泛的领域做有益的创新, 为社区重性精神病患者提供系统的精神卫生服务。

一般来说，一个由 11-12 人组成的多学科 FACT 团队可以管理 200 名个案。它的目标群体是服务范围内所有的重性精神疾病患者：包括 ACT 所针对的 20%严重患者，及剩余 80%需要低频率治疗和支持的患者。为了对这两种患者进行管理，FACT 采用灵活的转换系统。对于需要密集照顾的个案，FACT 团队每天进行讨论，并且采用团体共同管理的方式。这些个案的名字每天都会出现在 FACT 数字版上。对于已经不需要密集照顾的个案，仍然由相同的多学科团队对他们提供个案管理方式的治疗和支持。有了这灵活的转换系统，当有些个案病情转向稳定时，他们也不用被转介到不同的团队， 他们还可以继续由同一的 FACT 团队服务（如果是在 ACT，他们将被 “毕业” 到其它团队服务）。这种在同一服务团队中进行服务模式灵活转换的方式，能提高服务的连续性, 和降低失访率。

这种模式也有利于个案更好的恢复（recovery）和康复（rehabilitation）。如果一个接受个案管理的个案出现症状复发或者有入院危机时，服务团队可以迅速将其转

变为密集型 ACT 式的服务模式。这种灵活性转换服务模式与持续性服务相结合的方式能很好的应对重性精神病反复发作和复发的自然病程情况。

在 FACT 建立之初，我们对广泛的精神卫生服务体系进行了重新思考。我们发展 FACT 模式的目的是促进以下几方面的相互结合：

- 恢复为向导的照顾
- 询证医学干预模式
- 综合社区照顾与医院照顾

在 FACT 模式中，“优势模式”（Strength Model） (Rapp et al, 1998)，“家庭干预” (Family Intervention)，“集成双诊断治疗”（Integrated Dual Diagnosis Treatment，IDDT）及 “个体就业支持”（Individual Placement and Support ， IPS）可以全部结合在一起形成一个治疗系统，与最佳的精神分裂症的治疗指南保持一致。

FACT 按地区划分：一个 FACT 团队一般为拥有 4-5 万居民的区域范围内所有的重性精神病患者提供服务。这样易于与当地社会服务及家庭医生（General Practitioner, GPs) 合作。这与经典的荷兰 transmural (”跨界线“) 服务模式一致。FACT 团队不仅决定个案是否需要住院，还会在个案住院期间一直保持联系，并负责对个案的治疗进行整体协调。

到目前为止荷兰精神健康服务有较为充足的资金，以上这些服务也得到了保证。在这种良好的经济环境下，我们能够开发这个完整的 FACT 模式。虽然 FACT 模式是比较昂贵的，但它能产生更多的心理，社会，和经济效益。个案，家人和不同的合作者都对 FACT 有很好的评价。FACT 的结果是：重性精神病患者的疾病标签被淡化；患者偶尔扰民问题得到了解决；更多患者有机会获得有报酬的工作；住院病床的需要量减少。最终是重性精神病患者能得到足够的支持和治疗，他们可以不用住院，并且能在社区中康复。

FACT 模式在荷兰由 J. R. vanVeldhuizen（精神科医生）和 M. Bähler（心理学家）开发。第一个 FACT 团队从 2003 年开始成立，设立在阿尔克马尔 (Alkmaar) 的 GGZ Noord-Holland Noord （北荷兰省北部心理健康服务）。基于实行过程中的反馈，FACT 模式得到了进一步发展。至 2013 年，荷兰已有约 200 个 FACT 队，有一些地区 FACT 团队发展得很完善。将来荷兰 FACT 团队可增长至 400-500 队。

FACT 符合度认证工具制定于 2007 年（Bähler 等），荷兰 FACT 手册出版于 2008 年（编辑 van Veldhuizen，Bähler，Polhuis 和 van Os）。ACT 和 FACT 认证中心（www.ccaf.nl）已认证了 100 支 FACT 团队。到 2013 年年底认证的团队将达到 150 队。FACT 团队服务在比利时也已经开始了。在香港，挪威，瑞典和英国，精神卫生服务从业者和组织者正在研究将 FACT 的原则整合入其现有服务系统的可能性。

除了一篇英文出版物以外（van Veldhuizen, 2007），在此之前该模式没有用其它语言描述过（最先只是用荷兰语进行了描述）。本手册提供了一个精短的介绍和评价 FACT 模式的思想，理论，原理，日常工作中的方法及模式的组织。在这里专家们和政策制定者可以找到和参考所有 FACT 模式的的信息。它还是一个实践性的手册，只有有限的研究数据和引用。我们将着重讨论荷兰的 FACT 模式，当然也会谈及一些新的发展。

本手册适用于国际精神卫生医疗工作者。本手册对荷兰具体的情况进行了说明，但这不是本手册的主要焦点。我们希望能与其他国家做比较，希望这本手册能帮助国际同行了解和应用 FACT 模式。

我们要感谢 Margaret Kofod 为本书做的翻译。

由于得到荷兰四个精神卫生医疗机构的基金支持，这本手册在几个网站上可以免费下载。我们要感谢这四个机构：

* GGZ Noord Holland Noord
* GGZ Breburg
* GGZ Mondriaan
* VNN (North Holland Addiction Services)

这四个机构也将竭诚为您提供国际信息联系。这些联系人的姓名和电子邮件地址都列在手册的前面.

我们的 Certification Centre for ACT and FACT (ACT 和 FACT 认证中心（www.ccaf.nl）和荷兰 ACT 和 FACT 从业者协会 (F-ACT-Nederland) 也同样欢迎国际信息联系。

这本手册是在 2013 年 6 月召开的欧洲**主动式社区治疗**基金会第二次国际会议上 (European Assertive Outreach Foundation, Aviles, 西班牙)（www.caof.org）首次被介绍。

笔者希望，本手册能给很多人带来益处，我们渴望听到您的反馈意见。我们希望无论您来自哪里，您喜欢阅读它，并能从它汲取提高重性精神病患者服务的灵感。

J. R. (Remmers) van Veldhuizen，精神科医生

目录

前言
序章 A：FACT 概述
序章 B：一个人的故事
序章 C：一个 FACT 晨间小组会议

第 1 章： 初步探索： 重性精神病患者，他们的需求，他们的治疗
1.1. ACT 和 FACT 为哪种患者提供服务？
1.2。重性精神病患者的疾病对他们的护理需求意味着什么？
1.3。重性精神病个案要求什么社区服务？
1.4。“7C“：院外重性精神病患者护理需求
1.5。提供 “7C“ 服务的团队要求
1.6。Outreach (外展)实力

第 2 章：插曲：FACT 构件简述
2.1。 FACT 的构件
2.2。一个 FACT 团队的成员

第 3 章：FACT 工作程序
3.1。这么多的个案，这么多的需求
3.2。上 FACT-board (FACT 数字板) 程序：FACT 关键因素
3.3。个案上 FACT-board 的标准
3.4。FACT 与治疗，护理，康复 (rehabilitation) 和恢复（recovery）整合
3.5。治疗方案和治疗计划周期

第 4 章：沙漏模式
4.1。护理人员的不同角色
4.2。沙漏模式
4.3。用沙漏模式工作

4.4。沙漏模式的右栏

第 5 章：FACT 实践
5.1。优势，恢复和康复
5.2。工作走向容纳化：帮助建立社区支持系统
5.3。指南兼容性干预措施
5.4。为有双重诊断的个案进行综合性治疗
5.5。就业：个体就业支持
5.6。身体健康
5.7。强治和压力
5.8。终止 FACT 服务

第 6 章： FACT 团队的组成
6.1。朋辈支持工作者
6.2。护士
6.3。精神科医生
6.4。心理学家
6.5。就业康复专家

第 7 章：实现 FACT
7.1。社区导向的工作：区域大小规则
7.2。完善的精神卫生服务体系
7.3。项目建设和规划
7.4。团队的建立及培训
7.5 。FACT 办公室
7.6。荷兰的 ACT 发生了什么

第 8 章：ACT 和 FACT，模式的符合度，FACT 和认证
8.1。ACT 与 FACT 之间的差异
8.2。 ACT 对比 FACT

8.3。模式的符合度：FACTs

8.4。认证

附录：2010 FACT 版本

序言 A：FACT 概述

FACT 团队为未住院的严重精神疾病患者提供长期照顾。除了精神上的问题, 这些患者还存在多方面的社会功能障碍, 例如住房、自我保健、就业和财政。他们的社会参与, 社会支持系统和社会交往通常是有限的。家庭是非常重要的, 但有时他们拒绝家人帮助。

FACT 是一个广义的生物-心理-社会医学模式，提供（a）疾病和症状管理（治疗），（b）日常生活的指导和实际帮助，（c）康复和（d）恢复支持。这一切由一个多功能团队来实现。

FACT 的目的是确保服务的连贯性，以此防止精神病患者再入院，并且加强社会对他们的接纳， 使患者可以重新融入社会.

一个 FACT 团队为一个特定的 40,000 至 50,000 居民小区或地区中的 200-220 个案提供服务。这就是为什么我们说 "区域" 或 "社区" 的团队。该小组试图建立与家人和区内其他服务的密切接触。该团队是多学科的，具有各种各样的学科成员（包括精神科医生，护士，社区精神科护士，心理学家，就业康复专家（IPS），戒毒专家，和朋辈支持工作者）；约 10-11 全职工作者（Full Time Employee (FTE))。

多学科团队可以在两种服务模式之间来回切换：
1．个案管理，由单个团队成员提供的服务
2．强化（ACT）团队照顾，涉及到的个案由几个团队成员共同服务；这些个案被放到 FACT-board 上，由 FACT 团队成员来讨论和决定他们每天应提供哪些形式的服务。

在 1)和 2) 这两种情况中，均在个案居住的社区提供服务。因此, 服务是个体化的, 并且个案的服务需求变得具体。例如, 帮个案更有效和更好的利用现有的家庭和社区资源。

对于大多数的个案来说，服务模式（1）就足够了。但是如果个案的精神病复发（或者可能快复发），或者住院危机迫在眉睫，或者个案有其他一些原因需要额外照顾，个案的服务会升级到服务模式（2）。这可能是长期的，也可能是短期的。一旦危机结束，服务模式可以被灵活的切换为（1）。这种灵活的切换适合对严重精神疾病缓解和复发的自然病程做出及时反应。

i. 接受个案管理的个案不上 FACT-board。他们总是有一个个案管理员和精神科医生。有需要的时候其他的团队成员也可以来帮助治疗或支持（例如需要特别专业的成瘾治疗专家，或认知行为疗法（Cognitive Behavioural Therapy (CBT)) 心理学家）。

ii. 接受团队强化服务的个案的姓名会出现在 FACT-board 上，这是一个投影到墙上的 Excel 电子表格。每天早晨，团队开会讨论 FACT 数字)板上的个案并决定哪个团队成员将访问和管理哪个个案。

至少每年一次多学科小组会一起讨论每个个案的治疗方案（包括危机和康复计划），采用了 HoNOS (Health of Nations Outcome Score 精神社会健康质量量表; Wing et al, 1998)、和 MANSA（Manchester Short Assessment of Quality of Life 曼彻斯特生活质量量表; Priebe et al, 1999），或类似工具进行评价来更新的信息。FACT 团队在普通上班时间工作。有些荷兰团队还会在周末拜访个案。在荷兰的每个地区都有一个精神科紧急服务团队提供全天候服务。 FACT 团队与精神科紧急服务团队和区域住院诊疗工作都密切结合。

序言 B: 一个患者的故事

我 40 岁了，独自生活，我从 20 岁就已经患上了精神病。第一次发病是可怕的。我不知道发生了什么事情，开始疏远我的家人。最后，我被法院命令强行送进医院了。从那以后，我多次住院。与其他也有很多问题的患者住在一个病房内对我来说是很困难的。在那里你会看到各种各样的事情，包括自杀。

多年来，医生对我的病情以及如何应付它进行了解释。这让我最终接受我需要药物治疗，尽管我真的不喜欢它。我病的头 10 - 15 年我只有一点点的自知力。所有的一切都要绕着我的疾病。我放弃了我的学业，第一次住在公共宿舍，但常常因复发而再次入院。院外支持不是很密集。我每隔 4 到 6 周的时间去门诊和我的医生谈谈我的药物。除此之外, 还有一个护士顾问。我会常去诊所找她，但是如果我又变得乱糟糟的，她会来见我，经常是为了安排我入院。

在过去的八年中我的支持发生了变化。我现在被一个 FACT 团队照顾。他们更多地是到家里来见我，他们想和我在我自己的环境谈谈。他们现在在家帮我解决事情, 真正做出了点有用的东西。我有一个治疗计划, 其中包括朋辈支持工作者（Peer Support Worker) 和 IPS 人员（Individual Placement and Support, 个体就业支持者，一种为弱势人群找到并保住有报酬的工作的援助方法）。 朋辈支持工作者本身也是患者，同时也是团队的成员，他们对患者的一切都比较熟悉。和他谈了多次住院的情况后对我帮助很大。团队心理学家给我的 EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) 治疗使那些映像几乎没有再影响我。朋辈支持工作者也成立了一个恢复小组—一小群个案，我们可以谈论怎样做一些使自己的人生更有价值的事情。

IPS 人员帮我找到一份正规的公司工作，每天工作 3 小时，每周工作 4 天。起初是艰难的，但他认真的训练我，现在我可以胜任了。虽然工资不高，但我感觉比在日间中心做的活动要好得多。我还是偶尔会去日间中心，但更多的是为了聚会或一顿饭。

护士仍然是我的个案管理员。我与她还有精神科医生够沟通制定我的治疗方案。她还与我的家人和我的邻居接触。这很方便的，因为如果我再次陷入了复发的危险-我会表现出一些异常行为：我把窗帘关上了一整天，不给任何人打招呼。如果邻居看到这个，他们会打电话给团队，然后有人来帮我。去年，由于各种情况（我妹妹生病了，我被抢劫了）我又变得乱糟糟了。我也再次开始服用毒品。FACT 团队的成员每天都来，他们带来了药物，来和我谈谈我的妹妹并帮助我向警方报案。他们

还向工厂请假说我有两周不能去工作。精神科医生也来我家看我，还见了我的母亲。

如果有一整个团队的人在你周围那会有很大的区别。如果你需要很多的照顾，这几乎就像在家住院。但是是在你自己的环境，你熟悉所有的人。我很快走出低潮。现在我只看我的个案管理员和恢复组。我们很快就会与一些邻居一起为社区工作做一个项目。总之我现在是算很满意的。

序言 C：一个 FACT 团队晨会

每个工作日的八时一刻左右团队成员到达 FACT 的办公室。他们拿取茶或咖啡，聊聊天， 然后围着桌子坐下来讨论他们的日程工作。每天的工作从这里开始–这是工作的一部分。

护士 Rick 启动 FACT-board。该 Excel 工作表投射在白墙上。今天 Rick 是 FACT 晨会主持者。他和另外两个团队成员 Anna 和 Hans 有培训怎么主持会议。今天，Anna 坐在电脑边，在 Excel 表做笔记，让所有的团队成员可以在 FACT-board 立即看到已经商定好的内容。

Rick 开始了。大约 20 人的名字都列在 FACT-board；这些人每天都需要讨论。他们分成组, 说明他们为什么会出现在 FACT-board 上: 一组人需要短期强化服务，一组人需要长期强化服务，这些个案几乎每天需要护理。一组人已被送往精神病医院或普通医院，一组人拒绝治疗， 另一组人是新入队的个案。

FACT-board 上列出了每位个案的名字，一个简短的诊断，在板的原因，个案他自己的目标，团队会采取什么行动，他接触的人或家庭成员，谁会去个案家里拜访，等等。

我们讨论了个案 Ella。最近她一直接受团队照顾。她有严重的双相情感障碍，上周一直很忙。她一直在做冒险的事情，与以前相处很好的人发生冲突，处于筋疲力尽的风险中。团队每一天都去看她。幸运的是她肯接受药物治疗, 现在安定下来。今天精神病医师和个案管理员要到她家里看她还有什么需要，她自己的个案管理员将打电话给她的家人。明天另一个护士会去拜访她。她需要检验血锂，通常是她自己去实验室, 但现在最好在家里为她抽血。讨论时心理学家问: "我们知道她为什么突然又失去理智吗?" 在讨论中，朋辈支持工作者说他从另一个个案听到 Ella 的感情被伤得很深。本来 Ella 与一个网友有个约会，但当网友听说她有精神问题后他就退出了。可能团队成员下次在家访问她时可以问问她。我们也有证据表明在过去几周她血锂含量过低。因此也要注意检查她的药物包。Rick 总结了所有任务, Anna 把它们记录到 FACT-board 上。明天晨会的时候团队将检查任务的执行情况。

在过去的一周，个案珍妮因为反复出现的精神病性抑郁需要强化服务，她伴有自杀的想法和忽视自己的倾向。即使一天两次的家访也不足以保证她的安全。她会恶化的风险太大了。所以昨天 FACT 团队征得她的同意后，将她送到精神科住院。在过去，不只珍妮自己，团队成员在这种情况下也习惯推迟住院。这导致了危险，几次有了企图自杀的行为，往往最终不得不被强制住院。现在团队和她可以提早协商入院。她的 FACT 数字版上 "支持系统" 框为空，- 这也 不是一个好兆头！在住院时， 团队已经预约了去医院探访她。团队的精神科医生会跟医院精神科医生谈论关于药物治疗和必要的实验室测试。社区精神科护士会和珍妮再谈论她是否有任何家庭或其他来源的支持。也许可以在她住院时重新建立联系。个案管理员将每周在医院探望她两次，并安排在她住院时把她的房子收拾干净。该小组认为，她可能会留在医院 2 至 3 周。Anna 将所有安排记录在 FACT-board 上，其中包括两个星期后的一条提示："出院？"

汤姆是一个新的个案，昨天由一个社区心理健康服务中心转介而来。此中心用了两年的时间试图治疗汤姆的人格问题和焦虑问题。治疗并不成功：汤姆经常失约，有药物滥用的迹象，现在似乎日常生活很乱 -由于拖欠房租，很快要被迫搬迁。门诊服务是不可能来处理这些问题的。FACT 团队做出了安排。汤姆被分配给一个个案管理员，他会识别和列出问题，如果有需要就咨询社区精神科护士。精神科医生会

去家里和他谈谈，心理学家将预约他，朋辈支持工作者会去拜访他（并会寻找他的优势和找到激励他的可能方式）。所有这些都会被记录在 FACT-board 上，并在 3 个星期内由一个多学科小组开会制定一个治疗计划。板上的二十个个案都是运用这样模式来讨论的。

然后 Anna 打开 "个案讨论" 的工作表。Anna 问团队他们是否有任何其他"个案讨论"。四个团队成员每人提了一个个案名称。这些人都是个案管理的，所以他们的名字不在 FACT-board 上。他们不需要日常的讨论。他们的治疗是大部分靠他们的个案管理员，加上精神科医生、心理学家或 IPS 人员一起提供有所需要。他们的治疗计划的评估是一年更新一次（在治疗计划会议上）。但有时一个团队成员认为团队需要知道某某个案已经发生的事情，有时是个案管理员需要另一个学科的帮助。这些都是 "个案讨论" 的内容。

