

NTNU SAMFUNNSFORSKNING AS
Trond Hatling
Postboks 8900 Torgarden
7491 TRONDHEIM

Deres ref.:
Vår ref.: 21/24277-10
Saksbehandler: Olav Oxholm
Dato: 10.11.2021

Dette er en kopi. Originalbrevet er sendt til HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET.

.....

Svar på: Anbefalinger etter utredning FACT-ung

Helsedirektoratet viser til brev mottatt 03.09.2021 der dere ber oss om tilbakemelding på deler av anbefalinger etter utredning av FACT-ung. I brevet stilles det spørsmål ved: *Kriterier for inklusjon og eksklusjon, Tilgjengelighet og bemanning, Implementering og veiledning, Barnevernets rolle i modellen og rundt IPS ung*. Disse blir besvart under. Det blir også stilt noen overordnet spørsmål, som blir besvart under.

Er det særskilte momenter det er behov for avklaring fra HOD og evt. samarbeidende departementer på?

- Helsedirektoratet vil ta kontakt med utdanningsdirektoratet og innlede til et samarbeid når det gjelder FACT-ung. Helsedirektoratet vil melde fra om eventuelle behov for avklaringer.

Er det behov for særskilte oppdrag i TB 2022 for videre arbeid med innretting, implementering og evaluering av FACT-ung?

- Fra 2023 vil det være behov for en mer klar fordeling av ansvar for implementering av FACT- ung. Helsedirektoratet er i kontakt med kompetanssenterlederne som vil komme med innspill til hvordan de tenker organisering fra april 2022 og fremover.

Er det noe i utredningen som vil kreve finansiering utover det som dere har skissert i vedlegg til HOD 25. juni i år?

- Ikke ytterligere behov i 2022, per nå.

Helsedirektoratet ser at det blir en forsinkelse på noen av produktene som var planlagt høsten 2021. Dette gjelder blant annet opplæring og implementeringsarbeid. Når det kommer til håndbok og fidelityskala vil dette arbeidet bli prioritert for å bistå de teamene som har oppstart fra januar 2022. Det vil deretter bli gjort en videre revidering etter evaluering av pilotene. Årsaken til forsinkelsen er at det tar noe mer tid å ferdigstille produktene, men det vurderes at man kan komme i mål med oppgavene tidlig i 2022. Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe med de ulike kompetansesentrene som vil jobbe med å ferdigstille opplæring-

Helsedirektoratet

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

Olav Oxholm

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

og implementering samt Fidelity. Arbeidsgruppen vil samkjøre seg med de som jobber med håndboken fortløpende og presentere sitt arbeid for en egen gruppe der alle kompetansesenterlederne fra RKBU/RBUP/NKROP/NAPHA/NUBU er representert for forankring. Korusene og RVTS vil bli løpende orientert om status og tatt inn i arbeidet når opplæring- og implementering er bedre utarbeidet.

Kriterier for inklusjon og eksklusjon

Helsedirektoratet har vurdert inklusjons- og eksklusjonskriterier noe strengt ut fra en drøfting med arbeidsgruppen som har gjort utredningen av FACT-ung. Det anbefales dermed å fjerne et kriterie, og ha tre kriterier for inntak i FACT- ung. Det vurderes fortsatt at alle må være oppfylt for inntak i FACT-ung. Arbeidsgruppen mener at målgruppen må være noe spisset for å unngå at for mange ungdommer som i utgangspunktet ikke trenger FACT-ung team heller skal få annet tilpasset tilbud. Det har også vært en bekymring at ungdommer som kommunene ikke får til å hjelpe fordi de ikke har tilstrekkelig hjelpetilbud, skal bli "plassert" i et FACT team som siste løsning.

Samtidig bør det være en mulighet for å ta inn ungdom som teamet er usikker på om hører hjemme i FACT-ung team for avklaring av behovet for behandling og oppfølging, dette bør være praksis for alle team. Fram mot 2023/24 vil FACT-ung være under utvikling, og en vil ved evaluering av pilotene våren 2022 gjøre erfaringer som vil bli vurdert inn i dette temaet og i andre temaer i håndboken.

Justering av inntakskriterier.

Inntakskriterier for FACT-ung i Norge

1. Alder 12 til 25 år
2. Ungdom som en antar, trenger langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester og nivåer.
3. Ungdom med funksjonssvikt innenfor områder som: psykisk helse, skole, nettverk, arbeid, familie, rus, kriminalitet, seksualitet, avhengighet mm.

FACT teamet skal i større grad nå ut til ungdom i målgruppen enn tradisjonelle tjenester gjør. Det innebærer en mer åpen og fleksibel vurdering av hvilke ungdommer dette gjelder slik at en fanger opp ungdom som trenger hjelp og kan avklare behovet for FACT, ev. andre tjenester. Ungdom mottar nødvendig koordinert hjelp og oppfølging der hvor ungdommen og familien oppholder seg, det vil si at en bruker hverdagsperspektivet.

Det legges vekt på ungdommens funksjonsnivå og mindre på diagnoser. Avklaringen kan innebære at ungdom skal henvises til et annet hjelpetilbud hvis det kan være tilfredsstillende for ungdommen/familien.

