

Opsøgende Psykoseteam (ACT-model)
- en tværfaglig teambaseret intervention
Om modeltrofasthed og oplevelsen af
reduktion af kompleksitet

Morten Kalmark

Master of Public Health

MPH 2014:38



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Opsøgende Psykoseteam (ACT-model) - en tværfaglig teambaseret intervention
Om modeltrofasthed og oplevelsen af reduktion af kompleksitet

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-982282-3-6



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Opsøgende Psykoseteam (ACT-model) - en tværfaglig teambaseret intervention Om modeltrofasthed og oplevelsen af kompleksitet.				
Författare Morten Kalmark				
Författarens befattning och adress Opsøgende distriktssygeplejerske i Psykiatrien Region Sjælland. Afdelingssygeplejerske affektivt afsnit, Psykiatrisk Center Frederiksberg. RN, BA i Socialvidenskab, Diploma i Public Health og MPH. Privat: Aastofte 1, 4000 Roskilde, Danmark. mobil+4529880705 mail: kalmark@mail.dk				
Datum då examensarbetet godkändes 12.11.2014			Handledare NHV/Extern Mads Hermansen, professor, dr.pæd.	
Antal sidor 61	Språk – examensarbete Dansk	Språk – sammanfattning Dansk og Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-982282-3-6

Sammanfattning;

Formålet: Psykiatriens udvikling er konstant præget af ønsket om effektive behandlings-metoder. Etablering af ACT (Assertive Community Treatment) - er skabt i erkendelse af, at psykiatrien i hospitalerne ikke i tilstrækkelig grad har evnet at helbrede. Med afsæt i de kronisk psykisk syge, vil dette MPH arbejde fokusere på denne gruppes sundhedstilstand, ved at studere arbejdsmetoden ACT. En arbejdsmetode som sundheds- og socialvæsenet i stigende grad accepterer som organisation og funktion til forebyggelse og sundhedsfremme. Der er i de sindslidendes liv brug for en arbejdsmodel, hvor en kompetent hjælper kan støtte den sindslidende i at begribe hverdagen, så der dannes et meningsfuldt grundlag for at håndtere livet. Formålet med studiet er, at få mere viden om, hvordan de danske ACT teams fungerer i en hektisk hverdag. Modellen har i udlandet vist, at have god effekt på reduktion af kompleksitet og sikre en bedre sammenhæng i det psykiatriske arbejde. Studiet er ligeledes en efterprøvning af, om der arbejdes modeltrofast overfor ACT i Danmark.

Metode: Studiet belyser ACT interventionen ved hjælp af en struktureret elektronisk spørgeundersøgelse og efterfølgende kvalitativ indholdsanalyse. Efterfølgende fravalg af størstedelen af den indsamlede kvantitative data, grundet lav svarprocent.

Resultat: I undersøgelsen deltog 72 respondenter fordelt på 31 respondenter fra Region Hovedstaden (43 %), 12 respondenter fra Region Sjælland (17 %), 11 respondenter fra Region Syddanmark (15 %), 2 respondenter fra Region Midtjylland (3 %) og endelig 16 respondenter fra Region Nordjylland (22 %). Antal ACT teams i Danmark er fordelt med 33 teams i Region Hovedstaden, et team i Region Sjælland, otte teams i Region Syddanmark, 11 teams i Region Midtjylland og endelig fire teams i Region Nordjylland. Danske ACT teams arbejder anderledes og med en anden sammensætning / funktion end den oprindelige model fra USA. ACT har vist sin funktionsdygtighed gennem mere end de sidste 10 år i Danmark. ACT teams indtænker salutogenitet i sin arbejdsform og fokuserer på ressourcer og på at forbedre sundhedstilstanden. ACT er opsøgende og assertivt i sin kontakt til klienterne.

Konklusion: ACT har med sit indtog i Danmark vist, at tilgodese et behov hos både klienter, den arbejdende psykiatri og samfundet. Psykiatrien skal behandle klienterne, der hvor de er – i deres eget liv. Med tilbud som er tilgængelige, sammenhængende og meningsfulde for den enkeltes vej mod et godt liv uden eller på trods af sygdom. Arbejdsmetoden er effektiv i reduktion af sundhedsfaglig og socialfaglig kompleksitet og teammedlemmerne udtrykker stor arbejdstilfredshed ved metoden. Teammedlemmerne i danske ACT-teams evner at arbejde i teams. Det tværfaglige samarbejde opleves meningsfuldt og håndterbart. ACT arbejdet er attraktivt og kan rekruttere kompetente medlemmer. Kvaliteten af de ydelser som ACT teams leverer, inkluderer forebyggelse, pleje, behandling, rehabilitering samt en øget oplevelse af tilgængelighed, koordination, kontinuitet og reduktion af kompleksitet. De danske ACT teams er ikke modeltro mod ACT – men tilpasset danske forhold og begrænsninger. ACT team har ikke fuldstændig myndighedsfunktion. ACT som model er under udvikling og tillempes mere og mere i en dansk kontekst.

Nyckelord;

Assertive Community Treatment (ACT = Opsøgende psykoseteam), modeltrofasthed, reduktion af kompleksitet, teambaseret intervention, tværfaglig samarbejde.



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis Outreach Psychosis Team (ACT) model: a multi-disciplinary team-based intervention about fidelity and the experience of reducing complexity.				
Author Morten Kalmark				
Author's position and address Outreach district nurse in Psychiatry Zealand. Head nurse affectively section, Psychiatric Centre Frederiksberg. RN, BA in Social Science, Diploma in Public Health and MPH Private: Aastofte 1, 4000 Roskilde, Denmark. mobile + 4529880705 mail: kalmark@mail.dk				
Date of approval 12.11.2014		Supervisor NHV/External Mads Hermansen, professor, dr.pæd.		
No. of pages 61	Language – thesis Danish	Language – abstract Danish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-982282-3-6

Abstract

Background: In psychiatry, development is characterized by a desire for efficient treatment. Establishment of Assertive Community Treatment (ACT) was created in recognition that psychiatric hospitals have not adequately been able to restore health. Based on the chronic mentally ill, this study focused on the Outreach Psychosis Team by studying the working method ACT. Health and social services are increasingly willing to accept ACT as an organized and functional method for prevention and health promotion. Mentally ill people need a working model in which a competent assistant can support the patient in comprehending everyday life and form a meaningful basis for dealing with life.

Aim: This study aimed to gain more knowledge about how ACT teams in Denmark operate in a hectic schedule, and determine whether teams adhere to the ACT model.

Method: The study highlighted ACT intervention using a structured electronic survey and subsequent qualitative content analysis. However, most of the collected quantitative data was rejected due to a low response rate.

Results: The study included 72 respondents, 31 working in Region Hovedstaden, 12 in Region Sjælland 11 in Region Syddanmark, 2 in Region Midtjylland, and 16 in Region Nordjylland. ACT teams in Denmark include 33 teams in Region Hovedstaden, 1 in Region Sjælland, 8 in Region Syddanmark, 11 in Region Midtjylland, and 4 in Region Nordjylland. The teams work differently and with a different composition and function than the original US model, but they have proven their functionality for more than 10 years. ACT includes salutogenesis in its working methods, and focuses on resources and on improving health. Moreover, ACT is proactive and assertive in dealing with clients.

Conclusion: Psychiatry must treat clients wherever they are—in their own lives—with offers that are available, consistent, and meaningful to each person on his way to a good life without or in spite of illness. ACT in Denmark has shown that it considers the needs of both clients (i.e., working psychiatry and society), and the working method efficiently reduces the complexity of health care and social work. Team members appreciate the working method. Members of Danish ACT teams are capable of working in teams, and they experience interdisciplinary collaboration as meaningful and manageable. Because working in an ACT team is attractive, it is possible to recruit competent members. Services provided by ACT teams include prevention, care, treatment, rehabilitation, an increased sense of accessibility, coordination and continuity, and decreased complexity. The Danish ACT teams do not strictly adhere to the original ACT model, but rather have adapted to Danish conditions and limitations. Abroad, ACT reduces complexity and ensures greater consistency in mental health work. They do not have complete authority. Currently, ACT is being developed and adjusted to a Danish context.

Key words

Assertive Community Treatment (ACT = Outreach psychosis team), model fidelity, reduction of complexity, team-based intervention, interdisciplinary cooperation.

Indhold

1. BAGGRUND.....	5
1.1 Indledning.....	5
1.2 ACT som model.....	6
1.3 Folkesundhedsperspektiv.....	8
1.4 Forfatterens position og forforståelse af ACT.....	9
2. PROBLEMFORMULERING.....	9
2.1 Formål.....	9
2.2 Forskningsspørgsmål.....	10
3. TEORETISK REFERENCERAMME.....	12
3.1 Team.....	12
3.2 Arbejdsgruppe versus team.....	13
3.3 Reduktion af kompleksitet.....	14
3.4 Implementering ACT teams i Danmark.....	16
4. METODE OG MATERIALE.....	18
4.1 Forskningsmetode.....	18
4.2 Udvalgelse af respondenter.....	18
4.3 Dataindsamling.....	18
4.4 Analyse.....	19
4.5 Antal respondenter og teams i undersøgelsen.....	21
4.6 Om respondenterne i undersøgelsen.....	21
4.7 Undersøgelsens reliabilitet og validitet.....	21
4.8 Etik.....	22
5. RESULTAT.....	23
5.0 At forstå dele ud fra helheden og helheden ud fra delene.....	23
5.1 ACT team i dansk psykiatrisk kontekst.....	24
5.2 Fra Modeltrofasthed til Programfasthed.....	25
5.3 At være eller ikke være et team.....	28
5.4 Arbejdsgruppe versus team.....	30
5.5 Reduktion af kompleksitet.....	32
5.6 Et troværdigt psykiatrisk tilbud.....	36
6. DISKUSSION.....	38
6.1 Diskussion af resultat.....	38
6.2 Diskussion af metode.....	40
6.3 Hvis opgaven skulle gentages... ..	41

7. KONKLUSION OG PERSPEKTIV	42
7.1. Konklusion.....	42
7.2. Perspektivering.....	44
8. TAK og OMTANKE.....	46
9. REFERENCER	47
10. BILAG	48
10.1 Oversigt ACT Teams i Danmark	48
10.2 Invitation til elektronisk spørgeundersøgelse	51
10.3 Spørgeskemaet.....	52
10.4 Oversigt figurer	58
10.5 Baggrundsoplysninger om respondenterne	59
10.6 Vist udført kvalitativ indholdsanalyse	61

1. BAGGRUND

1.1 Indledning

Psykiatriens historie har udviklet sig i forskellige tempi og med vekslende fokusområder. Længe var psykiatrien præget af manglende evne til at diagnosticere psykiske sygdomme. De syge blev isoleret fra det øvrige samfund. Mennesker med sindssygdomme (1) blev stigmatiseret og behandlingen var reduktion af symptomer grundet manglende muligheder for indsigt i selve sygdommen. Først i anden halvdel af 1900-tallet lykkedes det at finde behandlingsmåder, der for alvor kunne neddæmpe symptomerne og samtidig opstille videnskabelige begrundede årsagsforklaringer. Udvikling af psykiatrien tog da først rigtig sin begyndelse.

Psykiatrien er i en løbende udvikling og konstant præget af ønsket om effektive behandlingsmetoder. Afinstitutionaliseringen af landets store mentale sygehuse (2) og det derved skabte behov for at give sindslidende et sufficent tilbud, må ses som et forsøg på, at den sindslidende hjælpes ude i samfundet og af samfundets og egne ressourcer. Etablering af ACT (Assertive Community Treatment) er sket i en erkendelse af, at psykiatrien i hospitalerne ikke i tilstrækkelig grad har evnet at kunne helbrede (3).

Med afsæt i en af de svageste grupper i vores samfund – nemlig psykisk syge med langvarige psykoser og skizofreni, vil dette MPH arbejde fokusere på ACT som arbejdsmetoden til at behandle, støtte og hjælpe en befolkningsgruppe med en alvorlig sygdomsproblematik.

Aaron Antonovsky (4,5) arbejdede i sin tilgang med, at vi skulle forstå salutogen tænkning – som modvægt til vores vante patogen tilgang. Dette skal ses som et supplement til den traditionelle behandling ved indlæggelse eller i distriktpspsykiatrien. I denne sammenhæng er fokus mestring og fremme af sammenhængskraften i de aktiviteter, som virker sundhedsfremmende i klientens liv.

Som arbejdsmodel er ACT, både af politikere og ledende embedsmænd, udråbt (6,7) til konceptet for opbygning af en forbedret og mere sammenhængende psykiatri. En arbejdsmetode som sundheds- og socialvæsenet i stigende grad accepterer som organisation og funktion for forebyggelse og sundhedsfremme. I Danmark er metoden blevet etableret og fungerer i stigende grad som arbejdsmodel i de forskellige teams. Psykiatrien i Tønder introducerede som de første metoden (8) i 1999 og nu arbejdes der med ACT over hele landet i ca. 59 teams. Der er i klienternes liv brug for en arbejdsmodel, hvor en kompetent hjælper kan støtte den sindslidende i *at begribe hverdagen*, så der dannes *et meningsfuldt grundlag for at håndtere livet*.

Da en dansk oversættelsen af ACT-model forelå (6) i år 2000, var modellen ikke forsøgt omarbejdet eller tilpasset til danske forhold. Der var tale om en ren amerikansk model fra en amerikansk kontekst. En model som havde haft relativ stor succes i sin udbredelse i USA siden 1970'erne. Den amerikanske idémand Leonard Stein (6) mente

dog, at modellen også passede til vores måde at tilrettelægge og håndtere psykiatrisk arbejde i Danmark. I Danmark er det været en regional opgave, at drive ACT-teams.

Der er åbenlyst klare forskelle på udfoldelsen i Wisconsin (USA) kontra i Danmark. De sociokulturelle vilkår i USA er ikke præget af velfærdsstatstænkning. Ansvar for de svage er ikke placeret i et "offentligt system", men hviler på andre og er lagt i hænderne på professionelle, deres og samfundets moral og rummer en social og menneskelig ansvarlighed. I USA var det afgørende argument for at etablere modellen, at de kronisk sindslidende motiveres af, at ACT kan være muligheden for, at de generobrer deres sociale eksistens. Dette vil sige, at genfinde pladsen i samfundet og dermed sikrer deres borgerrettigheder. Danmark har fokus på recovery og empowerment, og det nødvendige i, at sindslidende konstant hjælpes i hverdagen og ikke er nødsaget til at opholde sig på gader eller på hospitaler.

Grundtanken med ACT er opbygning af et tværfagligt team, med de nødvendige kompetencer til, at kunne løse komplekse opgaver. Tværfagligt samarbejde betegnes ved, at flere faggrupper er repræsenteret i en organisation. Det tværfaglige samarbejde definerer Lauvås & Lauvås (9) som en interaktion mellem repræsentanter fra forskellige fag. Interaktionen drejer sig om: *"Sikring af kvalitet i arbejdet ved, at den samlede faglige kompetence bliver udnyttet maksimalt, og udvikling af fælles kundskabsgrundlag på tværs af fag og stimulering til faglig udvikling inden for bidragende fag"*. Forskellen på en gruppe eller et team ligger i valg af arbejdsmetode og det at erkende og forpligtige sig overfor fælles mål.

Jeg vil med dette MPH arbejde undersøge, om teammedlemmer i danske ACT team vedkender at arbejde tværfagligt i et team samt om de i deres hverdag oplever og genkender, at have fælles mål og bevidst arbejder efter ACT modellen.

1.2 ACT som model

Opsøgende psykoseteam eller vedvarende opsøgende behandling (engelsk; Assertive Community Treatment) er en intensiv, teambaseret behandlingsmodel indenfor psykiatrien, som kendetegnes ved at behandlerne opsøger patienten i patientens eget lokalsamfund, etablerer kontakt på patientens præmisser, samt dækker forskellige behov på tværs af fag og sektorer (6). ACT teamet skal tilbyde behandling, rehabilitering, opfølgning og støtte til målgruppen, samt bidrage til at en sårbar og udsat gruppe mennesker med alvorlige psykiske lidelser får tilgang til sammenhængende, helhedsorienteret og koordineret tjenester.

Hospitalets traditionelle arbejdsdeling kan både af patienter, pårørende og samarbejdspartener opleves utilstrækkelig. I ACT bliver patientrollen konverteret til klientrollen, hvor behandler kommer til klienten i klientens egne rammer. Klienterne skal kunne stole på, at personalet altid er til rådighed døgnet rundt. ACT teamet påtager sig ansvaret for direkte behandling og støtte – også udenfor for normal arbejdstid. Ikke sjældent kan en intervention pr. telefon eller med en kontakt til en kendt, bryde kendte

adfærdsmønstre, der hurtigt kunne udvikle sig til en krise. ACT som arbejdsform skaber en tættere kontakt mellem klient og behandler og der kan hurtigere interveneres, hvis / når klientens symptomer vender tilbage, hvilke er afgørende for en tidlig indgriben.

ACT bygger på et tværfagligt sammensat team med god bemanding, som skal give tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte kompliceret af misbrug. Målgruppen kendetegnes ved, at de har behov for et langvarigt og koordineret tjenestetilbud. Klienterne har ofte et svagt eller manglende fungerende socialt netværk og de evner ikke at forholde sig til de eksisterende behandlings tilbud. Klienterne kan have svært ved at se egne behov for hjælp og kan have tillægsudfordringer som kriminalitet, boligløshed og hyppige indlæggelser i psykiatriske sygehuse. Målgruppen som tilknyttede ACT er specielt sårbare for manglende kontinuitet og manglende koordinering i tjenesterne.

ACT er den mest omfattende model for integration indenfor psykiatrien. Indsatsen ydes af et team, der rummer alle de nødvendige fagpersoner og som har myndighed til at tage beslutninger på alle relevante områder. I den mest integrerede udgave er alle teammedlemmerne ansvarlige for behandlingen af alle de tilknyttede borgere. Arbejdet er reelt tværfagligt og de enkelte borger bliver regelmæssigt drøftet mellem teammedlemmer fra forskellige fag (6).

I Danmark etableres OPUS (tidlig opsporing og intensiv behandling af unge mennesker med psykose) ligeledes som et tilbud til unge med skizofreni. Dette er også et ACT tilbud, men med en målgruppe mellem 18 og 35 år og en varighed af tilbuddet for den enkelte klient på to år.

ACT beskrives som en teambaseret og helhedsorienteret indsats, der er designet til at yde psykiatrisk behandling, rehabilitering og støtte til personer med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser. At indsatsen er helhedsorienteret betyder, at borgerens samlede behov er samlet under ACT indsatsen.

Blandt de tjenester som ACT yder er: løbende opfølgning på borgerens tilstand, sagsbehandling, psykologhjælp/psykiatrisk hjælp, sundheds- og misbrugshjælp, hjælp med henblik på uddannelse, beskæftigelse, at blive i egen bolig, familiestøtte og træning af sociale kompetencer. Ud over psykiatere og socialarbejdere kan det tværfaglige ACT team eksempelvis bestå af sygeplejersker, pædagoger, misbrugskonsulenter, beskæftigelseskonsulenter og sagsbehandlere (6).

ACT som model er beskrevet ovenstående i fastlagte komponenter. Empirisk erfaring og forskning har vist, at disse komponenter skal være repræsenteret for at modellen virker optimalt (7) side 11-12. I problemformuleringen vil de hypotetiske spørgsmål repræsentere disse komponenter og er valgt medtaget, som en for muligheden, at danne og se et mønster i det enkelte ACT team, og efterfølgende i den kvalitative analyse, at se et overordnet billede af ACT i Danmark.

Kritikken fra behandlere som arbejder traditionelt, kunne med rette påstå at ACT fremelsker ”afhængighed”, når en patient opspores/ opsøges, hvis aftaler ikke

overholdes. Det aktive engagement i klientens livsverden kan misfortolkes, som at ansvaret overlades til personalet og at dette vil kunne forlænge behandlingsprocessen. Negative symptomer, som er et psykiatrisk (symptom /diagnose) begreb hos mennesker med skizofreni og andre psykotiske lidelser - gør at disse menneskers normale evne til refleksion og evne til at handle, er sat på vågeblus. Opsøgende arbejde er af afgørende betydning for disse klienter, fordi deres evne til at fungere er ramt.