IPS 人员提到个案 Max：Max 将于本周开始工作。他为此感到骄傲，但他也有点紧张。如果团队成员碰到 Max，请大家祝他好运！

个案 Bart，一个年轻人第一次精神病后经历了生活上的很大损失。他的进展不错。他和心理学家谈到对未来的期望的改变和他的损失感。现在他以前的朋友和同学即将毕业了，而他……。心理学家说这段时间他可能有很多损失感，可能会给团队发出求救信号，他也可能会不稳定。心理学家指出如果有事情发生的话团队应该怎么做。Anna 把听到的记下了。

另一个个案管理员提到另一个年轻人。他是相当稳定的，但毒品似乎扮演着越来越重要的角色。个案管理员希望团队的成瘾专家访问这个人，她希望在 3 周内精神科医生可以会见这个个案来确定最佳的治疗策略。这些都在会上安排好了。
最后一个个案是一个女性，她有精神分裂症和酒精滥用问题。个案管理员报告说她又发生了事故。邻居打了电话给警察。Rick 说："这位女士上周已经被 "个案讨论" 过几次。鉴于所有这些报告，似乎不如把她放在 FACT-board 上。让我们每天都去探望她，确保有几个人跟她说话。然后我们会在下周讨论是否需要调整治疗策

略。这提议得到了大家的赞同。Anna 记录这个决策和将在接下来的几天访问这个女士的团队成员的名字。

最后 Rick 询问是否有任何其他业务。其中一个个案管理员提到，她将会有一个短暂的假期。团队已经安排好了怎样接替她在 FACT-board 上的个案，但她还有几个不在 FACT-board 上的个案， 她希望其他团队队员能帮忙访问。会上把这个也安排了。下一个话题是有新的各种社区工作活动的传单。会上把可以参加这些活动的个案名字提了一下。这些个案的个案管理员会给他们传单并可以帮助个案去注册和报名。团队管理层已经发送了一封电子邮件说某些工作表格必须在一周内上交。队员们叹了口气，把它写在自己的日记里。没有其他人有任何其他的业务，半个小时后 Anna 关闭了电脑。所有的安排和约会已经搞好了。会议室一下已经空了，大部分团队成员都去做家访了。

第 1 章：重性精神病患者的需要与护理的初步探索

1.1 主动式社区治疗模式（ACT）和灵活主动式社区治疗模式（FACT）服务对象

FACT 模式是 ACT 模式的扩展。 ACT 是 1978 年斯坦（Stein）和特斯特（Test）在美国研究出来的 （Stein & Test, 1978）。斯坦和特斯特的 ACT 模式关注有重性精神疾病中最严重的 20%的患者群体。这个群体中有精神障碍和成瘾问题的比例非常高（双重诊断）。他们中的很多人经常需要住院治疗，有时会治疗很长一段时间。还有一部分患者在医院和社区的 “旋转门” 之间进出。许多人出现了严重的住房和金融问题。他们几乎没有与家人联系。ACT 模式没有详细讨论其余的 80%重性精神病患者的护理。但是其出发点是这些患者会被其它服务较轻症的团队去护理。

在我们新的 FACT 模式中，我们选择所有重性精神病患者作为治愈和护理的对象。在荷兰，有共识文件去定义誰是重性精神病患者。要被定义为重性精神病患者，必须符合以下 5 个条件：

- ■有精神障碍需要护理和治愈 (≈症状没有缓解)
- ■有严重的社交功能缺陷 (≈社交功能没有恢复)
- ■以上两个标准是相互关联的 (患者的缺陷是精神病的起因和后果)
- ■这些问题不是瞬时的状态 (是系统性和长期的)
- ■需要有协调的保健护理网络。

在美国精神障碍诊断与分类统计手册第四版 (DSM-IV) 的术语中，重性精神病患者的 “五轴诊断” 突出：1. “重性”的诊断，2. 常常伴人格障碍。3. 通常会出现复杂的医学和神经问题。4. 有心理，社会，和环境问题影响。5. 重度精神病患者社会功能得分较低。这些限制是系统性和长期的，所以相对应的护理是必要的。重性精神病患者的年龄、背景、问题、生命历程和社会及经济环境也各有不同。

重性精神病患者里最大的群体是精神病性障碍。其他常见疾病是情感性精神障碍(抑郁症、双相情感障碍)、人格障碍、器质性精神障碍、自闭症、注意力缺陷多动障碍、发育障碍、成瘾问题，还有这些问题的组合。

有以上症状的患者很难保持正常的生活。如：不能保证自己的躯体健康、不能继续工作或寻找工作、不能获得培训机会、不能维持正常的社交功能及维护人际关系。

1.2 重性精神病患者的问题对于他们的护理需求意味着什么？

重性精神病患者跟正常人一样有着各自的特点。他们中的许多人不仅反复出现精神障碍、抑郁和成瘾问题，而且有个性缺陷。有时他们的组织能力缺陷，有时他们反应迟缓，有时他们发现自己比别人更难理 解事情。他们社交能力较弱，而且往往是易损的。有时他们有家庭问题和生理卫生问题。他们遭受焦虑或精神问题。他们与家人的联系不多或不太被人支 持。他们比一般人缺乏社会联系和亲密的朋友。他们经常没有机会结婚，很少找到有报酬的工作。他们对生活的意义感到迷茫。他们有更多的机会接触其他患者。所有这些造成他们比一般人更容易有损失感（精神病患者经常住院治疗、有自杀事件等等）。重性精神病患者很难有正常的社会功能，他们经常有就业、金钱和住房问题。

任何人读到上面的定义将会明白，重性精神病患者的医疗和精神问题会影响到几乎他们每个社会功能的正常发挥。十九世纪初人们开始意识到这一点，并把这些患者放到大型精神病医院里。理论上这种大型精神病医院制度能帮助患者解决所有的社会问题：住房、卫生、金融管理问题和控制药物滥用等等。医生和护士可以专注于他们医学上的症状治疗。这种制度被视为 “把患者有益地排斥在社会外”。

起初，这似乎像一个很人道的解决方案，但从今天的角度来看，精神病医院里的重性精神病人只有一个角色：“病人”。大型精神病医院扮演了所有社会角色：“地主”、“雇主”、“家庭成员”、“邻居”。虽然精神病院在接下来的一个世纪继续发展，旧的治疗方案被药物治疗和职业疗法取而代之。患者康复和各种社会角色的融入没

有被注重。在医院的病人没有学到任何技能帮助他们出院后重新融入社会。这就是为什么出院成为了再入院的强预兆。

大约在 1920 至 1930 年间，越来越多的观点认为应该在更接近社会环境的状况下提供对精神病人的护理。在阿姆斯特丹，阿里·科里多（Arie Querido）成立了一个危机小组去预防或减少精神病患者的入院情况。但实际上是直到 1975 年，一个真实的重性精神病患者住院治愈的替代方案才正式确立起来。就在那时，斯坦和特斯特 (Stein & Test）在 1978 年美国开始了他们 “在社区生活的培训” 计划。他们不仅指导病人如何使用药物，也提供住房、财务状况的帮助，维护他们的支持系统，维持他们与家人联系等。很明显，在病人自己的生活环境中（社区延展服务）帮助他们是一个重要的标准。此外，这种帮助必须是主动的。保健从业者必须积极寻找患者，努力帮助他们找到解决方案，并与患者的支持系统一起奋斗。在许多案例中，病人欠缺积极性，所以护理工作者的工作必须是持久的和有说服力的。“社区延展活动” 就是这样诞生了。后来斯坦和特斯特在这个项目的基础上开发了主动式社区治疗 (ACT) 模式。很明显，护理服务不能只关注医疗和心理方面，它真的需要涉及在社区生活的培训，并提供广泛的社会和社区活动的积极支持。

1.3 重性精神病患者需要怎样的社区护理服务？

FACT 的发展模式主要是受美国、英国和澳大利亚等国 20 世纪 80 年代开始的研究成果启发而形成。因塔利亚塔 (Intagliata）在 1982 年描述了个案管理的要素是个体化服务和个案联接服务。巴克拉克 （Bachrach）在 1993 年讨论了护理连续性的重要性，包括在住院期间的社区医疗队伍服务的连续性。斯坦和特斯特（Stein & Test）在 1978 年强调团体服务个案的工作，整个团队都要了解个案的重要性。邦德和德雷克（Bond & Drake）在 2001 年讨论了模式的建成，强调去帮助个案去找工作的重要性，把成瘾治疗和社会干预工作整合起来。

荷兰从 2000 年开始完成并修改第一本多学科指南（Multidisciplinaire Richtlijn) (2005 年, 2012 年修订)，用于精神分裂症患者的治愈和护理。这本指导原则的制

定是基于以证据为基础的干预措施和基于科学分析的最佳实践。很明显，任何照顾患有重性精神病患者的模式 (包括 FACT 模式) 必须在指导原则中给予干预措施。这意味着，例如，不仅需要精神病学家，也需要心理学家对个案进行认知行为治疗等干预措施。显然，FACT 必须能够提供的不仅是护理，还包括治疗。

大约在同一时间，在荷兰的卫生保健从业者开始关注精神病患者的康复情况，关注面以康复为主的护理和 “优势模式”（Strength Model）。在荷兰，康复是指人们应该自己努力地朝着康复的方向前进。目标不是精神障碍的完全康复，而是克服他们自身的局限。每个患者要定义自己的局限，学好如何处理自己的局限并发展自己的优势。这些流程保健从业者不应该接管或取带。保健从业者应该支持个案，连同其他个案和朋辈支持小组一起找到个案自己的应对方式。这种康复模式已经成为荷兰精神卫生服 务的一个领先的想法，而且被纳入 FACT。

换句话说，FACT 团队必须能够提供面向康复的护理。实现这一目标的重要一步是必须在每一个团队中包含朋辈支持工作者。朋辈支持工作着是基于自己对精神疾病患病和康复的体验为团队和个案提供信息。朋辈支持工作者是团队成员之一（“朋辈支持工作者” 其他相同的词条是 “经验专家” 和 “消费者顾问”）。

1.4 “7C”: 院外重性精神病患者护理要求

FACT 模式的开发与灵感来自 ACT 模式、荷兰多学科指导方针和康复的方法。FACT 的实际操作方式揭示了干预、治愈和支持活动需要部署。当第一批 20 到 30 个 FACT 团队成立后，社区护理和治愈重性精神病患者的重要影响因素显而易见。我们已经用 C 开头（的英文字）分类总结了这些需求，称为 “7C”。

表一：“7C”

	“7C”	*在精神病院等单位外对患有重性精神病患者的护理要求 (社区治疗)*

1.	Cure（治愈）	· 循证治疗，专注于治愈。使病情稳定或处在可接受状态，符合已出现在不同的国家的多学科指南 · 医生或护士提供的治疗 · 心理治疗 (认知行为疗法、元认知疗法（Metacognitive therapy）、EMDR (Eye movement Desensitization and Reprocessing) 疗法等) · 成瘾治愈，IDDT（Integrated Dual Diagnosis Treatment） · 躯体检查/治疗 (代谢筛查)
2.	Care（护理）	· 日常支持工作，指导 · 护理指导，日常生活的协助，防止自我忽视，注意卫生 · 康复 · 康复为指向的护理 · 连续性的护理服务，防止脱落个案
3.	Crisis intervention（危机干预）	· 用团体服务个案，在个案的家中强化监督和护理 · 每周 7 天 24 小时可及 · 危机干预、风险评估 · 紧急入院，短期的迅速稳定（“病床保证”） · 涉及家庭/支持系统
4.	Client expertise（个案是专家）	· 使用个案的经验知识 · 共享决策 (涉及 “代作决定”（Substitute Decision Maker)） · 康复为指向的护理 · 尽量赋权给患者 (优势模式) · 朋辈支持工作者干预
5.	Community support（社区支持）	· 保持家庭联系 · 利用社区支持系统 · 住房、工作和健康的支持 · IPS：个体支持性就业 · 促进个案融入社会

		· 防止患者在社区滋扰行为
6.	Control（监督）	· 为个案和环境做出风险评估和安全管理 · 危险事件发生时根据法庭命令制定和实施强制性的精神卫生护理干预措施 · 有时实施精神疾病司法监督护理 (在法院的要求下)
7.	Check（评估）	· 评估治疗的效果 · 例行结果监测 · 评估护理和治疗策略 · 认证

“7C” 需求是全面的。所有干预措施必须在任何时候都具备。然而，这些干预措施不会在同一时间全都用上。对于每个个案都在 “7C” 里边选择不同的条目组成各自的治愈计划。必须由个案和治疗从业者一起做决定。这需要进行评估、协调和计划。过程的选择依据等级量表里面的信息，这些等级量表部分由个案完成，部分由个案管理员完成。最常用的量表有 HoNOS（精神社会健康质量量表）、the Mansa（曼彻斯特生活质量量表）和 Cansas (Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (坎伯韦尔生活需要短评估表)。量表提供个案生活各领域的信息，个案的疾病症状信息及个案对护理服务的满意度。这些评估结果对于治疗方案大有裨益，也能帮助个案设立他们想要达到的目标。这些量表每年完成一次, 这称为常规监测结果 (Routine Outcome Monitoring （ROM）)。

“7C” 的一个有意义的特点是：一些需求看起来是似乎是不相容的。例如，康复过程的支持似乎与强制治疗恰好相反。这导致了在实践中的选择困难。有时家人或环境的意愿与个案的意愿背道而驰。这些冲突的解决必须通过与个案和及其家人讨论。在这种情况下各种学科的团队可以从不同的角度和观点去思考问题。 这是很有价值的。朋辈支持工作者、心理学家、社会工作者还有医生和护士的意见互为补充，可以帮助大家找到解决方案。

“7C” 告诉我们必须要做*什么*，我们*什么时候*要做，*谁*会去做。某种程度上，这些在治疗计划中决定了以后的长期计划，但往往也必要根据实际变化修改，几乎每天

都要调整我们要做什么，我们什么时候要做，谁会去做。这意味着一个团队必须满足几个组织标准，参见以下。

1.5 “7 C”下团队的要求

1.5.1 良好的协调运作

FACT 模式是一个服务为主的模式。在团队必须协调运作的前提下，团队才能运用“7C”，才能根据方案做出各种干预措施和决定，确定其先后顺序。用了 FACT-board，FACT 团队能有一个机制系统来有效地协调各种活动。在日常 FACT 早会和在常规治疗计划会议 (每个个案一年一次或两次) 上都要进行协调。良好的协调不仅是治疗和监督所必要的，还为维持团队的许多对外联系的必要性做出贡献，电话通知其家庭成员，与社区间的肢体接触等等。

1.5.2 作为综合服务团队，而不是 “经纪模式”（“Brokerage Model“）

FACT 模式中，大多数的干预措施是由团队的成员执行的。尽可能少地由其他团队或机构提供服务。这就是为什么团队被称为一个“综合服务团队”。这一设想是基于 20 世纪 90 年代美国原来“经纪模式”而得来的重要的经验，在经纪模式下，个案管理员通过不同的人安排援助给每个个案，没有一个完整的团队提供服务的效果好。

在一个综合服务团队所给的干预措施是在 FACT 例会上分配给团队成员去执行的。这节省了许多人力物力和时间去与其他服务协调。此外，将进行干预的队员已出席了会议，他们也知道干预目的是什么。

> ***简介：单一专业模式团队，个案管理团队， 和经纪团队。***
> *在 20 世纪 90 年代的荷兰，许多地区的精神科护士是重性精神病患者的个案管理员。他们的个案处理负荷高 (1：40-60)。护士们在团队工作，但团*

队中每个人都单独工作。如果一个个案有危机，个案管理员只能在个案家里访问最多每周两次，也没有整个团队提供护理。这就是单一专业模式团队。医生在门诊诊所工作。转诊到精神科医生 (进行评估或药物治疗) 经常要花太多的时间。当管理员认为个案需要另外的护理时, 他们不得不安排其他服务的参入。这意味着要花大量的时间进行协调。在许多情况下, 病人最终需要更多的强化监护，住院或急诊处理（留院观察）。

在这种情况下缺乏足够的协调，门诊和住院护理之间也欠缺连续性。门诊医生没有参与到个案的治愈环节,病人再次入院, 也必须安排跟以前一样的后续治疗。

经纪业务模式已被废弃,因为它没有好地效果和作用。护士被放置在经纪人的角色上，通常花费更多的时间在打电话安排其他服务，而不是去提供个案的护理服务。此外, 他们也处于一个困境中， 因为安排服务时几乎没有机会和他人协商，或和其他团队成员之间相互支持。

1.5.3 多学科（康复）综合小组

“7C” 服务只能由一个互相协调的， 多学科的团队为个案提供。精神科医生、护士、社会工作者， 心理学家， 个体支持性就业工作者（IPS）和朋辈支持工作者对于个案都有他们的各自的经验和观点。因为他们每天见面一起工作，形成了较为一致的观点和服务风格。不同学科有着处理日常问题的不同解决方案。在早会，团队成员之间讨论各种干预措施的相互关系并决定提供措施的顺序。

1.5.4 有需要时进行团体服务个案

团体服务个案是在 ACT 模 式中发展而来。整个团队服务于个案而不是个案管理员单独服务个案。因此，有众多的团队成员在个案家里或在其他社区地方内提供服

务。这团队护理意味着个案可以从几个或所有团队成员中得到护理和治疗。多亏有了早会，这些不同学科的工作者可以在一起制定和实施治疗计划，每一个队员都可以做出个人贡献。FACT 模式容纳和采用了团体服务个案的模式，因为有时候有些个案需要加强的护理和服务。

1.5.5 灵活切换

并不是所有的个案都需要团体服务。许多个案有自己的个案管理员，辅以偶尔去会见医生、接触 IPS 或朋辈支持工作者就足够了。

这就是为什么我们将个案分为两组：（1）强化监护组；（2）次强化监护组。分成两组的依据在某种程度上对应于 ACT 的分类：20%组是最严重的患者，和 80%组是不太严重的患者。不同的是：（a）FACT 模式中两组都由相同的护理团队服务，（b）FACT 模式中个案有时候会更换组别，也就是说，根据个案的具体情况，个案可能在（1）或（2）组之间变换，但护理团队不变。

为了给这两组个案提供好护理服务，FACT 团队必须能够提供个案管理和 ACT 的强化服务。为了做到这一点，FACT 有强化监护和次强化监护的切换机制。团队队员每天见面。FACT 数字版列着需要强化监护个案 (≈20%组) ，他们每天都接受团队护理任务。团队可以每天检查这些个案是继续属于 20%的组还是应该切换到 80%的组。如果是后者，个案将不再被列到 FACT-board 上，相应的其个案管理员将提供大部分的护理服务。这种切换机制是 “灵活的 ACT 模式”（FACT）的关键部分。

1.5.7 使用明确的模式

FACT 模式提供了统一的工作制度和工作程序。当然，该模式不是一件紧身衣，在这个系统内团队还是有足够的空间来发展自己的风格。这是保持对荷兰实行的 “自主导向” 的社区服务高度尊重，在一个明确的模式内有很大的发展空间。

模式管理和资金资助的一致性也很重要，因为通常一个组织内可能有几个 FACT 团队。另一方面，团队的各自特色也很重要：它意味着团队能更好地利用团队成员的特定的专业知识和优势。FACT 团队还必须能够与社区或所在地区单位联系，他们必须愿意回应当地问题，能够与当地其它服务合作。