Det er naturlig at funksjonssvikt er hovedfokus fordi dette er en felles faktor for psykiske lidelser/rus – symptomer ol. Hovedkjennetegnet ved inklusjon vil dermed være at det skal være sammensatte vansker og behov for antatt langvarig og sammensatt oppfølging kombinert med moderat til alvorlig funksjonssvikt på ett eller flere områder i livet. Det vurderes som en styrke at FACT-ung inkluderer ungdom med fokus på fungering, uavhengig av diagnoser, men der utredningen i teamet, med tiden vil avklare hvilke diagnoser som kan være aktuelle. For

målgruppen er det ikke hensiktsmessig med kriterier tilknyttet diagnoser, da barn og unge er under utvikling og vil ha en pågående sykdomsutvikling som krever utredning og behandling over tid. Ved å knytte målgruppe til bestemt psykisk lidelse eller utviklingsforstyrrelse vil en snevre inn målgruppen. Ved å benytte funksjonsnivå på flere områder som inklusjonskriterier, i tillegg til svak tilknytning til ordinært hjelpeapparat vil en nå målgruppen bedre.

Utviklingsforstyrrelse og spiseforstyrrelse:

Det er bedt om en konkret tilbakemelding på utviklingsforstyrrelse og spiseforstyrrelse, dette er begge grupper som kan være i målgruppen for FACT-ung. Ungdom med utviklingsforstyrrelser kombinert med øvrig inklusjonskriterier kan motta tilbud fra et FACT-ung team. Imidlertid vil en for stor bredde i målgruppen kunne skape utfordringer med å etablere FACT-ung-team som da må ha tilstrekkelig utvidet kompetanse. Dette kan være en større utfordring for rurale strøk en for byområder.

Ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser bør ikke tas inn i teamet da dette krever en spesialistkompetanse og har en alvorlighetsgrad (livstruende) og bør behandles i spesialisthelsetjenesten. Ungdom med en begynnende spiseforstyrrelse kombinert med andre inntakskriterier kan vurderes å få en tilbud av FACT-ung. Dette vil da bli i et utrednings/forebyggende perspektiv sammen med de øvrige tiltakene og ressursene teamet har å tilby.

Rurale områder/spredt bosetning:

Erfaringer fra FACT voksne er at interkommunale team i rurale områder fungerer godt. I rurale områder, der det kan være færre helse- og sosialfaglig tjenester i kombinasjon med større geografiske avstander, bør det være rom for å ta inn ungdom som i utgangspunktet kan være i grenseland for inntak. Dette for å kunne etablere et FACT team med bakgrunn i befolkningsgrunnlaget. Dette åpner for en mer variert målgruppe. Interkommunalt samarbeid er under utprøving i rurale strøk og vil gi en pekepinn på hvordan ungdomsgruppen ev. skiller seg ut fra mer tettbygde områder.

- Inntak skal skje med bakgrunn i ungdommens funksjonsnivå/ historikk.
- Det kan også være inntak i FACT- ung etter fylte 18 år. Der det er hensiktsmessig at en ungdom over 18 år får FACT-ung i stedet for FACT voksne anbefales dette etter en vurdering av ungdommens modenhet, og om ungdommen har behov for en ungdomsvennlig tilnærming.

Tilgjengelighet og bemanning / 24/7

Begrepet 24/7 ivaretar to forhold i oppfølgingen av ungdom og familie. Det ene er det daglige arbeidet som bør foregå på dag, kveld og i helger. Det andre forholdet er tilgjengelighet/bakvakt/ kriseberedskap når teamet ikke er til stede.

Målgruppen i FACT-ung har behov for tett oppfølging og behandling over tid. De møter gjerne ikke opp til avtaler for å få denne hjelpen, eller de vil ikke ha hjelp. Derfor er FACT-ung team

oppsøkende på ungdommens arena: hjem, skole og fritid. For ungdom som ikke tar imot hjelp må det over lang tid jobbes med å etablere relasjon og kontakt på de arena ungdommen er. Videre kan ungdom ha behov for oppfølging på kveldstid og i helger der teamet aktivt bruker ungdommens arena for å kartlegge funksjonsnivå og symptomer, men også for å hjelpe ungdommen til å fungere bedre i ulike aktiviteter og miljø.

I utredningen står det: "*I evalueringen av FACT for voksne (Landheim A, 2020) etterspør både brukere, pårørende og samarbeidspartnere utvidet åpningstid. Det samme forventer også ungdommer av et FACT-ung team, jfr. kapitlet om Unge og medvirkning i utredningen. Mangelen på tilbud 24/7 påpekes i utredningens kapittel om Målgruppe og befolkningsgrunnlag som en viktig grunn til at eksisterende tilbud ikke er tilstrekkelig for målgruppen til FACT-ung*".