En sammenfatning af de vigtigste komponenter (6,7) i behandlingsmodellen er:

- ACT er en aktiv og opsøgende arbejdsform på patientens præmisser. 80 % af kontakten med patienterne foregår udenfor kontoret.
- Teamet skal have en god bemanding og hver case manager/ teammedlem har ikke mere end ti klienter.
- Det er vigtigt at arbejde teambaseret i en tværfaglig sammenhæng.
- Det skal udøves højt niveau af familiestøtte og psykoedukation.
- Behandlingen skal have fokus på relevante tiltag for arbejde, meningsfuld fritid for patienten samt en værdig og meningsfuld hverdag i eget nærmiljø.
- Medikamentel behandling og integreret behandling af misbrug er vigtige faktorer.
- Teamet skal udføre rehabilitering med fokus på symptomlindring samt udarbejde planer for krisehåndtering.
- Teamets skal give hjælp og støtte i daglige gøremål som indkøb, økonomistyring, forebyggelse og tiltag ved boligmangel.
- God tilgængelighed og stor grad af fleksibilitet er påkrævet.

ACT har sin oprindelse fra USA og er en velevvalueret model internationalt (10,11,12) og med gode resultater for målgruppen i form af:

- Bedre tilgang til sundhedsfaglige og socialfaglige tjenester.
- Bedre socialt funktionsniveau.
- Færre indlæggelsesdage på sygehus.
- Højere brugertilfredshed.
- ACT teamene klarer bedre at holde kontakten med klienterne over tid.

1.3 Folkesundhedsperspektiv

Hele tankesættet omkring ACT-team rummer en høj grad af folkesundhedsvidenskab (13). Modellen beskæftiger sig med en specifik befolkningsgruppes sundhedstilstand og tager afsæt i forebyggelse og sundhedsfremme. I en bestræbelse på at opnå bedre sundhedstilstand for psykiatriske klienter, inddrages og omstruktureres både social- og sundhedsvæsenets opbygning og dets funktioner. ACT er som model fokuseret på, at være vedvarende opsøgende overfor en ikke selvhenvendende patientgruppe. I faget folkesundhedsvidenskab har viden og indsigt i samfundsforhold stor betydning for, at kunne vedholde og forbedre en sundhedstilstand. ACT teamets tiltag befinder sig i et krydsfelt mellem samfundsvidenskab og sundhedsvidenskab og involverer andre fagtraditioner som psykologi, pædagogik, socialvidenskab, økonomi og management.

ACT modellen tager således udgangspunkt i en specifik befolkningsgruppes levevilkår og forhold til sundhed og sygdom. Modellen tager i sit daglige virke et enstreget udgangspunkt (total behandlingsansvar) i behandlingen overfor den enkelte klient, som er inkluderet og har fået tilbudt ACT.

I Norden har Norge oprettet omkring 20 ACT teams og arbejder yderst seriøst på at måle effekten af disse team, samt udgive retningslinjer for etablering og drift af ACT team. I Sverige startede metodeudviklingen 2005 og pågår. Svenskerne har længe arbejdet med Personlig Ombud og Case Management(14). Finland er kendt for deres behandlingsmetode Åbne Samtaler. De øvrige nordiske områder har ikke implementeret ACT modellen, men et grønlandsk parti påbegyndte i 2014 en diskussion om ACT.

1.4 Forfatterens position og forforståelse af ACT

Min forforståelse bygger på et teoretisk og praktisk kendskab til ACT som arbejdsmetode. Jeg har gennem mit arbejde i monofaglige og tværfaglige sammenhænge, udviklet mine kompetencer i arbejdsmetoden. Dette har jeg både gjort i det sociale felt og i mit virke indenfor hospitals-, distrikts- og socialpsykiatri. Jeg har gennem de sidste 20 år arbejde bredt indenfor folkesundheden med projekter og innovation i den offentlige og i den private sektor.

For at kunne forstå arbejdsmetoden hævder Gadamer (15), at man er nød til at have en forudgående forståelse af, om arbejdsmetoden er meningsfuld og troværdig, samt befinder sig indenfor et virkefelt, der har betydning og effekt for mennesker med en psykisk lidelse. Ifølge Gadamer's *hermeneutiske cirkel* er en metodisk grundregel og et grundtræk ved menneskets måde at eksistere på, at mennesket må forstå delene ud fra helheden og helheden ud fra delene.

Min forståelse for processer i det psykiatriske arbejde, de psykiatriske problemstillinger, behov for nye tiltag og endelig synliggørelse af disharmonier på individ- og på samfundsniveau, er vitale i en forforståelse af ACT. Indsamling af erfaringer af effekt med ACT styrker min position. Jeg har forståelse for og indsigt i, hvordan ACT kan virke i en organisatorisk kontekst. Desuden har jeg i 2002 været med til, at skabe det andet ACT team i Danmark (16).

2. PROBLEMFORMULERING

2.1 Formål

Dette MPH arbejde er et nedslag, for at se den praksisnære virkelighed og effekten af arbejdsmetoden ACT i dansk sammenhæng. Dette arbejde er tænkt som et bidrag i

forståelsen af brugbarheden af ACT og arbejdsmetodens anvendelse, både for det enkelte individ og for hele organisationer.

Formålet med studiet er, at få en viden om, hvad der virker og gør, at danske ACT teams fungerer i en hektisk psykiatrisk hverdag. Dette arbejde tager sit udgangspunkt i et teammedlemsperspektiv.

I Danmark er der endnu lavet få undersøgelser om, hvordan danske ACT teams fungerer, som en ny teambaseret interventionsform, der bygger på tværfagligt samarbejde. Modellen forventes at have god effekt på reduktion af kompleksitet og en markant medvirken til, at sikre en bedre sammenhæng i det psykiatriske arbejde.

Studiet er også en prøvning af, om der arbejdes modeltrofast overfor ACT eller om dansk ACT teams blot benytter elementer af ACT. I denne sammenhænge undersøges det/sættes der spørgsmålstejn ved, om danske teams går andre veje end ACT-modellen i sin bestræbelse på, at opnå bedre behandling og rehabilitering af sine klienter.

2.2 Forskningsspørgsmål

Psykiatrien i Danmark etablerede i 2001 ACT team og navngav disse Opsøgende Psykoseteam (OP-team). Modellen blev skabt 1970'erne i USA (6,17,18) og var allerede velafprøvet inden sin ankomst til Danmark. Opsøgende Psykoseteam er et ambulant behandlingstilbud. Teamet tilbyder særlig opsøgende og fastholdende indsats i forhold til behandling, hjælp og støtte.

Målet er støtte til personer med alvorlige, langvarige psykiske lidelser, samt at give disse mennesker mulighed for at leve et stabilt liv af en rimelig kvalitet og engagere sig i aktiviteter, som fremmer et meningsfuldt liv. Klienternes problemstillinger er ofte så mangeartede og komplekse, at de ikke formår at benytte sig af de sundhedstilbud som resten af befolkningen benytter. ACT-teamet er selve kernen i ACT-programmet. Der er behov for medarbejdere med væsentlig psykiatrisk erfaring, høj grad af selvstændighed og med evne til at samarbejde i et team. Den relative "ensomme" og selvstændige arbejdsform kan give udbrændthed og psykiske belastninger. Dette modvirkes ved et velfungerende team, hvor medarbejderne gensidig støtter hinanden.

En række forudsætninger betragtes som grundlæggende for at klienter og team oplever at ACT virker. Forudsætningerne er kontraheret ud fra basis litteratur (6,7) om ACT og er i dette MPH arbejde blevet omskrevet til **hypotetiske spørgsmål**. De hypotetiske spørgsmål er;

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| • Er teamet opsøgende og vedholdende (assertivt) i sit forsøg på, at | fastholde kontakten med klienten? | • Er der tale om multidisciplinært team? |
| | • Arbejder medarbejderne som et team? | • Sker klientkontakt og behandling ved |

- | | | |
|---|---|--|
| <p>hjemmebesøg eller i lokalområdet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formår ACT-teamet, som arbejdsgruppe at arbejde målrettet og tværfagligt på opgaven? • Tilbydes et 24 timers beredskab og en tidsbegrænset service? • Har hvert teammedlem en lav caseload (8-10 klienter)? • Yder teamet størstedelen af ydelserne indenfor alle fagområder? • Har teamet en ideel størrelse? • Har teamet en flad - ikke hierarkisk ledelsesstruktur? • Er størstedelen af medarbejderne fuldtidsansatte? • Tilbydes gode arbejdsforhold og god løn? • Er personale-udskiftningen på et (absolut) minimum? • Deler teamet deres erfaringer, kunnen og viden med hinanden? • Tilbyder teamet kontakt og | <p>samarbejde med pårørende?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjælper teamet med at skabe kontakt til egen læge, socialforvaltning og andre offentlige instanser? • Kan teamet tilbyde en hurtig stabiliserende indsats? • Kan klienten og team i fællesskab, vurdere og håndtere sygdomssignaler og sygdomssymptomer og aktivt bidrage med, at reducere varighed, intensiteten og hyppighed af klientens psykoser? • Har teamarbejdet en aflastende funktion i forhold til boligselskab, politi- og retsvæsen? • Kan klienterne fastholdes i aktiviteter og får de job? • Oplever klienten at isolation brydes fx ved at etablere og udvikle netværk? • Medvirker modellen til sikring af klientens rettigheder og pligter? | <ul style="list-style-type: none"> • Er kontakt opsøgende og vedvarende, også under evt. indlæggelse? • Modtager klienten relevant psykofarmakologisk behandling? • Kan der tilbydes en høj grad af individualiseret behandling, baseret på den enkelte klient behov? • Giver klienterne udtryk for en oplevelse af bedre livskvalitet? • Betyder denne behandlingsform færre hospitalsindlæggelser? • Har ACT betydning for en bedre sundhedstilstand hos klienterne? • Fremmer arbejdsmetoden klienternes selvstændighed? • Kan teamet følge op på en bruger flere gange om dagen? • Gennemgår teamet alle brugere i daglige teammøder? |
|---|---|--|

Forskningsvinklen for dette MPH arbejde er gennem 31 hypotetiske spørgsmål og en efterfølgende kvalitativ indholdsanalyse, at besvare det enkle, men brede spørgsmål;

Hvad er det egentlig som gør, at et ACT team fungerer i hverdagen?

3. TEORETISK REFERENCERAMME

3.1 Team

ACT teamet er selve kernen i ACT programmet. Det er essentielt, at teamet fungerer som et team og ikke som en gruppe bestående af enkelt individer, der kalder sig et team. Netop det forhold, at al behandling sker på stedet (direkte service i hjemmet frem for i et konsultationsværelse / ambulatorium eller på et hospital) kræver at teamet besidder færdigheder, som er nødvendige for at støtte klientens integration i samfundet.

Et ACT team kan betragtes som et socialt system. Et social system skal ifølge Talcott Parsons (19) opfylde fire grundlæggende krav; 1) tilpasse sig de fysiske omgivelser, så det kan producere det fornødne for medlemmernes eksistens, 2) sørge for enighed mellem medlemmerne om mål og prioritering mellem målene; 3) sørge for at opretholde samfundsmønstret, sikre at medlemmerne deler en grundlæggende opfattelse af samfundsværdierne; 4) integrere, koordinere og kontrollere de underliggende elementer i de forskellige dele af det sociale system.

Talcott Parsons (19) strukturfunktionalistiske teori angiver de rammer som styrer handlingsprocesserne. Teorien hjælper med at forstå, hvilke handlinger som er funktionelle og hvilke som er dysfunktionelle for systemets opretholdelse.

Medlemmerne i teamet skal være i besiddelse af kompetente fagspecifikke og teoretiske egenskaber, så arbejdsgruppen kan fungere. Personlige egenskaber som tålmodighed, indføling, optimisme, overtalelsesevner, pragmatisme, fleksibilitet, god dømmekraft og at kunne begå sig i forskellige miljøer – er afgørende for et team i funktion.

Lauvås & Lauvås (9) har følgende definition af et tværfagligt team: *”... et lille antal personer med komplementære færdigheder, som er engageret i fælles formål, præstationsmål og fremgangsmåde, som de anser sig for indbyrdes ansvarlige for.”*

John Øvretveit (21) anvender tilsvarende definition: *”a small group of people who relate to each other to contribute to a common goal”*. Øvretveit udvider sin definition ved at give definitionen af community multidisciplinary team: *“a small group of people, usually from different professions and agencies, who relate to each other to contribute to the common goal of meeting the health and social needs of one client, or those of a client population in the community”*.

Et tværfagligt team er kendetegnet ved, at have en fælles vision og mission. Teamet vil i udførelse af sin praksis, integrere teori og metode fra de forskellige fag, der er repræsenteret i teamet gennem deltagernes kommunikation med hinanden. Helheden varetages ved, at de medvirkende fag i samarbejdet komplementerer hinanden. En fundamental hensigt med team organisering er, at resultaterne bliver bedre end summen tilsammen af de enkelte fag (9).

ACT personalet arbejder ud fra en tværfaglig tilgang til case management og teamet skal arbejde i et miljø, der fremmer en fælles personaleidentitet som ”generalister”. Selvom der efterspørges ekspertviden, er det afgørende, at teammedlemmerne er af den opfattelse, at deres ekspertise skal eller kan deles. Meget af arbejdet skal kunne udføres af andre teammedlemmer. Kritik mod etablering af ACT teams har indeholdt en bekymring for, om denne holdning kan etableres på handleniveau. Dette MPH arbejde vil undersøge, i hvilken grad dette er lykket.

Meredith Belbin (22) udviklede sin teori om teamstruktur, teamadfærd og beskriver hvilke egenskaber, der bør være repræsenteret i teamet, for at det skal fungere effektivt. De funktionelle roller omhandler de fagligheder som er påkrævet i et ACT team. Belbin fandt, at teams der er sammensat af højt kvalificerede mennesker med tilnærmet samme egenskaber, udgjorde dårligt fungerende team og faldt fra hinanden efter et stykke tid. Team som bestod af individer med forskellige egenskaber og evner - fungerede bedre. Belbin fandt i alt otte teamroller, som skal varetage de funktioner, der må være tilstede i teamet. Når teammedlemmerne udfylder de otte roller, har teamet efter Belbin opfattelse større mulighed for at få arbejdet gjort. De otte teamroller er; ideskaberen, holdspilleren, koordinatoren, ressourc søgeren, udretteren, analytiker, arbejder og færdiggøreren.

3.2 Arbejdsgruppe versus team

Wilfred Bion (23) definerede grupper som det system, hvor vi som mennesker får mulighed for at opfylde vores potentialer. Det er uklart om Bion faktisk mente teams, da han lavede sine antagelser i 1960'erne.

Følger vi Bion er dilemmaet, at gruppen er engageret i to slags aktiviteter på en og samme tid. Nemlig i arbejdsgruppe (Workgroup) og som grundantagelsesgruppe (Basic Assumption Group). Grundantagelsesgruppen antager igen 3 subgrundformer: afhængighedsgruppe (afhængighed som grundantagelse), kamp/flugt gruppen (kamp eller flugt som grundantagelse), pardannelsesgruppen (formering og håb som grundantagelse).

Arbejdsgruppen forholder sig til realiteterne. Den kender forskel på fantasi og kendsgerninger. Ved at indtræde i sin sociale rolle vedkender individet sig arbejdsgruppen, dens primære opgave og de øvrige aktører i deres roller. Medlemmerne samarbejder som selvstændige individer. De arbejder på, at opfylde gruppens opgave. Man lærer af sine erfaringer og fokuserer på at optimere gruppens arbejde. Arbejdsgruppen er bevidst om sit formål og kan definere sin opgave. Der hersker accept af den enkelte, en uformel afspændt atmosfære, gruppen er selvkorregerende og der er plads til konstruktiv kritik. Derudover deles følelser såvel som tanker og gruppen er beslutningsdygtig.

Dette MPH arbejde ønsker at undersøge kvaliteterne i danske ACT teams og deres betydning for reduktion af social kompleksitet. I afsnit 3.3 belyser jeg teoretiske overvejelser om reduktion af kompleksitet.

Fra tid til anden arbejder gruppen ikke som arbejdsgruppe, men ændrer sig til en grundantagelsesgruppen. Alle arbejdsgrupper har “fat i” et eller flere sæt grundantagelser. Hvor gruppen som arbejdsgruppe vender sig imod sine realiteter og udad, vender grundantagelsesgruppen sig indad mod sine egne fantasier og ubevidste forestillinger, forsvar, angst, projektioner og impulser, som ligger til grund for adfærden i gruppen.

Spændingsfeltet mellem at være et team, som kun består af arbejdsgrupper (interne teammedlemmer arbejdsgruppe, klientbehandler arbejdsgrupper eller andre former for arbejdsgrupper) og et team, der består af arbejdsgrupper og grundantagelsesgrupper, gør en stor forskel i det daglige arbejdsflow. Livet i en arbejdsgruppe kan være spændende og effektivt. Men det kan også være frustrerende og ineffektivt, når teamet må antages, at svinge mellem at være arbejdsgruppe og / eller grundantagelsesgruppe.

Der optræder naturligvis konflikter i tværfaglige team (9), men de er i almindelighed færre og mindre fastlåste i den organisation, hvor der gives tid til at opbygge teamet. Læring som begreb og opmærksomhed på selve teamet, betragtes som to primære forhold til etablering af effektive og fleksible organisationer. Interessen for team og brug af teamorganisering er vokset i omfang og bliver af mange betragtet som muligheden for forøgelse af effektiviteten og kvaliteten i arbejdsprocesserne i organisationen.

Et *team* defineres (tidligere nævnt) som et mindre antal mennesker med komplementære færdigheder og med valg af fælles arbejdsmetode, som oplever gensidig ansvarlighed og forpligtiger sig overfor fælles mål. *Gruppen* som organisering kendetegnes derimod ved, at kunne løse opgaver sammen, uden at være forpligtet overfor et fælles mål.

3.3 Reduktion af kompleksitet

Luhmann (24) følger denne funktionalistiske systemteori og udvikler sine tanker om sociale systemer. En situation er meningsfuld, hvis man ved, hvordan den er opstået og hvordan den skal håndteres. Et grundlæggende problem bliver *reduktion af kompleksitet*, da intet system kan håndtere hverken sin egen eller omverdenens overflod af muligheder. Kernen i Luhmanns funktionalisme er, at hvad der er muligt afhænger af, hvad der er struktureret. Sociale systemer kan overleve, hvis de er i stand til under stadig forandring (variation), at kunne forenkle og midlertidig fastholde stabiliteten.

Luhmann skelner mellem tre typer af sociale systemer (24). Det første system kalder han *interaktioner*, hvilke er sociale systemer, som er afhængige af personers samtidige tilstedeværelse. Andet system er *organisationer*, hvilket er sociale systemer, som

reproducerer sig selv ved hjælp af medlemskabsbetingelser og beslutningsteknikker og endelig det tredje system *samfundet*, der er det mest omfattende socialsystem. Både interaktioner og organisationer er bestanddele af samfundet og de kan kun eksistere indenfor et samfund, når samfundet har givet sin accept.

ACT er således en behandlingsform, som kun har sin legitimitet, hvis samfundet har accepteret og påskønner dens eksistens. ACT kan kun overleve, hvis der er samspil mellem organisation og interaktioner er til stede og fungerer i en samfundsmæssig kontekst. Dette er siden 2001 tilfældet i Danmark og nu med 59 teams over hele landet.

Autopoietiske systemer

Selvom autopoiesis stammer fra den biologiske verden (Maturana og Varela) er dette begreb overført til den systemiske tænkning af Luhmann. Han taler om autopoietiske systemer som selvskabende og selvopretholdende enheder. Begrebet er sammensat af de græske ord *autos* (=selv) og *poiein* (=at skabe). Enheder som er operationelt lukkede og dermed autonome. Det betyder, at autopoietiske systemer i forhold til deres komponenter hverken har input eller output. Autopoietiske systemer kan ikke determineres, men kun irriteres af indflydelse fra omgivelserne. De konkrete systemtilstande bliver således ikke bestemt af omverdenen, men af systemet selv (20).

Formen for udveksling mellem system og omverden bliver ikke fastlagt af omverdenen, men af den lukkede operationsmåde i det autopoietiske system. En autopoietisk enhed er en funktionsdygtig enhed, som er organiseret som et netværk af processer til produktion (transformation og destruktion) af bestanddele. Dette Luhmannske definitionsforslag kan lyde kompliceret, men er faktisk brugbart, når vi tænker på ACT teamet som en levende enhed. ACT som en enhed af behandlere og klienter, der som et autopoietisk system, fremstiller de komponenter og bestanddele, som de består af og fortløbende skaber deres organisation - gennem deres egen ageren. Overlevelse og udvikling sker gennem en cirkulær proces, som betyder at ACT teamet kan opretholde sig selv (20). ACT teamet optræder og tænker i sin grundtanke på overlevelse. Påstanden er, at det enkelte ACT teams succes bygger på, hvor modeltro ACT teamet arbejder ud fra et autopoietisk afsæt.

