

**Forskjeller i liggetid og antall innleggelser hos pasienter før og etter inkludering i ambulante team i psykisk helsevern samt demografiske kjønnsforskjeller.**

Bringsli BM. Master i avansert klinisk sykepleie RN. Svindseth MF, PhD, MHSc, RN  
Svindseth MF. Førstemanuensis, Avdeling for Helsefag, Høgskolen i Ålesund

Kontaktperson:

Berit Molnes Bringsli, Vegsundvegen 1, 6020 Ålesund, tlf: 95088131, mail:

berit@mimer.no

Bringsli BM og Svindseth MF erklærer at det ikke er noen interessekonflikter forbundet med analyse og skriving av artikkel.

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Aktivt oppsøkende behandling (ACT), er en teambasert behandlingsmodell innenfor psykisk helsevern som kjennetegnes ved at behandlerne oppsøker pasienten i pasientens eget hjem, og etablerer kontakten på pasientens premisser. Metoden er dokumentert som en nyttig og kostnadseffektiv måte å organisere oppsøkende tjenester på for de meste alvorlig psykisk syke.

**Metode:** Data om antall innleggelser og liggedøgn ble innhentet fra pasienter både før og etter inkludering i ACT-team. Data ble analysert og paired t-test ble benyttet.

**Resultat:** Det var en klar nedgang i antall innleggelser og liggedøgn hos pasienter (N=41) ved sammenligning av innleggelser før og etter inkludering av ACT-team, selv om funnet ikke var signifikant.

**Konklusjon:** ACT ser ut til å oppfylle intensjonen når det gjelder at mer av behandlingen til pasienter med psykiske lidelser skal foregå i hjemmet. Det anbefales ytterligere forskning på hva som innholdsmessig er årsak til de ovennevnte resultat.

## **Abstract**

**Background:** Assertive Community Treatment (ACT) is an intensive treatment model in which multidisciplinary teams provide community care for patients with severe mental illnesses. The method is characterized by treatment conducted in the home of the patients or nearby environment. Several studies have provided evidence for the effectiveness of ACT.

**Method:** Total amount of admission and total amount of hospital period was collected from journals from periods before and after including treatment in ACT. Data were analyzed and paired t-test was used.

**Results:** It was a distinct decrease in admissions and total amount of hospital period with the patients (N=41) before and after ACT treatment, even though the findings were non-significant.

**Conclusions:** ACT generally fulfills the purpose of treating the patients with severe mental illness at home. Further studies are recommended as regards content of the results mentioned above.

## Introduksjon

Aktivt oppsøkende behandling (ACT), eller "Assertive community treatment" som er det engelske uttrykket bak forkortelsen, er en teambasert behandlingsmodell innenfor psykisk helsevern som kjennetegnes av at behandlerne oppsøker pasienten i pasientens eget hjem, og etablerer kontakten på pasientens premisser (Aakerholt, 2013). ACT-teamet skal tilby behandling, oppfølging, rehabilitering og støtte, samt bidra til at en sårbar og utsatt gruppe mennesker med alvorlige psykiske lidelser får tilgang til sammenhengende, helhetlige og godt koordinerte tjenester. Forståelsen av den ambulante tilnærmingen ser ut til å gi gode resultater og det antas at innleggelse i spesialisthelsetjenesten blir kortere og færre og at pasientene klarer seg bedre i eget hjem (Ruud og Landheim, 2012).

Ifølge Samhandlingsreformen (St.mld.nr.47, 2008-2009) skal det blant annet satses på forebyggende arbeid i pasientens nærområde. Ved tidlig intervensjon har en som hensikt å forhindre eller bremse videreutvikling av lidelser eller problemer tidlig i et forløp. Samhandlingsreformen sier videre at det er behov for vesentlig bedre samhandling der brukerens behov står i sentrum, herunder å sikre en bedre oppfølging av gruppen med langvarig behov for sammensatte tjenester. Samtlige ACT-team er etablert som forpliktende og likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og kommunale helsetjenester. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt av lege, psykolog, sykepleier, sosionom etc., og oppfyller kravene til kjernebemannings og spesialistbehandling (St.mld.nr. 47, 2008-2009). Den avanserte kliniske sykepleierens rolle blir å bidra med sin kunnskap inn i det tverrprofesjonelle, og representere et nytt kompetansenivå innen sykepleie. Sykepleieren er den største helseprofesjonen og har fått et stort ansvar etter Samhandlingsreformen. Dersom behandling kan foregå i pasientens eget hjem er dette å foretrekke fremfor sykehusinnleggelse (Aakerholt, 2013).

I evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) ble det påpekt at det var manglende helhet og kontinuitet i tjenestene, og at det var manglende samhandling mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et av tiltakene som ble foreslått ovenfor pasientgruppen med langvarige og sammensatte psykiske problemer var utprøving av ACT. Det vises også til behov for indikatorer for kvalitet på de ulike tjenestene, som

- Tilgjengelighet
- Åpningstider
- Mål på god akuttjeneste
- Brukertilfredshet
- Mål vedrørende bruk av individuell plan
- Effektiv bruk av ressurser

I Norge er ACT en relativt ny modell, men har vært i bruk fra tidlig i 1970-årene i store deler av verden. I Norge kom oppstart av ACT-team i 2009, etter et pilotprosjekt i 2006. I perioden fra 2007 og frem til 2012 ble det etablert 14 team i Norge (Midtveisrapport (Ruud, Landheim mfl., 2012)).

I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013) anbefales det at "personer med alvorlige psykoselidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging etter ACT- modellen." Det vil si at ACT er et tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og tilleggspromblem som rusavhengighet eller marginal sosial fungering, jamfør inkluderingskriteriene som beskrevet nedenfor.

Tjenestene blir gitt etter henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten.

Behandlingen tar utgangspunkt i pasientens behov. I de fleste tilfeller blir behandlingen planlagt på forhånd, gjerne gjennom ukeplaner.

I en rapport fra SINTEF (Ose og Slettebakk, 2013) om "Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid om enkeltpasienter" pekes det på at mange innleggelser kan unngås dersom kommunale tjenester styrkes. Videre understrekes viktigheten av nært samarbeid rundt pasienter, og der blir ACT- modellen fremhevet som en god modell på grunn av sine helhetlige og sammenhengende tjenester. Forfatterne av rapporten mener at ACT-team bør være et viktig satsningsområde fremover (Ose og Slettebakk, 2013)

Midtveisrapport gjort av KoRus i 2012 (Ruud, Landheim m.fl, 2013) viser en klar nedgang i antall liggedøgn. Det er også færre brukere som har vært innlagt i psykisk helsevern etter

at de fikk oppfølging fra ACT- teamene, sammenlignet med andelen før. En studie fra Danmark (Aagaard, Muller-Nielsen, 2011) viser at pasienten hadde en signifikant reduksjon av innleggelses og liggedøgn, samt en signifikant økning i konsultasjoner. Konklusjonen i denne artikkelen er at pasienter i ACT-team har lovende resultater og at ACT behandling er en nyttig intervensjon av pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

## **Bakgrunn**

Modellen for Assertive Community Treatment (ACT) ble utviklet i USA på 1970- tallet og er dokumentert som en nyttig og kostnadseffektiv måte å organisere oppsøkende tjenester for de fleste alvorlig psykisk syke for å støtte et liv utenfor psykiatriske institusjoner (Stein og Test, 1980, Allness og Knoedler, 2003). En systematisk kunnskapsoppsummering fra Cochrane konkluderer med at ACT sammenlignet med standard psykisk helsevern reduserer hyppigheten og lengden på sykehusinnleggelses, sikrer boligforhold og sysselsetting bedre og gir høyere pasienttilfredshet (Marshall og Lockwood, 1998, 2010). Forfatterne anbefalte at ACT bør rettes mot personer med stort forbruk av døgnopphold for å redusere bruk av døgnplasser. Det er utarbeidet klare retningslinjer og prinsipper for sammensetning og arbeidsmåte i et ACT- team.

Det er også utarbeidet en egen håndbok i Norge som beskriver innholdet i modellen (ACT- håndbok, Aakerholt 2013). I følge Aakerholt er tankegangen å samle nødvendige tjenester i ett team. Det at et behandlingsteam skal ivareta et helhetlig tjenestetilbud bryter med vår tradisjonelle linje og etatstenkning. Dette også i forhold til klart definerte arbeidsoppgaver knyttet til fag og yrke (Er det en psykologjobb eller sykepleieoppgave å vaske gulv?). Det er lagt vekt på en flat struktur, og alle ansatte bidrar likt.

Behandlingsmodellen har et klart mål om å gjenoppbygge eller styrke pasientens egen uavhengighet gjennom rehabilitering, samt forebygge unødvendige sykehusinnleggelses når dette lar seg gjøre. Den skal også bidra til å gi mennesker i målgruppen en verdig og meningsfull hverdag i sitt nærmiljø. Den amerikanske ACT- modellen legger vekt på at flest mulige i teamet skal bli kjent med den enkelte bruker.