各个团队可以用量表精确地评估他们的模式：FACTs（FACT 量表），里面有 60 个条目评价团队的成员、工作程序和组织。

1.6 社区延伸服务的力量

我们可以有把握地说，FACT 重新证实了社区延伸服务的咨询和治疗的优势。社区延伸服务意味着机构或门诊以外的护理服务。这意味着家访，社区里提供护理或咨询，到警察局看望个案，照顾在街上流浪无家可归的个案， 等等。

在精神卫生机构或在门诊等地点进行的健康咨询服务是门诊服务，不是社区延伸服务。在荷兰，直到最近，一般的社区延伸服务还是主要在患者有危机的情况下进行的。主要目的是决定患者需不需要住院。当患者没有处在危机状态时，健康咨询服务还是通常在门诊或日间中心进行的。

> *在 FACT 模式，社区延伸服务 (家访个案) 是为个案服务的标准程序。也就是说，不仅仅是当个案在危机状态时才要去监控和支持他们。社区延伸服务是在他们稳定的阶段也在社区进行。超过 80%的个案和个案管理员及朋辈支持工作者的会面是在团队办 公室外进行的。精神病医生至少会熟悉个案的家庭情况， 也会定期陪同个案管理员进行家访。心理治疗师可以在社区*

里提供现场培训。个体支持性就业工作者通常在一个社区延伸 服务的基础上为个案和他们的雇主开展工作。

FACT 的灵感来自 ACT 和 “优势模式”，使得家访程序标准化。这适用于危机和非危机的情况，是长期服务个案的基础。这对团队成员和个案之间的医疗关系也有很大的良性影响。

诊断和其他评估都随着社区延伸和 outreach (外展)服务的改变而改变。医生会在个案所处的环境中探访个案，更容易见到个案的家庭成员，也更容易问邻居一些相关问题或说一些相关情况， 或让邻居问问题 （ *译者注：在医疗保密范围内* ）。在个案自己的环境中，他们可以更清楚地展示自己能做什么或不能做什么，表达他们需要的帮助。这样也更容易观察到他们的才能和爱好，他们的优势所在，及可以进行哪些活动。反 过来, 这也使得团队更容易帮助个案找到与他们环境密切相关的解决方案。有研究证据表明, 现场培训比在培训中心训练更有效。

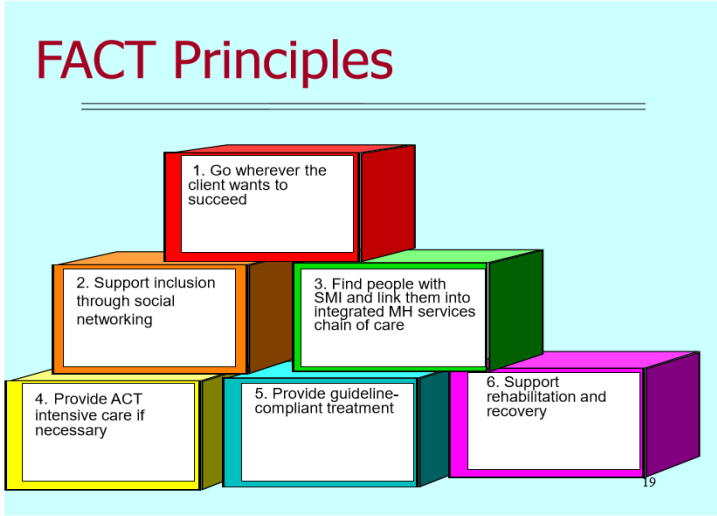
家访和社区延伸和 outreach (外展)服务也意味着增加了个案和团队人员之间的接触。团队人员必须 “融入” 个案的 “领地”。他们不再是 “上权负责人” (像在医院的时候)，他们已进入对方的 “领地”。这样能帮助团队人员更接受个案，从而导致跟以前不同的交流。

社区延伸和 outreach (外展)服务还 提供了有关个案的相关优势信息，从医人员可以看到个案是如何应对种种问题：日常生活问题、住房问题、社会环境适应问题、邻里关系问题。从医人员可以看到他们喜欢什么，他们的兴趣所在。或许可以挖掘被忽视的天赋。团队成员在社区提供护理中就能获得这些问题的答案。

社区精神护理中一个重要的新发展方向是 “自主导向” 的方法。根据现实环境和工作条件以及团队成员给个案的护理和支持，个案他们自己来制定新的任务，设立新的目标。

第 2 章 幕间：FACT 的总结构

2.1 FACT 的结构



FACT 的工作原则（构成板块）

1、到个案自己想成功的地方去。

2、协助个案融入社会。

3、寻找个案，联接个案与综合精神卫生服务网。

4、有必要时提供 ACT 服务。

5、提供规范化治愈。

6、支持个案的康复及恢复。

FACT 是由很多不同的部分组成的，所以有时难以解释。以上 6 点展示了其基本框架。

第一点：到个案自己想成功的地方去。

我们的目标是与个案的愿望和目标一致。我们去个案家里、工作地点、家庭，或任何其他个案想要在社会上成功的地方。通过关注成功，我们将展示我们对个案的优

势能力和对康复的信心。这一点 FACT 与特斯特和斯坦的观察是一致的：个案在医院中模拟社会环境里的康复效果欠佳。

第二点：协助个案融入社会。

FACT 旨在促进社会对精神病人的包容性。他们不仅需要住在医院外，还要参与社区活动。为此，每个个案需要他/她自己的社会支持体系。为了构建成功，重点关注个案他们自己的想法，了解他们认为什么是重要的。家庭成员对个案融入社会很重要。个案的邻居、各种社区福利组织，志愿者和机构，其他社会的团队、房东，以及在该地区的警察同样能发挥重要作用。FACT 团队不能在这个过程中处于领导地位，而应运用现有的社会网络，并包含治疗的全部过程，它必须利用现有的社交网络和他们合作。FACT 团队必须融入社区，成为患者可靠的合作伙伴并履行自己的承诺。这也涉及到患者和社会安全的问题， 有必要时团队应该使用强制治疗的方法。个案在社区出现任何滋扰行为或威胁他人安全的行为，这些在社区都是不被接受的。

第三点：寻找个案，联接个案与综合精神卫生服务网。

寻找个案是非常重要的，尤其是患有重性精神病的患者不认为自己有病，不会自己寻求帮助。全科医生， 社区医生， 警察，或社区服务工作者都能介绍患者来 FACT。FACT 可以做大量的初步评估， 找出合适的个案。

下一步是将这些新发现的个案纳入 FACT 中。但是不能理所当然地认为个案会留在护理服务中。他们常常认为没有接受护理的必要。许多个案对团队推荐的药物感到不悦。因此，我们必须确保我们提供的一些服务是有吸引力的。让个案发现这些吸引点，比如一些能帮助他们达到康复目标的服务。我们尽量提供个案会主动接受的护理和服务。

FACT 旨在降低住院率或缩短住院时间。但我们也知道有时个案入院是有益和必要的。在这种情况下我们会与附近的诊所紧密合作。在荷兰，精神卫生服务协调运作度高：门诊医疗和住院护理用明确的规则和承诺系统联系起来。入院是被视为在一个受门诊治愈患者的一件大事情。这就是为什么诊所门诊医生仍然会参与个案住院

时的治疗和帮助确定个案出院的日期。团队会与个案保持联系，如果可能的话，团队可以找机会把个案从医院接回家试一试。在这个比较完整的协调系统中容易安排很短期的入院或日间的治疗。因为 FACT 与医院的合作是如此紧密，每周 7 天 24 小时都可以得到服务。现代的视频通话系统也用于其中。个案在家中可有一个电脑触摸屏，这样他们在白天可以直接与团队成员联系，晚上和周末也可与医院联系。

第四点：有需要时提供 ACT 服务。

一旦个案的名字被放进 FACT-board 上，团队可以立即开始为个案提供强化的 ACT 护理。个案被收入 FACT 服务，而不是像过去一样收入急性精神科病房。强化的 ACT 护理是在 “需要时” 才做的。FACT 团队有详细的进入强化护理的指症：病情不稳状态，个人病情恶化， 等等。等到个案好转了， 护理可以回到轻一点的个案管理。事实上，所有这一切综合保健是由相同的团队提供，这是 FACT 一个至关重要的方面。FACT 解决了 “旋转门” 的问题：在个案病情好转的时候和恶化的时候，客户都接触相同的团队，同样的个案管理人员和相同的精神病学家。这就是护理的连续性。

第五点：提供规范化治愈。

在荷兰我们有精神分裂症的多学科指南 （Multidisciplinaire Richtlijn）。国际上，NICE 和 SAMHSA (工具包) 也是为人所知的。这些规范化指南提供各种信息和资料来帮助团队选择应用哪些形式的治疗。这些治愈方法很难在传统门诊诊所实现，因为个案有时又脱落了，忘记预约了，或突然有急事等等。社区延伸和 outreach (外展)服务和连续性的护理能完成规范化全套护理的可能性更高。最近 FACT 开始使用 “共同决策”，在个案自己的知识的基础上，辅以精神病学专家的专业知识和结构化信息，由个案和治疗工作者共同决定治疗方法。

第六点：支持个案康复及恢复。

FACT 旨在支持个案康复和专注于各个恢复目标的完成。朋辈支持工作者是团队成员，可以从他或她的经验角度做出不可或缺的贡献。他或她可以组织康复小组（如 WRAP 组 (Wellness Recovery Action Plan)（Cook，2012），促进朋辈互助。团队还包括康复专家和 IPS 工作者- 他们的特定任务是去推动有偿工作。

2.2 组建一个 FACT 团队

FACT 团队的构成旨在服务约 200 个案。这意味着它必须至少包括足够的个案管理员，和一名精神病医生。团队还包括一名心理学家、一名戒毒专家、就业指导专家，和朋辈支持工作者。理想的团队组成如下:

1 名全职精神病学家

0.5 名全职组长 (不一定直接做个案护理的工作)

7 名全职个案管理员，包括:

- 4 - 5 名全职精神科护士
- 1 - 2 名全职社区精神科护士
- 0.8 名全职社会工作者/福利顾问专家

0.8 名全职心理学家

0.6 名全职朋辈支持工作者

0.5 名全职就业专家/ IPS

团队需要的专业知识：

* 戒毒知识 (至少 2 名全职工作者有戒毒专业知识)
* 广泛的康复和恢复相关的专业知识
* 2 - 3 名 FACT 团队晨会主持人

以下可选：

* 许多 FACT 的个案住在有额外照顾的公寓里（提供餐食， 洗衣， 提醒吃药 ，等等）。这些设施里的工作员可以被考虑作团队成员。
* 有时其他专家被添加到团队，如为首发精神病患者进行服务的系统性治愈师也是作团队员的好对象。

个案管理员的角色可以由来自不同的学科的团队成员担任 (护士、社会工作者、有时也可以是心理学家)。

很多护士在荷兰 FACT 团队工作。在英国更多社会工作者和就业专家在这种团队工作。在美国许多情况下个案管理员是社会工作者。这原因通常是历史性的。荷兰团队选择护士在一定程度上是由于历史上护士在精神病医院起了重要的作用。他们中的许多人在医院接受训练后，又进行了 FACT 培训，后转向门诊和社区工作。

除了精神科护士,每个团队至少包括一个 “社区精神科护士” (Community Psychiatric Nurse （CPN)）。CPN 的额外专长包括护理诊断和评估，危机干预，处理复杂系统问题和护理人格障碍等。

其他国家的团队应该按照本地需要来决定自己团队的理想的结构。护士，社工，和戒毒专家似乎是的团队必要的。

在理想的团队中, 一个全职个案管理员的平均案例大约是 25 个个案。个案管理员是个案和个案支持系统联系的第一人，个案管理员定期访问和监护个案， 确保他们有一个良好的治愈计划。个案管理员可以要求其他团队成员参与到治愈中，例如就业专家。每个个案也有一个 “备用个案管理员或小组” – 他们也熟悉个案，这样当个案管理员生病或放假时，他们可以接管。

当个案是在接受团队 FACT 护理时，所有团队人员一起工作。换句话说, 在这个阶段团队的所有成员都在提供照顾。精神病专家，心理学家，和同辈支持者也直接参与服务。团队作为一个整体有很广泛的专业知识。除了医学的角度之外， 社会工作的角度也是非常重要的。社会工作者和康复专家为团队带来了一个很重要的视角。每个团队成员都期望能够促进个案的康复过程。

同辈支持者在恢复和康复过程中起着重要的作用。越来越多的同辈支持者是 FACT 的团队队员之一。他们有接受训练，会利用他们的经验知识参与直接护理过程。他们经常以不同的方式与客户取得联系。有时他们可以作为个案和团队之间的翻译员。通常他们没有自己单独负责的个案，但活动范围包括积极参与个案管理小组（shared-caseload），寻找个案，联接个案和帮助康复活动，等等。

精神病学家和心理学家一起在 FACT 工作意味着他们可以做出正确的诊断和治愈计划。这意味着药物治疗，物理治疗和代谢筛查可以与认知行为疗法同时进行。

团队必须包括至少两个有现代成瘾专业知识的工作者。在荷兰我们越来越多地使用集成性双诊断治疗 (Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT)) 的模式。虽然团队成员来自不同的学科，例如护士，个案管理员，精神病学家，和心理学家，他们都接受了 IDDT 训练，可以随时使用。许多团队已经作了全面的 “动机访谈” （Motivational Interviewing）训练 -（提高戒毒工作能力）。

FACT 日常工作协调非常重要。这就是为什么团队需要有两个或三个 FACT 会议主持人。他们不是正式的经理或团队的领导人，而只是团队成员。他们操作 FACT-board，协调日常个案服务，负责笔记和整理电子文件。这意味着在每个团队有两三个非常熟悉 FACT 模式的工作者来主持会议。这三个人也可以相互支持，但以其中一个为主。

FACT 团队不应该有太多的成员。团队最好不要太多兼职工作的成员。理想情况下，大部分的成员应该有足够的工作时间 (例如，一周 4 天)。如果有太多的兼职团队成员， 协调日常个案服务将更难以安排和处理，会占用更多的时间。我们还观察到， 一个团队最好照顾大约 180 到 220 个个案。如果多过 250 个个案，服务很难定制。

第 3 章：FACT 工作程序

3.1. 现状概述：个案多，需求大

荷兰阿姆斯特丹的一个 FACT 团队有 210 位个案，大部分个案的情况都是相对稳定的。有些个案有工作，并且可以参加活动中心组织的活动。有些个案会加入互助恢复小组，接受朋辈帮助；其他的也能够在个案管理员的帮助下积极寻求更好的食

宿环境。有两个不同 FACT 团队的心理医生共同成立了一个 “个案训练” 小组，与个案进行沟通。有时会用 EMDR 治疗创伤。团队的精神科医生会探访那些处于稳定状态的个案每年至少一次，有些个案是一个月一次，甚至是一周一次，特别是那些正在服用特殊药物（如氯氮平）有副作用风险的个案。团队中有 25 个左右的个案要与就业指导专家（IPS） 联系，有些个案在开始一份新工作时每天都与就业指导专家一起。所有的个案都有一位个案管理员，一般来说都是一位护士，负责每月家访两三次。个案管理员有时会和个案一同去社区服务机构，也经常与个案家人保持联系。除了和个案接触外，很多团队成员都需要与当地的各种机构打交道，比如全科医生、房东、警察等。

个案除了都有一位个案管理员外，有时会与精神科医生和成瘾治疗专家、互助小组工作人员，或心理学家接触。护理人员一般是单独与个案进行工作的，他们依据治疗计划来安排他们的工作，这些计划至少一年会更新一次。不过，当有必要有额外工作安排时，计划调整也可以在晨会中提出。短期的其他学科的干预也是必要的。换句话说，这些个案服务包括了个人的监督和处理以及与其他学科的交叉干预。

在这 210 位个案中，有 20 到 25 位个案获得了强化护理治疗，因为他们在某些方面情况不够好，又或是因为他们需要额外关注甚至是重症监护。当团队意识到这一点时，个案的姓名就会被列入 FACT 数字版上。从这时起，团队每天都会针对这些个案集中进行讨论、确定后续诊疗计划。

那些在 FACT 数字版上的个案是有很多种不同情况的。如现在有三名个案是因为最近新入组，团队想要了解他们更多的情况，所以他们会在晨会上被集中讨论，不同小组的成员都会提供各自探访他们后的信息，这将持续三周。有九名个案在此数字版上已经很长时间了。这些个案都是有无组织型性精神分裂症（disorganized schizophrenia）或有物质依赖（substance）问题的个案。他们能避免住院是因为每日团队在家中的支持和治疗。其中还有两名个案被强制用药（法院命令其每日服药，并接受团队的监测）。

另外三名个案是用被强制用注射性抗精神病药。剩下的十多名个案列入数字版中的原因是预防出问题：一名拒绝服药，一名是狂躁发作，一名患有严重的恶性肿瘤但个案本人不认为有病，并且拒绝治疗。 一位患有严重的边缘性人格障碍的女性最近又再次与所有人产生了冲突，停止服药，并且给房东退租的告示。数字版上同时也包括了几名已经被送往精神病诊所和两名被警察拘留的个案。最后几个在数字版上的人是明显需要治疗但又拒绝治疗的患者。他们不觉得自己有病，也不认为治疗是有必要的，同时封闭自己，切断与外界所有的联系。团队会密切关注他们，保持一定的距离长达几周或是几个月，同时告知警方相关的信息。万一发生了危险状况，团队便可以及时进行强制性治疗。

数字版上的个案需要更多的监护，而这些监护不可能由一个人去完成，因为需要每天进行探视，甚至一天探视几次。护理人员得到的信息依赖于社区提供（特别是拒绝治疗者的信息来源更是如此）。有时还需要和其他服务机构、家庭和医院开会，还需要作出一些关键的决策。这全都需要团队性合作和工作。

> *案例共享*
>
> *对于在数字版上的个案 - 那些需要强化干预治疗的个案，团队会用典型案例共享模式。团队中的几个成员将会负责每日必要的家访。有时这些家访时间很短，只是为了亲自将 药品送到个案手中，有时时间会长些，为了传递医嘱或是一些文件或是与社区联系。案例共享需要清晰的工作目标，不然每个团队成员都有自己日程计划。互助小组 的人员也要将信息共享出来，他们负责经常从不同的方面去讨论。他们对于个案的整体治疗过程要有充分的了解。不同团队的队员在晨会中都会提出自己对个案不同的印象。对同一个案，不同专业的人会看到完全不同的可能性和不可能性。*

3.2. FACT 数字版程序：FACT 的一大优势

FACT 数字版是一种能够使团队的综合治疗计划得以及时实施的机制。一个 FACT 团队有两种监控和协助方式：

1） 个人的监督

大部分个案都是受到个案管理员的单独监督。个案管理员关注个案的治疗、康复和全面康复支持。在个人监督中，个案管理员有时也会涉及诸多其他学科的团队成员（甚至涉及其他地区上的专家）。尤其是制定和建立个案治疗计划时，会涉及其他团队员， 至少会有一个精神科医生参与。但是，个案一般不会每周或每天都看到不同的团队成员。