Reduktion af kompleksitet

Et system er komplekst, når det kan antage mere end en tilstand. I den psykiatriske verden opleves dagligdagen ofte kompleks af de sindslidende og behandlere. Klienterne som tilbydes ACT teamet befinder sig ofte i en kaotisk og kompleks verden. ACT teamet hjælper med at reducere mængden af mulige tilstande, samt at forbedre klienternes funktionsniveau. Alle tiltag handler bevidst om, at udvide den menneskelige evne til at opfatte og initiere reduktion. ACT teamet's fornemste mål er en reduktion af kompleksitet.

Kompleksitet betyder den samlede mængde af mulige tilstande. En reduktion af kompleksitet betegner den centrale funktion i systemer, som har til formål at indskrænke den samlede mængde af de begivenheder, der er mulige i verden.

ACT teamet har som sin berettigelse, at arbejde på reduktion af kompleksitet. Der opbygges tillid (25), når ACT teamet er til rådighed og dets valg af handlinger er overskuelige, effektive og virksomme, når klienterne oplever at en komplekst og truende verden, bliver mindre kompleks og mindre truende.

Et andet opmærksomhedspunkt i processerne omkring ACT er magt eller afmagt (26). Mange klienter må have givet udtryk for afmagt, når verdenen og trufne beslutninger blev for komplekse og livet for svært at leve. ACT team skal fokusere på empowerment i planlægning af sine handlinger. Acceptere sin funktion som aktør i den løbende beslutningsstrøm og hjælpe klienten med at udøve magt, ved at være aktiv eller trække sig, når beslutninger skal træffes.

3.4 Implementering ACT teams i Danmark

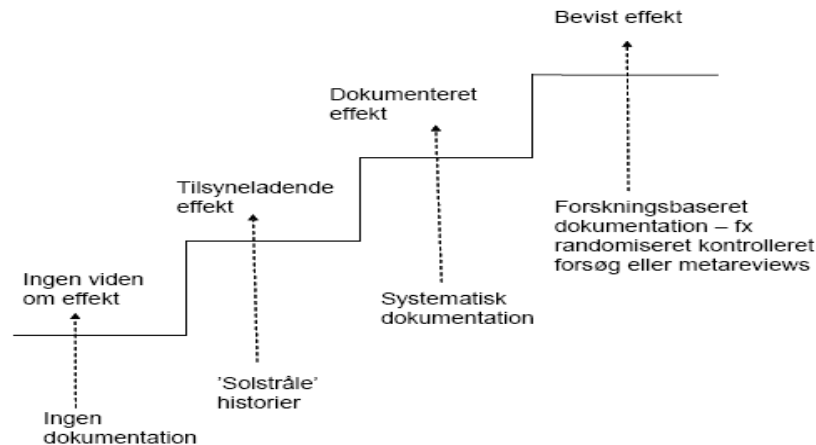
Psykiatrien inddrager i sit virke 'den aktuelt bedste viden' om, hvad der virker. Evidens monitoreres løbende for at undersøge, om der sker de ønskede forandringer og skabes resultater for borgerne. I begrebet "bedste tilgængelige" ligger også en erkendelse af, at der kan eksistere viden og erfaring, som af den ene eller anden grund, ikke er tilgængelig i den enkelte praksis.

Evidens kan være bragt til veje gennem videnskabelige forsøg, evalueringer, forløbsundersøgelser og monitorering, vidensopsamlinger, evalueringer, casestudier og erfaring fra praksis. En evidens er i udgangspunktet veldokumenteret og viser en effekt af en indsats. Nedenfor vises en evidenstrappe (27). Trappen illustrerer, at man i evidenssammenhæng kan gå fra ikke at have nogen viden om effekter eller blot have en formodet viden baseret på enkeltpersoners erfaringer og "solstrålehistorier", til en evidens baseret på systematisk dokumentation, der sandsynliggør en sammenhæng eller effekt. Det højeste trin på trappen er den beviste effekt, som er fremkommet via kontrollerede forsøg og ved indsamling og behandling af statistik.

Ved at implementere ACT i Danmark, må det formodes, at den arbejdende psykiatri forudsættes at have et ønske om, at indsatser og prioriteringer er baseret på den bedst tilgængelige viden om effekt. Dette vil sige, at valgte interventioner befinder sig mod toppen af evidenstrappen. I dagligdagen indenfor psykiatrien kan evidens betragtes på alle niveauer af evidenstrappen – anerkendes, udvikles og inddrages (om muligt fravælges) i interventionen.

Dette MPH arbejde vil se på teammedlemmernes oplevelse af intervention og deres oplevelse af tilfredshed, ved at deltager i ACT.

Figur 1: Evidens-trappen
Kilde: 26



Evidensbaserede programmer / programtrofasthed.

Et program må forudsættes at være gennemtænkt operationelt, før en intervention går i gang. Et program beskriver detaljeret udførelse af praksis. Et evidensbaseret program er en struktureret ramme for en indsats, hvis positive effekter er videnskabeligt bevist. Programtrofasthed betyder (7,13) at disse principielle afgørende elementer er til stede. Der er beskrevet forskellige instrumenter til at måle programtrofasthed for programmet tilpasset en aktuel virkelighed. Når et program har vist effekt i en række forsøg, vil programmet oftest forsøges implementeret overfor samme målgruppe andre steder. For at sikre, at de positive effekter opnås, skal programmerne følges nøje. Programtrofasthed ønsker at beskrive trofastheden overfor et given program og kan for eksempel ved ACT team måles med Dartmouth ACT Fidelity Scale (programtrofasthedsskala; side 95) (6).

Modeltrofasthed af ACT

ACT er som model skabt i Wisconsin (USA). Når en virksom og velafprøvet model forsøges implementeret i en anden kontekst – er det ikke givet, at modellen automatisk vil fungere i en ny virkelighed.

I den Medicinske Teknologi Vurdering, MTV (7) fra 1998 angives, at der vil være bedst effekt af ACT, når fidelity scoren er høj. Dette opnås ved, at der arbejdes stringent efter den oprindelige model.

Som følge af, at viden om effekter skal indpasses i det enkelte tilbuds virkelighed, vil implementeringen foregå forskelligt, og der vil være forskellige grader af ”modeltrofasthed” overfor de fem regioners psykiatri. Modeltrofasthed udtrykker trofastheden overfor en given model. Modellen er implementeret og har tilpasset sig efter de forskellige regioners praksis.

Dette MPH arbejde ønsker at vise et overordnet billede af effekten og den reelle betydning for praksis ved at inddrage programtrofasthed og modeltrofasthed af ACT i Danmark.

4. METODE OG MATERIALE

4.1 Forskningsmetode

Denne opgave tager udgangspunkt i et kvalitativt studie af teammedlemmernes erfaringer, synspunkter og kompetencer i forhold til deres funktion som ACT team. Studiet belyser ACT interventionen ved hjælp af en struktureret elektronisk spørgeundersøgelse.

4.2 Udvalgelse af respondenter

Respondenterne er medarbejderne, som virker som et ACT medlem i Danmark. Alle 59 teams blev udvalgt til undersøgelsen og fundet efter søgning på respektive regioner og kommuners hjemmesider. Denne søgning blev foretaget 1. januar 2014.

4.3 Dataindsamling

Der indsamles data på oplevelsen af arbejdet med ACT. Der er tale om indsamling af kvalitative data i form af frie svarmuligheder og også kvantitative data i form af mere deskriptive data.

Hvert enkelt teammedlem i ACT i Danmark blev inviteret til deltagelse i form af et struktureret elektronisk spørgeskema. **Se bilag 10.2.** Respondenternes identitet var anonym. Der var ens kodenummer for hver region. Dette for at kunne sikre, at besvarelserne kan identificeres fordelt fra hele landet.

Som værktøj benyttes et elektronisk spørgeskema fra Enalyzer Survey Solution (ESS). Der blev udarbejdet 44 spørgsmål ud fra forskningsspørgsmålet og de underlæggende hypotetiske spørgsmål. **Se bilag 10.3.** I udarbejdelse af spørgsmål er brugt basislitteratur om ACT samt den teori som er valgt i dette MPH arbejde.

Jeg valgte ESS som produkt grundet brugervenlighed, nem administration og lav omkostning. Et ekstra plus var et design som var enkelt, nemt at forstå og hurtigt at besvare.

Inden udsendelse af spørgeskema til respondenter, gav ESS mulighed for at teste spørgeskemaet igennem. Både på telefon (QR-kode) og på nettet (via link). Der blev foretaget de nødvendige rettelser inden lancering. Besvarelsen tog ca. 10 -15 minutter.

Der findes to lanceringsformer i ESS, enten E-mail eller link /QR-kode. E-mail lancering anvendes, når ens respondenter er kendte og deres kontakt oplysninger er til rådighed. Link lancering anvendes, når respondenter og deres kontakt oplysninger ikke er til rådighed.

En af de store forskelle mellem de to lanceringsformer er, at der ved en e-mail lancering bliver genereret et unikt link per respondent. Ved en linklancering bliver der genereret et generelt link og respondenterne kan svare alle de gange de vil – men kan ikke holde pause. Det er ikke muligt at kombinere de to lanceringsformer. Ved linklancering genereres et generelt link og dette kan sendes til respondenterne eller lægges ind på en hjemmeside. Når man laver en linklancering bliver der ligeledes dannet en QR tag til undersøgelsen. Ved at skanne QR tag'en med en smartphone eller en tablet kan respondenterne hurtigt gå i gang med undersøgelsen.

Målgruppen blev samlet på en *respondentliste*. **Se bilag 10.1.** Denne liste blev benyttet ved kontakt og udsendelse af invitationer til respondenter. Hvert team blev kontaktet telefonisk, mail eller brev af den MPH-studerende via teamlederen eller sekretær. Der blev ved denne kontakt lavet en aftale om, hvordan spørgeskemaet skulle tilsendes teamet (brev eller mail). Tiden til respons var sat til en måned, hvor der blev tilgodeset tid til eventuel afholdelse af ferie.

Ved lav eller manglende svar var det påtænkt, at teamet via teamleder skulle rykkes af den MPH-studerende. Dette blev ikke aktuelt.

4.4 Analyse

Der blev benyttet *kvalitativ indholdsanalyse* (28,29), hvor data systematisk og objektivt blev reduceret / kondenseret, således at det manifesterede indhold fremkom.

Mine valg af teorier blev reflekteret overfor de kontraherede data og resultatet blev udledt som subkategorier og kategorier, som jeg i min diskussion og konklusion ønskede at fokusere på. Resultatet sammenkædedes ud fra empiri og teori om ACT. Til sidst fremstod et svar på mit spørgsmål og en vurdering af, hvad som gør, at opsøgende psykoseteam som arbejdsmodel, ser ud til at virke i hverdagen.

Det elektroniske spørgeskema transskriberede automatisk de indsamlede interviews. Ud af de i alt 44 stillede spørgsmål var de 13 kvalitative spørgsmål. Disse 13 spørgsmål blev analyseret med metoden *indholdsanalyse* (28,29).

Hvert af de 13 spørgsmål blev behandlet for sig selv. Først blev besvarelsene gennemlæst flere gange for at opnå en opfattelse af helheden. Teksten var relativ kort,

da respondenterne svarede ved indtastning. Der var mange respondenter og derved mange udsagn. Besvarelsenerne viste *meningsenheder*, der refererede til et udsagn eller et bestemt emne.

Disse *meningsenheder* blev efterfølgende *kondenseret* og beskrevet med en komprimeret tekst, der udtrykte essensen af udsagnet i *meningsenheden*. Den kondenserede tekst blev abstraheret og forsynet med en *kode*. Kodning er at meningsenheden benævnes med ”en arbejdstitel”, som åbner op for, at data kan blive set og anvendt på en ny måde. Disse koder svarer ofte konkret på det stillede spørgsmål. Det er ligeledes disse koder, som jeg er gået tilbage til, når jeg har valgt at bruge direkte citater i min MPH. Koderne repræsenterer en mening eller et synspunkt på det konkrete stillede spørgsmål. Alle interviews er medtaget i mit arbejde med *kondensering* og *kodning* af *meningsenheder*.

I mit analysearbejde blev der anvendt åben kodning, kendetegnet ved en gennemlæsning af de selvtransskriberede interviews og med fortløbende notering og opdeling af meningsenheder samt tildeling af koder. Denne tilgang til analysen kaldes for en induktiv indholdsanalyse.

De forskellige *koder* blev sammenlignet efter forskelligheder og ligheder og dernæst inddelt i *subkategorier*, *kategorier* og *overordnede kategorier*. Kategorierne indeholdt gruppe af koder med fælles indhold og /eller betydning. De koder, som blev samlet i en subkategori var ens og samtidig forskellig fra andre subkategorier. Ingen data måtte udelades, som relaterer til fokus for analysen. Under hele analyseprocessen blev der anvendt skemaer for at skabe overblik og struktur. Denne proces er vist i **bilag 10.6**.

Ifølge (28) er selve essensen af den kvalitative indholdsanalyse at skabe kategorier, der fungerer som ledetråde for koderne, og hvor underkategorier udtrykker *det manifeste indhold* i teksten. Altså det som teksten siger direkte. I analyseprocessen bevæger undersøgeren sig på samme tid frem og tilbage mellem de forskellige rubrikker i skemaerne. Og leder efter den underliggende mening, også benævnt *det latente indhold*.

Mætningen i denne proces sker, når undersøgeren ser mønstre i de gennemførte interviews og deraf kan se / beskrive både et manifest og et latent indhold.

I dette MPH arbejde har jeg valgt, at træde et skidt tilbage og benytte mig af de kondenserede enheder, som det giver mening at fremhæve. Jeg har forsøgt at bruge det manifeste indhold i interviewene, til at beskrive en underliggende mening i temaet. Det giver en oplevelse af *at møde* interviewpersonerne, når der benyttes udsagn i teksten af mere personrelateret karakter. Jeg har valgt, at benytte et kort manifest udsagn eller at benytte en mere narrativ tekstdel, for på den måde, at få det latente indhold frem.

Mine seks hovedkategorier er nævnt under Resultat afsnit 5.0.

4.5 Antal respondenter og teams i undersøgelsen

I undersøgelsen blev alle ACT teams i Danmark kontaktet. Antallet af mulige respondenter var efter kontakt til teams og ved verificering på respektive hjemmesider sat til skønsmæssigt 500 personer. Alle blev kontaktet.

I undersøgelsen valgte 72 respondenter at deltage, fordelt på 31 respondenter fra Region Hovedstaden (43 %), 12 respondenter fra Region Sjælland (17 %), 11 respondenter fra Region Syddanmark (15 %), 2 respondenter fra Region Midtjylland (3 %) og endelig 16 respondenter fra Region Nordjylland (22 %).

Antal ACT teams er fordelt med 33 teams fra Region Hovedstaden, et teams fra Region Sjælland, otte teams fra Region Syddanmark, 11 teams fra Region Midtjylland og endelig fire teams fra Region Nordjylland.

4.6 Om respondenterne i undersøgelsen

Fra spørgeundersøgelsen fremkom fakta om respondenterne. Disse fakta er samlet i **bilag 10.5** benævnt baggrundsoplysninger. Respondenterne er kendetegnet ved overvejende at være mellem 40 år og 50 år. Mere en 66 % er kvinder og de fleste har arbejdet mere end 10 år i psykiatrien. Største parten er fuldtidsansatte og næsten 80 % tilhører fagområdet sundhedsfaglige. Af respondenterne var 25 % teamledere, 38 % var sygeplejersker, 13 % havde en anden faglig baggrund, 10 % var psykiatere, 8 % var socialrådgivere, 3 % psykologer og 3 % var alkohol- og stofmisbrugs konsulenter.

4.7 Undersøgelsens reliabilitet og validitet

I kvalitativ forskning starter en empirisk tilgang med forskerens intuitive opfattelse eller forståelse af, hvad som skal studeres. Begreberne reliabilitet, validitet og generaliserbarhed bruges (30) i interviewforskning og relaterer til forståelsen af livsverden. Analysen går ud på at kondensere data, deres forskellige kvaliteter og tematisere. Fra materialet udledes kvaliteterne og de menings skabende enheder.

Analysen af data sker i forskerens hjerne og ikke i en datamaskine. Forskeren (31) lever med sit materiale og lede efter struktur. Forskeren transformerer analysen og løfter frem fænomenets centrale egenskaber. I den kvalitative kundskabsproduktion anses såvel forskeren som de udforskede, som lige vigtige medsubjekter.

Kvalitativ forskning er hermeneutisk. Den forståelsesorienterede tilgang bygger på tolkning. Ifølge den hermeneutiske tilgang giver det ikke mening, at forsøge at bruge naturvidenskabens metoder i samfundsvidenskaben, da objektet der undersøges, i sidste instans altid er tænkende individer med en egen fri vilje og handlingsmønstre. Det vigtige er at forstå, hvorfor individer vælger, som de gør. Ved at fortolke verden er forskeren desuden med til selv at konstruere en forståelse af denne, som vil kunne præge fremtidige fortolkninger.

Om kvalitet i det kvalitative felt nævner Stian Biong (32) begreberne *Troværdighed* (intern/ekstern Validitet), *Pålidelighed* (Reliabilitet) og *Overførbart* /generaliserbarhed, hvor dataindsamling prøves i sammenlignelige processer og udvalget genkendes. I denne proces skal forskeren tilegne eller have kendskab til feltet (praktisk, teoretisk og forskningsmæssigt). Der opbygges tillid mellem forsker og respondenter ved, at forskeren fremtræder og opleves som tillidsfuld. Processen tager tid, og der undgås at tage for tidlige konklusioner. Dataindsamling pågår i en nødvendig tid. Der gives tid til intern logik. Der kan ses frafald af negative cases. Til sidst gives en tilbagemelding til respondenterne (feedback).

Validitet indebærer at de indikatorer som er anvendt for at måle et begreb, virkelig kun måler begrebet. Kvale og Brinkmann (30) skriver *at validere, er at kontrollere*.

Reliabilitet relaterer sig til resultatets konsistens og målingens pålidelighed. Om reliabilitet skriver Kvale og Brinkmann (30) at den intra- og intersubjektive reliabilitet henviser til, om et resultat kan gentages på andre tidspunkter og af andre forskere ved hjælp af samme metode.

Generaliserbarhed er mere enkel og fortæller at resultater i en situation kan overføres til andre situationer. I hverdagen generaliserer vi mere eller mindre spontant. Ud fra vores erfaringer foregriber vi nye situationer og gør os forventninger om, hvad der vil kunne ske i andre lignende situationer.

Denne opgaves validitet, reliabilitet og genrealiserbarhed, vil jeg komme nærmere ind på senere i min diskussion af metoden.

4.8 Etik

Projektet følger gældende retningslinjer for den danske Videnskabs Ethiske Komite og Datatilsynet. Regler og retningslinjer for biomedicinsk forskning i Danmark følges.

Etik opstår i ethvert møde mellem mennesker og handler om de grundlæggende regler for god menneskelig adfærd, mens moral drejer sig om de konkrete, kulturbestemte forskrifter. Grundlæggende skal al forskning, for at blive godkendt, udføres med respekt for menneskeværet. Menneskelige rettigheder og grundlæggende friheder skal altid medtages ved etikprøvning (33). Menneskes velfærd skal træde foran samfundet og videnskabens behov.

I Danmark betød omstruktureringer i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, at der i 2012 skete en sammenlægning af Sekretariatet for Det Ethiske Råd og Sekretariatet for Den Nationale Videnskabsetiske Komité.

Er der tvivl om, hvorvidt nye behandlingsmetoder skal anmeldes som et forskningsprojekt eller ej i Danmark, er det afgørende at se på formålet. Kvalitetsudviklingsprojekter eller kvalitetskontrol **skal ikke anmeldes** til komitésystemet.

Konfidentialitet betyder at private data som identificerer konkrete personer, ikke må medtages i rapporteringen. Dette er beagtet i dette arbejde.

Projektet er et MPH studie og skal ikke godkendes. Alle medtagne data fremstår uden at være klientrelateret og medtagne informationer er anonymiseret.

5. RESULTAT

5.0 At forstå dele ud fra helheden og helheden ud fra delene

Dette MPH arbejde anvender sig af kvalitativ metodik, hvor verbale udsagn fra interviewede teammedlemmer (rådata = svar) i form af formuleringer i skrevne vendinger, ligger til grund for den kvalitative indholdsanalyse (28,29).

