



CCAF

WORKBOOK

FACT FIDELITY SKALA 2017

Denne fleksible modeltrofasthedsskala beskriver en kontinuerlig proces, som sikrer en dynamisk udvikling af god ambulant psykiatrisk behandling til mennesker med alvorlig psykisk sygdom og er en del af forberedelsen for F-ACT teams forud for auditering eller certificering fra CCAF.

Indhold

Forord	1
Introduktion	3
Liste over baggrundsinformation om teamet	4
Teamets sammensætning og kompetencer	6
Sektion A: Team struktur	7
Sektion B: Fokusområder	10
Fokusområde 1: Fleksibel behandling	12
Fokusområde 2: Personligt domæne	13
Fokusområde 3: Socialt domæne	14
Fokusområde 4: Symptomatisk domæne	15
Fokusområde 5: Planlægning og monitorering af den enkelte patients behandlingsforløb	16
Fokusområde 6: Krise og sikkerhed	18
Fokusområde 7: Samarbejde med netværket	20
Fokusområde 8: Kvalitet og innovation	22
Endelig score	24

Forord

F- ACT modeltrofasthedsskalaen beskriver en proces til kontinuerlig udvikling af det enkelte team, som understøtter teamet i at arbejde mod en større og større grad af modeltrofasthed, sådan som denne er beskrevet i dette dokument. Et F-ACT team kan monitorere teamets løbende udvikling ved at udarbejde **Teamets portfolio**.

Teamets portfolio udgør teamets samlede og væsentligste dokumenter. Den består af teamets mission og vision, nødvendige baggrundsoplysninger om teamet, teamets arbejdsgange og procedurer, feedback fra tilfredshedsundersøgelser blandt patienter, pårørende, patientens øvrige netværk, interne og eksterne samarbejdspartnere, samt Plan, Do, Study, Act (PDSA) planer vedrørende de områder der beskrives i sektion A og B.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at det er sammenhængen mellem disse forskellige komponenter, der er den vigtigste faktor for at teamet kan levere kvalitet. Der skal med andre ord være sammenhæng mellem målgruppen for behandlingen (teamets patientgrupper), og de interventioner teamet tilbyder, som skal opfylde målgruppens behov.

Portfolien beskriver også samarbejdet med patientens netværk, ressourcer i nærmiljøet, samt interne og eksterne professionelle samarbejdspartnere, der sammen med teamet medvirker til at den enkelte patient tilbydes en recoveryorienteret behandling.

F-ACT teamets kerne udgøres af de team medlemmer, der deltager i det daglige F-ACT board møde. Teamet kan inddrage andre i at støtte den enkelte patient i perioder, eller i dele af behandlingen. Det kan være kommunale medarbejdere, patientens venner, familie, naboer, kollegaer, medstuderende, og andre som udgør en ressource for patienten.

Inden et team auditeres, er det vigtigt at undersøge, om teamet opfylder minimumskravene. Nedenstående ni kriterier, tjener dette formål. Teamet kan auditeres, når det opfylder mindst otte af de ni krav. Hvis man er i tvivl om et team opfylder kriterierne, bedes du kontakte CCAF: <https://ccaf.nl/contact/>

1. Hvor længe har teamet eksisteret (i måneder)	≥ 12 måneder
2. Antal patienter i teamet	≤ 300 klienter
3. Caseload, som beregnes ved antal teammedlemmer (psykiater, psykolog, ergoterapeut, socialrådgiver, sygeplejerske, socialpædagog m.fl., fratrukket 0,2 årsværk pr. team til koordinering og 50 % af yngre lægers arbejdstid) divideret med antal aktive unikke behandlingsforløb (åbne kontakter) i teamet på et givet tidspunkt	≤ 1:30 forhold
4. Teamet udgøres af mindst fire forskellige faggrupper (se sektion A)	≥ 4 faggrupper
5. Antal F-ACT board møder om ugen	≥ 3x / uge
6. Teamet har mulighed for fleksibelt at intensivere behandlingen efter behov	Fleksibel
7. Procentdel af patienter, der har mødt 4 eller flere faggrupper fra teamet indenfor det sidste år	≥ 50%
8. I teamets visioner og arbejdsgange, er et tydeligt fokus de 8 områder (se sektion B)	Recoveryorienteret
9. Procentdel af face to face kontakter, der finder sted uden for teamets lokaler	≥ 40%

FACT WORKBOOK

Vi håber det vil være givende for teamet at arbejde med de forskellige dele i portfolien, og at teamet gennem processen både oplever en forbedret kvalitet af behandlingen og et styrket samarbejde i teamet.

Introduktion

I Holland, hvor F-ACT modellen er udviklet, har man siden 2010 auditeret efter den første modeltrofasthedsskala. Siden da har såvel F-ACT modellen, den hollandske psykiatri og det Hollandske samfund udviklet og ændret sig, hvorfor der opstod behov for en ny modeltrofasthedsskala. Du kan læse om udviklingen i Holland i introduktionen i den engelske Fidelityscale fra 2017.

I 2014 beskrev region Hovedstadens psykiatri følgende pejlemærker for den ambulante psykiatri:

- Den ambulante psykiatri er omdrejningspunktet for udredning og behandling af mennesker med psykiske sygdomme – og kan understøttes af udredning og behandling under indlæggelse.
- Den ambulante psykiatri bygger på en rehabiliterende tilgang, en høj faglig kvalitet og en helhedsorienteret indsats – og skal styrkes, videreudvikles og ensartes.
- Den ambulante psykiatri skal være tilgængelig og opsøgende – og skal tilbyde en relevant vifte af koordinerede udrednings- og behandlingstilbud.

Siden 2015 har Region Hovedstadens Psykiatri implementeret F-ACT modellen tilpasset en dansk sammenhæng. Erfaringer med modellen viser, at såvel modeltrofasthedsskala fra 2010 og denne nye modeltrofasthedsskala fra 2017, opleves at kunne understøtte en udvikling i retningen af de ovennævnte pejlemærker. Udviklingen i regionen ligner udviklingen i Holland; det går hurtigt, det opleves klinisk meningsfuldt og patienter, pårørende og det kliniske personale er meget tilfredse med modellen.

