

NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID



FACT-håndboka

Etablerings- og
driftshåndbok
for FACT-team



Utgitt: 2024, 1. utgave

Utgiver: NAPHA – på oppdrag fra Helsedirektoratet

I redaksjonen: Gaute Strand, Turid Møller Olsø, Trond Hatling, Gretha Evensen, Lisbeth Christensen

Ansvarlig redaktør: Ellen Hoxmark

Takk til: Helsedirektoratet, Marius Storvik, teamledere for FACT-team, NKROP

ISBN (web): 978-82-7570-758-9

ISBN (trykk): 978-82-7570-759-6

Forside illustrasjonsfoto: Colourbox

Design/layout: Lisbeth Christensen

ETABLERINGS- OG DRIFTSHÅNDBOK FOR FACT-TEAM

INNHold

	FORORD	9
1	INNLEDNING	10
1.1	FACT-modellen i Norge	10
1.2	Implementering av FACT	12
1.3	Bokens oppbygging	12
2	FORPLIKTENDE OG LIKVERDIG SAMHANDLING I FACT	13
2.1	Samarbeidsavtale og felles eierskap	13
2.2	Tilskudd, økonomisk og administrativt samarbeid	15
	Innsatsstyrt finansiering	15
	Egenandel	17
2.3	Tverrfaglig og likeverdig faglig samarbeid	17
2.4	FACTs rolle i og utenfor tjenestesystemet	17
2.5	Tilpasninger i rurale strøk	18
3	TRINNVIS FACT-IMPLEMENTERING	22
3.1	Utforskning	22
	Avklar lederstøtte	23
	Søk kunnskap om FACT-modellen	23
	Bli kjent med tilskuddsordning og tilhørende regelverk	24
	Vurder dagens tjenestetilbud og eventuelle mangler	24
	Gjør en beslutning og søk tilskuddsmidler til forprosjekt	25
3.2	Forprosjekt	26
	Avklar organisering og deltaker i forprosjekt	27
	Etabler prosjektstruktur	28
	Involver brukerkompetanse	31
	Avklar målgruppe	31
	Etabler kontakt og vær en pådriver	32
	Beregn teamstørrelse og caseload	34
	Avklar teammodell (ACT eller FACT)	34
	Avklar eierskap og organisering	35
	Beregn kostnader og sett opp et budsjett	36
	Planlegg for videre finansiering og drift etter tilskuddsperioden	36
	Foreslå organisering av inntak	37

Bli kjent med lovgrunnlaget	39
Sikre rutiner for journalføring	40
Få på plass nødvendige rutiner	40
Planlegg ansettelse	40
Få innsikt i mulige styrker, utfordringer, muligheter og trusler (SWOT-analyse)	40
Utvikle felles forpliktende samarbeidsavtaler	40
Søk tilskuddsmidler for etablering av team	41
3.3 Oppstart og drift	42
Ansett teamleder	42
Tydeliggjør teamleders rolle	42
Rekrutter ansatte	44
Anskaff lokaler og nødvendig utstyr	44
Bygg team og gode samarbeidsrutiner	46
Viderefør informasjonsarbeidet	47
Planlegg gradvis oppstart	47
Følg opp og viderefør samarbeidsrelasjoner	48
Planlegg og forbered avslutning på oppfølging og utskrivning	48
Etabler rutiner for samarbeid i stabile faser	48
Legg til rette for arbeid	50
Etabler systematisk samarbeid med pårørende	52
Etabler samarbeid om intensiv oppfølging og rutiner for hjelp på kveld og helg	52
Etabler rutiner for håndtering av risiko	54
Sørg for god modelltrofasthet	55
Etabler system for strategisk og kontinuerlig kunnskapsutvikling	56
3.4 Varig drift	58
Evaluer FACT-teamets rolle i øvrig tjenestetilbud	59
Initier ny diskusjon om målgruppe og modell	59
Forankre og beslutte videreføring av FACT	60
Oppretthold modellkrav	60
Videreutvikle FACT i tråd med fideleityskala	60
4 JURIDISKE FORTOLKNINGER	62
4.1 Hvordan kan samtykke forstås og praktiseres?	62
4.2 På vei til samtykke og henvisning til FACT	63
4.2.1 Når og hvordan kan og bør FACT gi informasjon, når det ikke foreligger samtykke?	63
4.2.2 Når starter journalføringsplikten?	64
4.2.3 Hvordan skal manglende samtykke til informasjon journalføres?	66