"En av primærhensiktene med ACT er å lære brukerne å mestre tilværelsen i lokalmiljøet (training in community living). Da blir det logisk at rundt 80 prosent av kontakten med brukerne foregår der den enkelte person bor. Det mest vanlige er kontakt hjemme hos bruker, men samtaler og støttende tiltak kan også foregå i brukers lokalmiljø, på en kafe, i en svømmehall eller i et treningscenter. Hvor ofte en møter brukeren og hvor lenge kontakten varer hver gang, vil selvfølgelig variere ut fra hva en arbeider med og med brukers varierende form. ROP-retningslinjene sier at Spesialisthelsetjenesten, kommunen og NAV må om nødvendig aktivt bruke personens arenaer for å gjennomføre kartlegging (anbefaling 9)." ACT håndbok.

Ungdommen som deltok i utredningen anbefalte at: FACT-ung teamet skal være tilgjengelig for ungdommen 24/7. Ungdom skal kunne møte teammedlemmer utenfor kontortid, få hjelp i helger og ferier, og teamet skal ha beredskap når ungdom/familie er i krise utenom ordinær kontortid.

Begrepet 24/7 er lite omtalt i faglitteratur som omhandler ACT/FACT for voksne. Samtidig er 24/7 noe teamene måles på i Fidelity målingene, eller modelltrofasthetsmålingen. Bak denne tankegangen om en tilgjengelighet til FACT teamet hele døgnet er erfaringen med ungdomsgruppen som har store oppfølgings- og behandlingsbehov og at noen av ungdommene er vanskelig å komme i kontakt med. Den nederlandske FACT-ung modellen legger opp til en 24/7 ordning. 24/7 -begrepet kan tolkes dit at alle ungdommer og pårørende skal ha tilgang til teamet hele døgnet. Det antas at det ikke er behov for at alle ungdommene som følges opp av teamet skal ha denne muligheten. Kun de ungdommene som får intensiv oppfølging av teamet, eller ungdom som av andre grunner er i behov av en slik oppfølging. I noen tilfeller kan det være pårørende som i perioder har behov for tilgang til temaet døgnet rundt som en støtte for å ivareta ungdommen.

Begrepet 24/7 er egentlig todelt og forteller noe om behovet for at ungdom kan møte teamet på ettermiddager, helger og i ferietid. Det forteller om at ungdom som har behov for intensiv oppfølging, skal ha en avtalt kriseberedskap døgnet rundt der ungdommen eller pårørende kan kontakte teamet i akutte situasjoner. Dette avklares med ungdommen og pårørende i en kriseplan.

Fleksibilitet og tilgjengelighet er to viktige prinsipper i FACT-ung som blir beskrevet gjennom at 24/7 er en del av modellen. For å oppfylle prinsippene må teamet jobbe ut fra ungdommens behov på ulike hverdagsarenaer på de tidspunkt som er mest hensiktsmessig for ungdommen.

Det er ulike måter å løse dette på lokalt, og kommunene og spesialisthelsetjenesten står fritt til å selv velge hvordan de vil løse dette.

Det vil være variasjon i ungdomsgruppen og hos den enkelte ungdom mht. hvor mye hjelp de trenger og når de trenger den. I utredningen viser de til erfaringer fra FACT voksne: *"FACT-ung modellen kombinerer case management med intensiv teambasert tilnærming. Erfaringer fra Nederland viser at ca. 20% av FACT brukerne til enhver tid har behov for intensiv oppfølging, mens ca. 80 % har behov for casemanager oppfølging fra teamet. Oppsøkende virksomhet står sentralt i modellen, enten det er hjemme, i ulike typer sosiale aktiviteter eller der brukeren befinner seg. Det å arbeide oppsøkende gir ett bedre grunnlag for å bygge allianse og utvikle relasjoner. Det er i denne sammenheng viktig å sikre at 24/7-tilgjengelighet blir en reelt opplevd del av FACT-ung tilbudet for ungdommene og deres familier."*

Ungdom i FACT-ung vil ha behov for hjelp i skole/arbeidstid, på fritiden, samt andre arenaer. Det betyr at FACT-ung teamet jobber både dagtid, kveldstid og i helger for å dekke ungdommens/familiens behov. Det vil være opp til hvert team å organisere en turnusordning ut fra lokale behov. Samtidig må teamet ta hensyn til driften av teamet og da spesielt tavlemøter og behandlingsmøter der alle eller deler av temaet deltar og at det må legges til rette for dette arbeidet i en turnusordning. Turnusordninger er kjente arbeidsformer i kommuner og spesialisthelsetjenester og administreres ved ordinære arbeidsavtaler eller ved særskilte avtaler. En bakvaktordning bør være som en kriseberedskap for ungdommen og familien på kveldstid, helger og i ferier.

FACT-ung team bør organiseres i en selvvalgt turnus som dekker dag, kvelder, helger og temaet bør være tilgjengelig i ferier. En bakvaktordning kan dekke opp de tidspunkt teamet ikke er på jobb. Turnusordningen bør være fleksibel slik at den i noen grad kan variere fra uke til uke etter som behovet endrer seg når en ungdom går fra lav intensitet i oppfølgingen til høy intensitet i oppfølgingen.