De klare kriterier i F-ACT modeltrofasthedsskalaen fra 2010, giver en god retning til nye F-ACT teams. Og i Region Hovedstadens Psykiatri anbefaler man nye F-ACT teams, at arbejde med denne modeltrofasthedsskala de første 2- 3 år.

Region Hovedstadens psykiatri ønsker audits af F-ACT teams, udført af klinisk personale som selv arbejder i et andet F-ACT team. Dette understøtter vidensdeling på tværs af teamene og dét at audits udføres af kollegaer, opleves inspirerende og giver teamene lyst og engagement til at arbejde mod mere og mere modeltrofasthed.

Region Hovedstadens Psykiatri ønsker også audits udført af den hollandske certificeringsvirksomhed CCAF, for på den måde at sikre kontinuerlig vidensdeling om den dynamiske F-ACT model, og kunne sammenligne teams i regionen med teams i andre lande.

Denne modeltrofasthedsskala fra 2017 er blevet bestilt af CCAF og forfattet af M. Bahler, P. Delespaul, H. Kroon, M. mod. Vugt og K. Westen i samarbejde med praktikere på området, interessenter, patientorganisationer, og familie og nære venner.

I Region Hovedstadens Psykiatri er den i 2018 oversat, i samarbejde med K. Westen og M. Groen fra CCAF, af auditorer og ledende sygeplejersker fra F-ACT teams på Psykiatrisk Center Nordsjællands psykiatriske ambulatorie i Frederikssund og Psykiatrisk Center Københavns psykiatriske ambulatorie på Bispebjerg/Brønshøj.

Liste over baggrundsinformation om teamet

De oplysninger, der indsamles i denne liste er nødvendige for at skabe et overblik over F-ACT teamets målgruppe, den sammenhæng, hvori interventionerne ydes, og de tilgængelige ressourcer i teamet. Listen giver et billede af, om der er sammenhæng mellem det teamet tilbyder og målgruppens behov. Listen over baggrundsinformation bliver brugt af auditorerne som forberedelse af selve auditering.

Beskrivelse af teamet på en given dag. Skriv dato her:	
1. Teamets navn	
2. Hvor længe har teamet eksisteret (i måneder)	
3. Antal årsværk	
4. Antal teammedlemmer	
5. Antal patienter	
6. Caseload, som beregnes ved antal teammedlemmer (psykiater, psykolog, ergoterapeut, socialrådgiver, sygeplejerske, socialpædagog m.fl., fratrukket 0,2 årsværk pr. team til koordinering og 50 % af yngre lægers arbejdstid) divideret med antal aktive unikke behandlingsforløb (åbne kontakter) i teamet på et givet tidspunkt	
7. Optageområde (postnumre, et kort eller anden oversigt)	
8. Eksterne professionelle samarbejdspartnere i optageområdet	
9. Antal borgere i teamets optageområde	
10. Hvilke faggrupper udgør teamet	
11. Antal patienter på venteliste	
12. Gennemsnitlig ventetid for patienter på venteliste i dag	
13. Visitationskriterier	
14. Afslutningskriterier	
15. Antal nye patienter i løbet af seneste 6 måneder	
16. Antal afsluttede patienter i de seneste 6 måneder, herunder hvor de er afsluttet til	Efter aftale med patienter: Uden aftale med patienter: Død ved naturlige årsager: Død ved ikke-naturlige årsager/selv mord: TOTAL : Afsluttet til: Privat praktiserende læge: Kommunal rehabiliterende indsats: Andre:
17. Antal patienter indlagt på psykiatrisk sengeafsnit i de sidste 6 måneder	Indlæggelser på intensiv eller åbent psykiatrisk sengeafsnit: Indlæggelser på ældrepsykiatrisk afdeling:

FACT WORKBOOK

	Indlæggelser på somatisk sengeafsnit: Andre indlæggelser: % tvangsindlæggelser:
18. Antal patienter (opgjort i %) indlagt i henhold til dom i de sidste 6 måneder	
19. Antal patienter (opgjort i %) med tvungen ambulans opfølgning	
20. Antal patienter (opgjort i %) pr. diagnosegruppe jf. WHO ICD 10	
26. % +65 år	
27. Hvilke telepsykiatriske muligheder anvendes? (Min sundhedsplatform, App, sms e.l.)	
28. Antal F-ACT board møder hver uge	
29. Teamet kan fleksibelt intensivere behandlingen efter behov	
30. Antal patienter (opgjort i %), der har mødt 4 forskellige faggrupper eller flere forskellige faggrupper fra teamet	
31. Teamet har et klart fokus på recovery i sin vision og arbejdsgange	
32. Antal (opgjort i %) face to face kontakter uden for teamets kontor	

	I teamet	I netværk (i tæt samarbejde)	Ikke til stede / ikke til rådighed	Kommentarer
33. Teamet tilbyder psykiatriske interventioner (hvilke?)				
34. Teamet tilbyder psykologiske interventioner (hvilke), herunder behandling af traumer				
35. Teamet tilbyder kontakt til recoverymentor og pårørende mentor (angiv hvordan)				
36. Teamet tilbyder familierapi				
37. Teamet tilbyder børnesamtaler og kan henvise til Børne og Ungdomspsykiatrisk behandling				
38. Teamet tilbyder kontakt til IPS medarbejder, studievejleder e.l.				
39. Teamet tilbyder kompetence i behandling af dobbeltdiagnose				
40. Teamet tilbyder kompetence til at forbedre den fysiske sundhed.				
41. Teamet tilbyder kompetence i juridiske retningslinjer og støtte til lovmæssige sager.				
42. Teamet tilbyder kompetence og interventioner vedrørende mental retardering af lettere grad (IQ mellem 50-69)				
43. Teamet tilbyder kompetencer, der kan hjælpe med boligforhold og et selvstændigt liv (socialrådgiver, ergoterapeut, hjemmepleje, andet)				
44. Teamet tilbyder.....				