4.2.4	Kan teamene opprette journal på tross av at personen enda ikke har samtykket til å motta hjelp?	66
4.2.5	Når skal man gi informasjon på tross av at personen ikke samtykker?	67
4.2.6	Hvor går grensen mellom informasjonsplikt og helsehjelp?	67
4.2.7	Bør FACT-team ha skriftlig samtykke?	67
4.3	Tilbaketrekning av samtykke	68
4.3.1	Hva gjør man når samtykke tilbaketrekkes?	68
4.4	Utteksling av opplysninger	68
4.4.1	Hvilke opplysninger kan FACT dele når det ikke foreligger et samtykke?	68
4.4.2	Hvordan kan FACT-teamet sikre at alle i teamet har tilgang til journal?	69
4.4.3	Hvordan skal FACT-teamet samarbeide og utveksle opplysninger med politiet?	70
4.5	Manglende samtykkekompetanse	73
4.5.1	Når kan man gi helsehjelp ved manglende samtykkekompetanse?	73
4.5.2	Hva omfatter TUD-vedtakene?	75
4.6	Ivaretagelse av egen sikkerhet	77
4.6.1	Hva kan FACT-teamet gjøre for å ivareta egen sikkerhet hvis en bruker er voldelig eller truende?	77
4.7	Oppsummering	78
5	OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE FOR FACT I NORGE (under utarbeidelse)	80
6	RESSURSER (under utarbeidelse)	82
VEDLEGG		85
Vedlegg 1	SAMARBEIDSAVTALE MELLOM EN KOMMUNE OG DPS	85
Vedlegg 2	SAMARBEIDSAVTALE MELLOM DPS OG FLERE KOMMUNER	88
Vedlegg 3	SAMARBEIDSAVTALE MELLOM TO KOMMUNER, DPS OG TSB	94
Vedlegg 4	SAMARBEIDSAVTALE OM FACT-TEAM OG AKUTTFUNKSJON	98
Vedlegg 5	SAMARBEIDSAVTALE MELLOM FACT-TEAM OG NAV	105
Vedlegg 6	SAMARBEIDSAVTALE OM FELLESE JOURNALSYSTEM	108
Vedlegg 7	SØKNAD TILSKUDD FORPROSJEKT	116
Vedlegg 8	RAPPORT FORPROSJEKT	119
Vedlegg 9	SØKNAD TILSKUDD VIDEREFØRING FORPROSJEKT	122
Vedlegg 10	PROSJEKTRAPPORT - VED BESLUTNING OM VARIG DRIFT	126
Vedlegg 11	EGENANDEL FACT OG ACT - UTDYPENDE INFORMASJON	133
Vedlegg 12	BEHANDLINGSPLAN	135
Vedlegg 13	SJEKKLISTE – PRAKTISK RÅD	137





FORORD

I 2018 ga Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), ut en etableringshåndbok for ACT- og FACT-team. Denne boka er mye brukt, særlig ved planlegging av FACT, og i tidlig etableringsfase.

Siden den gang har man fått mer kunnskap om hva som må til for å lykkes i implementeringsprosessen.

I denne nye versjonen av etableringshåndboka vil vi beskrive praktiske råd i ulike faser, også i overgangen fra tilskuddsperiode til varig drift, og i videre utvikling av teamene. Gode erfaringer med tilpasninger av FACT-modellen til norske forhold vil også beskrives.

Boka er fortrinnsvis en etablerings- og driftshåndbok for FACT, ikke ACT. De viktigste målgruppene er teamledere, teamansatte, eiere og styringsgrupper.

De praktiske rådene i håndboka er basert på erfaringer helt fra det første ACT-teamet ble etablert i Norge, i 2006.