2） 根据案例共享方式提供的团队支持

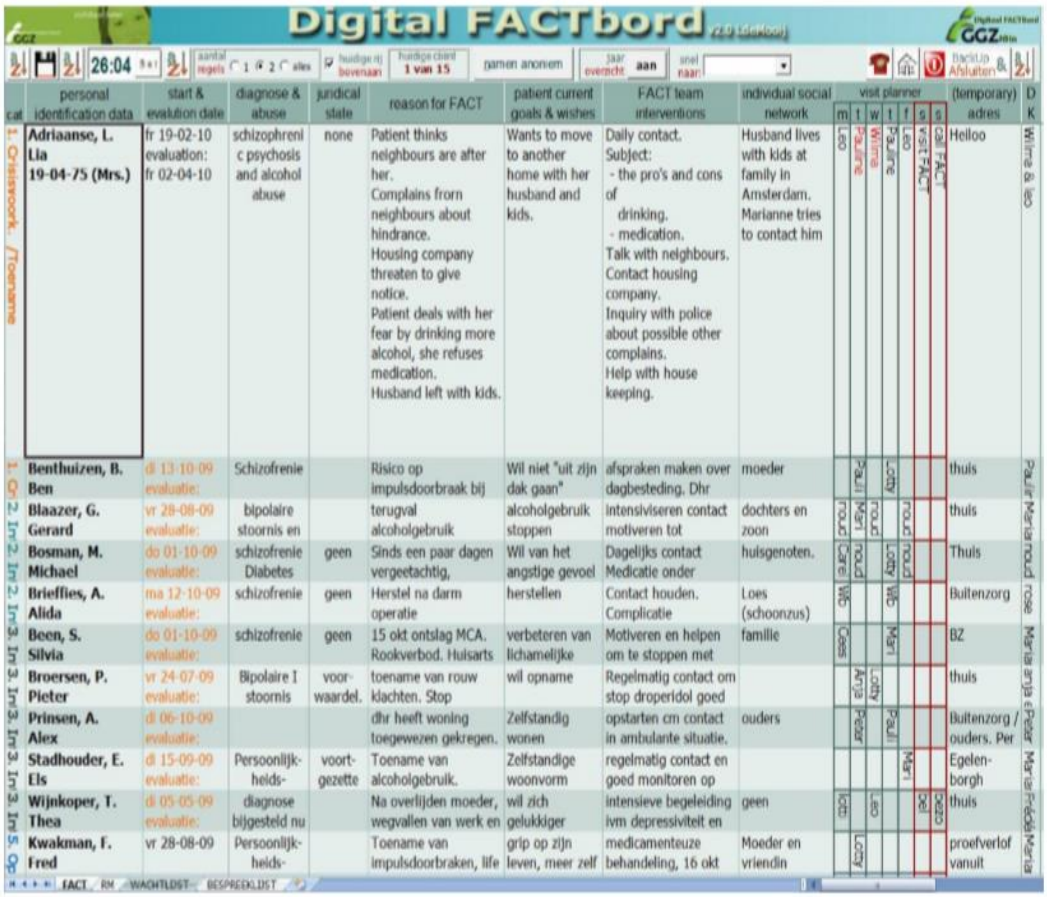
数字版中的个案占整个团队个案中大约 10-20%。对这些个案，个人监督是不够的。这些个案需求高。因此，团队为他们提供服务会根据案例共享中的 ACT 原则。也就是说，团队中所有成员都会比较了解这些个案，而个案也会有几个团队队员同时和共同的监护。这样的话，个案便可以得到每天甚至是每天几次的照顾。

为了保证团队成员的工作能够很好地协调，每天的例会上都会讨论数字版中的个案。如果个人监督并不足以帮助治疗而需要启动团队支持，那么个案的姓名就会在数字版上—这个数字版 Excel 文档会在例会上放影在墙上。平均来说，会有 20 到 40 名个案需要强化监护，正是团队总个案数量的 10-20%。

个案的记录会包括以下信息：

* 登载在数字版上的日期
* 简短的诊断
* 法律状态
* 为什么在数字版上
* 个案的治疗期望、目标和可能性
* 在社区和家庭中的联系人
* 治疗计划
* 个案的个案管理员
* 家访计划（一天 1-2 次、一周几次）
* 特殊计划（用药计划、注射日期）

* 其他信息，比如与全科医生或实验室的预约日期，与住房部或律师的预约日期等



在第一列（红色）中，将个案分为特定的类别，这些粗略的类别分类能够反映个案为何会出现在数字版上。每个个案都会被编入以下定义类别中。随着时间的推移，个案有可能被编入不同的类别中，例如，有人一开始住进医院后又出院回家，那么他的类别从 “入院” 移到 “短期重症”。这些变更都要在资料库中实时更新，当团队要评估治疗时便会十分有用。

数字表格的分类如下：

1、*危机预防*（Crisis Intervention）：对于那些有可能陷入精神疾病重发，或成瘾，亦或是有趋于严重的生活问题的个案，团队会同时介入来防止转变成*入院*（Admission）。

2、*短期强化服务*（Intensive Short-Term）：那些有暂时的精神症状或是危机，或是刚刚出院回家的个案。

3、*长期强化服务* (Intensive Long-Term) ：需要长期加强护理的个案，比如长期严重不稳定， 或有永久性脆弱点 (长期低生活能力（GAF） 分) 。 有些个案需要长期或*永久*性的强化支持； 他们会一直留在数字版上。

4a. *治疗回避者* (Treatment Avoider) ：个案不想或不肯与精神卫生机构来往，但是又未达到非常严重需要强制医疗的地步。。团队对他们的支持方式是给他们解释与团队联系来往的原因和方式，与其确认存在这样一个可能性。
4b. *高危治疗回避者*（High-risk treatment avoider）：拒绝任何精神卫生机构的帮助，忽略自理问题和环境问题，或是造成了社会秩序紊乱的病人，FACT 团队会提供主动性的治疗，有必要时使用压力或强制。

5、*入院*（Admission）: 个案已经住进精神病院或是被送进监狱。团队会与个案保持联系，并且和病院或监狱的医生交流， 积极帮助和准备个案早日康复， 回家。

6、*新个案*（New）：刚在团队中注册的个案，用三周的时间去了解个案和评价个案情况。

7、*法院命令*（Court orders）：针对法院裁定需要接受非自愿治疗或监视的个案。

在早会上，FACT-board 被投影到墙上，在板中每天有 20-40 个人被讨论。FACT 例会主持人提起一个个案，然后个案管理者告诉团队成员个案最近的情况。个案可能已经被其他团队的成员看过或者和精神病医生谈过。一些信息可能是由家属传达，或个案自己提出了一些要求。简要讨论这些后，再讨论接下 来的行动：谁来探访个案，谁来协助个案申请住房，谁来确保个案能预约到全科医生，等等。有一些数字版上的个案没有什么新情况。有情况的个案可以讨论 2 或 3 分钟。会议的目标是不超过 30 到 45 分钟。

在这会议时间中每天也会简要讨论一下不在 FACT-board 上，但是有新进展，需要关注的个案。他们被列在 “要讨论的个案” 的清单上。一个个案管理员可能想在讨论个案时得到额外的专业知识，例如药物检测或心理干预的协助。个案有取得进步的地方（例如个案开始工作，或完成一项学习项目）也可以在例会上报告。团队也经常要庆祝一下他们的成功。

有时候一个个案会在几周中多次出现在 “要讨论的个案” 清单上，例如有些相关的事不是很清楚，或处于一个迫在眉睫的危机，或有生活事件， 等等。如果发生这种情况几次，团队将很快将个案放在 FACT-board 中讨论。通过日常的讨论，事情一般将在几周内变得清晰。

FACT-board 对于协调工作和信息共享至关重要。在社区工作中，团队成员有可能在街上或商店遇到没有预约的个案。有时他们从个案那里知道一些其他个案的故事，或者从社区联络工作者那里接收到一些信息， 等等。因此，团队有很多方法可以获得个案的消息，了解个案的处境和功能状态。这对于拒绝治疗者尤为重要：尽管他们拒绝接触，团队成员仍可以了解他们，有时和他们聊天。如果某天拒绝治疗者遇到真正的问题（例如个案自理有危机），团队成员就可以更有效及时的工作。

FACT-board 也有提示功能：继续关注在医院或监狱的个案；推动团队与其医院合作，使个案更快而安全的回家。

新个案会定期加入团队。这些个案最初的几周一直在 FACT-board 上。工作步骤是在最初的 3 周有 4 名最好来自不同学科的成员与个案交流，去个案家中探访。这能使团队对于个案的服务和治疗有一个很好的评估。这时间内也开始与家属或支持系统接触。3 到 4 周之后团队进行一个全面性的入队会议（译者住：有些团队会邀请个案参入会议），草拟一个关于个案的治疗计划。

一些个案会受有条件的法庭命令的限制：如果他们遵守法庭命令（例如他们必须和护理人员交流，接受一些注射性抗精神病药），他们可以呆在监狱或医院外。这些个案也在 FACT-board 上，因此可以协调对他们的督导和管理，收集风险管理的相关信息。FACT-board 也可以用于提醒关于法院命令的期限或其他的法律程序。

在实践中，每日的 FACT 例会也起到了另一个重要作用：因为团队成员要公开讨论对于一些非常难应对的个案的具体行动和方法，这提高了团队操作的透明度，使团队知识共享。这些个案常常存在着伦理，利益和风险上对立的情况。（译者住：团队队员们的意见和看法不一定一致）。有时策略不得不每天设计和修改，因为每天都可能出现新的信息。在 FACT 例会上团队成员可以相互学习。FACT 团队的眼界和使命每天以一种务实的方式在每个成员中变得更清晰。这对于新团队成员和学员也是非常有利的。

> *成立第一个 FACT 团队时，我们就相信 FACT 例会会在日常服务的协调中起到非常重要的作用。事实证明确实如此。并且，FACT 例会也被证明是必要的，因为团队成员是来自不同学科，他们通过各自的专业特长来寻找可能帮助个案的方法。因此，团队很清楚各个学科能做哪些贡献。他们也很清楚照顾非常困难的个案不是单个成员的工作：而是整个团队的工作。因为团队成员分享他们的解决方案，团队不会因为遵循一些成员的倾向而等太久，或忽略那些难以解决的问题。早上的 FACT 例会凝聚了团队的思想，展示了合作性工作可以实现更多。为了团队的成功，工作的所有成员是必须参加例会的。*

FACT 团队在 FACT 例会上有明确的程序：

- 团队每个工作日要讨论 FACT-board 上的个案。
- 个案管理员或其他团队成员可以随时建议将某个个案加入 FACT-board 上。
- 一旦有来源于个案、家人、其他个案，或邻居的关于个案医疗或社会形势在恶化的信息，第二天早上就会有人提出 “某某个案是不是应该加在 FACT-board 上？”

然后有一个按部就班的计划：

- 某某个案的个案管理员将个案的背景介绍和需要的行动列出。
- 某某个案的治疗计划中的危机干预计划（团队在个案入队时已提前准备）会被实行。
- 协议，协调， 和修改关于团体服务某某个案和强化服务的工作方案。
- 精神科医生负责在 24 小时内进行风险评估，也必须在 24 小时内确定某某个案的药物治疗。

应用 FACT-board 意味着团队成员必须保持他们工作计划中有开放的空间才能灵活应对新的服务需求。当一个个案被放在 FACT-board 上，精神科医生必须在 24 小时内决定是否在短期内需要亲自检查个案来优化药物治疗，和评估个案安全问题。

如果个案被放在 FACT-board 上，那位个案的服务将从个人服务转换成为团体服务。这意味着几个不同的团队成员将一起或不同时间去个案家中访问。提前和个案及其家人解释这个过程是很有用的，使他们明白几个服务工作者将共同提供额外的服务。

团队成员一般在办公时间上班。但是， 我们考虑办公时间外的额外精神紧急服务和医院的安排是否有必要。（在荷兰， 社区里有 24 小时精神紧急服务。它们可以拿到 FACT 的个案的 “应急” 医疗档案）。 有时几个不同的 FACT 团队一起（有时和医院合伙一起）也能在周六和周日的白天提供额外的护理服务。一个护士可以探访几个不同团队的个案。这主要是为了药物治疗检测和提供基本支持。这种 “周末 FACT” 帮助个案度过周末，减少了周五下午需要紧急入院的病人，也使医院能周五时让病人出院，因为病人的基本服务和支持能够在社区里得到保障。

当没有认可的原因， 或团队中没有人认为个案还需要继续在 FACT-board 上时，团队服务将终止。个案的名字将从 FACT-board 上移除。有一个标准程序如下：

- 个案只能在日常 FACT 例会上被移除。
- 必须被团队批准。

- 批准必须包括精神病科医生 - 如果精神科医生不在例会，个案是不能被移除的。
- 被移除之后个案管理者让个案及其家属对这段时期的强化服务进行评估。强化服务有没有帮助， 理想不理想， 有什么没做到， 等等？
- 在此评估的基础上，个案的危机计划将被用于下一次危机。

3.3 纳入 FACT-board 的标准

我们已经列出了个案被纳入 FACT-board 的几类原因，现在我们将更仔细的讨论这几类原因。

危机预防

- 这是相对 “轻型” 的个案组；如个案有预测到的压力， 团队会给予额外的关注，用个案的危机计划做指导， 阻止病情恶化。（例如，家人有疾病，或法律诉讼问题的威胁）
- 这组还包括开始有病情恶化的早期迹象和症状的个案，这样做可以防止其发生， 和防止入院。
- 对于这组来说，许多个案的服务还没有强化，但是意识到个案的易损性很重要。如果个案的管理员不在， 团队仍能充分应付。

短期强化服务

- 精神病症状/危机的恶化，成瘾问题
- 个案需要加强某某治疗和服务。
- 个案有生活事件上的压力。
- 有入院的危机。
- 有自杀，对其他人的风险行为，或将要被房东赶出来。
- 最近刚出院的个案。后续服务，预防反复入院。
- 没人照顾，自己无能照顾， 妨碍和危险的迹象。

- 当这类的强化服务开始，它一般需要整个团队一起参手帮助。诊断必须清楚，危机必须尽快控制，必须根据个案环境做出安排，也可能应用非常短期的入院。。

长期强化服务

- 这组常见于需要长期或永久日常护理才能应付在社区生活的个案；这些个案的 GAF 通常 <40，很少有社交网络，尽管有试过建立一个支持系统。
- 这些个案在没有日常护理时，自己不够能力自顾，有忽视的风险，或不会按时吃药，或会造成公害等。
- 这些个案在过去频繁进入医院 — “旋转门病人”。对于他们来说，目标是减少入院的次数和天数。有时他们每天也花一小部分时间在医院的活动中心， 或其它急性短期治疗中心。
- 基本上，这组个案与经典 ACT 病人组相符。

拒绝治疗者

- 病人对于接触不满意，不遵守治疗协议，但是没有疏忽、麻烦或危险问题：对于这些个案，重点是保持接触，探访，鼓励，动力，和收集信息。

高危拒绝治疗者

- 回避治疗，又有高危复发，遭受重大后果的个案。这组个案团队一般不能久等，必须马上干预，果断提供主动性服务。可能的话与家属和社区警察联系，团队将坚持与个案保持联系，为了告知他们病的治疗是必要的，必要时还需要用压力或强制性治疗，尽力避免个人危机和在社区中惹事。

入院组

- 所有已进入精神病院的个案。团队会每周来探访这些个案。

- 所有进入常规医院的个案；他们也需要探访。他们的出院需要准备，在家中的帮助将被安排。
- 所有个案被法律拘留时可被探访；与司法机关联系，尤其是关于出监狱的时间，可能的假释条件，和在拘留期间开始的戒毒和治疗。

新个案组

- 至少 2-3 周，让多一些团队成员认识他们。

法院命令组

- 所有接受社区强制治疗命令的个案（非自愿治疗）。
- 所有接受法庭规定强制治疗的个案：例如法庭规定的精神病监督，或临时释放条件指定需要精神病监督。

综上所述，被纳入 FACT-board 的个案，不一定需要加强护理。有时更多的是为了信息共享（有时是与其他机构和社区）。在社区工作会产生很多关于个案的信息，它们来自不同的联系和在社区内的偶遇。团队成员经常会得到多方面的信息（有时也来自其他个案）。这些将被分享在 FACT 例会上。这意味着每个个案管理者都有额外的眼睛和耳朵。

FACT-board 也作为日历使用：已经安排的干预措施会被记录在 FACT-board 上—例如对某些个案三周一次的长效针注射。在长效针预约的前两天在 FACT-board 上弹出信息作为提醒。如果长效针的注射没有完成（没有记录），在到期后的第二天会用红色突显出来。

对于法庭命令的延期也以相同方式监控，在截止日期之前 FACT-board 会有提醒。显然个案有很多理由被纳入 FACT-board 上。团队成员将个案加入 FACT-board 的原因很广：

1）加强治疗

例如：个案亲人去世有悲伤，或需要心理教育， 或需要上门提供药物治疗，或安排实验室检测， 等等。

2）加强护理

例如：提供个案日常支持、生活构建、日节律、个人和家庭卫生需要， 等等。

3）提高强化康复或恢复支持

例如：在 FACT-board 上记录个案即将采取的主要行动，如搬家或找工作，等等。

4）组织更好的监控

例如：尽可能预防在社区有任何滋扰行为或威胁他人的安全行为，物质滥用，或监控遵守假释条件， 等等。

5）协助个案回家

例如：在长期住院或拘留之后指导和辅导个案顺利回家。回家头几周常常是防止病复发的关键。

6）组织更好的 “联接”

例如：通过提供主动性的治疗，和用整个团队来搜索方法去鼓励个案与团队配合治疗， 等等。

对于一个单独服务的工作者来说这些目标是很难实现的，但是日常团队的会议有时能产生惊人的观点。

3.4 在 FACT 中整合治疗、护理、康复和恢复

FACT 是一种特殊的模式，它关注以下几个元素：（1）依从性指导治疗，（2）护理与康复，（3）恢复支持和（4）在家庭和社区中的支持系统

Classics of Community Psychiatry (Rowe et al., 2011) 这本书收录了近百年关于社会精神病学最重要的 50 篇文章。浏览这些文章，我们可以发现作者经常只是强调一、两个重要元素，例如护理管理、护理的连续性、治疗或恢复的重要性。FACT 的观点不同的地方是 FACT 主张和强调许多不同的重要元素是同时必要的。整合这些不同方面的重要元素是一个挑战。对于每一个个案来说，FACT 会在努力

寻找这些因素有机结合的方式。日常 FACT 例会有助于协调干预措施，通过接收的信息来决定在特定的阶段什么是必要，可取和可能的。每个个案也有每年一次的治疗方案讨论会。

荷兰精神分裂症的多学科指南（像其他国家类似的指南）提出哪些治疗可以应用，例如药物治疗、心理干预、心理教育和家庭治疗。这些干预措施必须与个案及其家人解释，有时需要主动提供。

FACT 把康复加入了治疗计划中。以个案自己的语言制定治疗目标，并以个案易于理解的方式记录。个案可以通过他们的个案管理员或康复专家，如就业专家，来达到他们的目标。