To modeller som kan illustrere hvordan dette kan fungere i FACT-ung team:

1. Multisystemisk terapi (MST) tilbyr tjenester 24 timer i uken, 7 dager i uken i den del større byer. Arbeidstiden til MST-terapeutene er kjennetegnet ved at de i ekstrem grad skal være tilgjengelige for sine brukere. Tilgjengelighet hele døgnet kombinert med intensivt arbeid i den enkelte familie, tilsier at teamene må arbeide i en eller annen form for turnus, men med få ansatte til å dekke opp turnusen. Vaktordningen roterte mellom terapeutene. Den innebærer at en av terapeutene er i beredskap døgnet rundt i syv dager for alle sakene som teamet jobbet med. I denne uken arbeider resten av teamet etter en kjernetid. Denne tilgjengeligheten i MST er regulert gjennom en egen særskilt arbeidsavtale. Tilgjengeligheten praktiseres ved at terapeutene i tidsrommet 0800-2000 på hverdager har tilgjengelighet for de familier de selv har i behandling. For tidsrommet 2000-0800 på hverdager og i helger er det en vaktordning som rullerer på terapeutene i teamet, hvilket innebærer en vakt hver 4. uke. Pga. særavtaler er dette en svært kostnadskrevende ordning som ellers dekkes av Bufetats regioner.

2. En modell etter landets utekontakter kan også være noe å se til, der dag- og ettermiddagsarbeid dekkes opp i turnus og noen utekontakter dekker helger, samt behovet for interne og eksterne møtepunkter på dagtid: Utekontakter jobber med oppsøkende arbeid slik

FACT-ung temaet gjør og jobber dag- og kveldstid og hver tredje helg, turnus 35,5 timers uke. Noen forskjeller fra utekontakt til utekontakt.

Det er svært komplisert å estimere kostnadene ved de to modellene ovenfor, men det er gjort et estimat av kostnadene for et FACT team som benytter MST modellen og det kan bli så mye som 1.5 mill. kroner per team i året. Utekontakt modellen vil ha en betydelig lavere kostnad da det er en vanlig turnus med bakvaktordning fordelt på flere ansatte.

Fra 2021 ble øvre tak for tildeling av tilskuddsmidler til FACT-ung team justert opp fra 3. mill. til 5 mill. Dette vil gi kommuner og helseforetak muligheter til å innarbeide en lokal modell for fleksibilitet og tilgjengelighet.

Det legges opp til at kommuner og DPS lokalt velger og skreddersyr en modell som ivaretar ungdom og familiers behov for kontakt med teamet og hensynet til at temaet skal være samlet til tavlemøte og arbeidet med beredskapsplan. Det avklares i forprosjektperioden hvordan 24/7 er tenkt ivaretatt, sammen med at en ser på finansiering og innarbeidelse i budsjett fra år 1 til det året kommune og spesialisthelsetjenesten overtar finansieringen. Helsedirektoratet innhenter erfaringer med dette i 2022/23.

- Tilgjengelighet og fleksibilitet er mer dekkende begrep for behovet for oppfølging og behandling på dag – og kveldstid, helger og ferier enn 24/7 begrepet.
- Tilgjengelighet og fleksibilitet betyr at teamene må organisere sitt arbeid ved å møte ungdom/familie på kveldstid, i helger og ferier – ut fra behov.
- Ungdom i krise/intensiv oppfølging og behandling skal ha tilbud om en beredskapsordning ut fra ungdommens/familiens situasjon og behov.
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten står fritt til hvordan de vil løse det å gi tjenester i tråd med FACT metodikken.

Tilgjengelighet og bemanning vil beskrives nærmere i håndboken

Implementering og veiledning

Det skal etableres en helhetlig strategi og plan for opplæring, implementering/forprosjekt, veiledning og nettverkssamlinger, samt kostnader for dette sammen med NAPHA, NKROP, RKBU og RBUP. Det bør også vurderes hvordan man kan involvere regionale helseforetakene i dette arbeidet. Statsforvalter har sammen med kompetansesentre delansvar for gjennomføring av nettverkssamlinger. Under blir det skissert hvordan dette arbeidet kan struktureres.

Det etableres en nasjonal arbeidsgruppe som har ansvar for planlegging og gjennomføring. Arbeidsgruppen består av aktuelle kompetansesentre. Det utarbeides et forslag til hvem som bør ha ansvaret for dette og hvilket mandat disse skal ha. Det utarbeides et årshjul for alle aktiviteter, se punkter under.

1. Forprosjekt – frem til etablering av team. (etableringshåndbok)
2. Implementeringstøtte ut fra lokalt behov
3. Opplæring (ved behov to dager: Ny i FACT-ung)
4. Veiledning av teamene (kan det være en del av implementeringen?)
5. Nettverkssamling – læringsverksted
6. Implementeringstøtte ut fra lokalt behov

7. Opplæring (ved behov to dager: Ny i FACT-ung)
8. Veiledning av teamene (kan det være en del av implementeringen?)
9. Nettverkssamling– læringsverksted

Opplæringen:

Går over ti dager à to dager sammenhengende (+/-). Det må vurderes hvordan dette skal legges opp, også digitalt, med foredrag, workshops ol. Det legges vekt på brukerdeltakelse og brukerperspektiv i opplæringen. Opplæringen bør ha en god balanse mellom foredrag og deltakelse fra teamene og ha mer preg av verkstedmodellen.