Selv om innholdet først og fremst er rettet mot voksenalder-teamene, vil mye være relevant også for FACT-ung.

Vi håper at boka vil være nyttig, og at den kan:

- understøtte implementeringsprosessen i alle faser
- bidra til god modelletterlevelse, og gode tilpasninger, der det er nødvendig
- inspirere til etablering av FACT som en integrert del av det helhetlige lokalbaserte tjenestetilbudet
- bidra til felles utvikling på tvers av team
- besvare noen av de mest stilte spørsmålene ved etablering og drift av FACT-team

Det er ikke lett å gi generelle og konkrete råd som skal gjelde for alle teamene. Det som fungerer godt i en bydel i Oslo eller Bergen, kan fungere helt annerledes på mindre steder og i spredtbygde strøk.

Rådene i etablerings- og driftshåndboka er derfor veiledende. Det er et lederansvar å utøve og utvikle tjenester i tråd med gjeldende lover og forskrifter.

Mer komplekse problemstillinger egner seg best å utforske i samskapende prosesser med andre. I tillegg til håndboka, oppfordrer vi derfor til deltakelse på opplæring og i nettverk, hvor man kan utforske og finne løsninger på små og store utfordringer, sammen med andre.

Boka bør leses sammen med [modellbeskrivelsen for FACT](#) og [fidelityskalaene](#). På [Napha.no](#) og [Rop.no](#) finnes det også mye oppdatert fagstoff, gode eksempler, forskning og brukerkunnskap.

Hovedansvarlig for etablerings- og driftshåndboka er NAPHA, men vi har samarbeidet tett med NKROP, FACT-team og andre ressurspersoner underveis. Vi vil takke alle som har bidratt.

Vi vil gjerne ha tilbakemeldinger om hvordan håndboka kan bli bedre. Tilbakemeldinger kan sendes til kontakt@napha.no.

1 INNLEDNING



1.1 FACT-modellen i Norge

[Flexible Assertive Community Treatment \(FACT\)](#) er oppsøkende behandlingsteam, utviklet med utgangspunkt i ACT-modellen. FACT-team i Norge er en teambasert tjenestemodell og et forpliktende samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

FACT-modellen har sin opprinnelse i Nederland, og er oversatt og tilpasset norske forhold i en [modellbeskrivelse](#). Teamene tilbyr kunnskapsbaserte metoder og persontilpasset hjelp i hverdagslivet. Hjelpen skal bidra til håp, mestring, meningsfulle hverdager og mindre utenforskap – den skal være [recoveryorientert](#).

«Målgruppen for norske FACT-team er personer som

- har alvorlig og langvarig psykisk lidelse (eller mistanke om dette), enten alene eller i kombinasjon med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler eller har langvarig skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler med mistanke om psykisk lidelse eller etablert psykisk lidelse
- og**
- har alvorlig og omfattende svikt i praktisk og sosial fungering
- har behov for koordinerte og langvarig behandling og oppfølging fra store deler av hjelpeapparatet, dvs. både fra kommunen/bydel og spesialisthelsetjenesten
- ikke nås av de ordinære tjenestene i kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten»

(NKROP, 2023)

Personer som får hjelp av FACT har problemer med fungering på mange livsområder. Psykisk helse- og rustjeneste i kommunen, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller psykiatrisk poliklinikk har ikke arbeidsformer og rammer som kan gi et tilfredsstillende tilbud. Det er ofte gjentatte innleggelser, bruk av akutttilbud eller tvangsinnleggelse. Mange lever lite verdige liv i lokalsamfunnet.

Perspektiver, arbeidsformer, kompetanse og lovverk fra både kommune og spesialisthelsetjeneste ligger til grunn for hjelpen. Teamet drøfter og vurderes ulike tiltak, og det tas beslutninger uten forsinkende ledd.

FACT-teamene jobber aktivt oppsøkende. De utfører selv så mye av tjenestene som de har mulighet til og tar ansvar for det helhetlig og sammenhengende tjenestetilbudet, selv om enkelte oppgaver utføres av andre.