FACT 的目的在于支持个案的恢复过程。对于个案的目标是优化他们的功能，以有吸引力的并且安全的方式使他们参与到社会中。

恢复（Ridgway et al. 1999）的意思：

1. 尽管与疾病斗争，也能重新获得积极的自我形象。这是一个包含了从放弃到重新拥有希望，和现实乐观主义，从疏离到有意义和有目标，从精神病人到不受疾病支配的人的过程。
2. 对生活和精神疾病的积极自我管理。这是一个从被动的病人到主动的个案，从不耐压力到积极的自我管理，从自我忽视到积极关注生活方式、自我保健和提高幸福的过程。
3. 重获精神健康服务和治疗之外的生活。这是从主要生活在精神健康服务和治疗中，到主要生活到社区中的改变，从后退和被动向主动参与有意义的活动的改变，从社会隔离向参与融入社会的改变。

FACT 也关注个案和环境的互相影响。对于 FACT 来说，个案的家人有非常重要的作用。他们提供支持和关心，比任何服务人员更有时间的与个案相处。有时个案和家人关系破裂了，需要重新建立起来。依从性指导治疗包括家庭性心理教育和其他家庭干预。

因为 FACT 的目标是支持个案融入社会，FACT 必须在社区中充当一个可靠和开放的伙伴机构。个案最终融入社会取决于其他机构和服务的广泛参与。在这些服务和 FACT 之间有着重叠的领域，因此他们必须寻找彼此作为合作伙伴。

拒绝治疗者

有一些病人，他们拒绝和团队或服务人员接触。缺乏对于疾病的认识和洞察疾病的能力是一部分原因。有时是因为对于服务人员和精神病学家缺乏信任，或是因为之前在精神服务或医院里有很负面和消极的—有时非常负面和消极的经验。我们称之为“拒绝治疗者”。我们努力和他们建立联系，例如提供实际的社会支持。但是如果他们什么都不要，我们也会尊重他们。我们还区分“高危拒绝治疗者”。“高危”是指他们一定程度上对自己不利，或对自己和环境有威胁，在一定程度上，这是由心理疾病引起的。

我们看到有些“拒绝治疗者”生活的很封闭，很少联系，但是没有严重忽视自己。我们试图用非正式的接触形式和他们建立一个关系。我们尝试提供“有吸引力”，促进“关联的”服务，例如在街上和他们短暂交谈，或陪伴他们到其他服务和机构中。我们寻找一个开放但不把我们强加给他们的方式。朋辈支持工作者在建立接触中能起到重要作用。

如果病人由于精神疾病产生无能自主的状态 -例如- 严重忽略了他们自己或严重扰乱了社会环境，我们称之为“高危拒绝治疗者”。团队会主动和努力与他们建立明确的联系（发现个案）。团队也会和家属和其他社会服务机构协调。团队也会提供主动性的治疗 和服务（联接）。有时这些治疗 和服务是由法庭命令决定的非自愿治疗，这也需要团队管理，目标是确保安全。

3.5 治疗计划和治疗计划周期

跟踪和监管个案的治疗和康复有很多元素，因此治疗计划非常必要。在荷兰治疗计划需要遵守明确的标准：

1）每个个案必须拥有一份写好和容易理解的治疗计划

2）治疗计划必须是与个案（和家属）协商制定的

3）治疗计划必须包括有个案用自己的语言制定的个人目标，加上由团队提出的治疗支持和康复活动

4）危机计划或复发预防计划也是治疗计划的一部分。

5）治疗计划必须定期评估和更新，每年至少一次。

在 FACT 团队中个案管理员负责确保满足上述标准。换句话说，个案管理员必须确保每年评估计划，必要时更新计划。

1）个案管理员在十个月时间内安排下次治疗计划会议

2）个案管理员与个案（可能是家属）联系为计划做准备

3）会议前，个案管理员填写一些关于个案的表格，如 HoNOS、MANSA 或 IDDT 表

4）个案管理员从基本医疗档案中搜集数据

5）个案管理员与个案讨论过去的一年，评估哪些制定目标已经被完成

6）在与个案的协商中，也可以让家属评估过去的一年

7）与个案的协商中，个案管理员准备一个涉及所有生活方面的治疗计划草案，也监控个案的躯体健康情况

8）下一步是团队对于草案的多学科讨论。精神病医生和其他团队成员参加会议。很多团队也邀请个案参加会议讨论治疗计划。有些团队比较喜欢和个案在较小的组内讨论（如只有个案、一位家属、个案管理员和精神病医生）。

9）治疗计划在与个案的协商中被调整。计划包括个案的愿望和各治疗小组的不同安排（关于治疗、药物、指导、找工作、在危机时刻中如何干预， 等等）

10）最后个案签署计划（如果可以的话），精神病医生代表团队签字

11）计划被采纳后，个案可以有一份附件

第 4 章 沙漏模式

4.1 护理人员的不同任务

在一个 FACT 团 队的护理工作者必须经常转换任务。个案管理员往往要因人而异地去督导个案。他或她清楚地知道病人的情况，能谈论实际的问题、家庭事务、经济情况或治疗，也能讨论个人问题如病人的亲密关系或处理悲痛事件，等等。在团队强化服务期间加入的团队成员是不太可能与病人进行很深入的个人交谈的。他们主要提供支持和督导， 帮助个案的生活构架，或激励，等等。

个案管理员也有很多不同的角色；一个个案管理员有时是保密的辅导员，有时是一个对于其他机构和服务有知识的顾问，有时是必须按照法庭命令管理强制治疗的管理员。

精神病医生和心理学家也有这些不同的角色（有时是保密的辅导员，有时是药物的供应者 - 往往是令人不愉快的药物，有时也是要求法庭做出非自愿治疗决定的医者）。对于在 FACT 团队中刚刚开始工作的新同事，这种不断切换角色的的工作是具有挑战性的， 特别是在医院里培训出来的护士。与这些新同事在讨论 FACT 工作的过程中， 我们建立了这个 “沙漏模式”。

4.2 沙漏模式

FACT 团队提供各种不同的护理服务。从护理工作者的角度，我们把护理服务分为以下三个过程：

1、处理不稳定情况；
2、治疗；
3、恢复。

我们不应该死板地将这三个过程看成三个 “阶段”。它们相辅相成，经常有病人接受治疗的同时也会致力于他的恢复，往往在处理失稳情况中治疗也是至关重要的。过程间可以相互重合或交替。然而，每个过程对护理人员来说需要不同的任务， 不同的角色，不同的态度，去进行不同的活动。

1）处理不稳定情况

不稳定时期是指病人处于危机，有复发的危险，或病症加重或药物滥用。当一位个案出现复发危险，他的的精力有限，病情难免会继续加重。社会问题也会出现，我们也可以看到他们自我照顾能力和日常生活的能力会退化。在这样的情况，我们将提供最优的危机干预，使个案安全地战胜不稳定时期，尽量避免复发和再入院。

不稳定时期也有可能是慢性精神病患者的永久或长期特性。这些病人即使他们想保持他们的正常生活，也是不可能的。那么 FACT 的任务是通过提供永久或长期的日常护理和护理构架，以应对病人长期的不稳定时期。

2）治疗

治疗不仅是药物治疗，也包括心理干预和对成瘾问题的干预，或是对病人的技能培训。由个体就业支持者 (IPS) 引导病人寻找到有报酬的工作也是治疗的一种形式，因为个案在按照管理员所使用的方法来提高个案的功能和减轻他们的症状。

3）恢复

这是在团队康复服务的支持下，病人自助性恢复的过程。

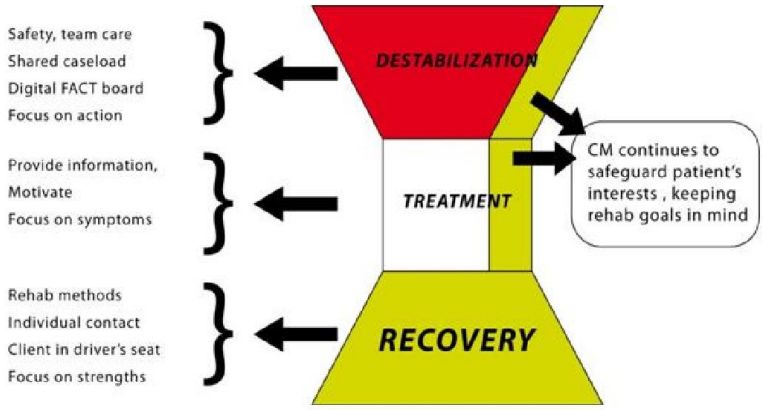
以上每个过程中个案管理员都承担不同的任务和角色：

个案*失稳时期*需要管理员以个案的问题为导向，进行指导和行动为主的方法。需要护理团队，团队成员可以代替管理一些病人的日常活动。

*治疗过程*围绕和病人合作进行，治疗方法服务于病人自定的治疗目标。在共同决策的基础上，团队试图与个案协议到最佳的治疗方法和效果。有时治疗是自主性的（服药， 建 议），有时治疗是心理治疗性的 - 个案和管理员一起寻找解决方案。个案管理员在治疗中有激励和支持病人的作用，他们提供关于治疗的信息和咨询，或激励病人参加一定 的治疗程序，例如参加用于治疗病人药物成瘾问题的预沉思小组。

在*恢复过程*中，个案管理员或治疗医生支持个案更自主的控制自己的恢复过程。个案与个案管理员之间的信任关系是在这一过程中是至关重要的。

我们总结以上 3 步骤为 “沙漏模式”。



4.3 沙漏模式的工作模式（左边栏）

沙漏模式显示个案管理员（和其他团队成员）的任务在每个过程中是不同的。对于每一个过程，如下：

1、目标
2、工作进程
3、是谁在控制
4、护工的态度。

我们将根据个案管理员详细阐述这些方面：

*失稳阶段*需要以问题为导向，寻求解决危机的办法。这可能需要监督，辅导，支持或安排额外的个人护理援助。但它也可能意味着接管，并在必要时保护病人（如果情况是危险的），使用施压或使用强制治疗手段。失稳阶段的病人都在 FACT 数字版上，由团队管理。个案的常任个案管理员现正作为一个团队的一员，安排团队的联合活动，统一行动。常任个案管理员会指导团队的护理进程，将病人的档案保持更新，并保持与个案支持网络的关键人物保持联系。

至于*治疗阶段*，个案管理员的作用是提供信息，激励病人，并提供个人或治疗组的心理教育，或利伯曼技能培训（Liberman Skills Training）等方面的任务 。个案管理员会与精神科医生或心理学家或与其他保健医生合作。也与个案一起对治疗效果做出评估。个案必须在合适的时间能够接受合适的治疗方案。这需要对病人做出全面诊断，该团队必须评估 哪些干预措施可能会有所帮助。下一步骤是和个案和家人解释治疗，以被病人及其家人接受，并激励病人。个案管理员可以要求心理医生或精神科医生约见病人，或陪他们作家访。许多治疗方法都是通过团队成员们自己进行，使治疗建议可以更低门槛、更迅速进行。

至于*恢复阶段*，个案管理员的任务是比较单独的针对个案管理。个案管理员创建有利于个案恢复的条件，积极的追随个案的进步和发展。个案管理员是随时在场的、细心的，专注于提高个案 的自主管理。这是一个教练，指导或 “旅行” 伴侣的角色。随着康复的进展，个案像是一个司机，个案管理员像是一个坐在旁边或后座兴致勃勃的乘客。一对一的关系在此是重要 的。个案管理员的角色从 “临床专家” 转变为一个合作伙伴（Salyers 等 2007）。如果有必要，使用护理康复技术/方法，个案管理员需要（大幅度）帮助个案制定他们的康复目标，或有时还要取代做主（司机）。优势模式（Rapp 和 Goscha，1998 年）还提供了详细的工具和支持的方法。虽然个案管理员是承担创造针对个人恢复条件的任务，但是经验证明，*恢复阶段*也有团队其他成员在参与提供支持，如朋辈支持工作者，个体就业支持者，心理医生的辅导，和精神科医生进行更新用药，等等。

这种做法，被称为恢复为中心的护理，是 FACT 的重要组成部分。它对病人个人和团队的态度都是重要的。它有时与 FACT 模式的高度规范和指导性质有相互补

助和抵消的作用。在过去美国相当多的批评是针对 ACT 团队过于注重减少住院率，有时忽视了个案自己的目标。以恢复为中心的 ACT 使这种情况变得平衡。

切换角色的举例

在上午 9 点的早会之前，个案管理员安雅在上午 08 点 10 分去看望德雅格先生。德雅格先生独居，最近开始了一份志愿者的工作，上午 9 点上班。这么早上班对他来说很困难。他要求团队帮助他用数周的时间适应这个新的生活节奏。团队每天有一个个案管理员来看他。安雅帮助他检查按时起床，给他药物，并提醒他准备自己的午饭盒。然后，安雅去 FACT 队的办公室。那一天会后，她有四个自己的个案需要去跟进。

在上午 FACT 会议上， FACT 数字版上的个案会有简要讨论，看看是否有急事。安雅没有什么有关德雅格先生的事情需要特别报告，但就业专家 / 个体就业支持者报告说，德雅格先生非常开心和自豪，他已经成功地把志愿工作纳入了日常生活的节奏。一个新的个案，朗格丹女士，已登记入 FACT 队。她被放在 FACT 数字版上，会议上也讨论。她可能是一个拒绝治疗者，关于她的一些问题尚未明确。经一致决定，安雅和精神科医生将在上午十一时三十分访问朗格丹女士，观察她的情况，看是否需要药物治疗。上午 10 时安雅安排了与梅雷尔见面。梅雷尔是一个个案。她最近完成了 MANSA（曼彻斯特生活质量）量表。他们讨论梅雷尔满意和不满意的各个领域。主要的问题是梅雷尔想在哪些领域想有所改变。她的野心和抱负在哪里？ 会面得知，梅雷尔不满于她有限的社会网络，她正在考虑读一门关于“怎样运用自己的经验”的课程。

在上午 11:30 安雅在朗格丹女士的前门，精神科医生也到达了。安雅按门铃，他们一起走进去。很明显这个女人不是真的不愿意接受治疗，只是已经在别的地方接受治疗。她很感激得到支持，但不希望接受此处的治疗。大家一致表示，在未来几周内安雅与朗格丹女士讨论她的问题，她将重新开始她

的疗程。安雅也将安排一个心理学家去见她，并通过家庭医生评估她的身体状况。

在一个上午安雅承担了所有不同的任务：组织和指导，诊断和危机干预，激励病人接受治疗和谈论康复问题。这意味着她整整一个上午都在转换角色。

4.4 沙漏模式的右边栏

许多个案管理员和保健工作者往往是这样一步一步的想："病人只有病情平稳，才有空间进行下一步康复"。个案管理员也往往对于个案的康复和功能重建有着不必要的悲观。这些是以康复和恢复为中心的治疗要避免的态度。恢复治疗可以在任何时候开展， 包括危机的时刻。

另一个问题是在治疗过程中，或当处理病人不稳定的状态时，个案管理者有时不知道或忘记了个案的恢复目标，有时甚至忽略最近恢复过程的良好结果。在这种情况下，他们很可能会无意地破坏了个案的恢复过程。

这就是为什么在沙漏模式右侧有条（绿色）线是联通三个过程的 - 由 "恢复" 一路上升到 "治疗" 和 "失稳阶段"。这条（绿色）线象征，即使在治疗和不稳定的阶段，工作重点必须还是保持在个案康复的目标上 -康复是存在于所有的阶段的。

例如
患有精神障碍和频繁吸毒的约翰已经失去了与父亲的联络。因为精神病发作时约翰会常到父亲家去威胁和强求他，另一方面，约翰经常吸毒和盗窃，在父亲家也不例外，因此父亲很失望，已经远离他。

约翰在病情平稳的时候与 FACT 队见面，意识到自己想恢复与父亲的联系。工作人员花了大量的时间，谨慎的去实现这个想法。父亲不想又一次心寒。然而，约翰设法重新连接。在他的个案管理员的帮助下，他重新与他的

父亲建立了新的关系桥梁。他们谈了以前失望的事情。最终，约翰恢复了与父亲的联系 – 他每星期三都去拜访他的父亲。

不幸的是约翰病情复发，有一阵子，他又像过去那个样子有威胁和强求的行为，可能也还有吸毒。在周二 FACT 会议上有人指出，约翰现在是需要额外的措施和服务，以防止约翰父亲面临约翰的老问题。在与约翰商量和谈话后，团队通知了父亲关于周三下午的拜访先暂停一段时间。等约翰康复一下之后再在工作人员的监督下进行会面。约翰接受了这样的安排：明白这个目的是为了保护他自己恢复的成果。

这个例子显示个案管理员的主要职责之一是引起团队的注意，告知团队和治疗医生病人的恢复过程以及提醒大家那些对病人尤为重要的事项。

第 5 章：FACT 实际应用

5.1: 优势，恢复和康复

对于一个 FACT 团队来说，注重个案的自身能力，力量和特点是非常重要的 FACT 原则。我们认识到，FACT 实施在不同的国家会有不同的意义和反应。因此，我们只简短的介绍荷兰 FACT 手册中第 4 章中的几段文章。其中 van Weeghel 详细讨论了恢复性支持和康复之间的相互作用。

在荷兰，个案管理的优势模式（Strengths Model）（Rapp，1998）已给 FACT 模式在恢复和康复的实施中一个关键的启示。优势模式的原则是：

* 注重个案的优势，而不是关注他们的异常状态
* 个案管理员与个案之间的合作关系是至关重要的
* 治疗和干预是以（个案）自我决定为中心
* 社区是资源的绿洲，而不是资源的障碍
* 与个案的交流发生在社区中，而不是在精神卫生中心

* 精神障碍患者可以学习，成长和改变。

优势模式的方法是没有像其他康复方法那样详细设置。优势模式是是比较务实的，这就是为什么它能很好的配合 ACT 或 FACT 的运行。

除了优势模式外，以恢复为主的护理，已在荷兰越来越普遍。最近 Dröes（2008 年）制定了以下特征：

以恢复(recovery)为主的护理的保健工作者：

- 是细心，热情关注的
- 矜持和谦逊的使用他们的专业框架
- 对情感和心境有真心的反应
- 腾出空间让个案有自己的叙述，给以支持并遵守
- 承认并激发个案自己的优势，无论是个人和集体优势（授权个案）
- 承认，利用和激发个案的经验专长
- 承认，利用，和激发支持个案的重要人物
- 专注于减轻个案的痛苦，提高个案自身的自主权和他们自己控制生活的能力。

据 Dröes 观察，保健人员往往看不到患者的自身优势。他建议保健人员寻求这些优势。患者能通过创建自己的叙述和故事，使用亲身体验得来的知识去赢得更多能力来控制自己的生活。其他人的支持会起着一个重要的作用；治疗也会起着一定的作用。但这些作用比起患者的自身优势和自主能力是渺小的和非最重要的。如果患者有太多的苦难，恢复被抑制。保健人员的功能和责任必须始终专注于减少痛苦。

除了寻找个案的优势和帮助恢复 (recovery)，以促进个案的康复 (rehabilitation) 这也是 FACT 的任务。康复有广泛的定义，理想来说，它旨在促进精神障碍患者的功能恢复，社会结纳，和社会融合。