ACT er en intensiv behandlingsmodell med flere treff i uka. Gjennom ukentlige teammøter der alle ansatte er tilstede diskuterer man alle pasientene. En lav pasient- behandler-ratio er

viktig for å kunne yte de tjenestene som modellen beskriver. Denne er angitt til maksimum 10:1 og skal sikre at teamet i realiteten kan stå for alle nødvendige tiltak og intervensjoner uten at kjerneoppgaver må settes ut til andre deler av tjenesteapparatet. Videre sier håndboken at i dette inngår blant annet kontaktetablering, kartlegging, psykoedukasjon, familie- og nettverksstøtte, hjelp til sysselsetting, behandling av rusproblemer, rehabiliteringsarbeid, samt støtte og hjelp til praktiske og hverdagslige utfordringer.

I en artikkel i Dialog (2010) påpekte Petter Lohne at terapeuter som beveger seg ut av kontorene og oppsøker pasientene på andre arenaer, lett kan oppfattes som mer tøffe og invaderende, og derved påføre nye krenkelser. For å unngå denne negative siden av ACT-modellen er det viktig at behandlerne bruker mye tid på å diskutere fag og etikk når «kontoret» blir flyttet hjem til bruker. Samtidig gir kontakten ute oss muligheter til å oppdage hva som er viktig i brukerens liv og gir oss store muligheter til å forstå brukerens verden (ACT- håndbok, Aakerholt 2013).

Modelltrofasthet handler om at ACT er en modell hvor praksis bør leveres i tråd med 47 faste elementer, med et helsepolitisk krav om troskap til modellen. Grad av modelltrofasthet evalueres ved årlige fidelity- målinger. Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) er et måleinstrument som brukes for å måle de norske teamenes implementering av ACT- modellen. Hovedinnholdet i TMACT er drift og struktur av ACT- team, kjernebemanning, spesialistbemanning, kjerneaktiviteter, kunnskapsbaserte aktiviteter og individuelt tilpassede behandlingsplaner (Midtevalueringsrapport, 2012).

Målgruppen for ACT-teamene er definert på følgende måte fra Helsedirektoratet:

Personer med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelbruk, kognitiv svikt og/eller betydelig funksjonsnedsettelse med sammensatte og langvarige hjelpebehov fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, og som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad og som har behov for særlig tilrettelagte tilbud.

Spesifisering av krav til målgruppene (inklusionskriterier) til ACT- behandling:

- Langvarige og ustabile sykdomsforløp
- Langvarig psykotisk sykdom /schizoaffektive lidelser

- Alvorlige bipolare lidelser
- Rusmiddelbruk /ruslidelser og tentativ alvorlig psykisk lidelse
- Alvorlig psykisk lidelse og lett psykisk utviklingshemming

Kjennetegn ved målgruppen er at pasientene har liten evne til å samarbeide om foreskrevet behandling. De har gjentatte kriser og akutte innleggelser. Pasienten opplever store begrensinger i sosial fungering (tilbaketrekking, utagering og paranoid beredskap), med dertil manglende sosial støtte. Det har vist seg at pasientene har liten effekt av tidligere behandling, og målgruppen er i tillegg spesielt sårbar for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene (Midtevalueringsrapport, 2012). Videre sier midtevalueringsrapporten at 78 % av pasientene lider av schizofreni og paranoide lidelser. Pasientgruppen til ACT-teamene er gjerne pasienter som oppfyller Pareto- prinsippet. Dette er de 20 % av pasientene hvor 80 % av tiden og ressursene blir brukt.

Formålet med denne studien er å få norsk forskning på området, da ACT behandling er relativt ny i Norge i forhold til i andre land. Selv om det er mange problemstillinger som kunne vært undersøkt, må en først finne ut om ACT virker og om intensjonen om pasientbehandling har god effekt. Ønsket er at denne undersøkelsen vil gi svar på hypotesen om at pasientene faktisk har færre innleggelser når de behandles i ACT-team. Selv om ACT- modellen er etterprøvd gjennom en rekke randomiserte kontrollerte studier internasjonalt i nærmere 40 år, vet en lite av nytten av ACT i Skandinavia og i Norge. Som nevnt ovenfor har helsedirektoratet gitt KoRus Øst i oppdrag å evaluere 12 norske ACT-team. Denne evalueringen ble fullført oktober 2014, og viste en sterk nedgang i antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern etter inklusjon i ACT-teamene sammenlagt med toårsperioden før inntak (Sluttrapport, Ruud, Landheim mfl., 2014).