For mange parallelle tjenester bør unngås for at tjenestetilbudet skal oppleves mest mulig helhetlig og sammenhengende for de som bruker det. Parallelle tjenester kan også øke faren for misforståelser og «tjenestetomme» rom, samt at det kan bli ressurskrevende over tid

FACT-teamene jobber aktivt oppsøkende. De forplikter seg til å arbeide etter modellens arbeidsmetoder og grunnprinsipper. Disse er beskrevet i [FACT Modellbeskrivelse](#) og [fidelityskalaer](#).

[FACT fidelity 2010-skalaen](#) er et godt redskap for å se om teamets tenkning og praksis gjenspeiler modellkravene. I en oppdatert [modellbeskrivelse](#) beskrives FACT, slik modellen er forstått i Norge.

FACT skal gi forsvarlige tjenester fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er ikke et eget regelverk for tjenesteytingen i teamene – det er gjeldende lovverk som [kommunehelsetjenesteloven](#), [spesialisthelsetjenesteloven](#), [pasient- og brukerrettighetsloven](#), [helsepersonelloven](#) og [psykisk](#)

[helsevernloven](#) som er førende, også for FACT-team. Lovverkene gir FACT-teamene **myndighet og ansvar** for å tilby nødvendige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, og pasientene/brukerne **rett til tjenester fra begge nivå**.

Etablering av FACT innebærer en stor omstilling. Integreerte tjenester skal tilbys gjennom felles eierskap. Teamet skal fungere som én dør inn, være en viktig brobygger og sørge for at de som mottar tilbudet får mer helhetlig hjelp.

Felles ansvar og mer samordning gir mer fleksibilitet, lettere tilgjengelig hjelp for brukere og pårørende, og har også stor innvirkning på opplevelsen av det øvrige tjenestetilbudet. [Evaluering](#) har vist at brukere og pårørende har fått bedre hjelp med FACT, enn med tilbudet de fikk tidligere (NKROP, 2020).

LÆR MER

- [NKROP-webinar: FACT-team og modelltrofasthet \(fidelity\)](#)



Foto © Colourbox

1.2 Implementering av FACT

Mye må på plass når et FACT-team skal etableres. Teamene har tilbud om implementeringsstøtte gjennom opplæring, nettverk, veiledende materiell, håndbøker, nettsteder, rådgiving og fidelityvurderinger.

Mange ressursmiljø deltar i implementeringen:

- [Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(NAPHA\)](#)
- [Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse \(NKROP\)](#)
- [Nasjonalt senter for erfaringskompetanse inne psykisk helse \(Erfaringskompetanse.no\)](#)
- [Statsforvalteren](#)
- [Kompetansesenter for rusfeltet \(KORUS\)](#)
- [Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging \(RVTS\)](#)

1.3 Bokens oppbygging

Etablerings- og driftshåndboka er inndelt i ulike kapitler. [Kapittel 2](#) utdyper noen praktiske anbefalinger og tilpasninger knyttet til enkelte deler av modellbeskrivelsen. [Kapittel 3](#) vil beskrive praktiske råd knyttet til ulike trinn i implementeringsprosessen. [Kapittel 4](#) beskriver noen juridiske fortolkninger og praktiseringen av disse. Kapittel 5 er en oppsummering, og et frempek for veien videre for FACT i Norge. Siste kapittel viser videre til nyttige ressurser for mer utdypende lesning.

KILDER

- NKROP. (2020). [Evaluering av FACT-team i Norge. Sluttrapport](#). Sykehuset Innlandet HF.
- NKROP. (2023). [FACT Modellbeskrivelse](#). Sykehuset Innlandet HF.



Foto © Colourbox

Foto @ AdobeStock

2 FORPLIKTENDE OG LIKEVERDIG SAMHANDLING I FACT



I dette kapitlet utdypes forpliktende og likeverdig samhandling i FACT, og hvordan det kan gjøres i praksis, i ulike deler av landet.