康复领域主要是住宿，工作，培训和社会交往。提供康复治疗，以及其他形式的照顾，对个案的恢复有很大的贡献。

康复有几种国际知名的方法。它们可以在 FACT 里充分的利用。Drake 等人的（2003 年）的摘要了康复的主要趋势和思想：

- 干预目标必须注重于授权给个案
- 应该培训个案在社区环境中日常生活的技能
- 必须教会个案在不同的社会角色和环境中用不同的特殊技能，因为很少有一两个技能可以覆盖到社会上多方面的需要。
- 除了教个案社会技能以外，个案管理员必须利用来自环境里的资源和支持
- 最好是尽快把个案安排在最理想的环境中，而不是让他们准备很久，一步一步的迈向理想的环境中
- 最好是把康复融入治疗和护理工作中
- 康复也意味着与病耻作斗争和主张修改对患者不公平的法律规则。

显然，以上一切都围绕着个案的 “真实” 的环境中。这正好符合 FACT 的原则。FACT 能有效地开展康复活动；FACT 团队应该包括几个康复专家。

5.2 工作走向容纳化：帮助建立社区支持系统

FACT 另 一个关键任务是帮助个案建立社会支持系统。社区支持系统的概念是从美国引进。在荷兰这意味着不同的个人和服务彼此一致共同为他们的精神障碍患者提供所需要的社会支持工 作。在荷兰，在生活的几乎每一个领域都有机关，团体和个人可以向精神障碍患者提供支持和容纳性的服务。然而，这种支持和服务往往未被使用，因为这些机关，团体和个人没有协调，比较杂乱，不一致，和难加入。正因为如此， FACT 团队对于这个现象的认识和积极帮助个案调动这些支持和服务是非常重要的。这就是为什么 FACT 团队保持与各种社区及福利服务联络; 每个个案管理员都是某某服务机构和 FACT 团队的主要接触人。这意味着团队可以为

每一个个案建议和建立一个社区支持系统，帮助个案融入社会。团队可以为每个个案指导和预测哪些人和服务是个案社区支持系统的一部分。

最近在荷兰有讨论 FACT 团队应该如何与政府设立的各种一般的社会服务队伍保持关系。有些人赞成非常密切的合作，甚至与这些政府设立的团队合并。目前笔者并不赞成这一点。在笔者看来，FACT 的团队应该是面向服务的，应当与其他团队非常开放的合作，FACT 有一个非常具体的服务目标群体，他们是为重性精神病患者提供专业治疗。FACT 在社区和个案的家中工作是事实，但这并不意味着 FACT 是一个家庭护理或社会福利服务。如果 FACT 队与其他社会服务队伍合并，会出现失去对重性精神病患者的专业知识的危险，并给 FACT 团队与心理健康服务（和精神病医院）的紧密和重要关系带来大的压力。

5.3 指南兼容性干预

在前面的章节中已经引用了荷兰精神分裂症的多学科指南（Dutch Multidisciplinary Guideline for Schizophrenia）。在荷兰这个指南（在 2012 年更新）是非常重要的。它包括的一些干预措施主要有：

* 心理教育（客户，家庭成员和其他直接参与支持个案的人）
* 用药管理
* 心理干预（Cognitive Behavioural Therapy (CBT) - 认知行为疗法）
* 家庭干预
* 集成双诊断治疗（IDDT）
* 个体就业支持 (IPS)

本手册不能详细描述所有这些干预措施。最重要的一点是，因为 FACT 团队是多学科的，原则上 FACT 会重视以上每一个干预措施。

FACT 团队有时与圣诞树相似：树是多学科的团队，可在强化和不强化的重症护理间灵活变动； 树上的装饰就是基于证据和指南兼容性的做法和其他干预措施。

可以想象，各种干预措施的相对重要性在不同的国家是不同的。但是，成立 FACT 团队时，组织者应该选择该国家最先进的治疗方法，然后在自己的团队实施这些措施。

5.4 为有双重诊断的个案进行综合性治疗

长期的酒精和药物滥用是严重精神疾病患者中最常见的合并症。平均来说，FACT 团队 50～70％的的个案有这个问题。双重诊断的患者在典型的成瘾治疗中受益非常少，而因为有成瘾问题， 心理和精神治疗也往往失败。重要的结论是，双重诊断的治疗应该是综合的，由一个团队，把两种疾病同时治疗。 FACT 采用集成双诊断治疗（IDDT）的原则（德雷克等 （Drake et al），2001 年）。至少有两名队员必须在这个治疗方法有广泛的培训；他们还可以帮助其他团队成员处理这种情况。该模式的核心原则是，从业人员必须了解患者的物质使用，滥用或成瘾是在哪个阶段。所有干预措施都是针对患者个别的阶段，在不同的阶段里从业人员在不断寻找吸引病人接受治疗的方法。这种治疗方法是综合在其余精神病治疗和干预措施里。常用的技术是动机访谈。

FACT 团队与精神病医院协议和达到按照 IDDT 原则形成的治疗方案是非常重要的。这种原则一致的方法对需要住院的个案是非常有帮助的。个案在院治疗， 出院后能得到 FACT 团队进一步的指导需要医院和 FACT 拥有相同的视野和态度。

从荷兰林堡研究的（Drukker，2011）结果中有一个有意义的发现。那时被研究的 FACT 团队中还没有对付成瘾问题的专家。在他们团队中病情好转的个案没有包括双重诊断的个案。总之，如果 FACT 团队没有纳入双重诊断的治疗，这些个案可能失去了一些好转的机会。

5.5 工作：个体就业支持

一般的假设是 ACT 和 FACT 团队的个案是没有做有报酬工作的能力，或在竞争市场上没有就业的机会。然而，在美国和荷兰的研究表现，就业咨询能直接导致有利的结果，即使个案最初对工作并不感兴趣。个体就业支持（IPS）（Bond 等，1997）是为有重精神疾病患者就业康复最成功的典范。 IPS 的最显著的特点是：

* 有偿工作为目标;
* 快速寻找所想要的就业岗位;
* 长期性的支持;
* 把就业辅导和支持纳入精神卫生服务中。

把就业援助和其他形式的援助整合在 FACT 治疗中，意味着 FACT 可以更快地全面服务个案，改善协调，并让团队成员看到工作对个案带来的优势，促进各团队成员一起用心帮助个案找到工作。

IPS 在荷兰的发展有效是因为就业咨询和支持，尤其是 IPS 模式的就业支持，是 FACT 指定的模式，具有高 FACT 保真度的模式。这也是为什么在荷兰越来越多的 FACT 团队里有一个固定的 IPS 工作者。在有 IPS 工作者的团队中，个案就业的效果非常明显。一在荷兰西弗里斯兰（West Friesland）的研究显示, 如果个案获得有报酬的工作，他们的满意度高于志愿工作者，或没有工作的个案。。

5.6 身体健康

重性精神病患者的身体状况需要大量的关注是国际公认的。因为他们的病情和生活条件，加上精神病药物的副作用，这一群体的预期寿命比其他人低（Tiihoonen 等，2009）。据荷兰精神分裂症的多学科指南（Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie Nederland 2007/2012）和各种其他国家的指南，充足的身体治疗和干预，例如运动身体，是照顾和治疗精神疾病的一部分。精神科住院单位也时刻关注这些方面。这同样适用于 FACT 的团队，但我们确实需要仔细考虑哪些干预是应由 FACT 团队提供，哪些是应由家庭医生（General Practitioner （GP））提

供。在荷兰每个人都能获得 GP 服务。在许多情况下，大多数 FACT 团队会让 GP 照顾个案的身体状况。然而，在许多情况下，FACT 团队还需要管理和安排个案的身体检查，用药前后的代谢综合征体检， 等等， 这些都是与 GP 协调的。

身体健康这个领域也是 FACT 团队需要监测的一个重要的任务，尤其是有护士背景的个案管理员和精神科医生。重性精神病个案有时往往会低估实际身体健康问题或忽视它。如果团队成员观察到这一点，他们将与个案讨论，有时还与家人讨论，并尝试鼓励和推动个案去见 GP。GP 通常很喜欢 FACT 团队成员伴随个案看病，带上个案最新的药物单。如果个案被送到到医院医疗身体，团队会定期访问，使医院的医生可以与团队协商，征求他们的意见。

另一个方面是健康饮食 - 帮助个案通过各种干预和转诊措施来减重。有时有营养师参与。所有这些措施都直接关系到 FACT 团队的愿景和提供服务的期望，不同的国家可能有不同的水准。

虽然 FACT 团队不能负责提供个案所有身体上需要的照顾，FACT 的任务是确定个案是否从 GP 或其他服务里接受到符合与正常人群的保健水平标准一致的护理和治疗。如果有差距，且有必要，FACT 应该接管个案的身体保健工作，并且寻找医疗保健系统范围内的解决方法。

5.7。强治和压力

在一些国家，对患者的强治和压力是有法律监管的。例如，在澳大利亚，社区治疗令（CTO）很普遍；CTO 是一个法定的治疗令， 要求精神病患者在社区接受治疗， 以免该患者在精神病院中长期被拘留性的治疗。很多国家还不具备这种形式的社区治疗。荷兰是在一个过渡阶段，正在建立这样的一个系统。

本手册不能来仔细比较这些系统。但是，我们必须指出，FACT 团队不能忽视或回避这一问题，而且 - 根据不同国家的立法 - FACT 团队必须制定有关的压力和强治

的原则和程序。该团队希望能帮助他们的个案在他们的社区生存也意味着团队是应该部分负责个案和其他社区人群在社区的安全。此外， 我们不能指望一个社区会欢迎和接受一个潜在滋扰社区或构成威胁的个案。

我们观察到，所有的团队都倾向于使用阶梯式护理方法; 首先，他们使用说服和 '奖励' 的方法帮个案走上正确的轨道上，不行之后才用压力，再不行最后才用（法院命令作出后）强制的方法。FACT 团队形成清楚的概念在什么情况下使用什么样的强制方法是很重要的。压力可能看起来比强治方法较轻，但它有可能更深刻的影响团队成 员和个案的长远关系，有时会永久的破坏他们的关系。给个案施压力算是给个案一个 “选择”，但这方法是带有危险的。 压力会很清楚的表明：如果个案的选择是继续他不好的行为，他会有很严重的后果 。例如，如果个案不服药，失控，每天晚上造成大量的噪音，和恐吓邻居， 等等，他将会被驱逐或失去住屋。如果个案在压力下选择不当，他有可能无家可归，团队创造了这最不令人满意的局面，使治疗更加困难。这就是为什么压力是带有危险的。如果这样的情况出现，往往去找警察或法院帮忙是一个好主意。

法治性 FACT 队在荷兰已经存在了一段时间：团队是专业从事在刑事司法系统或被赋予缓刑个案的治疗 – 这些个案往往有重性精神病。这些团队具备在风险评估和风险管理上的专业知识。有时如果 FACT 社区团队怀疑某个案有严重行为上的风险， 他们会咨询法治性 FACT 队：例如，团队怀疑一个“独狼” 性的个案。

FACT 团队会经常执行与约束相关的治疗工作，如检查个案是否遵守了法院规定的条件，或与警方联络。这一般都是精神科医生，社区精神科护士，和个案管理员做的。有时社工也做。但是，团队其他的成员，如心理学家，和朋辈支持工作者，也应该参与其中，提供他们的观点。当团队施以压力和运用强制方法时，团队应该有共享和一致的观点。但有时同一个团队里不同的人员有不同的立场或角色也是非常有用的： 例如，在个案眼里，精神科医生和护士通常是 '坏人'， 因为他们负责通知法院和管理强治和服药。其他的团队员（如朋辈支持工作者或心理学家），可以尽量与个案保持较正面的联系，因此，并非所有跟团队的联系都是和压力与强制有关的。最近一个有发展前景的方法是 “家庭小组会议”（“Family group

conferencing”），这是一个利用个案自己环境里的重要人物来改变个案的行为来帮助个案的一种新的方法 - FACT 团队可以用它来避免或减少使用压力或强制方法。

5.8。终止 FACT 治疗

重性精神病患者的病情和他们的功能上的限制往往是长期而且慢性的。他们的自然病程的特点是波动性大：改善，缓解，复发，然后再次改善和恢复， 逐步迈向恢复的旅程。很多人时好时坏。然而，有些重性精神病患者能长期稳定的恢复和缓解。症状缓解是指症状的消失；功能缓解意味着患者的社交功能有所改善。惯例是，如果一个个案已经无症状三个月，则他们处于症状缓解状态。于是问题是 FACT 治疗服务是否可以终止。

终止 FACT 治疗的主要标准是个案自己的愿望 - 希望过更 “正常” 的生活，没有专科治疗或指导。原则上保健工作者会同意这种向往 “正常” 生活的要求，但他们会考虑几个标准，并需要与个案和团队讨论。

在 FACT 团队里，一个常用的经验常则是一个个案人必须具有标准 A 到 F 的功能至少两年：

A. 低频接触， < 1×2 / 1–2 个月（每年不超过 10 至 12 次接触），团队服务和治疗不是注重于个案大量的改变

B. 没有复杂的药物的使用；个案必须能够充分处理药物的应用（服药，血液检查等），个案的 GP 医生必须有足够的动机和专业知识，以提供足够的指导；这些因素都将由负责个案治疗的精神科医生评估

C. 个案有适当的支持系统；由多学科团队评估

D. 个案有一些工作或白天的活动； 由多学科团队评估

E. 独立住宿（这意味着，一个住在精神病院的单位，或庇护住宿中心或类似的个案是没有达到终止 FACT 治疗的条件的。如果残疾是如此之大，

以至于个案不能独立生活，那么持续 FACT 的治疗和恢复的支持是必要的）

F. 财务状况有良好的组织和安排（通过一个管理员评估）

除了以上列出的标准，个案在转移到 FACT 以外的护理 （GP 或 “初级” 护理之前，重要确保的是：

- 这是个案想要的；个案对自己的恢复过程有信心
- 个案是能够接受指导的
- 如果有必要，个案能够要求帮助
- 有 “初级” 保健从业者愿意服务个案（GP，基层医疗心理学家，特能护士）。

荷兰精神分裂症的多学科指南里认为重性精神病患者在缓解期应继续保持他们患者的身份， 继续和保持治疗更长的时间（3 至 5 年）。

上述标准是相当严格的。有三个原因：

- 首先，在我们看来，美国的经验是个案从 ACT 下降到的 “初级” 保健治疗过早。我们的印象是，这会增加复发和脱离服务的的危险。
- 其次，我们了解家庭医生在荷兰的局限性。这些医生一般很愿意在 FACT 之后接手监测病人的服药和身体状况，他们也有护士的协助。但是，他们没有全面精神科的专业知识， 或 广泛应用 “生物心理社会” 模式的的知识。GP 一般不能够关注个案的恢复过程，或提高个案在社区的容纳度。
- 第三，我们了解到 FACT 团队能用低频接触来保持服务个案的益处，只要团队队可以确保这不会变成 “门诊住院” 性服务 （译者注：这意味着忽略了个案的恢复），并确保所有以上提到的好处。

当 FACT 终止治疗，家庭医生喜欢 FACT 团队可以提供一个 “保证回流” 的承诺。如果个案显示任何复发的迹象，或有更大的护理的需要，他或她就可以立即返回到 FACT 团队接受强化性护理。

我们设置如此严格的标准的最后一个原因是为了防止 FACT 团队利用转移到初级保健作为一个处理难应付的个案的 “后门”。在过去，我们已经观察到有些新成立的 FACT 团队表现得像许多其他心理健康服务组织一样：如果个案不和适我们的做法和方式，我们将终止治疗。在我们看来，这不能成为对重性精神病患者正确的回应。

有时，即使上述条件没有得到满足，个案还是想终止 FACT 治 疗。如果该团队认为这不是一个好主意，并评估个案的病很可能复发，或有自我忽视的危机，他们必须跟个案和他们的家庭讨论。如果个案和团队不能达成一 致，一般有两种结果。如果终止 FACT 治疗不会造成很大和实际的危害，或严重，不利的风险，我们可以尊重个案的意愿。我们可以提出一个一步一步的计划逐渐停止治疗，或者同意一个 “试终”。为了准备这方案，FACT 团队必须与 GP 或个案的支持网络中的其他主管人员进行协商。FACT 团队可以提供一个安全的管理网络。如果个案想回到 FACT 的服务， 团队应该可以保证个案的请求。有时，个案愿意在三个月，六个月或十二个月后来团队作评估，看看终止治 疗后的事情的进展是否顺利。以这种方式，团队尊重了个案的意愿，并避免冲突，有需要的话让个案可以顺利的回到团队治疗。

如果个案和团队不能达成结束治疗的协议，并且团队很担心个案离队，团队可以设立一种比较主动性的治疗方式。在第一层次，这种服务方式集中关注与个案保持联系（在一定距离里），及时供应个案的需求（保持存在），和评估风险。如果个案有复发，自我忽视，社区麻烦事情或危险，团队可以开展积极社区治疗。如果有危险，团队可以使用压力和强制方法。

6 章：FACT 模式涉及的学科

FACT 模式荷兰文的手册包含大量不同学科的资料。这个手册不能细谈。我们可以提供各个学科的概要。

6.1 朋辈支持工作者

我们首先讨论朋辈支持工作者的角色，因为 FACT 与亲身经历所得的专业知识是紧密交织在一起的。在荷兰，朋辈支持工作者的第一份工作是在 2005 年 FACT 团队里创建的。

继 ACT 模式的例子后，朋辈支持工作者被引入了 FACT 模式（早期美国的戒毒模式也是了朋辈支持工作者）。在荷兰，关于朋辈支持工作者的做法的文献日益增多，一些培训项目已经建立。一个重要因素是朋辈支持工作者代表的是希望：他们对于康复是可能的这件事是活生生的证据。除了这一点，他们用他们的疾病经验和医疗服务经验来帮助其他个案逐渐恢复。

朋辈支持工作者积极对待个案，并与他们保持联系。他们提供关于恢复和康复的信息，个案的权利信息，和有关恢复过程和治疗监督形式的集体经验和知识的信息。朋辈支持工作者工作方式的应用范围很广，无论是于个案单独或带领 WRAP 小组（Wellness Recovery Action Plan - 一个由患者或朋辈支持工作者领导的康复活动小组， Cook 等，2012）里工作，他们能大量支持和帮助授权个案， 提高康复。他们可以在与个案共享治疗决策中， 和鼓励推动个案方面发挥大作用。他们用自己的生活经历和角度来帮助个案。他们可以在自己的家中或任何其它地方与个案谈话。对于无家可归的人来说，如果最初是由朋辈支持工作者接触他们，而不是一个保健医生进行，效果一般会更好些。一个朋辈支持工作者可以先从帮助个案做文书工作，或清理他们的房子这些事做起。

除了面向个案的任务，朋辈支持工作者在团队中有一个特殊的角色。在会议上他们能可靠的提供个案的角度，帮助判断治疗是否对个案有吸引力，质疑为什么有时候团队成 员在某些个案觉得不必要的事上这么坚持。这使朋辈支持工作者在团队中有一个特殊的，有时孤独的位置，这就是为什么目前要讨论将朋辈支持工作者在标准 FACT 要求从 0.6 FTE 的位置（FACT 制定的比例）增加为每队 1.2 FTE 的可能性。这样会有两个朋辈支持工作者在同一队里，他们可以互相支持。