Tema som bør være med i opplæringen er:

- Grunnleggende kunnskap om FACT-modellen
- Grunnleggende kunnskap om FACT-ung modellen – hva er særtrekkene og det spesielle?
- Grunnleggende kunnskap om ungdomsgruppen og hvordan jobbe med denne ungdomsgruppen + ressursorientert tilnærming – ungdom bør delta i opplæringen.
- Bør inneholde tema fra håndboken.

Implementering:

Det gis støtte i alle faser av prosessene: Utredningsfase, planleggingsfase, aktiv implementeringsfase og vedlikeholdsfase.

- Utarbeide informasjonsmateriell for ulike kommunikasjonsplattformer som gjør det lett for kommuner og spesialisthelsetjenesten å forstå hva FACT-ung er, og hva som kreves for å lykkes med å starte og drive FACT-ung team.
- Konsultere kommuner og spesialisthelsetjenester med interesse for FACT-ung omkring hva FACT-ung er og hvordan det kan startes opp.
- Bistå lokale FACT-ung initiativer i planleggingsprosessen frem mot oppstart.
 - Rekrutteringsarbeid
 - Sikre at praktiske organisatoriske rammer er på plass inkluderte samarbeidsavtaler
 - Sikre at samarbeid omkring henvisninger og inntak etableres godt

Veiledning:

Arbeidsgruppen lager et forslag til veiledning og hva som er grunnleggende viktig, samt hvordan denne gjennomføres.

Nettverk:

Arbeidsgruppen utarbeider et forslag til hvordan nettverkene bør organiseres og hva formålet med nettverkene skal være.

Fidelity:

Fidelity skal drøftes og bearbeides til norsk kontekst og ses opp mot arbeidet med håndbok for FACT-ung team. Det lages et opplegg for gjennomføring av Fidelity måling:

- Gjennomføre jevnlig gjennomgang av FACT-ung team, hvor en ser på om rammebetingelsene for drift er på plass, om teamet følger FACT-ung metoden (Fidelity)

og om teamet oppnår ønskede resultater. Dagens regelverk krever gjennomgang hvert 1 og 3 år, slik at teamene kan gjøre tilpasninger underveis.

- Oppfølging av Fidelitymålinger og ev. forbedringspotensialet – arbeidsgruppen lager et opplegg for hvordan teamene kan ut fra resultatet av målingen forbedre punktene med lavest skår.

Det planlegges å involvere RHF i det helhetlig arbeidet fremover, særlig når det kommer til helsefelleskapene og en videreutvikling av disse. Det vil også være nødvendig å se FACT-ung som en del av nasjonal helse og sykehusplan fremover. RKBU og RBUP blir tatt med på satsningen da de kjenner de lokale forholdene og kan være med på å styrke kompetansen når det kommer til barn og unge sammen med FACT- ung som består av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig at statsforvalterne etablerer regionale nettverk og drifter disse, dette er lagt inn i styringsdokumentene til statsforvalterne. Dette da statsforvalterne har en nøkkelrolle opp mot både kompetansesentrene og mot helseforetakene. Deres rolle i å rigge prosesser lokalt er avgjørende for utrulling av FACT-ung nasjonalt.

På sikt er det nødvendig med en omlegging når det kommer til FACT-ung, med at oppdraget her blir gitt direkte til et eller flere kompetansesenter, for eksempel NAPHA, i samarbeid med andre kompetansesenter, med kompetanse på barn og unge feltet. Disse kan trekke inn andre kompetansesenter i den utstrekning som er nødvendig. Kompetansesenterlederne har selv vært med på denne drøftingen og ønsker å komme med innspill for mulige løsninger for forankring, både i 2022 og fremover. Helsedirektoratet anser at deres bidrag er nødvendig for å sørge for en helhetlig og tilpasset oppfølging av FACT-ung der kompetansesentrene inngår som en sentral del.

Mange kompetansesentrene vil være sentrale i samarbeidet rundt FACT-ung. Om en legger opp til nasjonal opplæring- og implementering, vil denne kunne legges til NAPHA etter modell av omleggingen på Rask psykisk helsehjelp team. Det vil ikke være tilstrekkelig med bare ett kompetansesenter og det er dermed naturlig at dette ansvaret blir gitt til flere. NAPHA vil måtte samarbeide med andre for å sikre kompetanse innen barn- og ungefeltet, som for eksempel NUBU og RKBU/RBUP. Kompetansesenterlederne er i gang med et arbeid om forankring, og Helsedirektoratet vil høre på deres innspill. Helsedirektoratet vurderer per nå at det er nødvendig med en nasjonal strategi som kan rulles ut regionalt. En måte å løse dette på er at opplæring og implementering skjer nasjonalt, men at veiledning og nettverkssamlinger vil være regional for å sikre lokal tilknytning. Opplæring- og implementeringsopplegget, og de andre produktene, utformes av kompetansesentrene, og er ikke normerende produkter, dette gir muligheten til å gjøre tilpasninger underveis i prosessen. Dette gjelder særlig inklusjonskriteriene som må vurderes fortløpende.