Min tilgang er cirkulær, hvor jeg tilslutter mig den metodiske grundregel, at et grundtræk ved menneskets måde at eksistere på er, at mennesket må forstå dele ud fra helheden og helheden ud fra delene.

ACT som metode er stringent beskrevet. De valgte teorier i dette arbejde er udvalgt for at beskrive team, modeltrofasthed og reduktion af social kompleksitet som begreber. Spørgsmålene til respondenterne er sammensat efter min bevidsthed om, hvilke nødvendige elementer, som skal være medtaget i en vurdering af en dansk version af ACT.

Resultaterne er fremkommet efter en kvalitativ induktiv indholdsanalyse, hvor udsagnene fra respondenterne er kondenseret fra det *specifikke* (det enkelte teammedlem i et anonymt dansk ACT teams udsagn) til der i indholdsanalysen dannes et *generelt* billede af, hvordan danske ACT fungerer i hverdagen.

Det deduktive element i processen sker, når jeg i resultatdelen og diskussionsdelen forsøger at sammenstille ACT som model, overfor resultaterne i min indholdsanalyse af danske ACT teams (altså udgår fra den *generelle* amerikanske ACT model og foretager en sammenstilling med den *specifikke* danske ACT model).

Disse områder er valgt som grupperinger, for at tilgodese fokus omkring behandling af emnet team, modeltrofasthed og reduktion af social kompleksitet. Resultaterne er inddelt i seks overordnede områder nemlig; **1) ACT team i dansk psykiatrisk kontekst** (kvalitativt spørgsmål 20), **2) Fra Modeltrofasthed til Programfasthed** (kvalitativt spørgsmål 12 og 14), **3) At være eller ikke være et team** (kvalitativt spørgsmål 13, 33 og 39), **4) Arbejdsgruppe versus team** (kvalitativt spørgsmål 10), **5) Reduktion af kompleksitet** (kvalitativt spørgsmål 22, 24, 28 og 31) og **6) Et troværdigt psykiatrisk tilbud** (kvalitativt spørgsmål 26 og 29).

Tekst skrevet i *gråtone* og *"kursiv"* er direkte besvarelser fra spørgeundersøgelsen.

5.1 ACT team i dansk psykiatrisk kontekst

ACT i dansk kontekst må forventes at have en anden form end den oprindelige model fra USA og England. Respondenter blev spurgt, om de i deres arbejde med ACT oplevede, at teamet hjalp med at skabe kontakt. Mange gav udtryk for, at det var en *"stor del af deres arbejde"* og *"en del af projektbeskrivelsen"*. Teammedlemmerne anser sig *"ofte som bindeleddet til andre instanser"* og *"anser sig som tovholdere for klienten"*. Altså med en *koordinerende funktion* og ud fra princippet med *"at tænke helhedsorienteret"* og *"med kontakt til alle relevante instanser"*.

Anderledes er graden af frivillighed i etablering af kontakt i Danmark - modsat i et *"nødvendigt must"* i den oprindelige form. Enkelte respondenter sagde, at de etablerede kontakt, hvis *"pt. ønsker dette og der er et behov"* eller hvis de *"mener at klienten vil profitere af at have en kontakt"*. Der kan være tale om *"både telefon og direkte kontakt"* til kontakt-fladerne. Enkelte klienter *"har pårørende eller kommunale støttekontaktpersoner"*, men *"dem der ikke har andre til at hjælpe sig får denne støtte af os (ACT teamet)"*.

To respondenter nævnte, at det er *"mere kompliceret med praktiserende læger"* og en *"stor opgave med ledsagelse til specielt jobcenter"*.

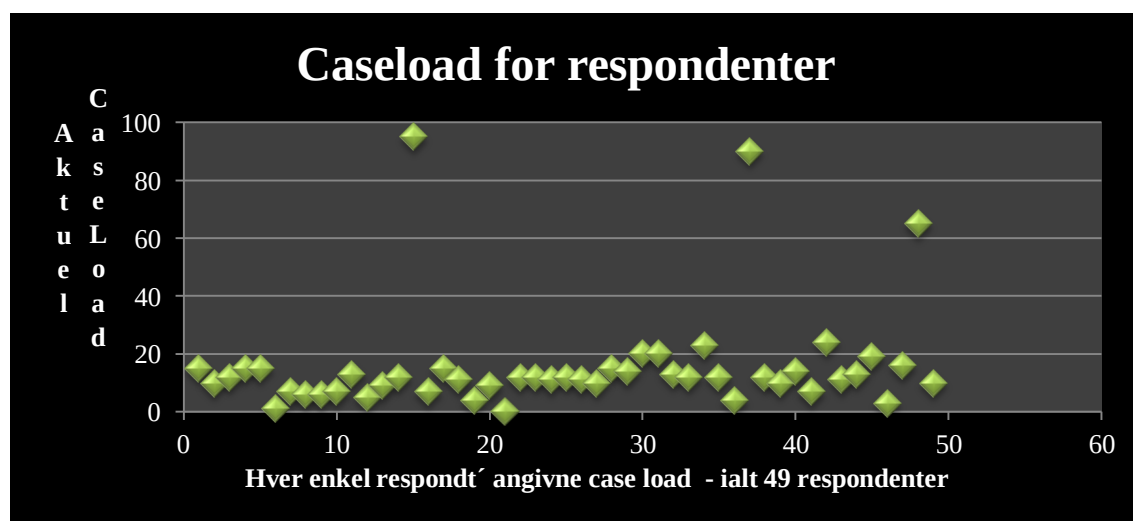
Flere nævnte at det er *"essentielt med denne netværksdannelse"* og at de *"er meget opsøgende især i forhold til kommunen"*. En enkelt respondent havde fokus på, at det var *"vigtigt for klienternes velbefindende, at deres økonomiske grundlag er så godt som muligt og at dette ikke pludselig bliver dem frataget"*.

Respondenterne blev spurgt i hvilken grad de oplevede, at deres team havde implementeret modellen ACT. 45 % af dem som svarede, oplevede at de havde implementeret modellen helt og 38 % af dem som svarede, at der kun var tale om en delvis implementering. Det er bemærkelsesværdigt at næsten 20 % af dem som svarede, ikke ved eller kun sparsomt har en oplevelse af, hvilken model der arbejdes efter.

Rigtig mange er tilfredse med at arbejde med ACT. Næsten 80 % af respondenterne oplevede gode arbejdsforhold. Hvilket også er samstemmende med min oplevelse, når jeg har mødt forskellige ACT teams og fornemmet deres arbejdstilfredshed. Dette er stor betydning for motivation for at udføre sit arbejde at arbejdsforholdene er gode. Antonymt til betegnelsen gode er dårlige. Faktisk angav 19 % af respondenterne, at arbejdsforholdene kunne være bedre. Kun 2 % af respondenterne opfattede arbejdsforholdene som ikke tilfredsstillende.

En god vekselvirkning mellem belastninger og udfordringer har betydning for oplevelsen af, at ens arbejde fungerer. Caseload har betydning for ens oplevelse af belastning og er defineret som antal af klienter, som over en given periode, har kontakt til et enkelt teammedlem. ACT-modellen fra Madison betragter det som et vigtigt

element, at der er et lavt caseload på 8-10 klienter pr. teammedlem. Undtaget er sekretær og læge, som har ansvar for det samlede antal klienter. Denne undersøgelse viser at anbefalingen følges. Dog med et let forhøjet caseload - illustreret i nedenstående figur. En caseload i Danmark indeholder angiveligt andre arbejdsopgaver end en caseload i USA. Det må ligeledes antages at belastningerne er geografisk betinget.



Figur 2: Spørgeundersøgelsen viser hver respondents caseload. N = 49

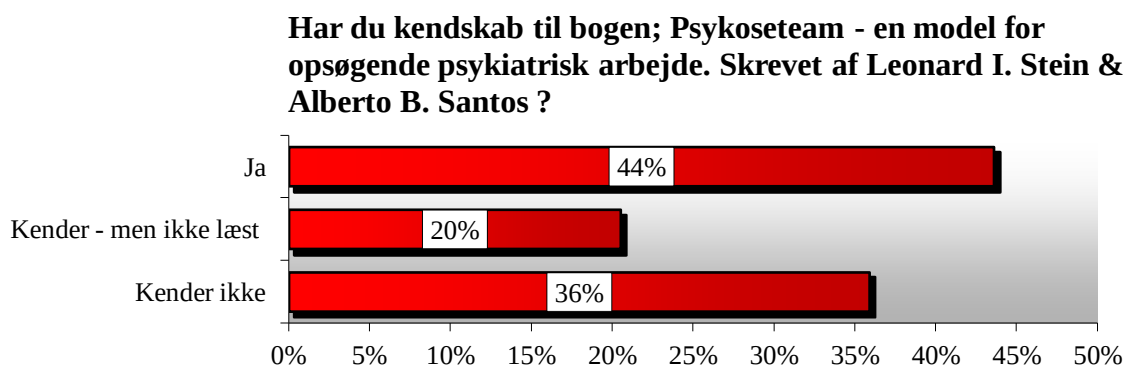
Besvarelsene fortæller, at ACT skaber kontakt. Overvejende nævner alle respondenter, at der skabes kontakt og er meget detaljeret omkring, hvem som skaber kontakten. Det er forskelligt fra respondent til respondent, hvem der skabes kontakt til. Det er både hele teamet og det enkelte teammedlem, som er ansvarlig for at skabe kontakt. Denne arbejdsopgave tager en stor del af ACT teamets tid. Der arbejdes helhedsorienteret og efter forskellige projektbeskrivelser /programmer. Det opleves essentielt med netværksdannelse og angives at være vigtigt for klienternes velbefindende. Begrebet tovholder nævnes. Få respondenter nævner, at det kan være kompliceret med samarbejdet med de praktiserende læge.

ACT teamet er bestemmende for form af kontakt og bestemmende for, om klienten kan profitere af kontakten. I besvarelsene gives både udtryk for at tænke og handle ud fra en teamtanke, men også med et mere individuelt udgangspunkt ud fra det enkelte medlem af teamet. Ganske få giver udtryk for, at det er ACT teamet, som står som eneansvarlig for kontakten til klienternes omgivelser. Når ikke andre kan eller vil hjælpe, vil klienterne oftest få denne støtte af ACT teamet.

5.2 Fra Modeltrofasthed til Programfasthed

Der er ikke blevet spurgt ind til introduktion af de enkelte teams inden opstart. Ej heller hvilke overvejelser de enkelte teammedlemmer eller ACT teams havde om ACT modellen, før de gik i gang med arbejdet. Det er bemærkelsesværdigt, at kun 44 %

direkte har læst om ACT modellen og kun 65 % angiver at have kendskab til modellen ACT. Det må betyde, at 1/3 af teammedlemmerne arbejder efter et program eller projekt, som den enkelte region har sammensat og uden fornemmelse for modellen ACT.



Figur 3: Spørgeundersøgelsen viser om respondenterne har læst grundbogen om ACT-team.
N = 39

I besvarelsen om teamet yder størstedelen af ydelserne indenfor alle fagområder – svarede kun tre respondenter at de oplevede at arbejde modeltro. De skrev *”at teamet yder ydelser indenfor lægefagligt, sygeplejefagligt, socialrådgiverfagligt område. De har mulighed for at rekvirere bistand fra fysioterapi og ergoterapi. Kommunen tager sig af deres lovområder i det omfang det er muligt ellers går teamet og yder støtte indenfor bostøtte og lignende ydelser”*. Og at teamet står for *”Medicin udlevering, samtaler, støtte og deltagelse til aktivitet og udvidelse af netværk. Samt støtte i form af struktur på dagligdagen. Ledsagelse til diverse samtale (læge, egen læge, kommunen, misbrugscenter). Støtte ved indlæggelse, under indlæggelse og ved udskrivelse. Samt fokus på motion / ADL-træning”*.

Det fremgår altså ud fra respondenternes besvarelser, at samarbejdet med kommunen varierer i forhold til de forskellige ACT-teams. Her er der meget forskel omkring praksis. En respondent mente at *”kommunen tager sig af deres lovområder i det omfang det er muligt”*, hvorimod en anden respondent nævnte, at *”vi har kommunen inde over til en del af opgaverne”*. To respondenter fortalte at *”Vi fungerer ikke som hjemmehjælp, rengøring og personlig pleje”*, samt at der *”benyttes kommunal hjemmehjælp, ligesom vi benytter hjemmesygeplejen til de klienter, hvor medicinen skal indtages under opsyn daglig og som ikke kan komme til vores lokaler”*. Der er således et *”relativt tæt samarbejde med kommunen på forskellige områder”* og ACT team optrådte et enkelt sted *”ikke som socialpsykiatriske tilbyd, der fortsat er kommunalt”*. Undtaget var *”når man er klient i et OP-team (opsøgende psykoseteam) i København er mange andre hjælpeforanstaltninger udelukket, ifølge vores samarbejdsaftale med Københavns kommune”*.

ACT teams er ikke ens og yder forskellige ydelser. Dog fortalte over halvdelen af respondenterne, at teamet ydede størstedelen af ydelserne. *”Vores tanke har dog altid været, at behandling går hele vejen rundt om den enkelte patient”*. Og mange vægtede relationsarbejdet og berettede at *”Vi arbejder meget i relationen og må nogen gange,*

agere med samhandlen for at kunne opnå tillid og begyndende relation". I et team blev "ydelserne primært udført af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Disse tager i ca. 90 % af tilfældene ud til patienterne på hjemmebesøg, - resten er ambulante kontakter og besøg på sengeafsnit, når ptt. er indlagte".

Generelt nævnte respondenterne også, at der er fokus på samarbejde og koordinering. En respondent nævnte eksempelvis: *"vi bruger hinanden som rådgivere på hver vores specifikke område, men udfører alle ydelser inden for mange forskellige fagområder".* En anden respondent berettede at *"vi hjælper ved flytning, hovedrengøring og opgaver som nedbæring af skrald, når klienten ikke accepterer hjælp fra kommunen, støtte til kontakt til andre dele af sundhedsvæsen".*

I forhold til spørgsmålet om at være fleksibel og have mulighed for at følge op på klienterne flere gang om dagen, gav respondenterne tilkendegivelse; *"hvis det er nødvendigt kan vi, hvis behovet er der".* Men oftest svarede respondenterne *"i en kort periode" og "ikke med besøg nødvendigvis, men med telefonisk kontakt".*

De forskellige teams viste sig meget opmærksomme på det vigtige element af, at et ACT team skal kunne stille op, være til rådighed og kunne intervenere under kriser og optræde opsøgende. Respondenterne gav følgende udsagn:

"Det er som regel ikke nødvendigt med flere gange om dagen - men vi aftaler med klienten hvad der er brug for".

"Ja, hvis det er nødvendigt. Ex....har vi en pt. som ikke vil tage medicin, som vi i 2 år nu har besøgt hver dag, hvilket gør at hun tager sin medicin og bliver holdt fri af indlæggelse, hvilket hun frygter".

"Vi laver individuelle aftaler med den enkelte patient og deres familie. Så hvis der dermed er behov for opfølgning flere gange dagligt, tilrettelægger vi vores arbejde således".

"Det sker sjældent, men er der behov for det kan patienterne ses om til tre gange dagligt".

"Det er meget individuelt, men oftest nej, hvis det drejer sig om personlig kontakt. Kortere opfølgninger pr. telefon ses dog ofte, også flere gange samme dag".

"Teamet kan tilpasse tilbuddet til behovet og JA, hvis behovet i perioder er besøg flere gange dagligt kan det godt iværksættes".

Der tilbydes ikke 24 timers service af ACT i Danmark. Halvdelen af respondenterne tilkendegav, at teamet kun var i drift om dagen og på hverdage. Den anden halvdel havde længere åbningstider, måske mellem 8-18 og enkelte teams helt til kl. 22. De københavnske teams har ofte valgt, at have åben nogle timer om søndagen. Kun et team i spørgeundersøgelsen har haft et 24 timers beredskab, som efter 7 år blev ændret til kun at gælde dag og aften. Den enkelte patient blev gjort opmærksom på og informeret om, muligheden for at kunne kontakte psykiatrisk skadestue eller akutmodtagelse ved behov. Det er uklart, hvad de sindslidende synes om den manglende mulighed for at komme i kontakt med ACT teamet i døgnets ydretimer, i weekends og på helligdage.

Af de teams, som deltog i undersøgelsen, yder størstedelen ikke alle ydelserne indenfor de nødvendige fagområder. Flere teams havde kommunen med som samarbejdspartner. Nogle tilkendegav at være mere sundhedsfaglige end socialfaglige, andre omvendt. Enkelte team var sammensat, så de ikke kunne optræde som et tværfagligt team. De havde for få teammedlemmer eller optrådte monofaglige.

Af besvarelsenerne ses, at ACT teamet tænker og handler ud fra en helhedsorienteret tilgang. Kun tre teams tilkendegav at arbejde modeltro overfor ACT modellen.

5.3 At være eller ikke være et team

ACT team skal for at optræde modeltro sammensættes af specifikke faggrupper. En sådan sammensætning finder sjældent sted i Danmark. En bred vifte af respondenter udtrykker for, hvilke kompetencer de efterspørger. Det drejede sig om andre faggrupper som; *psykolog* (nævnt mere end 10 gange), *ergoterapeut*, *socialrådgiver* (nævnt mere end fem gange), *fysioterapeut* eller *anden kropslig terapeut*, *misbrugskonsulent*, *arbejdsmarkedskonsulent*, *fysioterapeut/diætist*, *psykiater / kognitiv behandling*, *jobkonsulent*, *diætist*, *brugerbaggrund*, *etnicitet*, *akademiker-baggrund* (udover lægefaglig), *jurist* og *laborant*.

Men også mere abstrakte kompetencer som *"at kunne være nærværende"*, *"Erfaring, erfaring, erfaring"* og *"mere lægelig fleksibilitet"* var efterspurgt. En respondent sagde; *"at det fungerer bedst med to af hver faggruppe"* og en anden at *"vi har de kompetencer vi har brug for"*.

ACT bygger på teamtanken og det at arbejde som et team. Respondenterne er blevet spurgt om deres egen opfattelse af et team. Der blev i undersøgelsen spurgt, om teammedlemmerne deler deres erfaringer, kunnen og viden med hinanden. Der foregår en vidensdeling i mange fora. Her er samlet nogle forskellige udsagn fra de enkelte respondenter;

"vi bruger meget energi på at dele både erfaringer, meninger, viden, ideer osv. med hinanden. Der er plads til at være uensrettede og arbejde mere intuitivt end i en almindelig psykiatrisk afdeling, hvilket også mangfoldiggør mulighederne for klienterne".

”vi har ikke decideret undervisning af/til hinanden, men under diskussionerne ved teamkonferencer kan hver medarbejder komme med sine betragtninger og der bliver lyttet til den enkeltes viden og kompetencer”.

”Vi har faste morgenmøder, hvor vi deler såvel gode historier, som de mere problematiske. Vi har sat tid af til at vende udbytte / refleksion over gruppebehandlingen, supervision hver 14. dag, tværfaglige behandlings-konference 1 gang ugentlig á 2½ times varighed. Endvidere er vi del af fælles uddannelse/erfaringsudveksling med andre opus team i landet og deler denne”.

”vi bruger i høj grad hinanden til refleksion og sparring, vi har morgenmøde 3 gange om ugen, et kort på 45 min til drift og akutte ting. / to møder af 2 timer og 15 min. til drift refleksion, sparring, orientering, undervisning, kvalitetssikring mm. i et semistruktureret program, vi har altid mulighed for at sparre med hinanden og prioriterer trivsel i teamet højt”.

”1 times morgenmøde x 4 om ugen, hvor der sparres omkring patienterne. Her vil uvægerligt ens faglige baggrund komme til udtryk. / Ligeledes har vi til opgave hver især, at holde et fagligt oplæg 1-2 om året, som vedrører vores fokusområder eller som kan inspirerer vores praksis”.

De fleste steder har daglige konferencer eller konferencer flere gange om ugen. Det virker som om, at respondenter oplever at information bliver givet, at der er mulighed for debat, at de kan modtage supervision og at teamet i hverdagen kan drøfte de frustrationer og udfordringer, som ACT teams ofte befinder sig i. Og ”glæder” som en respondent udtrykte det. Der er fokus på at styrke og vedligeholde det faglige niveau og erfaringsudveksle.

Kun ¼ af respondenterne angav, at have daglige konferencer. Og et team har ”måtte sætte en aktiv begrænsning på frokosten, ellers ville der intet kollegialt frirum være”.