6.2 护士

护理在 FACT 模式中是最大的学科。在荷兰，护士一直在传统的对于重度精神病患者的精神病护理中发挥了非常重要的作用；首先，因为很多这种护理是由住院单位提供的，也因为许多精神科护士有康复技术的培训，和学习了给住在社区的病人提供治疗方面的知识。这就是为什么在荷兰的 FACT 模式里精神科护士占据了在美国的 ACT 团队里社会工作者所占据的位置。这些美国 ACT 团队里通常只包括一名护士，他的主要工作只涉及到药物，注射剂和身体护理。

在荷兰，除了精神科护士，我们有更专业的社区精神科护士。自几年前开始我们有了更加训练有素的精神科执业护士。一名执业护士的工作不仅包括独立的病人护理（在将来也包括进行身体检查和处方用药），也包括在领导和指导团队方面，创新的服务和实施新技术方面，进行研究和教学方面的专业知识。拥有一名精神科执业护士（有时兼职）的团队的数量在不断增加，而且团队的经验和反应是非常肯定的。

太多的专家在同一个团队也有一定风险。如果一个 FACT 团队有一名全职执业护士， 一个精神科医生，一个心理学家，和一个个体就业支持（IPS）员，团队很可能没有足够的职位请 “普通” 的个案管理员（例如： 护士背景的个案管理员）- 最终，在 FACT 模式里每件事都围绕着如何快速和灵活的部署个案管理员。这些个案管理员必须能把他们的注意力同时关注某些个案的长期康复过程，和在团队集体分担服务下快速强化护理某些其他个案（见于沙漏模式）。他们要能在不同工作中灵活地调动：康复支持， 治疗，动机访谈工作，稳定危机，等等。他们对个案提供帮助，支撑，想办 法去缓和危机，激励他们接受帮助和药物，等等。护士还有另外的功能，提供有关用药信息，处理副作用，和鼓励个案有一个更健康的生活模式。

作为个案管理员，护士也还需要负责协调个案社会照顾 - 为他们寻找关于工作、生活，财务状况和福利问题的解决方案。他们还在常规监测结果（Routine Outcome Monitoring （ROM））的基础上至少每年和个案及他们的家人重新评估一次治疗计划。这份新的计划草案会由多学科的 FACT 团队讨论，然后调整和采纳。

显然，护士工作内容的范围很广。在荷兰，为了适应越来越多新成立 FACT 团队的需求，开发了一个培训课程，该课程包括十个半天的讲习，能够为要转变成 FACT 模式护士的临床护士提供专业培训。

6.3．精神科医生

在荷兰人的 FACT 模式里精神科医生在团队里占据了核心地位。在其他国家不一定是这样，有的国家精神科医生对于个案的帮助就只局限在开药。在一些澳大利亚的团队，精神科医生只作为医疗顾问。在 FACT 模 式里这是不可想象的。在荷兰，治疗计划是由精神科医生代表团队签字的。精神科医生对治疗计划的内容负责，并且负责向外部监督机构解释治疗计划实施的相关问题。精神科医生不只是关心自己的干预措施（药物，心理教育），同时也要关注团队干预措施的构成，与心理学家、精神科社区护理护士或精神科执业护士、个案管理员等共同协作。精神科医生既有战略决策作用（什么是长期的治疗策略？）也有战术决策作用（团队现今要做什么？）。

精神科医生，与社区精神科护士一起，会在缓和不稳定情况（见沙漏模式）和处理危机方面起领导作用。一部分是因为在荷兰紧急用药，风险评估和请求紧急入院的工作通常是由精神科医生处理的。这意味着，在危机事件中精神科医生将和个案管理员共同进行家访。另外，精神科医生的核心地位也是因为所有的强制治疗和监测（根据法院命令）的工作都是只有精神科医生有权利进行。

荷兰精神科医生的培训是与生物心理社会模式一致的。团队里的精神科医生会涉及到这三个领域，并在每个领域中做出自己的贡献。另外一点，许多荷兰精神科医生

都被训练拥有一个信念，即他们在团队中将承担起 “场上队长” 的角色。在这一信念的基础上，他们能与团队领队一起提高学科之间的团队合作和协调。

以上所有的方面都是有可以讨论的余地的，有的精神科医生可能更专注于个体个案的护理，而有的精神科医生可能更积极的专注于团队的塑造。 然而，尤其是在与其他国家的系统比较时，精神科医生在 FACT 模式中是非常有核心地位的。

在重性精神病患者的治疗方面，精神科医生以往并非一直是这样参与治疗的。似乎 FACT 模式将精神科医生重新带到治疗重性精神病患者的领域里。在二十世纪后期，精神科医生仍然和重性精神病患者有较大的距离。现在，在荷兰精神病学协会特别设立了一个重性精神病部门；FACT 模式发展工作也在进一步的开发之中。荷兰 FACT 模式手册是精神科医生必须培训的内容之一。该手册列明了在 FACT 团队里沙漏模式中一个精神科医生的任务和必备能力：

- 精神科医生的作用涉及紧急用药，风险评估（自杀），与家属协商，合理作出有关紧急入院的决定，压力和强制治疗的使用，病情诊断评估等方面。

- 在治疗方面，精神科医生的作用涉及到精神药理学（例如开氯氮平时，要注意其代谢综合征）和处理药物成瘾，确保个案坚持服药，有时也要和个案和家属交谈或考虑是否需要强制治疗。

- 关于康复方面，精神科医生的作用主要是优化病人的精神状态，对个案的康复进程和目标的尊重。

荷兰精神科医生可以从荷兰社会精神病学丰富的传统中汲取灵感。根据这一传统，精神科医生首先最主要是一名医生和诊断专家。无论是在稳定期和不稳定的阶段，精神科医生总是在问根本的病理学问题是什么，这是最佳的治疗吗？作为一个诊断专家，精神科医生也要关注个案的身体情况。一个 FACT 模式里的精神科医生的额外任务，就是要不断地寻找和推广个案的治疗、康复、授权和恢复之间的协同效应。精神科医生所要面临的挑战就是要找到在提供意见，接管，放手，尊重个案的选择，关注个案坚持服药，和决定是否有必要使用强治等各方面的平衡点。精神科

医生还必须时刻意识到，他们在复杂的系统中工作，他们对个案的干预措施也会对其家庭和社区有影响。

6.4．心理学家

在荷兰有两个级别的专家：精神健康心理学家（拥有大学学位）和临床心理学家（研究生级别，侧重于具体的心理治疗，心理诊断，科研，辅导和团队的监督的工作）。这两个级别的专家在 FACT 团队中都有，但多数是精神健康心理学家。

心理学家的地位和角色也有非常显著的变化，部分原因是由于 FACT 模式的引进。在过去的十年里，心理学里出现了一个新的分支 - 实践心理学 (practical psychology)。直到 10 到 20 年前, 心理学家对重性精神病患者的治疗几乎完全只在诊所进行。 在诊所里心理学家作诊断，评估，对患者生活质量提供帮助。之后，心理学发展出了认知行为疗法，具体疗法如 “解开思想” (“unravelling thoughts”) 和后来的 “元认知行为治疗” (meta-cognitive behavioral therapy)。心理学家在 FACT 模式中与个案的家庭有更多的接触，所以开始更多地关注具体的现场培训。心理学家在 FACT 的其他工作包括设置各种小组，如幻听组 (Hearing Voices Group)，心理教育，元认知训练 (meta-cognitve training)，技能训练 (Skills training) （利伯曼（Liberman）模块型的情绪调节技能训练，和各种面向 IDDT (Integrated Dual Diagnosis Treatment - 集成双诊断治疗，和 IMR (Illness Management and Recovery - 疾病管理和恢复）的治疗小组)。

心理学和精神科对 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) 更广泛的熟悉和利用也显示 FACT 团队里有大量的个案需要有关创伤的治疗（超过我们以前的想象）。这是一个值得加大关注的领域。

除了在处理这些与治疗有关的，面向个案的活动外，心理学家在团队文化中也非常重要。心理学家对人文有不同的考虑，对执业医师和护士所执行的改变和康复过程

有不同观点。心理学家通常也指导个案管理员。另一个贡献是分享从研究和心理学学科的迅速发展中得到的知识。

6.5。就业康复专家

在过去十年，因为个体就业支持（Individual Placement and Support （IPS））的实行，就业康复专家获得了一个新的配置和新的作用。IPS 模式将就业专家带到了社会的中心，在这中心里为他们的个案寻找工作，融入职场。 在这职场中他们协助雇主训练个案做好工作。

在其他国家的就业专家有时会在其他方面做出贡献 - 例如： 在为特权或伤残人士专门建立的重返社会就业项目中。在 FACT 模式中，IPS 人员（个体就业支持者）专注为重性精神病个案在普通社会职场上找带薪的工作。在一般的重返社会就业项目中，重性精神病患者几乎总是先被淘汰，“输” 给那些症状较轻的人。IPS 的方式也有助于使 FACT 团队专注于个案的工作。

在荷兰（也许比其他地方强）有一个强大的职业治疗的传统，就业康复专家协助病人在精神病医院参与各类活动和爱好，一定程度上缓解无聊，也有一部分为病人做就业指导培训，为帮助他们回归社会做准备。在荷兰精神病院去机构化（deinstitutionalization）的第一阶段，这些活动被转移到日间活动中心（在其他国家类似于日间中心或社会俱乐部）。近年来，在荷兰这些活动中心已受到批评。该观点认为，在社区中应该多为重性精神病患者提供一些跟社会接触，融入社会的服务，少提供专为患者主办，可能带有病耻感的服务。

IPS 人员可以从 FACT 团队的其他学科得到很大的支持。新的带薪工作可能带来新的挑战，如按时起床，找路， 上班，或自理。我们也观察到，旧的问题往往会在工作场所复发。个案管理员，心理学家和同辈支持工作者都可以帮助解决这些潜在的问题，以确保 IPS 进程的成功。

IPS 人员一般不参与案例共享的服务或做出直接贡献; 他们的重点是寻找和支持个案的受薪工作。符合 IPS 模式的工作意味着 IPS 人员不参与一般的 FACT 护理服务：危机预防或强化服务的工作不是 IPS 人员工作的一部分。但是，IPS 人员会参加早上的 FACT 会议，他们熟悉个案的故事，如果有复发的威胁，他们可以自己把个案提到 FACT 数字版上。

第 7 章：FACT 模式的实施

7.1 地区为本的工作：区域大小规则

建立一个 FACT 团队的第一件必须要做的事情是该团队要考虑划定一个服务区域。区域的大小关系着团队要接受精神卫生服务的个案的数量；一个团队内的个案数量最好不要超过 250 人。

区域的大小对于在社区外出治疗的工作人员的行程时间安排也是非常重要的。为了提高员工的工作效率和工作承受能力，他们在一天内随访的个案需要达到一定数量。在荷兰，区域的大小通常是根据邮政编码来划分。

FACT 团队有明确工作区域的划分对 FACT 团队的合作伙伴也是非常重要的。另外对于全科医生，社区服务，住房管理部门，福利机构和警察局人员来讲，能够与承担本地区精神卫生服务的 FACT 团队经常联系和合作也是非常重要的。

理想的服务分区的划分是要根据实际经验来确定的。在荷兰，前 100 个 FACT 团队的经验告诉我们：对于拥有 50,000 居民的郊区来说可以有 180~220 个案作为 FACT 团队的服务对象。但是多数的重性精神病患者居住在较大的城市里。对有着 35,000 ~ 40,000 居民的城市分区来讲，FACT 团队的服务对象可能是 180~200 名。

如果我们的服务数量要与荷兰精神分裂症的多学科指南的资料保持一致的话，地区的划分必须更要小一些，因为指南估计荷兰有近 1 千 7 百万人口（17,000,000），有 162,000 名年龄在 18 至 65 之间的重性精神病患者。大约有 1%的人口是患有严重精神疾病的，因此，在一个拥有 5 万居民的地区，可能会存在 500 名重性精神病病。但是，在现实生活中的情况是往往是有差异的。为什么现在的一个 FACT 团队的服务数量只能达到预期数量的一半，这个问题的原因目前尚不清楚。推测影响因素可能有：相关人员没有对一些拒绝接受治疗的重性精神病患者予以重视; 有些患者可能只愿意接受他们的全科医生诊治; 有些患者可能由社区服务机构或戒毒所或司法部门（监狱和精神病院）看管。

从荷兰获得的一些数据很可能与有着不同精神卫生服务管理模式的其他国家获得的数据不同。各国的社会服务模式与家庭支持系统可能也有所不同。然而，我们观察到：一个 FACT 团队大概能管理拥有 50,000 居民的区域的这个基本原理同样在其他国家也适用。例如，在意大利的里雅斯特（Trieste）的心理健康服务中心，他们同样强调社会精神病学模式，他们也有这样一个 50,000 居民的区域单元。我们在法国的精神疾病管理部门也同样看到了有着相同数据的服务区域的划分。在澳大利亚许多长期治疗和看护的机构也有这样一个 40,000 ~ 50,000 的服务区域。因此，在确定 FACT 模式管理区域范围大小时，一个经验常则是， 在郊区或规模较小的城市，最好选定拥有 50,000 居民的区域来开展。对人口密集的大都市来讲，最好选取拥有 40,000 居民的社区。

对于那些很难到达的偏远地区或是人口数少于 50,000 的地区来讲，FACT 模式有时不得不进行调整。我们可以看到在这些特殊的地区，FACT 模式可能会关注更广的人群，而不仅仅只是涉及到重性型精神病患者。例如，一些团队可能会关注儿童及青少年精神疾病患者和成瘾患者。

7.2 完善的精神卫生服务体系

荷兰精神卫生服务体系里有着比较强大、完善的临床部门。在二十世纪的最后几十年，他们将昔日的 “精神病机构” 转换成精神病医院，不管是在医院里还是患者自己的个人房间内（多单间的），患者的个人权利均得到充分重视。其他国家住院接诊的时间相对较长（有时很长）。在国际上，荷兰，连同比利时（在一定程度上等同于德国）一道成为拥有最高人均精神科病床位的国家。在每 10 万居民里，荷兰的精神科病床数量超过英国两倍之多、超过澳大利亚四倍之多。近年来这些差距开始发生着变化。 在 2011 年，专家认为，在未来十年内荷兰的精神科病床位将会缩小 30%。

与其他国家相比，在荷兰服务重点更多的放在协调住院病人和门诊病人的精神卫生服务上。在荷兰，这种协作被称作 transmural (跨界线服务模式) 的精神科护理，其涵义是：

1. 所有病人的主要身份是门诊病人 （outpatient），如果病人住院（inpatient）， 这是他们身份 （所谓界线或墙壁）以外的时间，要确保这时间越短越好
2. 确保住院时病人的精神护理还是主要关注病人的社会上的治疗目标，以及治疗的控制权保留在门诊部门里
3. 不断的关注病人住院和门诊护理的连续性（门诊和住院有一个共同愿景，一个综合的治疗方案，在住院时和社区门诊服务有持续的联系， 等等）

这 “透壁”，跨界线服务模式的优势体现在患者只需要很短的住院时间，有时可能只是一个晚上，而且可以由病人自己提出住院要求 （“bed on request”）； 通常门诊病人的团队在第二天早上就可以再次接管治疗。在个案住院时，FACT 小组成员在每周会观察和访问个案一次。他们与个案及医护人员讨论治疗计划。这是持续性的服务。我们发现，当一个 FACT 团队建立后，他们要和他们区域里的精神病医院有清楚的了解和细致的安排，这一点是非常重要的。许多精神卫生服务机构安排 FACT 的精神科医生和医院精神科医生每周召开一次会议，讨论并配合治疗。他们共同决定个案在医院的治疗策略。

7.3 实施计划和规划蓝图

现在，荷兰已有 150 个 FACT 团队运行着，越来越多的人们接受 FACT 的工作程序。越来越多的家庭成员都听说过这一治疗模式，而且比起 2005 年 FACT 开始成立时批评的话语也越来越少，当时 FACT 的社区模式被认为对患者的住院治疗带来威胁。

起初，个案的家人对团队定期的家访都感到十分惊讶。有时个案也不喜欢团队有不同的成员来看他们。和个案清楚的解释是很有用的 - 告诉他们只有这种团队的多人小组才能够提供如此特别的护理，另外如果个案自己的个案管理员生病或因节假日时，这种模式可以保证个案的治疗还可以继续像往常一样进行，而且从长远来看，有多几个人可以联系是可以使人感到愉悦的。现在，病人和其家庭都大力支持这种 FACT 模式。FACT 在荷兰的快速扩张和实施部分原因是由于他们的支持。

然而，当一个 FACT 团队刚开始实施时， 全面的信息不仅仅需要提供给个案和他们的家庭成员，而且还需要提供给政策制定者，政治家，和资助机构。要对 FACT 模式里要求的社区全面和深入的服务产生信任是不容易的 - 至少，在荷兰的心理健康服务是很不让人满意的， FACT 模式最初时也不被认为是一种正确的改变。此外，在 FACT 创立之初，普通医院、精神病院和医院精神科医生的代表都不支持这一改变。

回首 FACT 模式在荷兰的实施过程，很显然，FACT 能够成功是跟 FACT 有一些动机突出的实践者和推广者有关。他们中有的是研究人员，努力创立了一个 FACT 的 “运动”， 很快得到了病人及病人家属的认同和支持。

7.4 团队的建立及培训

准备一份完备的 FACT 团队建立计划是非常重要的。在比较大的区域里建立一个或两个试验团队是很有鼓舞性的。 试验团队可以开始实施 FACT 服务计划； 同时与现存系统的服务作比较，如何安排精神科病房工作，以及如何协同社区工作等（社会成员，警察，住房服务机构），这些问题都会变得清晰。试验团队有机会建立 FACT 数字版和管理平台，以及安排多种行政流程，与现有的组织相协调的方式来实施自己的工作计划。

一旦所有这些事情都已经到位，建立全面的 FACT 服务队伍就变得很容易了。当试验团队的时间即将结束，可安排举行家庭，行政者， 市政人员，服务人员的研讨会，从而让每个人都能感受到参与了这种保健服务新模式的转变。

同时，为试验团队成员（以及后来的 其他团队）提供培训课程是非常重要的，其中包括：

- FACT 入门课程（与整个团队）
- 一个现场团队训练项目，旨在了解和熟悉 FACT 数字版的操作， 提高和改进日常工作程序
- 培训 FACT 会议主持人（如果可能的话每队 3 人），有关工作程序的制定，安排适当的小组会议的形式
- 各学科分别培训（例如来自 8 个 FACT 队的 8 名心理治疗师），强调在 FACT 团队里的功能的重要性。

大多数培训课程着眼于改变团队队员对 outreach (外展)护理的态度。一般团队员只有住院或门诊护理的经验，对于某些团员这是一个大的跨步 - 因为这就犹如他们失去了他们原有的防护圈。outreach (外展)护理也意味着要面临新的形势和风险。有时候，这需要有针对性的现场培训，并积极停止继续提供传统性的护理。

另一个有时难以适应的新步骤是案例共享模式。许多荷兰保健从业者的训练都是独立的服务个体患者， 不习惯与其他从业者分享他们的案例。有时团队案例共享的想法会遇到阻力，这种现象必须加以积极处理。这包括在团队层面上做工作；个案