Det er derfor disse to spørsmålene denne undersøkelsen håper å kunne svare på:

- 1: Har pasienter med alvorlige psykiske lidelser i behandling i ACT-team flere eller færre innleggelser enn før de begynte med ACT?
- 2: Har det blitt en reduksjon i antall liggedøgn etter inkludering i ACT-team?

## **Metode**

Denne studien er en prosessevaluering av deskriptiv karakter der en beskriver og summerer data (Polit og Beck, 2012). På bakgrunn av at ACT-behandling er relativt ny her i Norge er en evaluering av prosessen viktig for videre utvikling.

Undersøkelsen er gjort på to team på Vestlandet i Norge, heretter kalt ACT 1 og ACT 2. ACT 1 er bygd opp tverrfaglig, med en sammensetning av personalet bestående av lege, psykiatrisk sykepleier, sosionom og barnevernspedagog. I tillegg til dette en ansatt som tar seg av det merkantile. ACT 2 er et mindre team. De har 4 ansatte med en sammensetning på sykepleier, psykiatrisk sykepleier, sosionom og vernepleier, og i tillegg en merkantil ansatt.

Teamene arbeider mandag-fredag fra kl 08.00-15.30. Det kan gjøres avtaler utenom disse tidene for spesielle aktiviteter, som f. eks kino.

## ***Datainnsamling***

Det har blitt gjennomgått 29 journaler ved ACT 1. Dette var antall pasienter ved teamet pr februar 2015. I tillegg ble ACT 2 inkludert for større og bredere datamateriale, og dette teamet hadde 26 pasienter pr april 2015.

Eksklusjonskriteriet er kortere enn 12 mnd inne i ACT-team for å se hvilke valgte variabler som er assosiert med innleggelser og liggedøgn. Dette på grunn av eventuelle utfordringer i oppstartfasen som kunne skapt bias. Det har under hele datasamlingen blitt gjort vurderinger om pasienter med ekstremverdier på en eller flere variabler (outliers) skal ekskluderes pga mulig gjenkjennbarhet i datamaterialet. For hver pasient har det blitt definert to måleperioder. Første måleperiode er de siste seks måneder før inkludering i ACT, og den andre måleperioden er satt til seks måneder til ett år etter inkludering i ACT. Dette er gjort for at målingene skal bli mest mulig like for hver pasient og behandlingen har fått kommet tilstrekkelig i gang.

## ***Instrument***

Skjema for innhenting av relevante data er utarbeidet sammen med veileder. Sekretær for teamene stod for innhenting av data i journal. For å kunne besvare våre forskningsspørsmål har følgende variabler blitt valgt:

- fødselsår
- hoveddiagnose
- sivilstatus
- utdanning
- arbeid/trygdet
- bosituasjon
- GAF-score

I Norge brukes "Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer", vanligvis referert til som ICD, som er et klassifikasjons- og diagnosesystem utgitt av Verdens helseorganisasjon. I Norge settes somatiske og psykiatriske diagnoser etter dette systemet (ICD-10 diagnosebok, 2014). Bare hoveddiagnoser ble brukt i denne studien.

Global Assessment of Functioning (GAF) er et mål på psykososialt funksjonsnivå og brukes på tvers av psykiatriske diagnoser. Skalaen er et generisk instrument for sykdomsalvorlighetsgrad, og den er ikke diagnosespesifikk. Rangeringen er fra 1 (svært syk) til 100 (helt frisk). Dette instrumentet er validert og anerkjent over hele verden, og er beskrevet i mange studier som et godt og pålitelig måleverktøy i forhold til symptom og funksjon hos psykisk syke pasienter (Pedersen og Karterud, 2012). I Norge har en delt opp GAF i to, henholdsvis GAF-S og GAF-F (symptom og funksjon), mens det i resten av verden er det mest vanlig med en totalscore (Pedersen og Hagtvatn mfl, 2007) I denne studien har GAF-S og GAF-F blitt slått sammen til et gjennomsnitt før inkludering av ACT og ett snitt etter inkludering av ACT. Det har kun kommet inn GAF fra det ene teamet, ACT 1.

### *Analyse*

Det har blitt sett etter assosiasjoner mellom antall innleggelses og demografi samt GAF og diagnoser. Det har også blitt sett på de siste årene før pasientene inkluderes i ACT, hvor mange innleggelses/lengde på innleggelse pasienten har hatt, og sammenlignet med antall innleggelses/lengde på innleggelses etter inkludering i ACT. Dataprogrammet IBM SPSS Statistics 2,2 har blitt benyttet til analyser. Det har blitt utført deskriptive analyser ved hjelp av krysstabeller og kalkulering av effektstørrelse ved hjelp av effect size kalkulator. Kontinuerlige variabler ble sammenlignet med gjennomsnittsverdier som ble gjort ved

hjelp av paired sample t-test. P verdi og effekt størrelse (Cohens d) er rapportert ved hjelp av tabeller. I denne studien er P verdi satt til 0,05.