Sektion A: Team struktur

Sektion A indeholder de kriterier, som teamet scores efter:

- En medarbejder kan godt have flere uddannelser, men scores kun for den uddannelse medarbejderen er ansat som i punkterne 1 til 7.
- Vedr. Kriterie 1: Antallet af årsværk i teamet / antal patienter
- Vedr. kriterie 2: antal ansatte med $\geq 0,78$ FTE / antal ansatte x 100
- Vedr. kriterie 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 og 11: Årsværk i teamet x 200 / antal patienter teamet har.

1. Lavt caseload	1	2	3	4	5
Caseload, som beregnes ved antal teammedlemmer (psykiater, psykolog, ergoterapeut, socialrådgiver, sygeplejerske, socialpædagog m.fl., fratrukket 0,2 årsværk pr. team til koordinering og 50 % af yngre lægers arbejdstid) divideret med antal aktive unikke behandlingsforløb (åbne kontakter) i teamet på et givet tidspunkt	≤ 30 patienter	30-26	25-20	19-16	Højst 15 patienter
2. Ansættelsesbrøk for teammedlemmer	1	2	3	4	5
Mindst 50% af alle teammedlemmer har en ansættelsesbrøk på 0,78 fuldtidsbeskæftigelse med teamet.	0-19%	20-29%	30-39%	40-49%	minimum 50%
3. Psykiater	1	2	3	4	5
Teamet har mindst én fuldtidsansat psykiater pr 200 patienter	$<0,2$ ÅRSVÆRK	0.2-0.39	0.40-0.69	0.70-0.99	1 FTE
4. Psykolog	1	2	3	4	5
Teamet har mindst 1,6 årsværk psykolog per 200 patienter	$<0,66$ ÅRSVÆRK	$<0,67$ ÅRSVÆRK	> 1.2 FTE herunder sundheds psyk. eller klin. psyk.	> 1.6 FTE, herunder 0,8 FTE sundheds psyk.	> 1.6 FTE, herunder 0,8 FTE klin. psyk.
5. Sygeplejerske	1	2	3	4	5
Pr. 200 patienter har teamet mindst 4 fuldtidsansatte sygeplejersker, herunder 3 med en bachelorgrad og 1 med psykiatrisk efteruddannelse	<3 FTE	<4 FTE med mindst. 1 FTE med bachelorgrad	>4 FTE med mindst. 2 FTE med bachelorgrad	>4 FTE med mindst. 2 FTE med bachelorgrad + 1 FTE MHNP	> 4 FTE med mindst 3 årsværk med bachelorgrad + 1 FTE MHNP
6. Socialt arbejde	1	2	3	4	5
Pr. 200 patienter har teamet mindst 0,8 årsværk socialrådgiver	$<0,2$ ÅRSVÆRK	0.2-0.39	0.4-0.59	0.6-0.79	0.8 FTE
7. Ergoterapeut, fysioterapeut, pædagog, plejer e.l.	1	2	3	4	5
Pr. 200 patienter har teamet mindst 1 fuldtidsansat med kompetencer indenfor rehabilitering	<0.3 FTE	0.3-0.59	0.60-0.89	0.89-1	>1 FTE
8. Recovery- og pårørendementor	1	2	3	4	5

FACT WORKBOOK

Pr. 200 patienter har teamet 3 forskellige Peers erfaringer og udgør mindst 1.2 lønnet fuldtidsstilling, og halvdelen skal have uddannelse svarende til erhvervsskoleniveau De 3 forskellige erfaringer der ønskes repræsenteret i teamet er: 1: Erfaringer som patient(lønnet) 2: Erfaringer som pårørende (lønnet) 3: Ansat som psykiater, psykolog, ergoterapeut, socialrådgiver, sygeplejerske e.l. og har erfaringer som enten patient eller pårørende	<0.6 FTE	0.6-1.19	≥1.2	≥1.2, med mindst 0,6 FTE med formelle kvalifikationer.	≥1.2, med mindst 0,6 FTE med formelle kvalifikationer. Patient PSW, familie PSW og professionel PSW er repræsenteret.
9. Fysisk sundhed	1	2	3	4	5
Pr. 200 patienter har teamet mindst 1 FTE med somatisk kompetence (sygeplejerske, læge).	<0,2 ÅRSVÆRK	0.2-0.39	0.40- 0.69	0.70-0.99	1 FTE
10. Dobbelt diagnose	1	2	3	4	5
Pr. 200 patienter har teamet mindst 1 FTE med dobbelt diagnosekompetence	<0,2 ÅRSVÆRK	0.2-0.39	0.40- 0.69	0.70-0.99	1 FTE
11. Kompetencer vedr.	1	2	3	4	5
Per 200 patienter har teamet mindst 0,8 årsværk behandler med ekspertise vedrørende mental retardering af lettere grad (IQ mellem 50-69)	<0,2 ÅRSVÆRK	0.2-0.39	0.4-0.59	0.6-0.79	0.8 FTE
12. Selvbestemmelse og autonomi	1	2	3	4	5
Bestemte medlemmer af teamet varetager bestemte roller: 1. Mødeledelse af board mødet, herunder koordinering af opgaver 2. Mødeledelse ved behandlingsplansmøder 3. At bestemte teammedlemmer aktivt understøtter teamets retning mod F-ACT modellen. 4.	Teamet opfylder ingen af de fire kriterier.	Teamet opfylder ét kriterie.	Teamet opfylder to kriterier.	Teamet opfylder tre kriterier.	Teamet opfylder fire kriterier.
13. Fleksibel behandling	1	2	3	4	5
(1) Teamet koordinerer systematisk op - og nedskalering af behandling gennem hele forløbet. (2) Teamet har klare kriterier for opskalering og afslutning af behandlingsforløb (3) De formelle og uformelle netværk er involveret i den fleksible behandling. (4) Teamet har ressourcer og fleksibilitet til at opskalere intensiteten af behandlingen til daglige kontakt til den enkelte patient	Teamet opfylder ingen af de fire kriterier.	Teamet opfylder ét kriterie.	Teamet opfylder to kriterier.	Teamet opfylder tre kriterier.	Teamet opfylder fire kriterier.
14. Teamets tilgang	1	2	3	4	5