管理员必须学会如何独立服务个案， 并知道在哪种情况下告知团队他们的个案需要团队性的服务。

谈到这些问题往往是非常有启发性的。如果 FACT 工作人员能够克服这些障碍，他们将会获得丰厚的收获：

- “我们一次又一次的发现：在介绍 outreach (外展)护理之后，FACT 工作人员都非常喜欢并且很快就能看到它的优点”。
- “我们经常听到 FACT 工作人员在适应期过后说他们在工作之中感到比以前轻松，工作的孤立感和被打击感有减少; 每天早晨能开会会议，与其他团队成员一起面临最挑战和困难的个案，不再觉得自己要担负巨大的责任”。

7.5 FACT 办公室

在荷兰很多地方都可以见到 FACT 办公室，并对此也有详细的描述。FACT 办公室最重要的特点是它的会议室，在这里每天早晨都要举行 FACT 会议。这个会议室最好有一个大会议桌，有一台电脑，成员可以用它来投射 FACT 数字版。团队成员（约 15 人） 都可以舒服的围坐在桌子旁边，可以有另一圈坐额外的人员（实习学生，见习队员，等等）。剩下的时间大会议室可以作为一般的行政区域，电脑相连的工作站可 沿着墙壁设置。

办公室的其他功能将取决于有关服务机构的意见和需要。在荷兰这种办公室越来越趋向于灵活的空间，团队工作人员很少有自己固定的房间。 精神科医生和心理学家，以及有时一个个案管理员或精神科执业护士会有自己的办公室。除此之外，一般有一个有许多有电脑和电话的工作站，个案管理员可以在在这里写报告。

个案管理员与个案及家庭成员相对较少约定在办公室里开会。需要这种情况主要是精神科医生和心理学家。其结果是，FACT 办公室的只需要 3-5 个咨询室。

FACT 办公室的地点应该是在团队工作的地区内。不幸的是，在荷兰的许多 FACT 团队没有遵守此规则。有时，FACT 的地点远离他们负责的地区，建立在以往精神病医院腾空的地址上。通常这是 “小事精明，大事糊涂”，原因是出行距离过长。最好的 FACT 办公室地点是在的团队工作的地区，在同一地点有其他相连的服务，例如青年保健中心，社会支持中心，社会住房办公室，或医疗中心。如果 FACT 办公室能设在这种地点，靠近其他社区服务，团队已经在推进融入社会上走了一大步。

在郊区的办公室需要有团队成员的停车位。在大城市设的地点需要有自行车停车位。

7.6 ACT 在荷兰发生了怎样的变化

FACT 模式是基于主动式社区治疗（ACT）模式的一种创新；而且，在荷兰 FACT 模式已超过 ACT。ACT 模式大约是在 2000 年左右引入荷兰。当时荷兰很多重性精神病患者有吸毒和无家可归的现象，在社会上引来很多麻烦，尤其是在大城市里。并且他们身处在卫生保健系统之外， 加上很多卫生保健系统会避免和拒绝给他们治疗。从而 ACT 模式开始在荷兰四个最大的城市推出。

ACT 在这些大城市获得巨大的成功。数年后，大城市的问题已经大大减少，患者进入并保留在保健系统里， 接受治疗和安顿下来。城市内的麻烦事减少。社会情况稳定，ACT 方法不是继续的那么必要。此外，有人认为，其他重性精神病患者的服务也需要改进。

自 2010 年以来在大城市越来越多的 ACT 团队已经转为 FACT 团队：如阿姆斯特丹，鹿特丹和乌特勒支。例如， 在阿姆斯特丹，，现在有近 20 个 FACT 队和仅仅 2 个 ACT 团队。ACT 团队实际上是引导个案得到了保健和治疗，减少了无家可归的现象。他们还成功的管理个案继续接受治疗。然而，当个案变得稳定，减少了

社会问题之后，就没有太大必要每天早上讨论这些个案。 ACT 成为了一个过于强化，密集的模式。

另一个因素是，ACT 的团队在整个城市提供照顾，而 FACT 模式只是在更小的社区或地区提供照顾。这种较小的规模里，有更多的机会与社区全科医生和各种服务进行合作。行程操作时间也变得更短。

现在，在荷兰的大城市里，一个新的局面已逐步形成。所有的大城市地区里都有了 FACT 团队，他们构成了专门护理和治疗区重性精神病个案的基础。在阿姆斯特丹和乌得勒支仍然有两个 ACT 团队， 为那些有非常严重的问题而且还往往有无家可归危机的重性精神病个案提供服务。这些严重个案一般很不稳定，来回穿越在整个城市不同的地区。

另外一个新的发展是，法治性 FACT 和 ACT 团队正在建立；这些都是为犯了法的重性精神病患者专门提供治疗和护理。现在荷兰已经有 10 个这样的队伍，预期数目会进一步增长。这些法治性 ACT 团队有稍高人员配置。部分原因是因为为了团队人员的安全，一些个案常常需要有两个个案管理员同时参与。这些团队也需要多一些心理学家的参与，做风险评估，心理报告和法庭报告。法治性团队和普通 ACT 和 FACT 团队的良好的合作是有明显优势的；其中一点是法治性团队可以帮助其他队伍进行风险评估。

第八章 ACT 和 FACT, 模式的保真度, FACT 和认证

8.1 ACT 和 FACT 之间的差异

FACT 是从 ACT 的基础上扩展而成，使用了多个 ACT 的重要组成部分。

ACT 没有将服务目标定为所有重性精神病患者, 只是集中在最严重的病例上，主要是不稳定的，需要频繁再入院的重性精神病患者。他们中的许多人有人格障碍、物

质滥用问题，服药依从性差，和倾向于拒绝治疗。这些严重病例的目标群大约占所有慢性精神病人的 20% (Bond et al，2001)。在 ACT 中，所有个案接受来自整个团队的护理和治疗 (案例共享模式)，团队每天在会议上协调 FACT-board 上 60-100 个病人的活动。团队提供主动性的 outreach (外展)服务。

FACT 的目标是全部重性精神病患者，也就是说, 严重 20%的病例和其他 80%。这意味着团队案例共享并不总是必须的，并不是所有的个案每天都需要讨论。在 180 – 220 个个案中, 大约在 FACT-board 上列出 15%。

表 2：ACT 和 FACT 的区别

	ACT	FACT
目标群体	最严重的病例的 20%,主要是反复入院病人,回避治疗者	在一个特定区域的所有重性精神病患者
每个团队的个案数量	60 – 100	220-250
区域的大小	目标经常是大面积的, 例如有 250,000 居民	郊区: 50,000 居民 城市: 40,000 – 45,000
团队组成	多学科: 个案管理员、社会工作者、护士、精神病学家、朋辈支持工作者 (几乎与 FACT 相同)	=ACT 额外的强调了心理学家和 IPS 工作者, 有独立生活上的支持, 和更多的康复专家。在荷兰 FACT 团队包括许多护士
病例比例 (每个个案管理员的个案数目)	1:10	1:20
精神科医生	1:100	0.8:200
心理学家	没有规定	0.6:200
团队组长提供直接的个案服务	有规定 （半时间）	有时, 但团队组长可以由 2 – 3 个会议主持人取代
每天在 FACT-board 上讨论	所有 100 个客户	只有当时需要日常护理和特别关注特定的 20 – 30 个个案; 和

		需要讨论的个案
个案接触频率	>每周 3 - 4 次	如果必要的话, 可以每周 4 – 5 次, 但在许多情况下, 频率低得多
专注于循证医学（Evidence Based Medicine-EBM)干预措施	通常很困难, 因为很多个案情况不稳定, 没有机会做心理干预	由于“沙漏”模式， 更为可行
专注于恢复和授权个案	过去是在较小程度上, 但现在正迅速改变	FACT 的一个基本原则
离队	当联系少于一周一次，可以“毕业” 去非强化服务	只有当个案在生活的所有领域功能稳定很长一段时间 (2 - 3 年), 不再需要关心。然后个案被转到全科医生
复发	可以回到 ACT，但有时需等候	可以直接回到 FACT-board 上

8.2。ACT 与 FACT 比较

ACT 模式是一个以证据为基础，为长期病人群中最严重精神疾病患者中 20%的治疗方法。FACT 模式还没有证据能如此声明, 仍然需要进一步的研究。然而, 在实践中 FACT 方法被证明是有效的。在英国的一个对照研究 (Firn et al , 2012) 和荷兰的第一个 FACT 研究的结果 (van Os 2006， Bak, van Os, Delespaul et al， 2007) 显示有很好的理由可以假设和期望其有效性。2012 年 FACT 在荷兰精神分裂症多学科指南的更新版评为 “最佳实践”。

ACT 似乎对需要重症监护目标群体特别有用，尤其对那些不停换地区的病人。在 7.5 节中，我们讨论了在荷兰 FACT 已经被选为在大城市最基本的护理模式。

关于 80 - 20%规则的问题，在国际上有不断的讨论。这条规则是由 Bond et al . (2001) 提议的：ACT 目的是为 20%的最严重的重性病人服务。但是，这条规则从未被数据证实。Bond 和 Drake (2007) 指出，FACT 可能会提供一个更可靠的规则，因为个案只是在有需要时才会放置在 FACT-board 上。

在实践中，FACT 团队的个案通常不是 20%在 FACT-board 上，而只有 10 - 15%。显然，危机，预防入院，和回避治疗的工作比预想的更少见。这也可能是 FACT 团队工作好的结果，因为团队也在注意其他的 80%个案，防止他们复发。

因为 FACT 模式在同一团队有两个工序，稳定和不稳定阶段的服务连续性是可以保证的。在康复和恢复方面这也有优势，还提供了在接触个案，家人，和他们的支持系统方面的连续性。

我们还观察到，在大约三年内，FACT 团队的 200 名个案中有 60%以上曾被纳入 FACT-board 上，需要强化的监护或治疗。最近，一项研究显示，在北荷兰的一个叫 Team Centrum 的团队 165 个个案中， 2011 年，有 132 个个案曾被放置在 FACT-board 上。他们其中有 71 个是因为有病情危机，其他的是因为回避治疗，新入团队， 有生活事件，入院，和躯体健康等等的问题。

我们认为这一研究结果是非常重要的，可能作为最能支持 FACT 模式的论据：它表明 FACT 是针对重性精神疾病的自然病程来服务。过去, 重性患者陷入精神病院和门诊医疗之间的旋转门，后来陷入 ACT 团队和其他非强化服务单位的旋转门。在 FACT，旋转门被移到了 FACT-board 上，但个案照顾的是在同一个团队里。

8.3 模式的保真度: FACTs

灵感来自于美国 Dartmouth 的 ACT 保真度量表 (DACTS, Teague et al. 1998) 。在荷兰，我们开发了一个 FACT 保真度量表—FACTs。这种保真度量表 由 Bähler

et al. 于 2007 年首次出版。2010 年被 ACT 和 FACT 团队的认证中心 (CCAF) 修订。2013 年第三版出版。荷兰语和英语版本的 FACTs 可以从 www.ccaf.nl 下载。

荷兰的第一个 FACTs 保真度量表在很大程度上是基于 DACTS 和 General Organizational Index for Evidence Based Practice (GOI，Lynne et al . 2005)（“以循证为依据的实践组织指数“）而编写。它引入了一些关于从个案管理转向于 FACT 团体管理的项目。 FACT 保真度量表的第二个版本的(2010) 的开发已开始沿着 FACT 独特的路线。

FACTs （2010）由 60 项问题组成； 分成五个分量表：问题涉及所有 FACT 模式方面：

- 团队结构, 包括每个学科团队成员的数量
- 团队运行过程 (使用 FACT-board)
- 诊断和治疗 (循证依从性指导干预、康复和恢复)
- 精神卫生服务组织 (包括入院、提供综合性治疗，和出队服务)
- 社会关怀
- 监测 (包括 Routine Outcome Monitoring （ROM）- 常规监测结果)
- 专业度 (视角、培训课程、关注康复, 质量保证) 。

在荷兰过去的几年里这种 FACTs 保真度量表已经被用在超过 70 个 FACT 团队上。评分者间信度为 0.83。基于这些评定结果，荷兰 FACT 经验和新的发展，FACTs 的若干项问题在 2013 年会有改编。最大的变化是度量表的结构。现在有针对不同的目标群体的 FACT 团队。FACTs 将包括一个通用部分和一个根据目标群体问题定的特殊部分。这些改编的项目主要是关于 FACT 队里的学科和多学科性的干预措施。

为了修订 FACTs 研究者还参考了 TMACT（DACTs 的替代版）。与 TMACT 相似，新的 FACTs 更加重视恢复。FACTs 没有紧跟 TMACT 的结构。部分原因是 FACTs 可能在一天中完成。而 TMACT 可能需要超过一天。

研究 (van Vugt et al . 2011) 证明，大的模式保真度确实会对实现循证医学和患者治疗的结果有良好的影响。

8.4。认证

2008 年，ACT 和 FACT 的团队认证中心 (CCAF) 成立。显然，FACT 真的已在荷兰成功开始。然而，这种快速扩张的风险也很明显，广泛扩张也可能很容易地导致许多不合服 FACT 版本的发展。这不是理想的。我们想为重性精神病个案（及其家庭) 提供有一致标准的护理和治疗。必须清楚的是，一个 FACT 团队可以提供强大的 outreach (外展)服务和指南一致性高的治疗。

在荷兰，FACT 治疗经费部分来自私人保险公司和部分来自政府 (部分国家政府,部分城市政府)。这些经费必须与荷兰 20 到 30 个不同地区的当地精神卫生服务提供机构进行分配。很明显，在很多不同机构之间这种复杂分配，需要依据一个可靠，一致的模式（FACT），一个良好的，在实践中也可以被检测其保真度的模式。

CCAF 已经评估了一百多个 ACT 和 FACT 团队。两个评估员用一天的时间评估团队。他们在评估之前已有了团队的数字信息，在评估那天他们跟大约十个团队成员和几个个案交谈，参加 FACT 会议，和审阅匿名文件。评估人员的背景是社区工作人员，有经验的专家，和重性精神病患者的家属；他们都接受过 CCAF 评估员的训练。评估后，评估员用 FACTs 来处理他们的评价，产生一个临时的评级。团队有机会讨论他们的评价和临时评级结果。然后，一个独立的认证委员会监测这些评价和临时评级结果，建立一个最终的评级。基于这个最终的评级，CCAF 委员会能给出四个建议之一:

- 不授予证书 (团队没有显示模式保真度)
- 临时证书 (建议改变工作程序和重复评估)
- 证书
- 最佳证书

CCAF 现在广为人知和认可。保险公司及经费机构要求心理健康组织认证他们的团队。 这些要求代表了他们对 FACT 服务模式的认可。

国际上对于这种 FACT 团队认证的兴趣已开始，例如：在比利时，博内尔岛（Bonaires），(荷属安的列斯群岛 Antilles)，和在瑞典哥德堡（Guthenburg），等等。

欲了解更多信息 FACTs 的英文版本在（免费下载）：www.ccaf.nl

References

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

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

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

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

Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E (2001), 'Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients', Disease Management and Health Outcomes vol 9(3) 142-157.
Bond GR, Drake RE (2007), 'Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT"', Community Mental Health Journal vol 43(4) 435-437.

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

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

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

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

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

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

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

Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDR) (2005), Trimbos Instituut, Utrecht.
van Os J, (2006), 'Een onderzoek naar het verschil in remissie bij assertieve outreach en het standaardmodel', Patient Care, December 2006 4-6.

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

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

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

Rapp CA, Goscha RJ (2006), the Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities, NewYork: Oxford University Press.

Ridgway P (1999), 'Recovery paradigm project: deepening the mental health recovery paradigm, defining implications for practice. A report of the recovery paradigm project', Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare.
Salyers MP, Tsemberis S (2007), 'ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on ACT teams', Community Mental Health Journal vol 43(6) 619– 641.

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

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

Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J (2009), ’11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)’, Lancet vol 374(9690) 620-7.
van Veldhuizen JR, ‘FACT: A Dutch Version of ACT’(2007), Community Mental Health Journal vol 43(4) 421-433.

van Veldhuizen JR, Bähler M, Polhuis D, van Os J (eds.) (2008), Handboek FACT, De Tijdstroom Utrecht.
van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, van Weeghel J, Zoeteman JB, Mulder CL (2011), Canadian Journal of Psychiatry vol 56(3) 154–160.

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

译者备注：

Assertive Community Treatment（ACT）- 主动式社区治疗

Addiction - 成瘾

Best Practice -最佳实践

Case – 个案

Case Manager – 个案管理员

Centre for Certification of ACT and FACT Teams (CCAF)

- ACT 和 FACT 团队的认证中心

Clinical Psychologist - 临床心理学家

Cognitive Behavioural Therapy (CBT) - 认知行为疗法

Community Treatment Order （CTO）- 社区治疗令

Compulsion - 强治 （带有治疗性质的强制方法）

Counselling – 辅导

Dartmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale (DACTS)

– Dartmouth ACT 保真度量表

Day Activity Center - 日常活动中心

Deinstitutionalization – 去机构化

Dutch Multidisciplinary Guideline for Schizophrenia–荷兰精神分裂症多学科指南

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - “二指（创伤）疗法“)

Emotional regulation skills training - 情绪调节技能训练

Empowerment -授权

Evidence Based Medicine (EBM) – 循证医学

FACT (Flexible Assertive Community Treatment) - 灵活主动式社区治疗

FACT Board - FACT 数字板

Family group conferencing - 家庭小组会议

Family Intervention - 家庭干预

Forensic FACT team - 法治性 FACT

Functional recovery - 功能恢复

General Organizational Index for Evidence Based Practice (GOI)

- 以循证为依据的实践组织指数

General Practitioner (GPs) - 家庭医生

Hearing Voices Group - 幻听组 (帮助患者应付幻听的小组)

Illness Management and Recovery (IMR) - 疾病管理和恢复

Incompetent - 无能自主

Individual Placement and Support (IPS) - 个体就业支持

Inpatient - 住院病人

Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) - 集成双诊断治疗

Liberman Skills Training - 利伯曼技能培训

MANSA - 曼彻斯特生活质量量表

Mental Health Psychologist -健康心理学家

Meta-cognitive behavioral therapy - 元认知行为治疗

Metacognitive training - 元认知训练

Metabolic syndrome - 代谢综合征

Motivational Interviewing - 动机访谈

Nurse Practitioner - 执业护士

Occupational Therapy - 职业治疗

Outpatient - 门诊病人

Patient- 患者

Peer Support Worker - 朋辈支持工作者

Personality Disorder - 人格障碍

Practical psychology -实践心理学

Pre-contemplation - 预沉思

Pressure - 压力

Primary care practioner - “初级” 保健从业者

Psychotherapy – 心理治疗

Recovery-oriented – 恢复为中心

Recovery - 恢复

Rehabilitation – 康复

Routine Outcome Monitoring （ROM）- 常规监测结果

Severe Mental Illness patient 重性精神病患者

Shared caseload - 案例共享模式

Skills training -技能训练

Social Clubs - 社会俱乐部

Social integration - 社会融合

Social Worker - 社会工作者

Substance addiction - 药物成瘾

Strength Model - 优势模式

Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT)

– （新的）ACT 保真度量表（继 DACTs 之后）

Transmural services model - 跨界线服务模式

Unravelling thoughts – “解开思想”