En enkelt respondent fortalte ”at tonen ikke er særlig fri og vi kan ikke dele erfaringer, der ikke er systemtro i teamet (men på 2-mandshånd). Vi er ikke særligt gode til at bruge hinandens forcer, primært på grund af lukket kommunikation i teamet”.

Næsten 90 % af respondenterne oplevede at være et multidisciplinært team og 91 % af respondenterne at arbejde som et team. At dele erfaringer, viden og kunnen med hinanden er en tidskrævende, spændende og besværlig proces. Mange gav udtryk for stor arbejdstilfredshed.

Der foregår vidensdeling i mange fora. Der er mulighed for debat og respondenterne oplevede at information blev givet. Der angives at være fokus på at styrke og vedligeholde det faglige niveau, ved at erkende vigtigheden af, at fastholde en struktureret dialog indenfor ACT modellens rammer.

ACT teamet kan oftest godt følge op på en klient flere gange om dagen, når omstændighederne tvinger teamet til det. Kun under halvdelen af respondenterne giver udtryk for, at muligheden for ekstra kontakt flere gange om dagen, som en af ACT teamets fornemste opgaver. Telefonen benyttes hyppigt og bør medregnes som kontakt mellem klient og team. Grundtanken er altid at være til rådighed og at være opsøgende. Samt hurtigt at kunne tage handling, hvis der opstår en akut krise.

Respondenterne kan tilkendegive konkrete faglige kompetencer, som mangler i de forskellige teams. Besvarelsenerne giver ikke mulighed for at se, hvem (hvilke faggruppe) som svarer. To respondenter skriver ”erfaring, erfaring, erfaring” og ”muligheden for at kunne være nærværende”. To andre efterspørger lægelig fleksibilitet og større lægedækning i hverdagen. Behov for psykolog og socialrådgiver i teamene nævnes af ca. halvdelen af respondenterne. Kun 10 % af respondenterne angiver at opleve teamet som komplet.

5.4 Arbejdsgruppe versus team

Spørgsmålet om ACT teamet formåede at arbejde målrettet og tværfagligt på opgaven, var noget som optog respondenterne. Der var modeltro besvarelser, hvor teamet optrådte som et ACT team. Her gengives en håndfuld;

”vi arbejder i høj grad som et ACT team er tænkt i den danske udgave af modellen. Dette som beskrevet i H/S-rapport 2001. Derfor mener jeg at vi arbejder målrettet med opgaven. / Vi er et tværfagligt sammensat team og bruger i størst mulig udstrækning hinandens faglighed. Men det er også min opfattelse at faggrænser i høj grad ikke eksisterer, dette fordi man som kontaktperson for en klient kommer til at udfører mange arbejdsopgaver som ikke nødvendigvis ligger indenfor ens eget fagområde. Dette også fordi mange klienter hos os ikke magter mange kontakter”.

”vi drøfter de udfordringer og problemstillinger vi står i, ved vores morgenmøder, vi har månedlige supervision og vi har individuel sparring. Vi har psykolog, ergoterapeut, psykiater, sygeplejersker, sosu assistent og sekretær ansat og har en socialrådgiver ansat som konsulent / Alle er kontaktpersoner (ikke sekretær) og alle har klient kontakt. / Vi kan være nødt til at afslutte klienterne selvom de ikke er færdigbehandlede eller kan henvises videre, pga. stort pres med henvisninger og relativt stort flow. / Vi tager ikke klienter direkte ind fra gaden, men er behjælpelige med at få egen læge til at lave henvisning, vores klienter kommer fra CVI (centrale visitation) eller internt fra vores psykiatrisk center. / Vi har ikke ventelister, men der kan være ventetid på først samtale, typisk 1-2 måneder. / Vi laver behandlingsplanerne sammen med klienterne og drøfter dem tværfagligt i teamet bagefter. / Teamet har 112 klienter p.t. plus et bosted (24pt) og er normeret til 100 patienter, vi er 10 medarbejdere fuldtids ansatte og en socialrådgiver der fungerer som konsulent. / Vi kan ikke være 100% modeltro til ACT i forhold til caseload. Men vi ser primært vores klienter i eget hjem eller ude. / De trænes dog i at møde op mhp at kunne videre henvises”.

"alle forventes at have et minimum kendskab til alle de klienter i teamet de ikke selv er tilknyttet, således at vi sikrer at alle til enhver tid kan byde ind med refleksion, støtte m. m / Faste møder i teamet flere gange om ugen støtter op om den team-måletrerede indsats".

"det er vores opgave som primær behandler for klienterne, at identificere problemstillinger/behov og opstille mål for at handle, evaluere og viderebygge, Som primærbehandler arbejder vi ofte alene sammen med klienten og de pårørende, men bruger det tværfaglige team i meget høj grad, hvor vi beder andre faggrupper deltage ved samtaler ved behov, eller på tværfaglige konferencer, samt ved sparring i hverdagen".

"klienterne gennemgås dagligt på morgenmøde, samt mere dybdegående til teamkonferencer 2 gange ugentligt. Her kommer input fra alle medarbejdere og dermed en tværfaglig indsats. På konferencen gennemgås ligeledes behandlingsmål (SMART-mål), som er udarbejdet sammen med klienten og efter godkendelse i gruppen tilføjes til behandlingsplanen".

"der arbejdes målrettet og tværfagligt på flere måder afhængigt af klientens behov og tilstand. Tværfagligheden kommer bl.a. til udtryk ved tværfaglig sparring på teammøder. Men det forgår også ved at sygeplejersker hjælper socialrådgiver og omvendt i felten, i klienternes hjem sammen med klienten. Og altid målrettet i forhold til de mål der er fastsat i en dialog mellem klient og behandler".

Andre besvarelser fortalte om teams, der var på vej til at transformere sig til et team.

"der er stor åbenhed i teamet og dermed tillid så vi kan opsøge hjælp hos andre teammedlemmer med anden faglig baggrund".

"vi arbejder målrettet ud fra dels manualiseret behandling og dels ud fra klienternes mål og ønsker. I vores team kunne man ønske sig mere tværfaglighed. Der er ikke prioriteret flere faggrupper i selve teamet, men i stedet kan inddrages andre faggrupper ved behov fra andre teams".

"morgenmøder dagligt er centrale. Her udveksles observationer, informationer og drøftelser om tilrettelæggelsen af indsatsen. Stort fokus "fremad"

Enkelte teams optrådte fortsat som monofaglige teams og en del teams tilkendegav store udfordringer i at hænge samme og fungere.

"vi er et Akut OP-team fra 2011. Ikke uddannet i ACT. Jeg vil sige, at kontaktpersonerne arbejder med stor grad af selvstændighed med udgangspunkt i teamets fælles møder. Egentlig arbejdes der p.t. mere monofagligt end tværfagligt".

"vi formår som team at arbejde tværfagligt i behandlingen. Alle klienter har to kontaktpersoner som repræsenterer hver sin fagspecialeområde, samt drøfter vi alle klienter tværfagligt min 3 gange om året...."

”vi har flg hyppige problemstillinger: vanskeligheder i forhold til samarbejde med kommune, vanskeligheder i forhold til den gruppe pt. som ikke ønsker kontakt, eller ikke ønsker rengøring i hjemmet/beskyttet bosted, trods store vanskeligheder med at klare sig i eget hjem, for hurtige udskrivelser, således at det ikke er muligt at fortsætte behandling ambulant”.

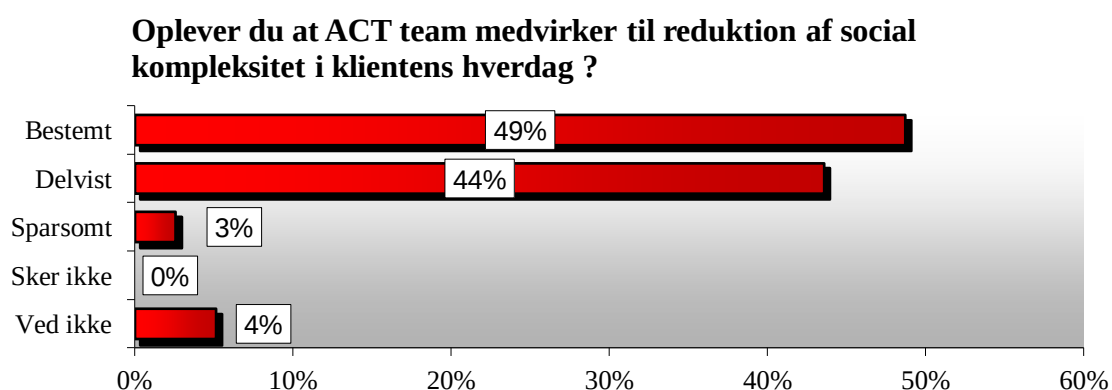
”vi er kun monofaglige og med en meget systemorienteret overlæge som teamleder. Synes det er svært at arbejde målrettet, når det hele drukner i bureaukrati og kassetænkning”.

”teamet er sammensat af læge og 5 Sygeplejersker dette giver styrke i forhold til sundhedsfaglig indsats, men stærke begrænsninger i den sociale / rehabiliterende indsats”.

”det kan i perioder være vanskeligt at fastholde vores idealer grundet øget case load - grundet ventelister - og generelt mange øgede administrative opgaver og dokumentation. Dette betyder at man kan blive nødt til at slække på tværfagligheden af tidsnød... / Prøver gennem tiden at få opgraderet det faglige som kan udvaskes ift. tidl. nævnte problematikker”.

Der er ikke overensstemmelse mellem tilkendegivelse af bevidsthed omkring ACT model og tilkendegivelse af, om ACT teamet formår at arbejde målrettet og tværfagligt. Psykiatrien har allerede i sin faglige tilgang, en stor evne til at arbejde målrettet og tværfagligt på opgaven.

5.5 Reduktion af kompleksitet



Figur 4: Spørgeundersøgelsen viser om ACT medvirker til reduktion af social kompleksitet.

N = 39

Respondenterne blev spurgt, hvilken betydning ACT teams har for en bedre sundhedstilstand hos klienterne. Et gennemgående svar var, at der er en større mulighed for at følge op på den enkeltes sundhedstilstand, af den simple årsag, at klienterne bliver undersøgt hyppigere gennem et behandlingsforløb.

”Jeg er overbevist om at mange ptt. ikke ville have fået taget blodprøver og EKG, metabolisk screening etc., såfremt de var overladt til sig selv eller et mindre intensivt tilbud”.

ACT teams gør meget ud af, at fremme den generelle sundhedstilstand og angav, at have meget fokus på sund livsstil. Der arbejdes med KRAM faktorer (sundhedsstyrelsen 2009 om kost, rygning, alkohol og motion) med klienterne. Tilgangen er helhedsorienteret og ACT teams inddrog netværk, hvilket ofte var af betydning for klientens motivation til at forbedre sin aktuelle sundhedstilstand.

Den psykofarmakologiske behandling og opfølgning af klienter i ACT teams var vigtige elementer og har en del bevågenhed. Mange klienter havde et ambivalent forhold til psykofarmaka og mange har igennem længere perioder af deres liv, været udsat for polyfarmaci (antipsykotisk og/ eller antidepressivt + benzodiazepin), med hvilket de bliver udskrevet med fra Psykiatrisk Akutmodtagelse til ACT teams. Opgaven bliver derfor at reducere i medicinen. Som udgangspunkt tages der udgangspunkt i den nyeste medicin, men hvis gamle har en bedre virkning, er det denne medicin der benyttes.

Nogle stabiliserer deres sygdom og hverdag uden medicin. Nogle ønskede ikke medicin, og dem forsøgte ACT teams at motivere til medikamentel behandling. Alternativt støtter teamet på bedste vis via relationsbehandling. Alle teams fortalte, at de har oplevet at støder på modstand fra klienten, der ikke havde sygdomsindsigt. Der var fokus på at give depotbehandling i de forskellige ACT teams.

Den medicin der udleveres var under stor bevågenhed, og der blev arbejdet med at opdatere den nyeste viden indenfor det medicinske felt. Mange angav opmærksomhed omkring bivirkninger. Der ordineres psykofarmakologisk behandling efter gældende retningslinje og altid i tæt samarbejde med den behandlende læge. Klienterne fik ofte ordineret mere medicin under en indlæggelse end under den efterfølgende ambulante behandling. En del ACT teams havde fokus på enstrenget medicinering.

Undersøgelser i Danmark viste dette forår 2014, at indtag af medicin er den 4. hyppigste dødsårsag hos alle patientgrupper. Samt at psykiatriske patienter har en reduceret livslængde på 15-20 leveår. Mennesker med en psykisk lidelse, har en øget risiko for tidlig død på grund af øget risiko for ulykker, selvmord og bivirkning ved især antipsykotisk medicin.

I spørgeundersøgelsen blev der spurgt, om klient og team i fællesskab kunne vurdere og håndtere sygdomssignaler og sygdomssymptomer, for aktivt at kunne medvirke til at reducere varighed, intensitet og hyppighed af klientens psykose. Der var mange spændende svar.

"vi arbejder med kriseplaner og tidlige advarselssignaler, så patienterne opnår en større forståelse for, hvornår de skal være opmærksomme på øgning i symptomer. Derudover betyder den tætte kontakt, at vi opdager symptomer hurtigt og kan handle tidligt på forværringen".

"vi kan reagere hurtigt på forværring og værre proaktive ifht forventede stressorer, vi har forholdsvis let adgang til læge kapacitet og kan justere både på medicinsk behandling og besøgs intensiviteten. / Samt korte indlæggelser før pt bliver så ustabil at de skal indlægges ved tvang"

"vi har et stort kendskab til patientens sygehistorie, og kan sammen med pt hurtigt sætte ind ved ændringer. Eksempelvis ved at intensivere den opsøgende indsats. Vi kan iværksætte ændringer i besøgs intensiteten fra dag til dag. / Herved kan vi i mange tilfælde bremse eller afkorte et tilbagefald og i flere tilfælde forhindre en indlæggelse".

"Gennem arbejde med forskellige redskaber kommer vi omkring ovenstående. Vi arbejder fx. med kriseplan ift. tidlige tegn og mestrings-strategier. Desuden har vi rigtig gode erfaringer med gruppeforløb både for patienterne, men også for patienterne sammen med deres familier".

"Ja fordi klienten har vedvarende/blivende kontakt med teamet, hvilket medfører et indgående kendskab til klienten, og klienten opnår kendskab til og tryghed/ åbenhed overfor det enkelte teammedlem".

Men også nogle mere problematiske svar: *"Det er målet vi altid søger at nå, det er desværre ikke altid sådan virkeligheden ser ud. Psykotiske symptomer kan være svære at vurdere i fællesskab. Det er ofte afhængigt af relationens styrke i form af varighed og intensitet".*

"Ja, i høj grad. Den største udfordring er patientens manglende sygdomsindsigt. Behandlingen etableres og udvikles over tid. Det bedste ved ACT er muligheden for de lange tidsubegrænsede forløb. Desværre presses vi aktuelt på at skulle afslutte for at tage nye ind".

Flere respondenter angav, at tilgængeligheden og hurtig kontakt var meget afgørende. *"Ved forværring i tilstand, sætter vi ind med mere intensiv kontakt og behandling til den enkelte patient". En anden sagde "vi har nem adgang til læger, såfremt medicin skal justeres..."*

Selvfølgelig må patienterne indlægges på psykiatrisk afdeling. Flere har omtalt længden af en nødvendig indlæggelse. *"gennemgangen af vores ptt. har vist uændret antal indlæggelser, men at indlæggelses-varigheden er / betydeligt kortere. / Nogle klienter indlægges hyppigere, andre sjældnere end tidligere". En anden respondent gav det samme svar, "det er vores erfaring at tilgængeligheden og den hyppige kontakt reducerer såvel hyppigheden som varigheden af klientens psykoser. Klienterne bliver også hurtigere indlagt til kortere indlæggelser, end vanlig. / Behandlingsplaner, kriseplaner og hyppig kontakt, også per sms og mail".*

Respondenterne gav udtryk for, at klienterne oplevede det som betydningsfuldt med gode og stærke relationer til et ACT team. Team og klienten kan nemmere i fungerende relationer og i et fællesskab, realitetskorrigerende og adfærdskorrigerende.

Med fokus på, om klienterne kan fastholdes i de aktiviteter, som de deltog i deler respondenterne sig i to lige store lejre. Dem som var positive og ser mulighed for fastholdelse i aktiviteter. Og den anden gruppe, som var mere skeptiske.

Grupper som oplevede, at klienterne kan fastholdes fortalte, at de *"oplever at klienterne er meget gode til at overholde aftaler"*. *"Nogle kan - måske halvdelen. Der arbejdes med at give pt. en struktur i dagligdagen med aktiviteter både uden for og i eget hjem. Kun få ptt. har noget der ligner arbejde (deltid)"*.

"Langt de fleste, når vi finder en meningsfuld aktivitet og ikke presser klienten, men giver dem tid til at finde roen til at acceptere tilbuddet".

"Mange vil gerne begynde at gå i f.eks. væresteder, men har brug for følgeskab og støtte i starten - herefter kan de selv komme af sted. Andre kan via et ugeskema fastholdes i en struktur i hverdagen, hvor også ADL-aktiviteter som bad og madlavning indgår". "Flere vender tilbage til job, til gymnasial udd., til længerevarende udd. og andre fastholdes til påbegyndelse af længerevarende behandlingsforløb, hvorefter vi afslutter kontakten til dem".

De mere skeptiske fortalte at; *"Nogen kan, nogen kan ikke", eller "det svinger meget"*. *"Vi forsøger, men det er meget individuelt"*. *"Det er svært for de fleste klienter at komme i gang med aktiviteter pga. af svær sygdom og endnu sværere at fastholdes i det"*.

"Meget forskelligt. / Vi har alt fra svingdørspatienter, til universitetsstuderende, enkelte med børn og familier og fast arbejde. / De unges tilstand og sygdomsgrad er meget varierende".

Enkelte mente at *"det er vanskeligt, men ønskeligt!"* og at *"klienterne er for skrøbelige"*. Flere nævnte at det afhang af sygdomsgraden. Nogle klienter kan deltage i fastlagte aktiviteter, mens mange har svært ved at honorere kravet om fremmøde. I denne støttefunktion, kunne ACT ofte havde store udfordringer.

Hvis der skulle sammensættes grupper (ofte i OPUS regi), krævende det meget opslæbende arbejde, for at få det til at fungere - hvis det overhovedet kunne lykkes.

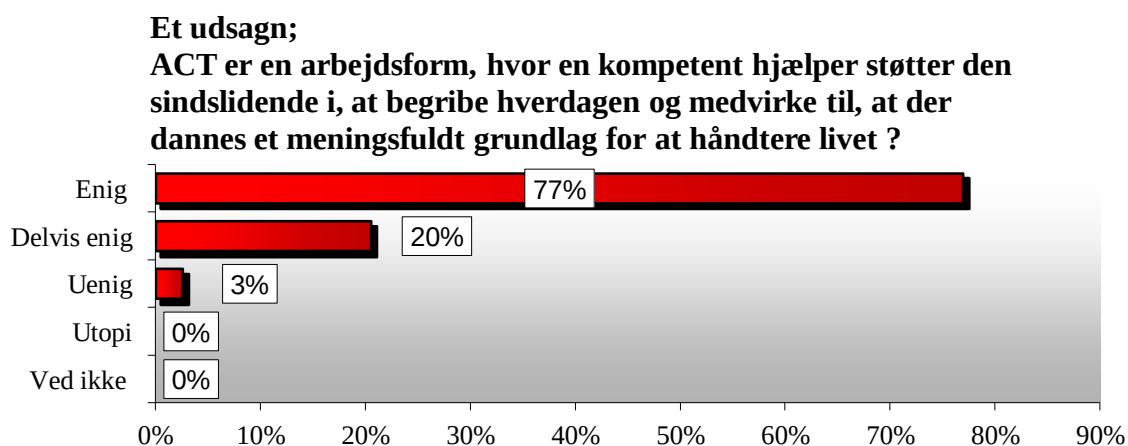
De fleste relationer som respondenterne beretter om mellem klient og team, virker til at være konstruktive og udbytterige. Der ses en reduktion i varighed, intensitet og hyppighed af klientens psykose. Varigheden opleves af respondenterne som kortere – end før klienterne var tilknyttet ACT-teamet. Fra besvarelserne mente 50 % af respondenterne, at ACT som arbejdsmetode fremmer klienternes selvstændighed. Den anden halvdel antyder, at arbejdsmetoden ”måske” fremmer selvstændigheden. Klienternes deltagelse i aktiviteter er naturligvis afhængig af klientens aktuelle tilstand og hvordan klienten er præget af sin sygdom. Nogle klienter kan deltage i fastlagte aktiviteter, mens andre har svært ved at honorere kravet om fremmøde. Det kræver mere end en almindelig støtte, for at få hverdagen til at fungere. Ofte skal teamet konstant blive ved med at understøtte og fastholde klienten i hverdagen – også i en grad, hvor andre systemer har givet op.