FACT WORKBOOK

Alle patienter tilknyttet teamet ser mindst 4 forskellige faggrupper i løbet af et år (Inklusive psykiater).	<50%	50-59%	60-73%	74-89%	>90%
15. Dagligt FACT møde	1	2	3	4	5
	3x om ugen		4x om ugen		5x om ugen
16. Udgående aktivitet	1	2	3	4	5
Teamet har fokus på udvikling af patientens sociale færdigheder i samfundet. Over 70% af alle kontakter foregår uden for holdets kontor.	40.% af ansigt-til-ansigt kontakter udenfor teamets kontor	40-49%	50-59%	60-69%	>70%

Sektion B: Fokusområder

Sektion B omhandler vurdering af teamets referenceramme: domæner for den behandling teamet tilbyder, i betragtning af teamets patientgrupper, ressourcer og kontekst. Hvilke områder skal teamet især fokusere på? Sektion B vurderes på en skala fra 1 til 8.

1-2	3-4	5-6	7-8
Ikke tydelig	Under udvikling	Korrekt implementeret	Eksemplarisk

Teamet bør arbejde kontinuerligt med at højne niveauet af interventionernes kvalitet, og derigennem have en levende og dynamisk portfolio (herunder en mission, en vision, baggrundsinformation om teamet, teamets mål, feedback fra tilfredshedsundersøgelse og PDSA planer vedrørende fokusområderne i del A og B).

Et team skal være optaget af: ” **For hvem, med hvem og hvad?** ”

For hvem refererer til **teamets patientgrupper**

Med hvem referere til **teamets samarbejdspartnere**

Hvad refererer til **teamets interventioner**

Følgende er eksempler på dette:

’Under en analyse af vores patientgrupper, indså vores organisations F-ACT team Syd, at der i den samlede mængde af patienter var 30 patienter, der var blevet diagnosticeret med PTSD. Som reaktion på dette, blev der truffet foranstaltninger for at teamet kunne tilbyde EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Vores F-ACT team Nord har færre patienter med denne diagnose og har ingen egnet medarbejder. De bruger nu psykologen fra F-ACT Syd. Selvfølgelig er psykologens behandling inkluderet i F-ACT Nord behandlingsplan og hun deltager ofte i F-ACT Nords behandlingsplansmøder og board møder for at diskutere fremskridt. ’

’På grund af de månedlige konsultationer, hvor lægen fra misbrugsbehandlingsenheden også deltager, kan jeg ordinere anti-trang medicin til vores patienter. I samråd med vores teammedlem med kompetencer vedr. dobbeltdiagnose, har vi været i stand til at behandle vores teams patienter med dobbeltdiagnose med både medicin og passende interventioner baseret på fællesskabets forstærkningsmetode. Med vores støtte, har en af vores patienter nedsat en interessegruppe i løbet af hendes tid hos os, noget vi er meget stolte af. ’

’Takket være COC [hollandske forening for rettigheder for LGBT -Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner], er jeg for nylig startet med at arbejde et par timer om ugen i dette team som frivillig. Jeg er en LGBT støttemedarbejder. Min ankomst var og er mere end velkommen, da det har vist sig, at i 10% af vores recoveryvurderinger var patienters spørgsmål, interesser og problemer relateret til seksuel identitet. Jeg har observeret, at siden jeg startede, er den kulturelle og åndelige identitet for patienter blevet et omdrejningspunkt, i teamet og patienterne bliver spurgt mere eksplicit om seksuelle bivirkninger. ’

’Ja, som et team besluttede vi at deltage i møde hos den kommunale støtte/kontaktpersonsordning én gang om måneden, i forskellige kombinationer hver gang. Dette har vist sig at være en vigtig mulighed til at udveksle kompetencer og få viden om arbejdsgange i andre organisationer, med andre ord at netværke ... og frem for alt at fortsætte med at fortælle vores netværkspartnere om vores muligheder og vores henvisnings og afslutningskriterier. Det betyder, at når vi har svære henvisninger kan vi nu finde hinanden meget hurtigere og på et mere personligt grundlag. ’

FACT WORKBOOK

Teamet vil på den måde blive i stand til at vise teamets patienter, deres familie og venner, og netværkspartnere, hvad teamet repræsenterer og hvad dets mål er. Derudover udgør dette arbejde god forberedelse forud for en auditering eller certificering af CCAF.

Fokusområde 1: Fleksibel behandling

Et team bør være i stand til at op- og nedskalere *fleksibelt* i teamets behandlingsinterventioner og undervejs i hele patientens behandlingsforløbet, fra privatpraktiserende læge, sociale myndigheder og til behandling under indlæggelse. Teamet kan selv opskalere behandlingen, eller det kan ske i samarbejde med involverede samarbejdspartnere eller patientens netværk, afhængig af konteksten, teamets sammensætning og teamets patientgrupper.

Teamet anvender en tilgang, hvor *flere teammedlemmer er involveret* (med forskellige perspektiver) i den enkelte patients behandling. Det er en forudsætning, at dette gælder i forhold til alle patienters behandling og recoveryproces i teamet. Det er vigtigt, at det er teamet, der er ansvarlig for om behandlingen skal skaleres op eller ned. For at sikre mulighed for opsøgende og udgående behandling, er det af afgørende betydning at alle i teamet har ikke-planlagt tid og plads i deres arbejdskalendere. I de behandlingsforløb hvor dele af støtten til patienten er uddelegeret til andre udenfor teamet, er det særligt vigtigt, at teamet fastholder ansvaret for behandlingen. Hvis der er fleksibilitet i behandlingen, ses dette tydeligt under et board møde og i teamets portfolio.

En anden vigtig komponent er *planlægning af behandlingen*: dét at kunne sikre, at interventionerne er de helt rigtige for den enkelte patient på lige det bestemte tidspunkt og at interventionerne understøtter den individuelle recoveryproces.

Når begge dele er tilstede i teamet, sikres, at behandlingen er tilpasset patientens individuelle behov, at patientens muligheder for selv at styre sit behandlingsforløb er tilstede og at teamet er opmærksomme på ikke at overtage styringen eller gå for hurtigt, eller for langsomt frem i forhold til patientens unikke recoveryproces.