Kompetansesenterlederne vil gjennomgå hva de tenker er nødvendig for å sørge for en organisering i 2022 og hvilket behov de har behov for fremover. Selve organiseringen må sees i sammenheng med hva arbeidsgruppen presenterer. Det er uttrykt et klart ønske fra kompetansesenterlederne om at det er viktig å ivareta den kompetansen som er bygget opp, og at man har behov for kompetanse på barn- og ungefeltet.

Videre anslår Helsedirektoratet at det er nødvendig med en effektevaluering. Om flere team er kommet i gang, vil det være lettere å gjøre en effektevaluering av hvordan FACT-ung har ført til endringer for den enkelte ungdommen.

Det er en forutsetning for den langvarige oppfølgingen her at tilskuddet til kompetansesentrene går gjennom statsbudsjettet. Helsedirektoratet anser det som naturlig at ett eller flere nasjonale kompetansesentre får et koordinerende og overordnet ansvar for FACT-ung på samme måte som ved FACT voksen. Det er imidlertid ikke konkludert, da det er ønskelig med innspill fra kompetansesentrene. Videre prosess forutsetter tett oppfølging fra Helsedirektoratet underveis for å sørge for en nasjonal prosess og kunne drøfte problemstillinger fortløpende.

- I hvilken grad ulike kompetansesenter skal bidra inn må vurderes i løpet av 2022 og sees i sammenheng med arbeidet til arbeidsgruppen.
- På sikt bør FACT-ung bli en del av den løpende tildelingen kompetansesentrene får gjennom statsbudsjettet.

Barnevernets rolle i modellen

En viktig målgruppe for FACT-ung- team vil være ungdommer som er i kontakt med, eller under oppfølging av barnevernet. Samarbeidet mellom FACT-ung-teamene og barnevernstjenesten må tydeliggjøres.

Barnevernets oppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å yte den helsehjelp som er nødvendig, og skal ha en spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser, som barn og unge med tiltak fra barnevernet.

Et integrert samarbeid forutsetter tydelige roller og ansvar. Dette er også avgjørende for at den enkelte ansatte i barnevernet og helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten kan overholde sine egne rettigheter og plikter. For eksempel plikter helsepersonell som yter helsehjelp å dokumentere helseopplysninger om pasienten i en pasientjournal, og har taushetsplikt om de opplysningene de blir kjent med i sitt arbeid. Samarbeidet må derfor etableres innenfor regler blant annet om dokumentasjonsplikt og taushetsplikt.

Helsedirektoratet viser også til rundskrivet ["Samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste"](#), som viser hvilke muligheter tjenestene har for å samarbeide til barnets beste, og som avklarer tjenestenes ansvar, oppgaver og plikter. I arbeidet er det skissert tre alternative modeller for hvordan et slikt samarbeid kan foregå.

I utredningen av FACT-ung er det beskrevet 3 modeller. I modell 1 og 2 er FACT-ung de ansatte en del av den alminnelige helse- og omsorgstjenesten og ansatt i helse- og omsorgstjenesten og underlagt helselovgivningen, blant annet krav til taushetsplikt og dokumentasjonsplikt. De ansatte utøver tjenester i tråd med ungdommenes rett til helse- og omsorgstjenester. I Modell 3 er den ansatte tilknyttet barneverntjenesten, men jobber inn i FACT-ung teamet. En nærmere beskrivelse av modellene følger under.

Modell 1

Ved å benytte denne modellen blir FACT-ung et helsetjenestetilbud for alle barn som er i målgruppen til FACT-ung, barn i barnevernet, på lik linje med andre helsetjenestetilbud. Denne modellen vil imidlertid ikke sikre barnevernsfaglig kompetanse i teamet. Det som utpreger seg her, er at det ikke stilles noen barnevernsfaglige krav til de ansattes kompetanse når de blir ansatt som helsepersonell i FACT-ung. Pasientens rett til helse- og omsorgstjenester og plikten til å samarbeide med andre tjenester som barnevern er nærmere omtalt i ovennevnte rundskriv.

Helsepersonellet som jobber i FACT-ung plikter å påse at barn og unge får oppfylt sine rettigheter som pasienter, blant annet rett til informasjon om egen helsetilstand og rett til å medvirke til helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gå og motta informasjon. Når det deles informasjon med ansatte i barnevernet skal dette som hovedregel gjøres på bakgrunn av den enkeltes samtykke. I enkelte tilfeller har helsepersonellet opplysningsplikt. Det betyr at andre hensyn skal veie tyngre enn taushetsplikten. Helsepersonell skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernet. Uten hinder av taushetsplikt skal de melde fra til barnevernet blant annet dersom det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet eller utsatt for alvorlige mangler i den daglige omsorgen eller ved annen alvorlig omsorgssvikt. Opplysningsplikten er nærmere omtalt i rundskrivet kapittel 5.

Modell 2

Innebærer at helsepersonell ansatt i helse- og omsorgstjenesten har barnevernsfaglig kompetanse. Dette betyr at de kan ha jobbet innen barnevernet eller har en barnevernsfaglig eller sosialfaglig utdanning. De vil fortsatt jobbe i helse- og omsorgstjenesten og yte helsehjelp og slik falle inn under helsepersonelloven.