Mange klienter har i lange perioder været nødsaget til at tage meget medicin. Ofte flere slags forskellige og stærke medicin – såkaldt polyfarmakologi.

5.6 Et troværdigt psykiatrisk tilbud

At være troværdig drejer sig om klienternes opfattelse af, hvordan ACT teams er som psykiatrisk tilbud. ”Det vil sige, om arbejdsmetoden hjælper dem, om samfundet og omgivelserne samarbejder med ACT teams i det daglige og om medarbejderne oplever ACT teams som sufficente tilbud, der er attraktive som arbejdsplads”.

ACT teams tænker salutogenitet ind i sin arbejdsform. Dette kan ses som et reelt ønske om, at ville skabe sammenhæng i sine aktiviteter. Ved at fokusere på det raske og på ressourcer, øges muligheden for at opnå et meningsfuldt grundlag for, at kunne håndtere livet. Et betydningsfuldt plus i denne proces er, at ACT virker ved at være opsøgende og assertivt i sin kontakt til klienterne.



Figur 5: Spørgeundersøgelsen viser et udsagn om ACT som arbejdsform. N = 39

Respondenterne giver udtryk for, at klienterne får en bedre livskvalitet ved at blive tilbudt ACT. Respondenter fortæller at patienttilfredshedsundersøgelser viser, at klienterne er tilfredse med tilbuddet ACT.

Mange klienter tilkendegav, at de endelig havde fået et tilbud som hjælp. De fleste er glade for ACT som tilbud. Både dem selv og omgivelserne oplever, at tilværelsen nu er mere stabil og mere indeholdende kvalitet.

Spørgsmålet om større bevågenhed overfor klientens rettigheder og pligter ved at arbejde med ACT, gav mange konkrete overvejelser og udsagn. I forhold til klientens rettigheder havde socialrådgiveren en konkret betydning i teamet, og flere teammedlemmer påpegede det brugbare i, at have et sådan teammedlem.

"Vi oplever ofte at være "vagthund" overfor typisk de kommunale myndigheder. For nylig fik vi foranstaltet, at en patient fik tilbagebetalt 37.000 kr., i for lidt udbetalt kontanthjælp".

Mange ACT teams fortalte om samarbejdet med det sociale system og retsvæsen. Arbejdet i teamet ser ud til at sikre klienternes rettigheder. Og flere teams bemærkede; *"altså hvis vi kan få lov af klienten".*

Flere tilkendegav, at mange af klienterne ville isolere sig, såfremt de ikke havde kontakt til teamet. ACT teamet blev opfattet som klienternes "talerør" eller "advokat", idet kendskab til aktuelle problematikker var vældig gode.

Med rettigheder følger pligter. Her modtog klienterne vejledning i forhold til, at få tilværelsen til at fungere. Den enkelte medarbejder var i høj grad med til, at støtte den enkelte klient i, at sikre rettigheder og gøre opmærksom på de pligter der hører til.

"vi er meget optaget af recovery tanken og prøver derfor også at få klienten som medspiller og os som dem der prøver at aktivere og fremme klientens egne ressourcer og handlemuligheder. Herunder hører det med, at få klienten orienteret og vidende om sin situation".

ACT teams opleves som meget opmærksomme på juridiske og etiske rettigheder i behandlingen. De tilkendegav, at relationen er hele omdrejningspunktet og hvis man har en respektfuld tilgang til klienten, så sikres rettigheder og pligter bedre. Det sker ofte, at klienter som er tilknyttet ACT teams – har viklet sig ind i noget rod eller misforstået en konkret sammenhæng. ACT optræder i rollen som vejleder og påtager sig rollen som tovholder i kontakten videre til omgivelserne. En funktion som ACT teamet påtager sig, da klienterne ofte ikke har andre, der kan eller vil påtage sig denne opgave.

Respondenterne gav udtryk for, at de kan se, at klienterne får en bedre livskvalitet. Det ville være naturligt og bedst, at spørge klienterne direkte. Respondenter fortalte, at når de ser på patienttilfredshedsundersøgelser, var klienterne tilfredse med tilbuddet. Mange klienter tilkendegav, at de endelig havde fået et tilbud der hjalp. Flere respondenter

fortalte, at de kunne se dette hos klienterne, som viste det både verbalt og nonverbalt. De fleste var glade for hjælpen og for at opleve sig mere psykisk stabil.

De fleste ACT team tilkendegav, at mange klienter opfattede, at deres livskvalitet på den ene eller anden måde var blevet påvirket positivt. De hyppige kontakter og en mere stabil medicinsk behandling, var det som klienterne angav, at de fik det bedre af. En respondent reflekterede og kom frem til en dobbelt erkendelse;

”Svært at sige. En del giver udtryk for dette mens andre ikke siger noget. Det vil da mange gange være en medarbejder der fortolker på det. Så for hvem er det livskvaliteten er blevet bedre”?

6. DISKUSSION

6.1 Diskussion af resultat

Denne opgave har fokus på mange forskellige determinanter – og forsøger at sammenstykke disse i et billede, som fortæller om danske ACT teams i år 2014. Overordnet var min hensigt at se, om ACT som psykiatriske organisationsmodel fungerer og dermed bidrage til, at en berørt befolkningsgruppe kan opleve en forbedret sundhedstilstand (6,13).

Mine valg af teorier bunder i, at kunne underbygge og klargøre de udsagn som respondenterne er kommet med omkring klienterne, teamstruktur, teamadfærd, ACT samt om de egenskaber / kompetencer, der bør være repræsenteret i teamet (7). Men de valgte teorierne er også brugt i arbejdet med, at kunne fremstille de valgte spørgsmål til respondenterne. Spørgsmålene er udformet til, at efterspørge om ACT som metode, arbejder efter de principper, som ACT som model bygger på. Min intention har været, at fremskaffe så mange udsagn som muligt, som fortæller om, hvordan ACT fungerer i en dansk kontekst.

ACT benævnes som den mest omfattende model for integration indenfor psykiatrien (6). Indsatsen ydes af et team, der rummer alle de nødvendige fagpersoner og med en samlet myndighed til, at tage beslutninger på alle niveauer og relevante områder. Kvaliteten af de ydelser, som ACT teams leverer - rummer forebyggelse, pleje, behandling, rehabilitering samt en øget oplevelse af tilgængelighed, koordination, kontinuitet og reduktion af kompleksitet.

At have kompetencer til at arbejde i et team - er ikke en medfødt evne. Det er ikke tilstrækkeligt at samle et vist antal mennesker og så forvente, at de kan samarbejde. Udvælgelsesprocessen er vigtig for teamet kan udvikle sine kompetencer. Disse kompetencer skal tilegnes og samarbejdet opstår ved at opbygge teamet og erkende den indbyrdes afhængighed, som kræves for at få arbejdsopgaverne gennemført.

Når ACT teams fungerer, har det betydning for en bedre sundhedstilstand hos klienterne. Der er gennemgående en større mulighed for at følge op på den enkeltes sundhed – ved ofte at blive undersøgt gennem klientens behandlingsforløb. ACT teams er forpligtet til at gøre meget ud af at fremme den generelle sundhedstilstand og har fokus på sund livsstil. Tilgangen er helhedsorienteret og netværk inddrages, hvilket ofte har betydning for klientens motivation til at forbedre sundhedstilstanden.

Gennem mulighed for hyppige kontakter, faglig sparring i teamet, nem adgang til læge og anden hurtig intervention – kan der handles forebyggede. Der gives udtryk for, at en stærk relation er betydningsfuld for klienterne. Team og klient får mulighed for i virkeligheden at vise, at de i fællesskab kan realitetskorrigere og adfærdskorrigere. Dette har stor betydning for, at kunne vurdere og håndtere sygdomssignaler og sygdomssymptomer.

Den medicinske behandling (6) i ACT teams er ekstrem vigtig. En velreguleret medicinsk behandling, betyder sammen med den øvrige ACT behandling en mulighed for, at leve en stabil tilværelse. Måske med færre bivirkninger og sandsynligvis også af betydning for en øget livslængde for klienterne.

ACT teamet skaber større bevågenhed omkring klientens rettigheder og pligter. Specielt socialrådgiveren har her betydning for teamets samlede kompetencer. Mange ACT teams fortalte om samarbejdet med sociale systemer, retsvæsen og at være med i arbejdet for at sikre klienternes rettigheder. Denne klientgruppen har tidligere været kendt for, at trække sig og ikke ville lukke socialarbejdere ind i arbejdsfeltet. En vigtig pointe er her, at ACT måske kan noget særligt med at til ”at åbne op” i dette arbejdsfelt. Ved at opbygge en god relation og opbygge tillid (25), ser det ud til, at ACT teams over tid får muligheden for styrke bevidstheden omkring rettigheder og pligter.

I Danmark er danske ACT teams blevet etableret fra 2001 og i de efterfølgende 5-10 år. Selvkært har det betydning, i hvilken udviklingsfase det enkelte team befinder sig i, da det blev kontaktet i forbindelse med denne undersøgelse. Om teamet er nydannet / nyetableret eller om teamet befinder sig i den stormende nyorienteringsfase. Om teamet er i samarbejdsfasen, hvor normer og samarbejdsaftaler nu er ved at falde på plads. Eller om teamet er i den produktive fase, hvor faglighed og performing er fremherskende. Mange af de teammedlemmer som har bidraget med udsagn, har indirekte tilkendegivet, at de befinder sig i den produktive fase. De fortæller om teamets kompetencer og evnen til at handle på et højt selvstændigt niveau.

I USA er der langt større opmærksomhed på drøftelse af omkostninger og sundhedsudgifter. En sundhedsøkonomisk vinkel er interessant, men fravalgt i dette MPH arbejde. Det ses i Region Hovedstaden, at sengeafrsnittene bliver reduceret i takt med, at der er kommet flere teams. Samt at oprettelsen af ACT teams har indvirkning og betydning for ydelserne i de øvrige psykiatriske tilbud.

6.2 Diskussion af metode

Studiet var designet som et elektronisk spørgeskema med åbne spørgsmål og efterfølgende indholdsanalyse. Der blev afgivet ca. 600 udsagn ud fra de 13 spørgsmål.

Lysten til at svare og fortælle var stor. Enkelte beklagede sig over, at skulle skrive meget tekst på smartphone – andre valgte at benytte PC. Kun ganske få gav udtryk for, ikke at forstå spørgsmålene – hovedparten svarede tillidsfuldt og uddybende på undersøgelsen. Mit indtryk er, at spørgsmålene var relevante for respondenterne og at de som medlemmer af forskellige teams, gerne ville fortælle om deres arbejde.

Min intention har været, at tage mange forskellige elementer fra ACT modellen og spørge direkte til respondenterne på disse parametre. Her var min MPH plan en stor hjælp i arbejdet med at udforme og konkretisere mine spørgsmål. Jeg mener, at undersøgelsen er valid (30), da jeg overordnet har medtaget de indikatorer, som er anvendt for at måle begrebet ACT.

Med 72 respondenter inde i undersøgelsen og mellem 40-50 som svarede, var der frafald i undersøgelsen. Spørgeskemaet var omfattende og det var nemt at zappe videre i et elektronisk medie. Et personlig interview ville have givet mulighed for at fastholde respondenterne og afkræve svar. Omvendt giver et elektronisk interview mulighed for at nå ud til flere. Besvarelsesne var omkring 50 i den første del af interviewet til stabilt 40 i den sidste 2/3 af undersøgelsen. Altså et frafald på 20 %.

Udover de kvalitative spørgsmål, stillede jeg yderligere 30 faktuelle spørgsmål. Disse besvarelser er fravalgt i dette arbejde, da de ikke kan betragtes som valide, grundet en lav svarprocent af hele populationen. Dog er figur 2-5 medtaget, da deres indhold er alment underbyggende for de kvalitative besvarelser. Deres besvarelser er i dette MPH arbejde hovedfokus og bevidst ikke benyttet i analysen til at beskrive, hvad hele populationen mener om ACT.

I denne undersøgelse er populationen alle, der er tilknyttet et ACT team. Jeg havde et ønske om, at hele populationen blev spurgt/fik tilbudt undersøgelsen. Hvis alle havde svaret, ville min undersøgelse have haft fuld reliabilitet. I undersøgelsen deltog 72 respondenter og dette må betegnes som en lav svarprocent. Svarprocenten er 14,4 %, og jeg må gøre mig mine betragtninger om resultatets konsistens og målingens pålidelighed. Det er min fornemmelse, at ikke alle er blevet tilbudt undersøgelsen. Jeg kan se, at 25 % af respondenterne var teamledere. Men for andre faggrupper er svarprocenten ikke tilsvarende. Ved at vælge en mere direkte form for kontakt til respondenterne og ved at sikre mig at respondenterne også fik svaret, ville min svarprocent kunne have været meget højere.

Min dataindsamlingsmetode har ikke givet mulighed for at sammenstille de enkelte respondents besvarelser. Således heller ikke at kunne tilkendegive, hvor de indskrevne svar er præcist kommet fra. Dette er acceptabelt, da alle er lovet fuld anonymitet i undersøgelsen.

Reliabiliteten (30) bliver i denne undersøgelse svær at efterprøve. Af den simple grund, at resultatet ikke kan gentages på et andet tidspunkt og med andre forskere ved valg af denne metode. Der er ingen anden population at efterprøve på i Danmark, da jeg havde valgt, at spørge samtlige teammedlemmer i landet. Undersøgelsen kan naturligvis gentages om nogle år på tilsvarende population.

Resultaterne kan sammenlignes med ACT teams i andre lande. Her ville resultaterne fra denne undersøgelse have en grad af generaliserbarhed. Resultaterne fra denne undersøgelse vil kunne overføres til udenlandske ACT teams.

Jeg oplevede modstand på undersøgelsen og mistro. Jeg måtte flere gange opbygge tillid til respondenterne og informere højere op i organisationen. I mange tilfælde blev denne mistro vendt til accept om deltagelse. Dog var ikke alle var trygge og åbne overfor for en ukendt studerende fra Nordic School of Public Health.

Respondenterne har i deres besvarelser vist en vis glorificering af deres eget arbejde. Det kan skyldes spørgsmålsformuleringen og muligheden for at kunne give "et ideelt svar". Modsat kan spørgsmålene have ramt kernen i arbejdsmetoden og derved givet respondenterne mulighed for at svare med "et reelt svar". Svarene er respondenternes opfattelse og ikke faktiske observationer af virkeligheden.

Jeg modtog heldigvis rigtig mange hurtige og begejstrede henvendelser. Det er min fornemmelse, at ACT har samlet en skare af entusiaster og forkæmpere for ACT. Flere var positive og støttende omkring en undersøgelse af ACT. De ville gerne fortælle om, hvorfor de mente, at ACT er så virksom. Jeg tror, at denne arbejdsmetode, kan udvikle sig til en dedikeret og attraktiv arbejdsmetode, som samler mennesker med særlige evner indenfor psykiatrien.

6.3 Hvis opgaven skulle gentages...

Aldrig stille to spørgsmål i et! Beklager spørgsmål 6 i spørgeskemaet. Undskyld teams.

Hensigten med denne undersøgelse har været at generere ny viden om ACT i Danmark. Min fornemmelse for virkeligheden før undersøgelsen blev igangsat og min viden efter - har ikke været meget forskellig. Danske ACT teams har på forskellig vis, adapteret ACT som organisations-model ind i en dansk kontekst. Der arbejdes godt i teams - til tilfredshed for klienterne.

Men jeg ville i en ny undersøgelse forsøge at være mere detaljeret omkring indsamling af data om effekt og resultater. Jeg ville vælge en anden undersøgelsesmetode. Muligvis fokusgruppeinterview af forskellige danske teams. Fokusgruppeinterview af teammedlemmer og efterprøve deres teoretiske viden om ACT og deres oplevelser af ACT på handleniveau. Måske ville jeg udvide med interview af klienterne om deres sundhedstilstand og deres oplevelse af ACT som psykiatrisk tilbud. Og endelig kunne

fordele og ulemper ved den amerikanske ACT model, sammenholdes med fordele og ulemper ved et dansk ACT - ved også at foretage studier og fokusgruppeinterview i USA.

Sundhedspolitiske aspekter ved denne organisationsmodel kunne inddrages ved at spørge politikere og ledende embedsmænd. Og sundhedspædagogiske udviklingsmuligheder kunne klargøres i udvikling af et dansk koncept, til en dansk kontekst.

7. KONKLUSION OG PERSPEKTIV

Forskningsspørgsmålet er valgt som et åbent spørgsmål og omfatter kvalitative udsagn fra hvert enkelt teams i Danmark. Lancering skete ved link og QR kode og var frivillig, anonym og nem at benytte. Det betød et større ansvar for den i teamet, som modtog den generelle invitation til undersøgelsen, at få den sent videre til de øvrige teammedlemmer. Det se ud til, at dette kun er lykkedes delvist.

Der indløb 72 besvarelser. Af dem var mellem 40 - 50 brugbare. De 72 respondenter kunne selv vælge, hvilke spørgsmål de har ønsket at besvare. Da der skønsmæssigt er 500 mulige respondenter i Danmark, anses en svarprocent på 14,4, som et validt og tilfredsstillende grundlag for at besvare det kvalitative forsknings spørgsmål. Men for få besvarelser til, at kunne medtage de kvantitative svar i konklusionen. Yderligere kan det tages i betragtning, at der var en geografisk spredning af besvarelserne.

7.1. Konklusion

ACT har med sit indtog i Danmark vist, at kunne tilgodese et reelt og gabende behov hos klienter, hos den arbejdende psykiatri og i samfundet. 59 teams kalder sig ACT teams og arbejder mere eller mindre efter ACT modellen. Kun et team er blevet nedlagt af økonomiske årsager siden etablering af det i 2002.

Samfundet har givet sin accept af ACT team berettigelse og funktion. Staten og regionerne vil gerne have distriktpsychiatriske teams, der kan løfte en stor del af psykiatrien ude hos klienterne og væk fra sengeafdelingerne på hospitalerne.

ACT modellen eller ACT lignende modeller er blevet implementeret i dansk kontekst og fungerer! Det er positivt fordi klienterne nu har mulighed for at leve et så normalt liv som muligt. ACT er en del af den nære psykiatri, som skal behandle klienterne, der hvor de er – i deres eget liv. Med tilbud som er tilgængelige, sammenhængende og meningsfulde for den enkeltes vej mod et godt liv uden eller på trods af sygdom.

Men hvad er det egentligt som gør, at et ACT team fungerer i hverdagen?

Teammedlemmerne i denne undersøgelse vil gerne arbejde i teams – og de vil gerne arbejde tværfagligt. Det tværfaglige samarbejde opleves meningsfuldt og håndterbart. Arbejdet med ACT er attraktivt og kan rekruttere kompetente medlemmer.

Det er mere tvivlsomt om respondenterne i spørgeundersøgelsen, som repræsenterer de danske ACT teams, begriber ACT modellen eller optræder modeltro. En stor del af respondenterne har slet og ret ikke kendskab til den. Der arbejdes efter forskellige programmer og kun få steder efter en specifik model. Der arbejdes med tillærte og medbragte kompetencer. Jeg mener, at danske ACT teammedlemmer i deres grunduddannelse har lært mange af elementerne fra metoden. Dette kunne ligeledes være en af hovedårsagerne til, at Danmark så hurtigt har ”adopteret” ACT modellen. Denne undersøgelse viser, at der generelt er ringe fokus på, at udvikle ACT modellen efter den oprindelige grundmodel.

Når der udvikles teams, er det ikke tilstrækkeligt at samle et vist antal mennesker og så forvente, at de kan samarbejde. At have kompetencer til at arbejde i et team er ikke en medfødt evne. Disse kompetencer skal tilegnes og samarbejdet opstår ved at opbygge teamet og erkende den indbyrdes afhængighed, som kræves for at få arbejdsopgaverne gennemført. Ganske få respondenter giver udtryk for, at reflektere over vigtigheden af, at teamet kommer til at fungere og vigtigheden af konstant at udvikle teamet.

Af besvarelserne i spørgeskemaet ses, at der oftest arbejdes som et team (læs arbejdsgruppe) og kun sjældent i en form, som gør det daglige arbejdsflow kompliceret. Dog er der fortsat en ubalance i den måde ACT teamet er sammensat og de beføjelser som teamet har - og de tiltag, som de enkelte teammedlemmer faktisk kan udføre. ACT team har ikke en total myndighedsfunktion. De danske ACT teams er ikke modeltro – men tilpasset danske forhold og begrænsninger.