Rådene bygger på mer enn 10 års erfaring med FACT-etableringer i Norge, modellbeskrivelser, fidelitetskalaer, byggesteiner i FACT, NKROP og NAP-HAs erfaringer med implementering av FACT, samt [forskning om implementering av FACT i Norge](#), i ulike deler av landet. Mye av teksten gjenspeiler også den [nye fidelitetskalaen 2017-R](#) (se også [kapittel 5](#)).

2.1 Samarbeidsavtale og felles eierskap

FACT-team skal etableres som et gjensidig forpliktende faglig, økonomisk og administrativt samarbeid, mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Dette er en av suksessfaktorene ved FACT. Dersom oppfølging fra teamet bare omfatter tjenester fra ett nivå, vil dette ifølge modellbeskrivelsen være utenfor det som forstås som et FACT-team.

Å jobbe sammen i FACT handler om å forvalte felles eierskap, og samarbeide helhetlig og sømløst med aktører fra ulike tjenestenivå, både i og utenfor teamet. FACT må også tilpasses demografien og tjenestesystemet i ulike deler av landet. Mange FACT team er etablert i områder med lange reiseavstander. Der kan det være behov for mer utstrakt samarbeid med kommunale tjenester. Ulike tilpasninger i rurale strøk vil utdypes i [kapittel 2.4](#).

Selv om FACT-modellen pakkes ut ulikt i ulike deler av landet skal teamet, skal FACT-teamet koordinere det samlede tjenestetilbudet og bestrebe seg på å gi de fleste tjenester. Teamet skal sørge for helhetlig behandling, og ha den kompetansen som kreves for å kunne gi et tilbud som gjenspeiler de syv C-ene og byggesteinene (se [FACT Modellbeskrivelse](#)).

Et helhetlig koordineringsansvar innebærer å inngå i et forpliktende samarbeid med andre instanser og tjenesteytere om oppfølging av kriser, også ut over FACT-teamets arbeidstid. Hvordan det bør legges til rette for et slikt samarbeid vil beskrives nærmere i [kapittel 3.3](#).

Samarbeidet på tvers av tjenestenivå reguleres av overordnede lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Samarbeidsavtalene om FACT-etablering forplikter partene til gjensidig etablering og drift av teamet. Å etablere «forpliktende samhandling om integrerte samhandlingsteam mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen/bydelen» er en forutsetning for å søke tilskuddsmidler.

Samarbeidsavtalene bør beskrive organisatorisk forankring, fordeling og bruk av tilskuddsmidler,

LES MER

Helsedirektoratets tilskuddsordning:
[Oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester](#)

fordeling av teamets inntekter og utgifter mellom eierne, hvem som skal tilsettes fra nivåene, tilsettingsprosedyrer og ansvar for rekruttering og ansettelser, målgruppe (jf. modellbeskrivelse), inntaksprosedyrer, planer for økonomisk forpliktende eierskap etter tilskuddsperioden, tilgang til sengeplasser, ansvar for HMS, arbeidsgiveransvar med videre.

Erfaringer har vist at det er en klar fordel om avtalen er mest mulig konkret. Alle områder man har blitt enig om gjennom forprosjektperioden, for eksempel hvordan eierne skal avgi ressurser og bemanning til teamet, bør beskrives. Dersom dette mangler, kan det gi urealistiske forventninger og være grobunn for konflikter. Rutiner for konflikthåndtering bør også være nedfelt i samarbeidsavtalen.

Samarbeidsavtalen bør for eksempel beskrive

- hva FACT-teamet skal gi av tjenester, og hvilke tjenester som skal tilbys av samarbeidende tjenester
- hvordan dimensjonering av de ulike tjenestetilbudene bør være
- hvordan FACT kan ta en aktiv rolle i å jobbe ut mot lokalmiljø og nettverk
- hvordan man kan gi integrerte tjenester ved etablering av FACT
- hva felles eierskap innebærer av forpliktende, likeverdig og gjensidig samarbeidet mellom nivåene, både når det gjelder ulike oppgaver i teamet, best mulig balanse mellom ansatte fra begge tjenestenivå, og mest mulige likestilte arbeidsvilkår for ansatte fra henholdsvis kommune og spesialisthelsetjeneste

INNHold I SAMARBEIDSAVTALE FOR FACT-SAMARBEIDET:

- Eiere av teamet, eventuelt interkommunalt samarbeid som en del av eierskapet
- Styringsgruppens sammensetning, ledelse, mandat og arbeidsform
- Brukermedvirkning
- Bakgrunn for etablering av teamet og målgruppens behov
- Målgruppe og eksklusjonskriterier
- Rutiner for henvisning, inntak, utskrivning og journalføring
- Teamstørrelse, teamorganisering og gradvis oppstart
- Teamledelse: fag-, personal- og økonomiansvar
- Teamansatte: sammensetning, kompetansekrav, kompetansebehov
- Ansettelsesforhold og personaloppfølging på tvers av ulike arbeidsgivere
- Tilsettingsrutiner, teamleders involvering i ansettelser og en "opptrappingsplan" for ansettelser
- Finansiering, kostnadsfordeling, fordeling av eventuelle inntekter (ISF), økonomistyring og tidspunkt for når regnskap og budsjetter skal gjennomgås og vedtas
- Samarbeid med andre: roller, oppgave- og ansvarsfordeling
- Rutiner for kommunikasjon, informasjon og håndtering av eventuelle konflikter
- Varighet på avtalen (minimum tre år anbefales), evaluerings- og beslutningstidspunkt, oppsigelse av avtalen (anbefalt minimum ett år før utgangen av prosjektperioden)
- Planer for hvordan FACT skal videreføres som felles eierskap etter prosjektperiodens slutt
- Beskrivelse av hvordan eierne forplikter seg til å sørge for helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud dersom teamet av en eller annen grunn legges ned

EKSEMPLER PÅ SAMARBEIDSAVTALER:

- Samarbeidsavtale mellom en kommune og helseforetak ([vedlegg 1](#))
- Samarbeidsavtale mellom DPS og flere kommuner, for team organisert i DPS ([vedlegg 2](#))
- Samarbeidsavtale mellom DPS, TSB og to kommune ([vedlegg 3](#))
- Samarbeidsavtale for FACT-team og akuttfunksjon mellom flere kommuner og sykehus ([vedlegg 4](#))

Samarbeidsavtalen skal være forankret og underskrevet av avdelingsdirektør i spesialisthelsetjenesten og kommunedirektør(er). Avtalen vil være det viktigste dokumentet for å sikre felles eierskap, forpliktelse og legitimitet, og sikre tilgang til nødvendige ressurser – både i forprosjekt, ved etablering og drift, og etter tilskuddsperiodens slutt.

LES MER PÅ NAPHA.NO

[– Man må jobbe systematisk for å få opptrappingsmidler over i varig drift](#)

2.2 Tilskudd, økonomisk og administrativt samarbeid

Alle FACT-team kan søke om tilskudd i ordningen «[Oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester](#)». FACT og ACT har første prioritet. Tilskuddordningen kan endres fra år til år. Siste oppdaterte informasjon om tilskuddsordningen finner du på [Helsedirektoratets nettside](#).

En forutsetning for å søke om tilskudd er at eiere fra begge tjenestenivå forplikter seg økonomisk og faglig. I samarbeidet skal eierne bli enige om en fordelingsnøkkel for inntekter og utgifter, på tvers av kommune(er) og spesialisthelsetjeneste.

Innsatsstyrt finansiering

Spesialisthelsetjenesten er finansiert gjennom to hovedkilder: rammebevilgning og innsatsstyrt finansiering (ISF). For å utløse ISF må refusjonsberettiget aktivitet kodes i henhold til et eget kodeverk, og aktiviteten må rapporteres i et godkjent format til NPR (Norsk pasientregister).

I ISF-regelverket er det nå to hovedtyper av refusjonskategorier: en egen ACT-takst som benyttes når brukeren har stått på tavlen i minst halvparten av en måned, og en rekke koder for enkeltaktiviteter. For å få en enhetlig og gjennomførbar kodingspraksis anbefales det at teamet får opplæring av ISF-kompetent personale fra spesialisthelsetjenesten.