Tilrettelæggelse af de enkelte behandlingsforløb understøttes ved hjælp af patientforløbsbeskrivelser, beskrivelser af forskellige niveauer af recovery, social færdighedstræning og medicinsk behandling (herunder behandling af evt. misbrug). Det er op til teamet, hvordan det vil anvende de forskellige metoder, herunder udvælge det, der er mest hensigtsmæssigt for patienten, teamets optageområde og ressourcer, og som understøttes mest muligt af evidens. Tilrettelæggelsen af behandlingsforløb i teamet vil afspejles i behandlingsplanen, teamets portfolio og arbejdsgange, samt i gennemførelsen af behandlingsplaner, og under det daglige board møde.

Medlemmer af teamet forventes at være opmærksom på arbejdsgange i forhold til fleksibilitet og individuelt tilpasset tilrettelæggelse af behandlingen og anvende deres faglige viden på passende vis under teamets møder.

Opsummeret vil vurderingen være baseret på følgende punkter:

- 1) Fleksibel behandling er tydelig i løbet af board mødet
- 2) Individuelt tilpasset behandlingsforløb afspejles i behandlingsplanerne og føres ud i livet
- 3) Der er en fælles teamtilgang til opgaver og behandlingsforløb, og flere teammedlemmer bidrager aktivt med deres faglige og personlig kompetencer på møder i teamet
- 4) Intensiteten af behandlingen passer til patientens behov på et givet tidspunkt i den individuelle recoveryproces; behandlingen op – og nedskaleres efter behov og ønske.

For optimal score skal alle disse elementer være tydelige under det daglige board møde og i behandlingsplaner.

Fokusområde 2: Personligt domæne

Et team skal støtte patienter med svær psykisk sygdom i deres individuelle recoveryproces. Dette opnås ved at fokusere på tre områder: det personlige, det sociale og det symptomatiske.

Teamet er opmærksom på patientens *personlige domæne*, når det anerkender patientens individualitet og identitet og samarbejder ud fra det som et team. Der skal være plads til patientens personlige udvikling og individuelle styrker, ligesom der skal være plads til patientens personlige overvejelser i forhold til deres egen kulturelle, seksuelle og åndelige identitet og følelser som fx sorg.

Teamet er opmærksomme på selvstigmatisering fra patienten, og alle teammedlemmer er opmærksomme på eventuelle stigmatiserende tendenser hos sig selv. Som konsekvens deraf, vover teamet, efter faglige drøftelser, at tage positive risiko (fra en behandlers synspunkt), og at diskutere eventuelle uansvarlige risiko med dem der er involveret i behandlingen, med det formål at opnå fælles beslutninger.

At tage positive risiko betyder at teamet har mod og er i stand til at gøre op med vanetænkning, vender ting på hovedet for at få alle mulige løsninger på bordet, følger patientens beslutninger så langt som overhovedet muligt, og siger ja til ideer og forslag fra patienter og alle andre der har del i behandlingen, så længe der ikke er tungvejene grunde til at sige nej.

En positiv og nærværende tilgang er en grundlæggende forudsætning for teamet. Det at støtte hinanden, påminde hinanden og have en god omgangstone, viser, at hele teamet tager ansvar. Den positive tilgang vil også afspejle sig i teamets skriftlige materiale.

Opsummeret vil vurderingen være baseret på følgende punkter:

- 1) Teamet anerkender patientens individualitet.
- 2) Teamet arbejder ud fra patientens individuelle styrker.
- 3) Teamet anerkender, at patienten kan have personlige overvejelser i forhold til sin kulturelle, seksuelle og åndelige identitet og følelser som fx sorg. Teamet arbejder og handler i fællesskab med patienten i forhold til dette.
- 4) Teamet er opmærksom på at selvstigmatisering fra patientens og på egne tendenser til stigmatisering.
- 5) Teamet er ikke bange for at bruge alternative behandlingsmetoder og tage positive risiko.
- 6) Teamet har en god omgangstone, har en positiv indstilling og er recoveryorienteret.

For optimal score skal alle disse elementer være tydelige i teamets portfolio og under det daglige board møde, men også afspejles i de tilfredshedsundersøgelser der gennemføres med patienter og deres netværk.

Fokusområde 3: Socialt domæne

Et FACT team leverer støtte til klientens *sociale domæne* ved at være opmærksom på og lydhør over for de forskellige sociale roller patienten har i livet og ved at yde passende støtte. Dette er muligt i praksis ved hjælp af brugen af interventioner eller patientoplevet effekt. Der ydes støtte i henhold til de ønsker og mål, som patienten har givet udtryk for i forhold til områderne 'egenomsorg og livskvalitet', 'sociale netværk' og 'arbejde og fritid'. Interventioner er udarbejdet i samarbejde med patienten, dennes familie og teamets professionelle netværkspartnere. Hvis det er nødvendigt, omfatter behandlingsplanen proaktive interventioner (som opfølgende og udgående interventioner), målrettet både den enkelte patient og dennes nærmiljø.

De mulige interventioner og fokus vil afhænge af den sociale kontekst, de tilgængelige ressourcer - både patientens og teamets - og teamets samlede patientgrupper. For eksempel, i nogle teams vil hovedfokus være på at sikre boliger, forebygge hjemløshed og afklare finansielle spørgsmål, mens andre teams kan have behov for at fokusere på ensomhed, veje til arbejde eller uddannelse, egenomsorg eller etablering af en sikker tilværelse.

Opsummeret vil vurderingen være baseret på følgende punkter:

3.1 Patientens roller indenfor *egenomsorg og livskvalitet* er afdækket

- Teamet beskriver og formulerer patientens mål i forhold til *egenomsorg og livskvalitet*.
- Teamet tilrettelægger interventioner, med klart sigte på at opnå patientens mål i forhold til *egenomsorg og livskvalitet*.
- Bistand til at støtte patientens *egenomsorg og livskvalitet* er tilgængelig i teamet, eller i teamets professionelle netværk.