Dette MPH arbejde viser, at arbejdsmetoden er effektiv i reduktion af sundhedsfaglig og socialfaglig kompleksitet. ACT modellen udfylder ”et markant hul” i tilbudspaletten og tilføjer begrebet team en ekstra dimension indenfor dansk psykiatri. Danske ACT teams fungerer fint som handleagent. Det er en fordel at arbejde tæt tværfagligt sammen, at besidder forskellige kompetencer og teammedlemmerne udtrykker generelt stor arbejdstilfredshed ved metoden. Samtidig med at modellen er med til at styrke den enkeltes klients sundhedskompetencer.

ACT som model, er under udvikling og tillempes mere og mere en dansk kontekst. Respondenterne fra denne undersøgelse gav udtryk for, at ACT er et effektivt tilbud og som et troværdigt psykiatrisk tilbud, som både klienter og teammedlemmer udtrykker tilfredshed med. Et tilbud i dansk psykiatri, der hurtigt har fået fodfæste, som virker og har potentiale til yderligere udvikling.

De adspurgte teammedlemmer i danske ACT teams tilkendegav, at de fleste klienter gav udtryk for, at deres livskvalitet på den ene eller anden måde påvirkes positivt. Dette begrundet den hyppige kontakt og mere stabile medicinske behandling.

Med rettigheder følger pligter. Her modtager klienterne vejledning i forhold til at få tilværelsen til at fungere. De barske kendsgerninger er, at klienterne ofte kun har få andre, der kan eller vil påtage sig denne opgave. Den enkelte medarbejder er i høj grad med til, at støtte den enkelte klient i at sikre rettigheder og gøre opmærksom på de pligter der hører til. Respondenterne i undersøgelsen fortalte at deres ACT team blev opfattet som klienternes "talerør" eller "advokat" grundet kendskab til aktuelle problematikker. ACT team blev opfattet og optrådte i rollen som vejleder og hjælper eller tovholder i kontakten videre frem.

Set i et folkehelseperspektiv, viser dette MPH arbejde, at ACT er en arbejdsform, hvor en kompetent hjælper støtter den sindslidende i, at begribe hverdagen og medvirke til, at der dannes et meningsfuldt grundlag for at håndtere livet. En ekstra dimension ved arbejdsmetoden er, at den kompetente hjælper har sin fundering i ACT teamet.

Nyt i dansk psykiatrisk kontekst er dannelse af tværfaglige teams, som en lukket enhed. Samt at danne mange enslignende teams rundt om i landet, uden en central styring. Muligheden for at arbejde i et tværfagligt team – tiltaler ansatte i psykiatrien og er evner som besiddes. Denne undersøgelse viser at der reflekteres mindre over fordele / ulemper ved arbejdsmetoden (ACT model), men fokuseres på processerne omkring klienterne.

Dette MPH arbejde viser, at ovenstående processer efter mere end 10 år, er påbegyndt i Danmark – men at metoden fortsat kan udvikles. At der opleves arbejdstilfredshed ved at arbejde i teams. Klienterne tilkendegiver at opleve en reduktion af kompleksitet og accepterer ACT som en hjælpsom psykiatrisk arbejdsmetode.

7.2. Perspektivering

I dag er forventningen og kravet til metodevalg, at sindslidende modtager tilbud, der betyde fokus på dagligdagen og det at få dagligdagen til at fungere.

Med nedlæggelse af sengepladser på hospitalerne og et øget krav til distriktpsychiatrien har siden 1980'erne været for voldsom. De store institutioner blev nedlagt for at gøre behandlingen af psykisk syge mere orienteret i retning af empowerment og recovery. Det kan være udmærket at nedlægge sengepladser, hvor hospitalerne tidligere fungerede som ren opbevaring. Det har dog taget lang tid at opbygge distriktpsychiatrien, og endnu længere at få etableret tilstrækkelige ACT teams. Behovet for teams i Danmark – er fortsat ikke opfyldt endnu.

Gennem mange hundrede år har sindssyge og sindslidende skulle afskæres fra samfundet. I dag forventes det, at denne gruppe medborgere skal kunne integrere sig i det daglige liv. De bliver modtagere af opsøgende og vedvarende behandling i eget hjem. Det opfattes af samfundet som en menneskeret, at kunne lade sig integrere i samfundet – og ikke konstant (grundet en sindslidelse) at skulle være indlagt.

I samfundet drøftes løbende, om for mange sengepladser er blevet nedlagt. Sengepladser som sindssyge har brug for, når sindslidelsen går over i feltet sindssyge og hvor kun et hospital som asyl, kan give den tryghed og beskyttelse, som borgeren efterspørger. I Danmark er der, foreløbig som projekt, blevet etableret brugerstyret sengepladser, hvor sindslidende kan disponere over indlæggelse, når de har behov for indlæggelse. Sindslidende i ACT team, må betragtes som denne målgruppe.

Samfundet har givet sin accept af ACT team som berettigelse og funktion. Men der er en "disklang" mellem mængden af interaktioner (afhængighed af personers samtidige tilstedeværelser) og ACT teamet som organisation (=social system, som reproducerer sig selv ved medlemsskabsbetingelser og beslutningsteknikker).

Denne ubalance må genoprettes ved at have større fokus på ACT teamet som handlingsredskab for sammensatte og komplekse opgaver. På den måde vil ressourcerne koordineres mere effektivt og integrering af teammedlemmernes kompetence kan have et potentiale til at virke som synergieffekt i muligheden for interaktion og kompetencedeling.

59 opsøgende psykoseteam (ACT teams) er i løbet af de seneste 13 år dukket op i Danmark. Det kan forventes, at der i Danmark vil blive etableret flere. Som arbejdsmetode, en såkaldt importmodel fra USA, er modellen under tilpasning til danske forhold. En fortsat udvikling må forventes indenfor dansk psykiatri.

Alle regioner har i større eller mindre grad etableret modellen. Flest i Region Hovedstaden, hvor ACT er etableret i 33 teams. Færre i andre regioner på Fyn og Jylland. Dog har Region Sjælland, som eneste arbejdsgiver lukket et ACT team. Begrundelsen var overlapning mellem eksisterende kommunale ydelser og uenighed om finansiering. Det er næppe sandsynligt, at regionen fortsat kan undgå at danne teams.

ACT team som model hjælper og skaber mulighed for at psykisk syge og sindslidende kan fungere i nærmiljøet - i stedet for at henvise dem til en tilværelse på et hospital. Det er svært positivt. Men ACT team har også betydet et øget pres på de eksisterende hospitalstilbud, hvor miljøterapi og anden behandlingsterapi bliver en større og større udfordring, da patienterne generelt ved indlæggelse er markant dårligere.

Metoden har fået det blå stempel af Sundhedsstyrelsen, som har udgivet nationale retningslinjer for at sikre skizofrene en bedre behandling. Deri fremgår det, at psykoseteam bør være fremtidens behandlingsmetode til skizofrene, der har vanskeligt ved at udnytte den øvrige del af distriktskykiatrien.

Psykiatribrukerne giver udtryk for, at psykoseteam er den rette støtte for at fungere i samfundet. Der er bekymring over, at ACT teams vil kunne bane vejen for indførelse af tvangsmedicinering og tvangsbehandling i eget hjem. Siden 2010 har der forsøgsvis været arbejdet med lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, nr. 1729 af 2. december 2010 om mulighed for tvangsanvendelse efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling (tvungen opfølgning). En lov, der ikke er problemfri og som stiller store etiske krav til

det sundhedspersonale, som medvirker. Det kræver dygtighed og opmærksomhed, at fastholde og bibeholde det gode relationsarbejde.

Arbejdsforholdene er på en og samme tid meningsfulde og krævende. Respondenterne gav udtryk for, at det er attraktivt, at arbejde med ACT modellen. En model, der har en klar begribelighed og håndtering af ofte meget vanskelige og svære psykiatriske problemstillinger.

8. TAK og OMTANKE

Udfordringen er ikke å komme i gang, men å fortsette etter at den første entusiasmen har lagt seg.

John Øvretveit (2003)

Et citat der passer godt på mig. Tak til NHV, som gav mig muligheden – flere gange.

En varm og kærlig tak til min kone Susanne og mine fine børn Jonas, Laura og Ditte – min øvrige familie, som hele vejen har støttet og givet mig muligheden for, at rejse bort og opnå ny viden i skønne, maritime og salutogene Göteborg.

NHV har fra første møde været en fantastisk studieplads. Et ”mini” nordiske samfund, hvor nordiske tanker og værdier var omdrejningspunktet. Tak for mere kultur, de nye sprog og undervisernes og de medstuderendes indsigt og aktuelle viden.

Alle mine dygtige undervisere. Specielt tak til Lars Edgren, Bengt Lindström, Tommy Svensson, Bo Eriksson, Ulla Forinder, Lillemor Hallberg, Ulrika Hallberg, Torlief Ruud, Jan Johansson Hanse og Lene Povlsen.

Professor, dr. pæd. Mads Hermansen startede med at sende mig mailen; ”*Nu skal vi i gang med hinanden med henblik på at du kan få gjort dig færdig*”. Jeg oplevede mig utrolig heldig, at have været i så kyndig og procesorienteret vejledning.

Og naturligvis en indre tak til mig selv. For at være stædig og bevidst at fravælge andre af livets mange muligheder. Også for at yde den ekstra økonomiske indsats, som dette studium har krævet.

Tak til ENALYZER for muligheden for omkostningsfrit at benytte deres glimrende software til spørgeundersøgelse i et halvt år.

En tak til mine kollegaer i ACT teams i Danmark. Deres bidrag i dette MPH arbejde har været af stor betydning for projektet. Tak for al positiv interesse, tid og input.

Dette MPH arbejde har kastet lys over en arbejdsmetode, som ser ud til at virker overfor mennesker med psykisk lidelse. Hensigten har været at forbedre vilkår og tilbud for disse mennesker, så de i fremtiden fortsat kan opleve, at psykiatrien i Danmark er en god medspiller i deres livsverden.

9. REFERENCER

1. Foucault M. Galskabens historie i den klassiske periode. Helsingør: Det lille forlag; 2003. p.27-182 & p.464-508.
2. Blinkenberg S, Vendsborg P B, Lindhardt A, Reisby N. Distriktspsykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2002. p.23-40 & p.97-107.
3. Hyden LC. Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. Lund: Studentlitteratur; 2005. p.15-99 & p.175-214.
4. Antonovsky A. Helbredets mysterier. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.p.24-57.
5. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 1996.
6. Stein LI, Santos AB. Psykoseteam – en model for opsøgende psykiatrisk arbejde. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
7. Vendsborg P, Nordentoft M, Hvenegaard A, Søgaard J. Opsøgende Psykoseteam: Assertive Community Treatment: en medicinsk teknologivurdering. København: DST – Institut for sundhedsvæsen, 1999.
8. Aagaard J. Opsøgende psykoseteam - Assertive Community Treatment. Erfaringer fra det første opsøgende psykoseteam i Danmark. Århus: Grafisk Service, 2006.
9. Lauvås K, Lauvås P. Tværfagligt samarbejde - perspektiv og strategi. 2. udgave. Århus: Klim; 2006.
10. ACTA: Assertive Community Treatment Association. Available at: <http://www.actassociation.org/> (accessed may 2014.)
11. Marshall M, Lockwood A. Assertive Community Treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Libery 1998; 5(2).
12. Dieterich M, Irving C B, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness.Cochrane Schizophrenia Group; 6 OCT 2010.
13. Kamper-Jørgensen F. Forebyggende sundhedsarbejde. 3. udgave. København: Munksgaard; 1999. p.92-106 & p.178-236.
14. Malm U. Case Management – evidensbasarad integrerad psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2002. p.21-33.
15. Gadamer HG. Sandhed og Metode. (Wahrheit und Methode 1960) Århus: Systime Acad, 2004.p.169 & p.182 & p.253-263.
16. Storstrøms Amt. Helhedsplanen 2000 – indsatsen for sindslidende. Storstrøms Amt, 1999.
17. Surber R. Clinical Case Management. A guide to Comprehensive treatment og Serious Mental Illness. United States of America: Sage, 1994. p.3-34.
18. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. A conceptual model, treatment program and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980; 37(4):392-397.
19. Parsons T. The Social System. New York: The Free Press, 1951.
20. Kneer G, Nassehi A. Niklas Luhmann introduktion til teorier om sociale systemer. 2 ed. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.p.22-171.
21. Øvretveit J. Coordinating Community Care. Buckingham: Open University Press, 1993. p.53-76.
22. Belbin RM. Team Roles at Work. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1993.

23. Bion W. Experiences in Groups and Other Papers. London: Tavistock Publications; 1961. (Dansk oversættelse: Erfaringer i grupper. København: Hans Reitzel; 1993)
24. Luhmann N. Sociale systemer – grundrids til en almen teori. København: Gyldendal Akademisk, 2000. p.36-97.
25. Luhmann N. Tillid – en mekanisme til reduktion af social kompleksitet. København: Hans Reitzels Forlag; 1999.
26. Hernes G. Makt og Avmakt. Oslo: Universitetsforlaget; 1995. p.124-130.
27. Strax TB. Effektmåling og dokumentation af socialt arbejde. Kompendium 1. Dokumentation af socialt arbejde: muligheder og udviklingsperspektiver. København: IBC Euroforum; 2007.
28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. Elsevier. 2003; 24:105–112.
29. Elo A, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. JAN Research Methodology. The Authors. Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd: 2007:107–115.
30. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitative forskningsinterview. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.p.207-228.
31. Strandmark M. Fenomenologi. Forelæsning NHV kurset; Kvalitativ metodik inom folkhälsovetenskap. Göteborg: NHV, 1.10.2013.
32. Biong S. Kunskapsproduktion i kvalitativ forskning. Forelæsning NHV kurset; Kvalitativ metodik inom folkhälsovetenskap. Göteborg: NHV, 2013.
33. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Available at:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

10. BILAG

10.1 Oversigt ACT Teams i Danmark

Oversigten følger på næste to hele sider.

Aktuel pr. 1. januar 2014

Nr.	STED	Arbejdsgiver	ACT-team	Adresse	Kontakt	Telefon
1	Amager	Region Hovedstaden	OP-team 1, Amager	Hans Bogbinders Alle 3, Opgang 2, 2. sal, 2300 København S	FAX	38641980
2	Amager	Region Hovedstaden	OP-team 2, Amager	Hans Bogbinders Alle 3, Opgang 2, 2. sal, 2300 København S	FAX	38641930
3	Ballerup	Region Hovedstaden	OP-team Ballerup	Gldsaxe Mollevej 15, 3. sal, 2860 Soborg	MAIL	38642510
4	Bispebjerg-Brønshøj	Region Hovedstaden	OP-team Bispebjerg-Brønshøj	Montmestervej 15, 2400 København NV	MAIL	38647641
5	Frederiksberg	Region Hovedstaden	OP-team Frederiksberg	Ndr. Fasanvej 57, Vej 8, Indg. 5.1, 2000 Frederiksberg	MAIL	38643945
6	Gldsaxe-Furesø	Region Hovedstaden	OP-team Gldsaxe-Furesø	Gldsaxe Mollevej 15, 3. sal, 2860 Soborg	MAIL	38642510
7	Ishøj	Region Hovedstaden	OP-team Ishøj	Ishøj Store Torv 20, 5, 2635 Ishøj	MAIL	38644535
8	Glostrup	Region Hovedstaden	OP-team Glostrup	H.J. Holstvej 3B, 2, 2605 Brøndby	MAIL	38640693
9	Østerbro	Region Hovedstaden	OP-team Østerbro	Strandboulevard 92-96, 2. sal, 2100 København Ø	MAIL	38644670
10	Frederikssund	Region Hovedstaden	OP-team Frederikssund	Frederikssundsvej 30, 3600 Frederikssund	FAX	38643370
11	Halsnæs Team	Region Hovedstaden	OP-team Frederikssund /team Halsnæs	Frederikssundsvej 30, 3600 Frederikssund	MAIL	38643373
12	Helsingør	Region Hovedstaden	OP-team Helsingør	Esrumsvej 145, 2722, 1. 3000 Helsingør	MAIL	38643520
13	Hillerød	Region Hovedstaden	OP-team 2024 Hillerød	Dyrehavevej 48, opgang 20 st. 3400 Hillerød	MAIL	38643130
14	Nørrebro	Region Hovedstaden	OP-team Nørrebro	Griffenfeldsgade 46, 2. 2200 København N	MAIL	38642828
15	Sct. Hans	Region Hovedstaden	OP-team Sct. Hans (afd. M)	Carl Nielsens Alle 9, 2. sal, 2100 København S	MAIL	38644200
16	Retspsykiatrisk PC Sct. Hans	Region Hovedstaden	Retspsykiatrisk OP-team (afd. S)	Carl Nielsens Alle 9, Opgang D, 2. sal, 2100 København S	FAX	38644270
17	Valby	Region Hovedstaden	OP-team Valby	Gammel Kongevej 33, 1610 København V	MAIL	38645900
18	Vesterbro	Region Hovedstaden	OP-team Vesterbro	Gammel Kongevej 33, 1610 København V	MAIL	38645900
19	Retspsykiatrisk PC Glostrup	Region Hovedstaden	Retspsykiatrisk OP-team Afsnit J86	Ndr. Ringvej 69, 2600 Glostrup	MAIL	38640997
20	Frederiksberg	Region Hovedstaden	AKUT-team Frederiksberg	Nimbusparken 24, stuen, 2000 Frederiksberg	MAIL	38643902
21	Glostrup	Region Hovedstaden	AKUT OP-team Glostrup	Ndr. Ringvej 69, 2600 Glostrup	MAIL	38640873
22	Hvidovre	Region Hovedstaden	AKUT OP-team Hvidovre	Gammel Kongevej 33, 1610 København V	MAIL	38645900
23	København	Region Hovedstaden	AKUT OP-team København	Montmestervej 15, 2400 København NV	MAIL	38647638
24	Nordsjælland	Region Hovedstaden	AKUT OP-team Nordsjælland	Dyrehavevej 48, 3400 Hillerød	MAIL	38643280
25	Amager	Region Hovedstaden	OPUS team Amager	Digevej 110, 2300 København S	FAX	38641775
26	Ballerup	Region Hovedstaden	OPUS team Ballerup	Ballerup Boulevard 2, 2750 Ballerup	MAIL	38645022
27	Frederiksberg	Region Hovedstaden	OPUS team Frederiksberg	Nimbusparken 24, 2000 Frederiksberg	FAX	38643980
28	Glostrup	Region Hovedstaden	OPUS team Glostrup	H.J. Holstvej 3B, 1. 2605 Brøndby	FAX	38640861
29	Hvidovre	Region Hovedstaden	OPUS team Hvidovre	Gammel Kongevej 33, 4. 1610 København V	MAIL	38645967
30	PC København	Region Hovedstaden	OPUS team PC København	Strandboulevard 96, st og 1. sal, 2100 København Ø	MAIL	38644700
31	Nørrebro	Region Hovedstaden	OPUS team Nørrebro	Hans Kirks Vej 6, 2200 København N	MAIL	38645900