Ved å benytte denne modellen blir FACT-ung et helsetjenestetilbud i helse- og omsorgstjenesten også for barn i barnevernet, på lik linje med andre helsetjenestetilbud. Modellen innebærer imidlertid at FACT-ung teamet har ansatt helsepersonell med barnevernsfaglig kompetanse ansatt i teamet. Samarbeidet med barnevernet blir likt som i modell 1, det vil si basert på samtykke.

Modell 3

Ved å benytte denne modellen blir FACT-ung både et barnevernstiltak og et helse- og omsorgstjenestetilbud. De ansatte er her ansatt i hver sin sektor i kommunen. I modell 3 er den ansatte med barnevernsfagligkompetanse innad i FACT-ung ansatt i barneverntjenesten. Ansatte i barnevernstjenesten yter barnevernsfaglig hjelp, mens ansatte i helsetjenesten yter helsehjelp. Ansatte i barneverntjenesten skal ikke yte helsehjelp og ansatte i helsetjenesten skal ikke yte barnevernsfaglig hjelp. FACT-ung metodikken innebærer at alle ansatte skal yte all hjelp, og modell 3 gjør at denne metodikken ikke kan bli fulgt.

Drøfting av de ulike modellene og Helsedirektoratas anbefaling:

Det er kun autorisert helsepersonell som vil omfattes av helsepersonelloven og dermed anses å yte helsehjelp i lovens forstand, jf. § 3 nr. 1. Personell som ikke er autorisert, som sosionom eller barnevernspedagog, anses ikke som helsepersonell når de blant annet ikke jobber i helse- og omsorgstjenesten, jf. helsepersonelloven § 3 nr. 2.

Helsepersonellet skal til enhver tid være bevisst sin egen rolle. I de tilfeller det ytes helsehjelp, skal pasienten være kjent med og samtykke til dette. Når helsepersonellet yter helsehjelp, må behandler informere om innholdet i helsehjelpen/helsetilstanden til barnet/foreldre/barnevernet som har rett til å samtykke til helsehjelp på vegne av barnet etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4. Informasjonen må gis i forkant av at helsehjelpen ytes, og er utgangspunktet for et samtykke til helsehjelp. Det er ikke krav til et skriftlig samtykke, et samtykke kan også gis ved konkludent adferd.

Pasienten informeres om at det ytes helsehjelp, og hva det innebærer for pasienten. (informasjon, samtykke, medvirkning, dokumentasjon i pasientjournal, innsynsrett i journalen, taushetsplikt etter helselovgivningen, blant annet taushetsplikt overfor andre ansatte i barnevernet og rett til å sperre pasientjournalen). Det er klare krav til et pasientjournalssystem, jf. pasientjournalloven § 7. At barn får et sammensatt tilbud både som et helsetiltak og et barnevernstiltak kan også utfordre rettsikkerheten. Det stilles store krav til organisatorisk ryddighet for å sikre at barnets rettigheter og øvrig lovverk følges. Det er også utfordrende hvem som skal beslutte valg av tiltak og om hvilke av de ulike aktivitetene som teamet jobber med som skal defineres som et helsetiltak eller et barnevernstiltak.

Videre er det en fordel med modell 2 er at helsetjenestetilbudet har særlig kjennskap til barn i barnevernets særlige behov. De har også god kjennskap til barneverntjenestens organisering, mandat og hvilke tiltak som kan tilbys. Det vil gjøre samarbeid både på individ- og systemnivå lettere.

Samarbeidsavtaler er et viktig virkemiddel for å styrke og trekke opp strukturer for samarbeid. I rundskrivet Samarbeid mellom barneverntjenesten og psykisk helsetjenester ¹ er det gitt føringer for innholdet i samarbeidsavtaler som inngås mellom barnevernstjenesten og helse- og omsorgstjenesten på ulike nivåer. Formålet med rundskrivet er å bidra til å videreutvikle et godt og fleksibelt samarbeid mellom barnevern og psykisk helsetjenester slik at barn, unge og deres familier får de tjenestene de har behov for. Rundskrivet tar sikte på å avklare tjenestenes ansvar og oppgaver, plikt til å samarbeide og hvilke rettslige rammer som gjelder for samarbeid mellom tjenestene.

Det er viktig at det fremgår klart av samarbeidsrutinene som utarbeides at selv om teamet har ansatte med barnevernfaglig kompetanse, det er barnevernstjenesten som er ansvarlig for å sette inn tiltak etter barnevernlovens regler, slik at det ikke oppstår faglig uenighet mellom FACT-ung teamet og barnevernstjenesten om hvilke tiltak som vil være best for barnet. For eksempel er det barnevernstjenesten som vurderer om det er nødvendig å fremme sak om omsorgsovertakelse for fylkesnemnda, og FACT-ung teamet vil ikke ha en annen rolle i denne vurderingen enn å gi informasjon som barneverntjenesten tar med seg i sin vurdering.