3.2 Patientens roller i det *sociale netværk* er afdækket

- Teamet beskriver og formulerer patientens mål i forhold til *sociale netværk*.
- Teamet anvender interventioner, med klart sigte på at opnå patientens mål i forhold til *sociale netværk*.

3.3 Patientens roller indenfor *arbejde og fritid* er afdækket

- Teamet beskriver og formulerer patientens mål indenfor *arbejde og fritid*.
- Teamet anvender interventioner med klart sigte på at opnå patientens mål i forhold til *arbejde og fritid* med en beskæftigelsespecialist (fx ergoterapeut og/eller IPS medarbejder) der har den initierende rolle.

For en optimal score skal ovenstående være gældende for alle patienter og være tilpasset den enkelte patient. Dette afspejles i den daglige board møde, i behandlingsplaner og i arbejdsgange vedr. henvisning til teamet, og den indledende vurdering.

Fokusområde 4: Symptomatisk domæne

Teamet søger at opnå det højest mulige niveau af psykisk og fysisk velbefindende for den enkelte patient.

Til dette formål har teamet implementeret et system, hvor screening, diagnostik, behandling og interventioner alle finder sted i overensstemmelse med de seneste forskningsresultater. Teamet arbejder med patientforløbsbeskrivelser for længerevarende ambulante forløb og søger viden ved tvivlsspørgsmål i regionens V.I.P portal. Behandlerne i teamet tager initiativ og er aktivt involveret i screening, diagnostik og evaluering af behandlingen.

Vurderingen vil være baseret på følgende punkter:

4.1 Psykiatriske interventioner

- Nyeste evidensbaseret viden, integreret screening, diagnostik, behandling og evaluering af effekt.
- Psykofarmakologisk behandling

4.2 Fysiske sundhedstiltag

- Nyeste evidensbaseret viden, integreret screening, diagnostik, behandling og evaluering af effekt.
- Der skal tages stilling til patientens fysiske sundhed og hvis det skønnes nødvendigt skal der henvises til videre behandling og opfølgning.

4.3 Psykologiske og pædagogiske interventioner

- Nyeste evidensbaseret viden, integreret screening, diagnostik, behandling og evaluering af effekt.
- Interventionerne der tilbydes skal tilpasses den enkelte patient
- Teammedlem(mer) med kompetencer i forhold til patienter med kognitive forstyrrelser og mild intellektuel nedsættelse, spiller en initierende rolle.

4.4 Interventioner i forhold til misbrug

- Nyeste evidensbaseret viden, integreret screening, diagnostik, behandling og evaluering af effekt.
- Patienter med dobbeltdiagnose skal behandles ud fra beskrevet interventioner på en fleksibel og graderet måde. (Patientforløbsbeskrivelse for patienter med misbrug)
- Teammedlem(mer) med kompetence i forhold til behandling af dobbeltdiagnose spiller en initierende rolle.

For optimal score skal alle disse interventioner være til rådighed for alle patienter, og være tilpasset teamets patientgrupper. En grundig analyse af teamets baggrundsinformationer i forhold til hvad teamets tilbud består af, vil være hjælpsomt i forhold til vurderingen

Fokusområde 5: Planlægning og monitorering af den enkelte patients behandlingsforløb

Teamet har beskrevet en logistisk og god arbejdsgang for at udarbejde behandlingsplaner, revurderinger af disse og ansvarsfordeling i forhold til dette og fastholder arbejdsgangen.

Integration af ROM (Rutine Outcome Monitoring) data er en del af denne proces; teamet har klart gjort et velbegrundet valg af redskab til ROM, ud fra tilgængelige standardiserede måleinstrumenter.

I den enkelte patients behandlingsplan, står mål vedr. patienten og patientens personlige netværk, beskrevet. Patientens familie kan også bidrage med mål. Familiens rolle i forhold til behandlingen er direkte beskrevet i behandlingsplanen.

I den enkelte patients behandlingsplan står mål vedr. patientens og teamets samarbejde med eksterne samarbejdspartnere beskrevet, ligesom disse også kan bidrage med mål. Eksterne samarbejdspartners rolle i forhold til behandlingen er direkte beskrevet i behandlingsplanen. Det betyder, at teamet har det overordnede ansvar for, har overblik over, varetager den koordinerende rolle og fører tilsyn med al pleje og behandling, forebygger indlæggelser og reducerer varigheden af enhver indlæggelse.

Interventioner tilbudt og beskrevet af teamet, vedr. Fokusområde 4 (det symptomatiske domæne), skal være til rådighed for alle der bidrager til behandlingen; dette motiverer patienten - om nødvendigt - til at acceptere de bedst egnede og passende former for behandling eller interventioner.

Naturligvis skal evaluering og systematisk opfølgning af behandlingen foregå i samråd med patienten, dennes familie og eksterne samarbejdspartnere.

Vurderingen vil være baseret på følgende punkter:

5.1 Arbejdsgange vedr. planlægning og monitorering

- Arbejdsgang vedr. behandlingsplaner beskrives.
- Implementering og evaluering af behandlingen og dens fremskridt finder sted kollektivt; der er et samarbejdsforhold mellem teamet og patienten, dennes familie, den privat praktiserende læge og andre eksterne samarbejdspartnere. Beslutningstagning om behandlingen finder sted kollektivt (team, netværk, patient og familie). Hver af parterne kan bidrage med mål.
- Mindst en gang om året, udføres en klinisk rutinemæssig effektmåling (ROM) med det formål at justere den enkelte patients mål og behandlingsplan. Standardiserede instrumenter anvendes til at måle (1) psykisk og social funktion, (2) behov, og (3) livskvalitet og recovery.

5.2 Integreret ansvar

- Teamet som helhed er ansvarlig for resultatet af behandlingen og har en styrende og koordinerende rolle.
- Vejledninger, instrukser og politikker efterleves for at motivere patienter og guide dem i retning af egnede interventioner, hvis det er nødvendigt.

For optimal score skal alle disse elementer være tydelige i de procedurer, teamet har dokumenteret i portfolion og i behandlingsplanerne.