### ***Etiske overveielser***

Selv om dette prosjektet er ansett som en evaluering og et kvalitetssikringsarbeid av helseforetakets drift så har det blitt sendt prosjektprotokoll og søknad til Regional etisk komité (REK) (Ref. nr. 2014/1975-3), og prosjektet ble ansett som et kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet er meldt til personvernombudet i Helseforetaket, og godkjennelse derfra foreligger. Det har blitt arbeidet med aidentifiserte data og hver pasient har fått sitt eget løpenummer. Det vil ikke være mulig å identifisere deltagerne i undersøkelsen når resultatene presenteres. Siden det ikke skulle gjøres intervjuer eller være direkte kontakt med noen av pasientene så ble det i første omgang valgt å ikke informere eller innhente samtykke fra den enkelte. Informasjon om selve prosjektet har blitt lagt på helseforetakets hjemmesider. Gjennom hele forskningsprosjektet ble det vektlagt å følge prosedyrer som er tydelige og transparente slik at alle kan følge prosjektets arbeidsprosess.

### ***Styrke/begrensinger***

På grunn av lite norsk forskning på området med ACT-team anses det som en styrke å kunne få monitorere og gjøre en prosessevaluering. Dette for å kunne se om ACT fungerer for pasienter i psykisk helsevern her i Norge etter inklusjonskriteriene i forhold til liggetid og antall innleggelser. Både GAF og ICD-10 er validerte og anerkjente måleinstrumenter. Begrensingen er at studien har et lite utvalg av respondenter for å kunne si noe om effekten. For å kunne gjøre gode statistiske analyser krever det et stort utvalg, mens denne studien har for stor spredning mellom respondentene. Men en ser at tendensen er til stede. På grunn av måletidspunktet kan reliabiliteten være noe usikker, da noen av pasientene var innlagt bare et døgn, eller at målingen på GAF ble tatt på et senere tidspunkt. Måletidspunktet kan derfor ha noe å gjøre med analysene og at det blir for lite spesifikt for å kunne få frem signifikante forskjeller. Et større utvalg ville mest sannsynlig gitt signifikante funn, selv om muligheten også er til stede for fortsatt ikke-signifikante funn.

### **Resultat**

Datagrunnlaget bestod av totalt 41 pasienter fra to ACT-team. Da endringene i resultatene på demografien før og etter ACT var så små, har det blitt valgt kun i vise i tabell resultatene etter inkludering av ACT. Den demografiske fordelingen var som følger:

**Tabell 1. Demografiske variabler hos pasienter i ACT-behandling, fordelt på kjønn.**

<b>Variabler</b>	<b>P</b>	<b>Kvinne (N=12)</b>	<b>Mann (N=29)</b>	<b>Total (N=41)</b>
Alder, mean <0.001		51 11,01	38 9,44	42 11,61
<b>Parforhold</b>	<b>p=0.01</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>N %</b>
I parforhold		1 9	0 0	1 3
Ikke i parforhold		10 91	29 100	39 98
Total		11 100	29 200	40* 100
<b>Arbeidssituasjon</b>	<b>p=0.59</b>			
I jobb		2 17	2 7	4 10
Trygdet		9 75	23 79	32 78
Annet		1 8	4 14	5 12
Total		12 100	29 100	41 100
<b>Utdanning</b>	<b>p=0.98</b>			
9-årig grunnskole		5 42	13 45	18 44
Videre utdanning		6 50	14 48	20 49
Annet		1 8%	2 7	3 7
Total		12 100	29 100	41 100
<b>Boforhold</b>	<b>p=0.36</b>			
Bor alene		9 75	21 72	30 73
Hos foreldre		1 8	6 21	7 17
Med partner		1 8	0 0	1 2
Annet		1 8	2 7	3 7
Total		12 100	29 100	41 100

\* Mangler svar fra en kvinne

Snittalderen for kvinnene i teamene er 51 år, mens menn er på 38 år. De fleste pasientene er enslige, 1 er oppgitt å være i et forhold, mens 39 er enslige. Kvinnene i vårt utvalg er

signifikant eldre sammenlignet med mennene. Kvinnene i utvalget er signifikant oftere i parforhold enn mennene. På de andre demografiske variablene fantes ingen signifikante forskjeller.