¹[https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Rundskriv Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste.pdf](https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Rundskriv_Samarbeid_mellom_barneverntjenester_og_psykiske_helsetjenester_til_barnets_beste.pdf)

Håndboken vil ta for seg samarbeidsavtaler og viktigheten med å ta dette opp lokalt.

- Styringsgruppen gikk for modell 2, dette vil bli oppgitt i håndbøker og opplæring- og implementeringsplan

IPS ung

FACT-ung jobber med ungdom mellom 12- 25 år. Det er grunnleggende i FACT modellen at alle ansatte i teamet jobber med hele gruppen og at man får til et samarbeid også på tvers dersom en som har den daglige oppfølgingen er borte. Ungdommen skal få oppfølging fra et team og de ansatte skal ivareta ungdommenes behov gjennom et samarbeid.

IPS ung er en egen metodikk som vil jobbe med ungdom gjennom NAV, det er her en nedre aldersgrense på 16 år. Videre vil vedkommende jobbe kun med arbeidsrettet aktivitet på videregående nivå.

Ungdommene i FACT-ung har rett på helhetlige og koordinerte tjenester. Dette blir vanskelig gjort at NAVs regelverk som ikke gjelder dem som er under 16 år. Det er nødvendig med en avklaring rundt dette om NAV skal inn. Når det er sagt er det tatt inn i FACT modellen at man skal ha en utdannings/jobbekspert i teamet.

IPS ung er en konkret metodikk som har vist god resultater når det kommer til å finne jobb til nye grupper. Videre sørger metodikken for en tilknytning inn i NAV og man kan sikre de ulike teamene oppfølging inn her. Imidlertid vurderes det at IPS ung ikke er en eget metodikk inn i FACT-ung. Bakgrunnen for dette er at man har lite fokus på utdanning under videregående nivå, samt at aldersgruppen fra 12- 16 år vil bli ekskludert. Det å ha en egen ansatt som bare følger opp noen i målgruppen kan vise seg vanskelig å gjennomføre. Videre har tilskuddsordningen tatt inn at man skal ha egen utdanning- og arbeidsekspert som kan følge opp alle ungdommene. Kommunene står fritt til å velge en annen organisering, men Helsedirektoratet anser at dette er den mest hensiktsmessige organiseringen som sikrer en tett oppfølging av ungdommene. Det vurderes at som med kommunalt barnevern, NAV være en naturlig samarbeidspartner som FACT-ung vil samarbeide med i enkeltsaker etter samtykke.

Helsedirektoratet vurderer at det er sentralt at utdanningsdirektoratet blir koblet på som en samarbeidspartner i det videre arbeidet. Det er særdeles viktig å ivareta de som er i behov av å gjennomføre utdanning utover videregående nivå samt legge til rette for et godt arbeidsliv. Det er av avgjørende betydning at ungdommene blir fulgt opp og får oppfølging både i forhold til utdanning og arbeid og at man får sikret overgangen fra skole/ utdanning til jobb. Det vises videre til brev av 30. september fra Arbeids- og sosialdepartementet der det er understreket at arbeids- og velferdsdirektoratet skal iverksette IPS Ung innenfor de rammene som er gitt av gjeldende regelverk. Det vurderes dermed at FACT-ung vanskelig kan gjennomføres innenfor disse rammene.

Det vurderes som mer relevant å ta opp kontakt med utdanningsdirektoratet som en sentral samarbeidspartner fremover.

- Det vurderes at det kan være mulig for den som blir ansatt å både ivareta jobb og utdanning, men at i en eventuell avveining av disse vil utdanning veie tyngst.

En utfordring med FACT-ung er at man ikke vet i hvilken grad det er reelle effekter for den enkelte ungdom per nå. Usikkerheten rundt effekten av FACT-ung gjør at man ikke kan si noe konkret om hvilken virkning FACT-ung har for den enkelte ungdom. Det vurderes imidlertid at dersom FACT-ung er vellykket, vil dette ha en utelukkende positiv betydning for de ungdommenes som får hjelp og i en samfunnsøkonomisk tilnærming vil det være utelukkende positive effekter for den enkelte ungdommen. Det må imidlertid gjøres vurderinger slik at selve kriteriene for hjelp ikke blir for smale eller fokusert på diagnoser slik at man kan nå ut til den større gruppe av ungdom som tidligere i liten grad har fått hjelp av spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Vennlig hilsen

Helga Katharina Haug e.f.
avdelingsdirektør

Olav Oxholm
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Karoline Thalberg;HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET, Øystein Gjeset Ellingsen;SYKEHUSET INNLANDET HF, Anne Signe Landheim;NTNU SAMFUNNSFORSKNING AS, Trond Hatling;BARNE-, UNGDOMS- OG FAMILIEDIREKTORATET (Bufdir), Charlotte Stokstad;BARNE-, UNGDOMS- OG FAMILIEDIREKTORATET (Bufdir), Synne Børresdatter Engh-Hellesvik;Avdeling spesialisthelsetjenester, Torunn Janbu;Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, Helga Katharina Haug;Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, Stig Herman Nygård;Avdeling barne- og ungdomshelse, Ellen Margrethe Carlsen