FACT WORKBOOK

Fokusområde 6: Krise, patientsikkerhed og teammedlemmers sikkerhed

Teamet har øget opmærksomhed på sikkerhed omkring patienten, dennes miljø og medlemmerne af teamet. Målet er at minimere sikkerhedsrisici og behov for akutte interventioner. For at sikre dette har teamet udarbejdet en instruks, der beskriver sikkerhed ved udgående besøg i patientens hjem og nærmiljø.

Det forventes, at teamet har et tæt samarbejde med lokale instanser fx. hjemmepleje, politi, kommunale støttekontakt-personer og privatpraktiserende læge, for at sikre at patienten og teamets medlemmer kan være sikker når behandling finder sted i patientens hjem og nærmiljø. Rækken af interventioner skal naturligvis tilpasses teamets patientgrupper og den sociale kontekst.

Teamet støtter patienterne i deres recoveryproces og vil, så vidt muligt, forebygge social tilbagegang, forværring af den psykiske lidelse og livskriser. Udgående og opsøgende aktivitet, op- og nedskalering af behandlingen og samarbejde med relevante partnere er vigtige i denne henseende.

Hvis patienter mod givet råd ønsker at afslutte behandlingen, og der ikke skal iværksættes foranstaltninger i henhold til Psykiatriloven, kan teamet i en kortere periode forsøge at motivere patienten til at fortsætte behandlingen. Hvis teamet bliver opmærksom på borgere i teamets optageområde, som kunne have brug for teamets indsats, men endnu ikke er henvist til teamet, kan teamet vejlede borgeren eller andre i borgeres nærmiljø til at blive henvist til teamet via borgeres privatpraktiserende læge

Teamet har et skærpet fokus på sikkerhed i forhold til indlæggelser og udskrivelser.

Teamet har konstant fokus på patientens sikkerhed, teamet selv og nærmiljøet, og er ansvarlig for at gribe ind, hvis det er nødvendigt. Patienten har i samarbejde med behandler udarbejdet individuelle kriseplaner, som beskriver mulige interventioner under kriser.

Vurderingen vil være baseret på følgende punkter:

6.1 Opsøgende proaktive kriseinterventioner

- Teamet er i stand til at identificere tegn på en krise eller forestående krise.
- Teamet er i stand til at opskalere behandlingen og træffe de nødvendige foranstaltninger (herunder retslige foranstaltninger såsom indlæggelse i henhold til dom, og tvangsindlæggelse og tvungen opfølgning) for at genoprette sikkerheden omkring patienten.
- Teamet er som helhed, 24/7 ansvarlig for op- og nedskalering af behandlingen, også når sengeafsnit, privat praktiserende læge og kommunale instanser er aktive i behandlingen og støtten omkring patienten.
- Patientens individuelle kriseplan udarbejdes systematisk i samarbejde med patienten, dennes familie og det øvrige team. Kriseplanen evalueres med patienten og dennes netværk.

6.2 Patientsikkerhed og risici

- Intensiv, udgående og opsøgende behandling er mulig og vigtig for at forhindre ikke-planlagte afslutninger.
- Specifikke screeningsredskaber, anvendes med henblik på at forebygge selvmord, social tilbagegang, aggression og kriminalitet.
- Teamet har fokus på interventioner til patienter med behandlingsdom, hvor målet er at forhindre misbrug og/eller ny kriminalitet. Interventionerne evalueres i forhold til effekt.

- Teamet kan tilbyde gruppe – eller individuel behandling i at styre vredesudbrud, impuls kontrol og det at kunne forstå og styre sine følelser.
- Teamet tilbyder også gruppe- eller individuel behandling målrettet patienter der har været udsat for vold, seksuelle overgreb, eller henviser aktivt til andre relevante behandlingstilbud.

6.3 Teammedlemmers sikkerhed

- Teamet har en dokumenteret sikkerhedsinstruks, der beskriver hvordan teammedlemmer skal forholde sig sikkerhedsmæssigt til følgende emner:
 - (1) Hjemmebesøg
 - (2) Opfølgning efter utilsigtede hændelser
 - (3) Indrapportering af utilsigtede hændelser
 - (4) Regelmæssig psykofysisk træning

For at et team kan opnå den højeste score må alle elementerne være gældende for alle patienter og være tilpasset til den enkelte patient. Dette afspejles i teamets portfolio, i det daglige F-ACT – board møde, i behandlingsplanerne og i henvisningsprocedurerne.

Fokusområde 7: Samarbejde med netværket

Et godt samarbejde med patientens netværk har afgørende betydning for at patienten oplever at have kontrol over sin unikke recoveryproces, og for at de ressourcer i netværket der involveres i processen, er valgt af patienten.

Den periode, hvor patienten modtager behandling af teamet, skal være så lang som nødvendigt, men så kort som muligt.

Personlig og professionel støtte fra patientens netværk er meget vigtigt såvel under, som efter behandling af teamet. Teamet involverer patientens netværk i teamets evalueringer, understøtter netværk ved at tilrettelægge behandlingen så det er muligt at inddrage netværket, og støtter patienten og netværket i at samarbejde omkring patientens personlige recoveryproces.

Teamet behandler bestemte målgrupper, i en bestemt social kontekst, i et bestemt område. Det er vigtigt at sikre sammenhæng mellem teamets patientgrupper og den rækkevidde og intensitet teamets samarbejde med netværkspartnere i patientens nærmiljø skal have. Fx vil der være sammenhæng mellem faste mdr. møder med Kriminalforsorgen for et team, der har en stor andel af patienter med retslige foranstaltninger, men mangle sammenhæng hvis et team har faste mdr. møder med Kriminalforsorgen, og kun meget sjældent patienter med retslige foranstaltninger.

Støtte til patientens recoveryproces kræver på alle områder, et bredt og aktivt netværk af fagfolk, herunder medarbejdere fra socialpsykiatrien, hjemmeplejen og/eller andre fagprofessionelle der har tilknytning til patienten. Graden af samarbejdet kan variere efter patientens ønsker, behov og mål.

Samarbejdspartnere kan deltage i F-ACT board møder efter behov og kan være en del af den intensive opøgende kontakt til patienten, men samarbejdet kan også foregå via telefon eller ved netværksmøder.