Et FACT-team skal jobbe tverrfaglig, og oppgavene

fordeles ikke ut fra hvor man har sitt ansettelsesforhold. Dette gir noen utfordringer med hensyn til ISF, ettersom det er ment å finansiere spesialisthelsetjenesten.

En samtale utført av en ansatt fra spesialisthelsetjenesten, vil for eksempel utløse ISF-refusjoner, mens en samtale neste dag utført av en ansatt fra kommunen ikke gjør det. En utfordring kan være at aktiviteter dreies i retning av det som er refusjonsberettiget, og samtaler kan prioriteres foran praktisk hjelp. Slik prioritering er ikke i tråd med FACT-modellens intensjon om å tilby helhetlige og sammenhengende tjenester.

Dagens regelverk åpner for at hvis det foreligger en samarbeidsavtale mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (slik det er i alle FACT-team), kan aktivitet utført av kommunalt ansatte utløse refusjon.

De refusjonsberettigede oppgavene som kan utføres av kommunalt ansatte skal imidlertid være tydelig og avgrenset, og spesifisert i samarbeidsavtalen. Eksempler på slike oppgaver er psykoedukasjon, psykoterapi, kognitiv terapi, motiverende samtaler, EMDR, behandlingsmøter, ansvarsgruppemøter eller pårørendesamtaler.

Det kan ikke kreves refusjon for tjenester som for eksempel støttekontakt, hjemmehjelp, hjemmesykepleie og kommunale dagtilbud.

Utfordringen er hvordan kommunalt ansatte skal kunne dokumentere egen aktivitet. Det jobbes med hvordan dette kan håndteres slik at det understøtter FACT-modellen. I påvente av en avklaring er det ulike lokale løsninger for å håndtere dette på en FACT-vennlig måte. De som ønsker å vite mer om ISF-refusjon kan ta kontakt med NAPHA.

ISF-regelverket er under revisjon. Det vil regelmessig oppdateres på [Helsedirektoratets side om ISF](#).

I 2023 ble det gjort noen [formelle avklaringer og presiseringer til ISF-regelverket](#), blant annet når det gjaldt reglene for ACT- og FACT-team. Avklaringen er ikke til hinder for at kommuner kan få overført en del av spesialisthelsetjenestens inntekter fra ISF, hvis det foreligger avtaler om dette, og det er hensiktsmessig for å ivareta et mest mulig felles ansvar for alle oppgaver i teamet.

Det er ulike praksiser knyttet til ISF. Noen steder fordeles «ISF-inntektene» på samarbeidspartene i teamet, etter en avtalt fordelingsnøkkel. En slik fordeling kan bidra til å styrke samhandlingen og øke motivasjon for kommunal deltakelse i FACT-samarbeidet.

Et eksempel på fordeling finner du i [vedlagte samarbeidsavtale](#).



LES MER

ACT og FACT i ISF-regelverket:

«ACT/FACT-teamene skal tilby integrerte tjenester mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Det er ulike finansieringsordninger for nivåene. ISF omfatter spesialisthelsetjenester og det er ansatte i spesialisthelsetjenestene som registrerer utført aktivitet i PAS-systemene i sykehusene.

ISF er ment å delfinansiere spesialisthelsetjenestens bidrag i teamene. Det betyr at kommunens bidrag/kommunens ansatte ikke skal registrere aktiviteten i sykehusenes PAS-systemer, men i kommunens egne systemer. Prosedyrekoden IEAD00 (Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam) skal registreres av spesialisthelsetjenesten når pasienten følges opp og behandles av et etablert ACT-team eller ACT-funksjonen i et FACT-team. Bruk av prosedyren forutsetter at pasienten har fått oppfølging gjennom teamet i minimum halvparten av kalendermåneden.

FACT-teamet skal være forankret i et forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Finansieringen er knyttet til månedlige oppfølgingsperioder. Registering av prosedyren er slik sett tillitsbasert og forutsetter at faglige kriterier for FACT-team etterlevs, jf ISF-regelverket punkt 7.3 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam.»

([ISF 2023 – Presiseringer og avklaringer](#), Helsedirektoratet, 2023)

Egenandel

Offentlige helsetjenester skal som hovedregel være gratis. For at det skal kreves betaling av pasienten må dette gå fram av lov eller [forskrift](#).