Før inkludering av ACT-team var 1 pasient i arbeid og 34 pasienter var trygdet. Under annet er det 6 pasienter (ikke vist i tabell). Etter inkludering av ACT-team er 4 pasienter i arbeid, 32 pasienter lever på trygd og 5 er i kategorien annet. Dette kan f. eks være at de har begynt på skole eller arbeidstrening/frivillig arbeid.

Når det gjelder boforhold bor 27 pasienter alene, 12 pasienter hos foreldre og 2 pasienter under annet før inkludering av ACT-team (ikke vist i tabell). Etter oppstart av behandling bor 30 pasienter alene, 7 hos foreldre, 1 med partner og 3 pasienter i kategorien annet. Dette kan være institusjon eller bemannet bolig.

Et av inkluderingskriteriene for ACT er langvarige psykotisk sykdom /schizoaffektive lidelser eller alvorlig bipolar lidelse eller rusmiddelbruk /ruslidelse. Pasientene i denne studien hadde før inkludering av ACT-team 4,9 % i kategorien F10-F19 (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer), 61 % hadde diagnose i kategorien F20-F29 (schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser), 17,1 % hadde andre diagnoser og 17,1 % hadde ingen diagnoser (dette kan skyldes at det ikke var oppgitt hoveddiagnose eller ingen målbare innleggelser i måleperiodene). Etter inkludering av ACT-team har 2,4 % rus- og psykoselidelser, og 56,1 % har diagnose innenfor F20-F29. 7,3 % har andre diagnoser og 34,1 % har ingen hoveddiagnose. Dette kan skyldes at det ikke var oppgitt en hoveddiagnose eller at pasienten ikke hadde målbar innleggelse i måleperioden.

Da det bare var oppgitt GAF- score fra ett av ACT- teamene kan en ikke sikker slå fast betydningen av dette. Gjennomsnittverdien på de 21 pasientene der GAF ble registrert før ACT viser verdien 45,1 og etter inkludering av ACT var gjennomsnittverdien 43,4.

Hovedfokus for studien var antall innleggelser og liggedøgn i periodene før og etter inkludering i ACT. Resultatet er som vist i tabell 2:

**Tabell 2. Totalt antall innleggelser/liggedøgn**

Variabler	Før ACT (N=41)		Etter ACT (N=41)		P-verdi	Effect size (Cohen's d)
	Mean	SD	Mean	SD		
Antall innleggelser	1,1	1,20	0,71	1,01	0,06	0,35
Antall liggedøgn	28,54	40,31	19,78	42,6	0,34	0,21

Antall innleggelser i psykisk helsevern var høyere i de siste seks månedene før inntak av ACT enn i perioden seks måneder til ett år etter inkludering. Man ser altså en klar nedgang. Antall innleggelser før ACT var i snitt 1,1. Etter ACT har dette gått ned til 0,71. Det er noen pasienter som ikke har hatt innleggelser etter inkludering av ACT. En effect size på 0,35 viser en svak effekt.

Videre viser tabellen også antall liggedøgn totalt i måleperioden før og etter inkludering. Den viser at det er en gjennomsnittlig lengde på døgnoppholdene før inkludering på 28,54, mot 19,78 etter inntak og behandling ved ACT. I snitt er dette en reduksjon på over 8,5 døgn pr pasient pr halvår. Denne reduksjonen i oppholdslengde er ikke statistisk signifikant, og har en p-verdi på 0,34.

Verken nedgang i antall innleggelser eller liggedøgn var signifikant (respektive  $P=0,06$  og  $P=0,34$ ), sannsynligvis på grunn av for lavt antall respondenter.

## Diskusjon

Den avanserte kliniske sykepleieren bør kunne se helheten rundt pasienten og derved ta ansvar for komplekse omsorgs- og behandlingsoppgaver. Det er viktig at helsepersonell med breddekompetanse på høyt nivå kan bidra til at pasientene med behov for sammensatte tjenester får dette på en god og trygg måte. Det er derfor viktig å kunne si noe om ACT-team oppfyller de spesifikke målsetningene de har, nemlig mer behandling i hjemmet. Siden ACT er nytt i vårt nedslagsfelt foreligger det ingen resultater om teamene oppfyller hovedmålene; færre døgn i sykehus og færre innleggelser.