32	Vesterbro	Region Hovedstaden	OPUS team Vesterbro	Gammel Kongevej 33, 1610 København V	MAIL	38645900
33	Hillerød	Region Hovedstaden	OPUS team Hillerød	Dyrehavevej 48, Opgang 26 st. 3400 Hillerød	MAIL	38643170
34	Nykøbing Sjælland	Region Sjælland	Akut-teamet (SATS-projekt)	Odsherred Sundhedscenter, Sygehusvej 5, Nykøbing Sjælland	MAIL	58553883
35	Nykøbing Falster	Region Sjælland	Psykoseteam	Opfort ultimo 2013	MAIL	Opfort
36	Roskilde	Region Sjælland	TOP (Tidlig Opsøgende Psykoseteam)	Anser sig ikke som ACT team	MAIL	Fravalgt
37	Vejle	Region Syddanmark	Opsøgende psykoseteam, OPT	Kabelloft 25, 7100 Vejle	BREV	99447553
38	Odense	Region Syddanmark	Opsøgende Psykose Team	Skulkenborg 2, 2.sal. 5000 Odense C	BREV	66120040
39	Odense	Region Syddanmark	Tidlig Interventions Team	Bjerggade 15, 1.sal, 5000 Odense	BREV	65431140
40	Kolding	Region Syddanmark	Opsøgende Psykoseteam, OPT	Skovvangen 2-8, 6000 Kolding	BREV	99447549
41	Middelfart	Region Syddanmark	Lokalpsykiatrien AKUT / Psykose	Teglårdsparken 101, 5500 Middelfart	BREV	99448110
42	Svendborg	Region Syddanmark	Opsøgende Psykoseteam	Vilhelmskildevej 1E, 5700 Svendborg	BREV	63201050
43	Tønder	Region Syddanmark	Opsøgende Psykoseteam	Carstengade 6-10, 6270 Tønder	MAIL	73734120
44	Esbjerg	Region Syddanmark	OPteam	Gl. Vardevej 101, 6700 Esbjerg	MAIL	99447010
45	Ribe	Region Midtjylland	OPteam	Ribevej 27, 6760 Ribe	MAIL	79885333
46	Viborg	Region Midtjylland	Mobilteam	Sendersoparken 1, 8800 Viborg	BREV	78474104
47	Skive	Region Midtjylland	Mobilteam	Kompagnigade 11B, 7800 Skive	BREV	78474345
48	Herning	Region Midtjylland	Psykisk Mobilteam	Gammel landevej 61, 7400 Herning	BREV	78474540
49	Silkeborg	Region Midtjylland	Psykoseteam	Falkevej 5, 8600 Silkeborg	BREV	78475800
50	Silkeborg	Region Midtjylland	Akut Døgntilbud	Falkevej 5, 8600 Silkeborg	BREV	78475800
51	Horsens	Region Midtjylland	Mobilteam	Sundvej 30, Indgang C, 8700 Horsens	BREV	78475000
52	Horsens	Region Midtjylland	OPUS Team	Sundvej 30, Indgang C, 8700 Horsens	BREV	78475140
53	Viborg	Region Midtjylland	Team for psykotiske lidelser	Sendersoparken 9, 8800 Viborg	BREV	78474260
54	Herning	Region Midtjylland	Det specialiserede psykoseteam	Gammel landevej 61, 7400 Herning	BREV	78474500
55	Århus	Region Midtjylland	Mobil Psykoseteam	Skovagervej 2, 8240 Risskov	BREV	78471932
56	Aalborg	Region Nordjylland	Opsøgende Psykoseteam Syd	Mølleparken 10, 9000 Aalborg	MAIL	97643674
57	Brønderslev	Region Nordjylland	Opsøgende Psykoseteam Nord	Hjerringvej 180, Brønderslev	MAIL	25579000
58	Thy / Mors	Region Nordjylland	Opsøgende Psykoseteam Nord	Thylandsvej 37, 7700 Thisted	MAIL	97643050
59	Aalborg	Region Nordjylland	OPUS Team for unge med skizofreni	Brandesvej 5, 9000 Aalborg	MAIL	97643458

10.2 Invitation til elektronisk spørgeundersøgelse



5. januar 2014



norden
Nordic School of Public Health
NHV

NORDIC SCHOOL OF PUBLIC HEALTH TILBYDER UDDANNELSER PÅ FORSKERNIVEAU SAMT MASTER- OG DIPLOM. SKOLEN STYRKER PROFESSIONALISERINGEN AF FOLKESUNDHED I DE NORDISKE LANDE OG FUNGERER SOM NORDISK VIDENCENTER.

Til alle
der arbejder i danske ACT team

Jeg håber, at du vil kunne afsætte tid til deltagelse i denne undersøgelse. Fokus er; **Hvad er det egentlig som gør, at et ACT team fungerer i hverdagen?**

Som MPH studerende ønsker jeg at vide, hvordan du opfatter at dit ACT-team fungerer. Dit input har betydning for min undersøgelse. Undersøgelse opfatter alle ACT team i Danmark.

Psykiatrien i Danmark etablerede i 2001 ACT team (Opsøgende Psykoseteam). Modellen blev skabt 1970'erne i USA og var velafprøvet inden sin ankomst til Danmark. Opsøgende Psykoseteam er et ambulant behandlingstilbud. Teamet tilbyder særlig opsøgende og fastholdende indsats i forhold til behandling, hjælp og støtte.

Målet er støtte til personer med alvorlige, langvarige psykiske lidelser, samt at give disse mennesker mulighed for at leve et stabilt liv af en rimelig kvalitet. Patienternes problemstillinger er mangeartede og komplekse. Ofte er der behov for støtte til, for at kunne benytte sig af de sundhedstilbud, som er til rådighed. Mange oplever, at støtten giver mulighed for, at patienterne kan engagere sig i aktiviteter, som fremmer et meningsfuldt liv.

ACT-teamet er selve kernen i ACT-programmet.

Der er behov for en undersøgelse, hvor udgangspunktet er synspunkter og erfaringer som medarbejder i et ACT-team. Den relative "ensomme" og selvstændige arbejdsform betyder måske arbejdsmæssige belastninger. Dette kunne tænkes at modvirkes af et velfungerende team, hvor medarbejderne gensidig støtter og fagligt udfordrer hinanden. Dette er undersøgelsens fokus.

Sådan deltager du – to muligheder

Link anvendes. Undersøgelsen er anonym. Ved er genereret et generelt link. Du kan desværre ikke holde pause, når du er i gang. Men kan starte forfra. HUSK at godkende alle spørgsmål - også hvor jeg afslutter.

<https://survey.enalyzer.com/?pid=nm3s6p2k>

QR koden er nem at benytte. Ved at skanne QR tag'en med din smartphone eller en tablet – er du allerede i gang med undersøgelsen. VARIGHED ca. 10 minutter – husk en kop kaffe eller te!



Mange hilsner og godt nytår 2014 / **/ Morten Kalmark** MPH-studerende

Etik: Projektet følger gældende retningslinjer fra den Videnskabetiske Komite og Datatilsynet. Ligeledes regler og retningslinjer for biomedicinsk forskning i Danmark. I MPH-studiet vil alle informationer være anonymiseret. Skriv gerne til Morten Kalmark på kalmark@mail.dk eller mobil 29 88 07 05.

10.3 Spørgeskemaet

Opsøgende Psykoseteam (ACT-model) - en tværfaglig teambaseret intervention

Du tilhører målgruppen for dette interview - da du arbejder i et ACT team. Jeg ønsker at belyse erfaringer, synspunkter og kompetencer i danske ACT team. Mit fokus er, hvilke elementer som gør, at et ACT team fungerer i hverdagen? Håber du giver dig tid til at medvirke. Alle danske ACT-team spørges. Varighed ca. 10-15 minutter. Tak for din tid.

Morten Kalmak - MPH studerende - Nordic School of Public Health

Opsøgende Psykoseteam - ACT team

Assertive Community Treatment (ACT) er en intensiv, teambaseret behandlingsmodel indenfor psykiatrien. Den kendetegnes ved, at behandlerne opsøger patienten i patientens eget lokalsamfund. Etablerer kontakt på patientens præmisser, samt dækker forskellige behov på tværs af fag og sektorer. ACT- teamet skal tilbyde behandling, rehabilitering, opfølgning og støtte til målgruppen. Målet er, at en sårbar og udsat gruppe mennesker med alvorlige psykiske lidelser, får adgang til sammenhængende, koordinerede og komplette tjenester.

1. Din erfaring med at arbejde i psykiatrien ?

(Angiv kun ét svar)

Under 2 år

☐

Mellem 2 - 5 år

☐

Fra 6 til 10 år

☐

Mere end 10 år

☐

2. Din aktuelle case-load ? (antal patienter du har som case manager)

3. Har dit ACT team bemyndigelse til, at gribe ind på alle interventions niveauer og områder - for at patienten kan opnå en stabil tilværelse?

(Angiv kun ét svar)

Ja

☐

Delvis

☐

Nej

☐

Ved ikke

☐

4. Arbejder I (medarbejder) som et team? (Angiv kun ét svar)

Ja

☐

Nej

☐

I perioder

☐

Ved ikke

☐

5. Har teamet en ideel størrelse? (Angiv kun ét svar)

Ja

Nej

Ønskeligt med større team

Ønskeligt med mindre team

Ved ikke

☐☐☐☐☐

6. Er din arbejdsgruppe (ACT-team) kendetegnet ved at være målrettet og tværfaglig i jeres opgaveløsning ? (Angiv kun ét svar)

Altid

Ofte

Sjældent

Aldrig

Ved ikke

☐☐☐☐☐

7. Er dit team opsøgende i jeres forsøg på, at fastholde kontakten med klienten? (Angiv kun ét svar)

Ja

Delvis

Nej

Ved ikke

☐☐☐☐

8. Er dit team vedholdende (assertivt) i jeres forsøg på, at fastholde kontakten med klienten? (Angiv kun ét svar)

Ja

Delvis

Nej

Ved ikke

☐☐☐☐

9. Er dit team et multidisciplinært team? (flere monofagligheder repræsenteret) (Angiv kun ét svar)

Ja

Nej

Ved ikke

☐☐☐

10. Formår I som ACT-team at arbejde målrettet og tværfagligt på opgaven? Beskriv med egne ord;

11. Kan der tilbydes en høj grad af individualiseret behandling - baseret på den enkelte klients behov? (Angiv kun ét svar)

Ja - ACT teamets styrke

Ofte muligt

Kun sjældent

Aldrig

Ved ikke

☐☐☐☐☐

12. Tilbydes et 24 timers beredskab / tidsubegrænset service? Beskriv kort jeres service;

13. Deler I som team jeres erfaringer, kunnen og viden med hinanden? Beskriv kort din virkelighed.

14. Yder teamet størstedelen af ydelserne indenfor alle fagområder? Beskriv jeres service;

15. Har teamet en flad - ikke hierarkisk ledelsesstruktur? (Angiv kun ét svar)

Ja, det synes jeg.	Delvis	Nej	Ingen betydning for mig	Ved ikke
☐	☐	☐	☐	☐

16. Er størstedelen af jer (medarbejder) fuldtidsansatte? (Angiv kun ét svar)

Næsten alle	mere end 80 %	mere end 50 %	Mindre end 50 %	Ved ikke
☐	☐	☐	☐	☐

17. Tilbydes gode arbejdsforhold ? (Angiv kun ét svar)

Bestemt	Kunne være bedre	Ikke tilfredsstillende	Ved ikke
☐	☐	☐	☐

18. Er personaleudskiftningen på et (absolut) minimum? (Angiv kun ét svar)

Ja	Vi skiftet nu og da ud i team	Skifter desværre ofte ud i team	Ved ikke
☐	☐	☐	☐

19. Tilbyder jeres team kontakt / samarbejde med pårørende? (Angiv kun ét svar)

Ja	Delvis	Nej	Ved ikke
☐	☐	☐	☐

20. Hjælper dit team med at skabe kontakt (blandt andet til egen læge, socialforvaltning og andre offentlige instanser)? Beskriv dine erfaringer;

21. Kan dit team tilbyde en hurtig stabiliserende indsats? (Angiv kun ét svar)

Ja

Delvis

Nej

Ved ikke

☐☐☐☐

22. Kan klienten og team i fællesskab, vurdere og håndtere sygdomssignaler og sygdomssymptomer og aktivt reducere varighed, intensiteten og hyppighed af klientens psykoser? Beskriv kort dine erfaringer;

23. Har team-arbejdet en aflastende funktion (for eksempel i forhold til boligselskab, politi- og retsvæsen)? (Angiv kun ét svar)

Oplever vi
hyppigt

Oplever vi nu og
da

Sjældent

Aldrig

Ved ikke

☐☐☐☐☐

24. Kan klienterne fastholdes i aktiviteter? Beskriv kort dine erfaringer;

25. Oplever klienten at isolation brydes (for eksempel ved at etablere og udvikle netværk)? (Angiv kun ét svar)

Oplever vi
hyppigt

Oplever vi nu og
da

Sjældent

Aldrig

Ved ikke

☐☐☐☐☐

26. Medvirker ACT-modellen til sikring af klientens rettigheder og pligter? Hvad er dine erfaringer;

27. Er kontakten opsøgende / vedvarende under en eventuel indlæggelse? (Angiv kun ét svar)

Ja

Delvis

Nej

Ved ikke

☐☐☐☐

28. Modtager klienten relevant psykofarmakologisk behandling? Beskriv kort dine erfaringer;

29. Giver klienterne udtryk for en oplevelse af bedre livskvalitet? Beskriv kort dine erfaringer;

30. Betyder denne behandlingsform færre hospitalsindlæggelser? (Angiv kun ét svar)

Ja

Nej

Ved ikke

☐☐☐

31. Har ACT betydning for en bedre sundhedstilstand hos klienterne? Forklar kort;

32. Fremmer arbejdsmetoden klienternes selvstændighed? (Angiv kun ét svar)

Ja

Måske

Nej

Ved ikke

☐☐☐☐

33. Kan teamet følge op på en bruger flere gange om dagen? Beskriv jeres praksis;

34. I hvilken grad oplever du, at dit team har implementeret modellen ACT ? (Angiv kun ét svar)

Helt

Delvist

Sparsomt

Ved ikke

☐☐☐☐

35. Dit fagområde ? (Angiv kun ét svar)

Sundheds-
faglig

Socialfaglig

Psykologisk

Pædago-
Gisk

Bruger

Kontor-
uddannet

Anden

☐☐☐☐☐☐☐

36. Din funktion i ACT ? (Angiv kun ét svar)

- ☐ Teamleder
- ☐ Medarbejder med brugerbaggrund
- ☐ Sekretær
- ☐ Socialrådgiver
- ☐ Psykolog
- ☐ Sygeplejerske
- ☐ Psykiater
- ☐ Alkohol - og stofmisbrugskonsulent
- ☐ Jobkonsulent
- ☐ Anden baggrund
- ☐ Ønskes ikke oplyst

37. Din alder? (Angiv kun ét svar)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - 24 år | 25 - 39 år | 40 - 49 år | 50 - år | Ønsker ej at oplyse |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

38. Dit køn ? (Angiv kun ét svar)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mand | Kvinde | Ønsker ej at oplyse |
| ☐ | ☐ | ☐ |

39. Er der kompetencer i jeres ACT team, som I jævnligt efterspørger ? (hvilke)

40. Din arbejdstilfredshed ved at arbejde i et ACT team ? (Angiv kun ét svar)

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Meget høj
arbejdstilfredshed | Høj
arbejdstilfredshed | Normal
arbejdstilfredshed | Lav
arbejdstilfredshed | Ved ikke |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

41. Et udsagn; ACT er en arbejdsform, hvor en kompetent hjælper støtter den sindslidende i, at begribe hverdagen og medvirke til, at der dannes et meningsfuldt grundlag for at håndtere livet ? (Angiv kun ét svar)

Enig	Delvis enig	Uenig	Utopi	Ved ikke
☐	☐	☐	☐	☐

42. Oplever du at ACT team medvirker til reduktion af social kompleksitet i klientens hverdag ? (Angiv kun ét svar)

Bestemt	Delvist	Sparsomt	Sker ikke	Ved ikke
☐	☐	☐	☐	☐

43. Har du kendskab til bogen; Psykoseteam - en model for opsøgende psykiatrisk arbejde. Skrevet af Leonard I. Stein & Alberto B. Santos ? (Angiv kun ét svar)

Ja	Kender - men ikke læst	Kender ikke
☐	☐	☐

44. Andet du gerne vil berette om til undersøgelsen:

Tak for dine svar. Min håb er, at undersøgelsen vil kunne bidrage i den fortsatte udvikling af ACT i Danmark. Både indenfor psykiatri og folkesundhed. Og endnu engang - Tak for din tid.

10.4 Oversigt figurer

Figur 1: En evidenstrappe

Figur 2: spørgeundersøgelsen viser hver respondents case load. N=49.

Figur 3: spørgeundersøgelsen viser om respondenterne har læst grundbogen om ACT. N=39.

Figur 4: spørgeundersøgelsen viser om ACT medvirker til reduktion af social kompleksitet. N=39.

Figur 5: spørgeundersøgelsen viser et udsagn om ACT som arbejdsform. N=39.

10.5 Baggrundsplysninger om respondenterne

TABEL 1	Total	
Din alder?	Procent	Antal
- 24 år	0%	0
25 - 39 år	23%	9
40 - 49 år	38%	15
50 – år	40%	16
Ønsker ej at oplyse	0%	0
Total	100%	40

TABEL 2	Total	
Dit køn?	Procent	Antal
Mand	33%	13
Kvinde	68%	27
Ønsker ej at oplyse	0%	0
Total	100%	40

TABEL 3	Total	
Din erfaring med at arbejde i psykiatrien?	Procent	Antal
Under 2 år	4%	2
Mellem 2 - 5 år	8%	4
Fra 6 til 10 år	26%	13
Mere end 10 år	62%	31
Total	100%	50

TABEL 4	Total	
Er størstedelen af jer (medarbejder) fuldtidsansatte?	Procent	Antal
Næsten alle	64%	27
mere end 80 %	17%	7
mere end 50 %	7%	3
Mindre end 50 %	12%	5
Ved ikke	0%	0
Total	100%	42

TABEL 5	Total	
Dit fagområde?	Procent	Antal
Sundhedsfaglig	80%	32
Socialfaglig	10%	4
Psykologisk	5%	2
Pædagogisk	3%	1
Bruger	0%	0
Kontoruddannet	0%	0
Anden	3%	1
Total	100%	40

TABEL 6	Total	
Din funktion i ACT?	Procent	Antal
Teamleder	25%	10
Medarbejder med brugerbaggrund	0%	0
Sekretær	0%	0
Socialrådgiver	8%	3
Psykolog	3%	1
Sygeplejerske	40%	16
Psykiater	10%	4
Alkohol - og stofmisbrugskonsulent	3%	1
Jobkonsulent	0%	0
Anden baggrund	13%	5
Ønskes ikke oplyst	0%	0
Total	100%	40

10.6 Vist udført kvalitativ indholdsanalyse

MENINGS ENHEDER Meaning unit	KONDENSERET ENHED Condensed meaning unit	KODER Code	SUBKATEGORIER Sub-categories	KATEGORIER Categories	HOVED KATEGORIER Main-categories
Medicin udlevering, / Samtaler / Støtte og deltagelse til aktivitet og udvidelse af netværk. / Støtte i form af struktur på dagligdagen. / Ledsagelse til diverse samtale (læge, egen læge, kommunen, misbrugscenter). / Støtte ved indlæggelse, under indlæggelse og ved udskrivelse. / Motion / ADL-træning	yder ydelser indenfor lægefaglig, sygeplejefaglig, socialrådgiverfaglig område, støtte og træning.	bred intervention	handler tværfaglig	modeltro på ydelser	Programfast – ej modeltro
Vi yder ydelser indenfor lægefaglig, sygeplejefaglig, socialrådgiverfaglig område. / Vi har mulighed for at rekvirere bistand fra fysioterapi og ergoterapi. / Kommunen tager sig af deres lovområder i det omfang det er muligt og yder støtte indenfor bostøtte lignende ydelser.	yder ydelser indenfor lægefaglig, sygeplejefaglig, socialrådgiverfaglig område. kommunen tager sig af deres lovområder i det omfang det er muligt.	bred intervention	tværfaglig	programfast	Programfast – ej modeltro
Vi fungerer ikke som hjemmehjælp, rengøring og personlig pleje. Vi kan assistere i kontakt til jobcenter og andre offentlige myndigheder, hvis det har behandlings sigte eller hvis der er påkrævet og ingen andre kan løse opgaven. Vi forsøger at få tilknyttet \$85 (bostøtte) hvor dette er nødvendigt. / Vi kan godt løse ikke monofaglige opgaver og gerne efter sparring. / Vi arbejder meget i relationen og må nogen gange, agere med samhandlen for at kunne opnå tillid og begyndende	vi fungerer ikke som hjemmehjælp, rengøring og personlig pleje vi kan godt løse ikke monofaglige opgaver og gerne efter sparring	ej kommunale ydelser	kommunen handler selv	ACT giver ikke alle ydelser	Programfast – ej modeltro
	vi arbejder meget i relationen og må nogen gange, agere med samhandlen for at kunne opnå tillid og begyndende	outsourcet	kommunen handler selv	ACT giver ikke alle ydelser	Programfast – ej modeltro
	vi arbejder meget i relationen og må nogen gange, agere med samhandlen for at kunne opnå tillid og begyndende	helhedsorienteret indsats	hvis ingen andre kan	fokus bred opgaveløsning	Programfast – ej modeltro
	vi arbejder meget i relationen og må nogen gange, agere med samhandlen for at kunne opnå tillid og begyndende	fokus på relation	helhed	relationsarbejde og alliance	Programfast – ej modeltro