Positive samarbejdsrelationer med såvel eksterne som interne kontakter er afgørende. Det kan gøres ved at afholde informationsmøder, tilbyde konsultation, bruge anerkendende tilgang i samarbejdet og afholde netværksmøder med sengeafsnit, socialpsykiatrien, hjemmeplejen, pårørende eller andre personer fra patientens netværk, som bidrager til den samlede behandlingsindsats.

Vurderingen vil være baseret på følgende punkter:

7.1 Engagement og samarbejde med patientens sociale netværk

- Teamet tilbyder individuelle og / eller gruppeinterventioner for patienten og dennes netværk.
- Teamet motiverer for og tilbyder hjælp til at etablere selvhjælpsgrupper for pårørende.

Teamet gennemfører regelmæssigt tilfredshedsundersøgelser for patienter, pårørende og netværkspartnere og teamet ændrer sine arbejdsgange i forhold til kritik.

7.2 Samarbejde med interne og eksterne samarbejdspartnere

Teamet kender til sociale tilbud, private organisationer og andre relevante samarbejdspartnere i nærområdet og bruger dem aktivt.

Formen og graden af samarbejdet med eksterne og interne samarbejdspartnere, skal have sammenhæng til teamets samlede caseload, den social kontekst i optageområdet og teamets ressourcer - *er det de rigtige samarbejdspartnere og har teamet tænkt ud af boksen så alle mulige samarbejdspartnere er medtænkt?*

For at et team kan få den højeste score, skal alle disse elementer tilbydes alle patienter i teamet. Samarbejdet med eksterne og interne samarbejdspartnere skal evalueres systematisk og være tilpasset patientgrupper i optageområdet. Resultaterne af tilfredshedsundersøgelser skal registreres i teamets portfolio sammen med en handlingsplan. Handlingsplanen skal beskrive de punkter i tilfredshedsundersøgelsen som teamet skal arbejde med at forbedre.

Fokusområde 8: Kvalitet og innovation

Teamet arbejder aktivt for at kunne levere den højeste kvalitet af regional psykiatrisk behandling og er åben for ny viden, initiativer og innovation. For at opnå dette har teamet mindst fire halvdags temadage pr. medarbejder, som er fastansat i teamet, og dette skal fremgå af teamets portfolio.

Medlemmer af teamet arbejder kontinuerlig med at udvikle sig indenfor deres fag. Undervisning, kurser og efteruddannelse er målrettet teamets målgrupper, arbejdsgange og den behandling teamet tilbyder. Teamet har studerende og samarbejder på andre måder med uddannelsesinstitutioner.

Teamet inviterer regelmæssigt eksterne fagfolk, eller beder på andre måder om deres hjælp. Det kan være som hjælp til en individuel patientcase, vedrørende et etisk dilemma eller for at støtte teamets vedvarende teambuildingsproces. Sagt med andre ord, skal teamet gøre det muligt for patienter at få second opinion på behandlingsplaner, og skal aktivt tilbyde patienter dette.

Teamet skal kunne vise, at de arbejder med PDSA cirklen med det formål at højne kvaliteten af behandlingen. Hvis et team har et godt kendskab til sine egne kvaliteter, styrker og udfordringer, vil dette være et udgangspunkt for alle handlinger vedrørende kvalitet og innovation. Den viden og kompetence, der er indvundet på denne måde, kan deles i og uden for organisationen til at forbedre den kvalitative udvikling af F-ACT-modellen.

Innovative initiativer kan tages på mange områder; deres virkninger kan være vidtrækkende eller af mere begrænset omfang, deres indvirkning større eller mindre, og de kan være mere eller mindre forstyrrende. Det er vigtigt for teamet, at det er muligt at eksperimentere med alle former for interventioner og recoveryorienteret behandling, og at teamet støtter denne udvikling i fællesskab.

Vurderingen vil være baseret på følgende punkter:

8.1 Uddannelse

- I løbet af de sidste 2 år har hver medarbejder modtaget kompetenceudvikling i evidensbaseret praksis, som er relevante for teamet
- I løbet af de sidste 2 år har hver medarbejder modtaget kompetenceudvikling i recoveryorienteret emner der er relevante for teamet
- Teamets portfolio indeholder dokumenter, der beskriver kompetenceudvikling og kollegial supervision, som er hensigtsmæssigt for teamets patientgrupper. Disse dokumenter bliver jævnligt evalueret og ændret.

8.2 Ekspertviden

- Ekspertes er inviteret mindst en gang om måneden (konsultation).
- Teamet har en klar konsultationsrolle.
- Der tilbydes second opinion efter behov.

8.3 PDSA på teamniveau

- Teamets portfolio indeholder en forbedringsplan, der omfatter mål og handlinger.
- Resultaterne af den rutinemæssige monitorering af effekt og patienttilfredshedsundersøgelser anvendes på teamniveau til systematisk at evaluere og om nødvendigt ændre teamets arbejdsgange.

8.4 Behandlingsinnovation

- Teamet tilbyder alternative og / eller nyskabende og / eller sundhedsteknologiske interventioner eller handlinger, som adskiller sig i en positiv forstand.

For at et team kan modtage den højeste score, skal alle disse elementer være tydeligt til stede i teamets portfolio og i den logistiske proces med kvalitetssikring.

Endelig score

Den endelige score beregnes ved at lægge den gennemsnitlige score for sektion A, sammen med den gennemsnitlige score for sektion B. Den højeste mulige score er 13. Afskæringsværdien vil blive fastlagt i december 2017.

Gennemsnits score Afsnit A:	
Gennemsnits score Afsnit B:	
Total score A + B:	

Når teamet modtager den endelige score, vil auditorerne starte med at give teamet anerkendende feed back i forhold til:

- Teamets deltagelse i auditeringsprocessen fra start til slut
- Teamets styrker og potentielle forbedringsområder

Derefter redegør auditorerne for hvordan man er kommet frem til den endelige score. Da scoren beror på vurderinger, som kan ses fra mange vinkler og perspektiver, henstilles teams til at tage imod feed back og score som en mulighed for udvikling af teamet.