Noen få endringer i demografi ble registrert. I følge Bjørngaard (2007) er mennesker med alvorlig psykisk lidelse en ensom gruppe som bor alene og ikke i et parforhold. Denne pasientgruppen faller gjerne ut fra skole og mister kontakt med familie og venner. Litt

under halvparten har fullført grunnskolen, mens ca halvparten har fullført høyere utdanning (videregående, høyskole). Ofte ser man at noen kan starte en ruskarriere før de blir fanget opp og utredet for psykiatriske lidelser. Assosiasjoner ved lav utdanning kan indikere at pasienter med alvorlig psykisk lidelse har vanskeligheter å håndtere problemer i livet. Etter inkludering i ACT har en pasient begynt på skole og videre utdanning. Det ble også registrert endring i arbeid, flere pasienter har fått jobb/utplassering etter inkludering av ACT. ACT 2 har vektlagt dette ved å få NAV inn som et ekstra hjelpetiltak til behandlingen som blir gjort. Ifølge Sluttrapporten av Ruud og Landheim er samarbeidspartene godt fornøyd med oppfølgingen av pasientene. ACT evner å nå frem til og holde på en pasientgruppe som de ordinære tjenestene ikke nådde tidligere.

Når det gjelder boforhold var det to tredjedeler som bodde alene og ca en tredjedel som bodde hos foreldre. Etter inkludering har ACT hjulpet flere til å bli selvstendige og flytte for seg selv. I denne sammenhengen er det positivt, da en kan oppnå en mestringsfølelse av å bo alene. Bare 17 % bor hos foreldre etter inkludering. Alle disse endringene er positive i forhold til nasjonale målsetninger med at flest mulig skal komme seg ut i arbeid og bo selvstendig (St.mld.nr.47, 2008-2009), men som nevnt tidligere kan også det å bo alene også oppleves som ensomt, når man ikke har foreldre eller partner som støttespiller i det daglige.

Hoveddelen av pasientene har en psykoselidelse, nærmere spesifisert har to tredjedeler av pasientene en alvorlig psykoselidelse. Dette viser at ACT oppfyller intensjonen om at det er de aller sykeste pasientene innfor psykisk helsevern som trenger ACT (St.mld.nr.47, 2008-2009) Dette viser også at det er pasienter som oppfyller inklusjonskriteriene til ACT, og at det ikke blir en oppsamling av pasienter som ikke passer inn i behandling andre plasser.

En studie gjort i Nederland (Kortrijk, Mulder m.fl., 2009) viste at flere faktorer spilte inn i forhold til mer problematisk fungering over tid. Det kunne være at nivået av psykososial fungering var betydelig hindret hvis de hadde en rusdiagnose i tillegg, var over 30 år, hadde lav utdanning og var lite motivert for behandling.

Ved bedring av funksjon og symptom forventes GAF-scoren å gå opp, noe som betyr mindre symptomer og bedre funksjon. GAF-scoren i utvalget har gått ned. Dette kan ikke

forklares, men en mulighet er at sykdomsforløpet gjør at pasientene blir dårligere, uavhengig av behandling. En annen mulighet er at det å bo alene og fungere i dagliglivet oppleves som en stor belastning. Siden det er få pasienter det har blitt opplyst GAF-score for, kan det også være eksterne tendenser som en ikke har kontroll over, som for eksempel påvirkning fra massemedia. En svakhet med studien kan være måletidspunkt for GAF-scoren. En kan ikke se bort fra at noen pasienter fikk målt GAF samme dag som de ble utskrevet, og andre muligens en uke etter utskrivelse. Det er også mulig at pasienten skrives ut så raskt at funksjonsnivået er lavt og symptombildet noe høyere enn om de hadde vært lenger på sykehus. Enda en alternativ forklaring kan være at pasienter klarer seg i eget hjem med lavere funksjon og flere symptomer fordi de får mer hjelp hjemme av ACT.

Resultatene i denne studien sier at antall innleggelses har hatt en klar nedgang. Dette viser at arbeidet som blir lagt ned ved disse to ACT-teamene kan ha en effekt, selv om datamaterialet dessverre var for lite til å få signifikante funn. Noen av innleggelsene etter inkludering er også planlagte innleggelses for diverse undersøkelser etc. Noen av pasientene hadde få innleggelses før behandling av ACT, men flere etter inkludering. Det kan være at pasientene før inkludering ikke var blitt fanget opp av nettverket rundt seg, og ikke hadde et tilbud å gå til. Etter inkludering har pasienten muligens blitt tatt vare på og fulgt tett opp av behandlerne og fått nødvendig hjelp. I forhold til denne studien om reduksjon av antall innleggelses på seks måneder, så er dette kort tid. Det er et spørsmål om hvor mye endring en kan forvente av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og med et svært lavt funksjonsnivå.

Antall liggedøgn har blitt redusert med over 8,5 døgn. Dette er også en klar nedgang fra før inkludering i ACT-behandling. Standardavviket, som ble beregnet, men ikke inkludert i tabeller, var bredt, noe som indikerer at utvalget er for lite. Noe av grunnet til at antall liggedøgn har gått ned kan være at pasientene har fått tidligere hjelp slik at de ikke trenger like langvarige innleggelses for å oppnå bedring. Varigheten av innleggelsene kan også være kortere fordi pasientene følges tett opp av ACT-teamet, og at pasienten derfor kan skrives ut tidligere når man vet at ACT er til stede.

Selv om alle pasienter i henhold til inkluderingskriteriet til denne studien er tatt med, ble antallet likevel for lite til å kunne gjøre gode statistiske analyser. Det er likevel viktig å kunne evaluere underveis slik at en kan monitorere effekt/kontraeffekt.

## **Konklusjon**

Studien viser at ACT-team fører til en klar nedgang i antall innleggelses og liggedøgn. Antall innleggelses viser en tendens til reduksjon og antall liggedøgn har gått ned med 8,5 døgn. Dette viser at ACT behandling kan være effektivt og kostnadsbesparende. Det kan se ut til at ACT kan ha lykket med å implementere mange av kjerneelementene i modellen. Styringsdokumenter fremhever at ACT-team bidrar til at mer behandling skjer i hjemmet, men vi har lite empirisk forskning som støtter opp om dette siden hjemmebehandling er relativt nytt. Håpet er at denne forskningen kan bidra til økt forståelse av både omfanget av og innholdet i ACT- tjenestene, i tillegg til konsekvensene de gir. Regjeringen har i de siste års budsjett bevilget midler for å kunne videreføre de ACT-teamene som allerede eksisterer. ACT er en form for behandling som kan erstatte til dels lange døgninnleggelses. Norge har bare 12 team, og det kunne kanskje være behov for flere team rundt om i landet. Det har gjennom en årrekke vist seg å være en god måte å behandle denne pasientgruppen på, med en mer stabil behandling. Sluttrapporten (2014) viser dette, ved en signifikant nedgang i bruk av døgnplasser etter start av oppfølging ved ACT-team, og at det også er færre brukere som har vært innlagt til psykisk helsevern etter inkludering av ACT-teamene. Undersøkelser viser også at best modelltrohet (høy fidelitetscore) gir bedre behandling (Midtevalueringsrapporten, 2012). Videre forskning kan kanskje være å se på innholdet i ACT, se hva som virker og hva det er med behandlingen som er effektivt. Undersøkelsen bør gjentas med et større antall respondenter.

## **Referanseliste**

Allness, DJ., Knoedler, WH., (2003) The PACT modell of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness: A manual for PACT start-up. Arlington, VA, USA: NAMI

Aagaard, J., Muller-Nielsen, K., (2011) Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) i rural arena in Denmark: A case-control study with a 2 – year follow- up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65 (5), s. 299-305

Bjørngaard JH (red), Samdata. Sektorrapport for det psykiske helsevern 2007. Trondheim: SINTEF Helse 2008.

Helsedirektoratet, (2013) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.

ICD -10 (2014) Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Universitetsforlaget

Kortrijk H.E., Mulder C.L., m.fl. (2009). Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment. *Community Ment Health J*, 46:330-336.

Lohne, P. (2010). Den andres territorium. *Dialog* nr 1, mars 2010, Stiftelsen SEPREP, Oslo.

Marshall M., Lockwood A., (2011) Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 4. Art. no.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.pub2.

Ose, S.O, Slettebakk, R. (2013) Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. Forskningsrapport, SINTEF A25247, Trondheim

Pedersen G., Karterud S. (2012) The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 292-298.

Pedersen G., Hagtvet KA., Karterud S. (2007) Generalizability studies of the global assessment of functioning split version. *Compr Psychiat* 2007, 48:88-94.

Polit, D., og Beck C., (2012) *Nursing reaserch – generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins.

Ruud, T og Landheim, A. (2012) *Evaluering av 12 ACT- team, Midtveisrapport*. Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet.

Ruud, T og Landheim, A. (2014) *Evaluering av 12 ACT- team, Sluttrapport*. Akershus universitetssykehus.

Stein, LI., Test, MA.,(1980) Alternative to mental hospital treatment.I. Conceptual modell, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 37.4 (s 392-97)

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

St.prp.nr. 63 (1997-1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.

[www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no), 21/5 -2014

Aakerholt, A. (2013) *ACT- håndbok – inkludert en beskrivelse av FACT- modellen*. Nasjonalt Kompetansetjeneste ROP.