Det finnes ikke noe generelt unntak fra egenandel som gjelder for personer som mottar behandling i ACT eller FACT. I hvert enkelt tilfelle må det vurderes om det er unntak fra reglene om å betale egenandel i [forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta § 5](#). Dersom ingen av unntaksbestemmelsene kommer til anvendelse, kan det kreves egenandel av pasienter som mottar behandling i ACT eller FACT.

Poliklinikkene er ikke pålagt å kreve egenandel selv om de har hjemmel til det. Praksisen i helseforetakene kan derfor være noe ulik, dersom helseforetaket vurderer at de ønsker å skjerme enkelte pasienter eller pasientgrupper fra å betale egenandeler.

[Utdypende informasjon finnes i vedlegg 11.](#)

2.3 Tverrfaglig og likeverdig samarbeid

FACT utfordrer den tradisjonelle oppgavefordeling mellom tjenestenivåene. I FACT har *både* spesialisthelsetjenesten og kommunen et felles ansvar for å gi et helhetlig og sammenhengende tilbud. Det betyr at teamet må inneha et bredt sett av kompetanse, og at ulike faglige perspektiver, kulturer og oppgaver fra ulike tjenestenivå må integreres for å kunne gi god nok hjelp.

I tillegg til profesjonsutdanning, vil både arbeids erfaringer fra kommune og spesialisthelsetjeneste prege oppfatningen av hva ansatte i FACT mener er god hjelp. Ulike perspektiver i behandlingen vil som oftest være en styrke for brukerne, men kan være en utfordring i faglig samarbeid. Det krever god ledelse. Å legge godt til rette for faglig dialog, meningsbrytning og avklaring av teamets felles fagsyn vil være særlig viktig i oppstarten av et team.

Å ha «et godt balansert team» med en god likevekt

mellom ansatte og finansiering, kan bidra til mer likeverdighet og god behandling.

Unntaket fra godt balanserte team kan være der det er veldig små kommuner som finner det vanskelig å avse eller nyrekruttere ansatte til FACT. Da hender det at kommunene utelukkende bidrar finansielt i en etableringsfase. På sikt bør det likevel være et mål at alle FACT-team har en god balanse mellom tjenestenivåene.

En løsning for små kommuner som inngår i FACT-samarbeidet, kan være samordning av eierskap og [interkommunalt samarbeid](#). Det kan søkes om tilskudd til å etablere teamet på en slik måte.

2.4 FACTs rolle i og utenfor tjenestesystemet

Ingen norske FACT-team kan gi alle tjenester som brukerne i FACT-målgruppa har behov for. Etablering av FACT må alltid sees i sammenheng med, og tilpasses, hele bredden av det lokalbaserte tilbudet som finnes i området, og tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Det må aktivt søkes samarbeid med nære samarbeidspartnere i kommunen, personer i brukerens personlige og profesjonelle nettverk, frivillige organisasjoner eller andre aktuelle ressurspersoner i lokalsamfunnet. Brukeren må samtykke til samarbeidet.

Både brukerne og deres sosiale nettverk, de kommunale tjenestene, NAV, og eventuelt andre spesialisthelsetjenester, kan være viktige samarbeidspartnere. FACT-teamene kan være sentrale pådrivere for samhandling, koordinering og samarbeid, både i og utenfor helsetjenestene. Dette kan skje for eksempel gjennom samhandling med nettverk og lokalmiljø gjennom familiearbeid, nettverksmøter og «[Åpen dialog](#)». Personen det gjelder skal bestemme hvem som skal inviteres inn i samarbeidet.

Disse oppgavene for FACT-teamet er beskrevet i den nye [fidelityskalaen 2017-R](#). Denne skalaen vil være sentral for den videre utviklingen av FACT i Norge.



I Norge er det en lang tradisjon for [samhandling](#) i helsetjenestene gjennom ansvarsgrupper og individuell plan. All samhandling skal innrettes med brukeren i førersetet.

Verken lovverk, modellbeskrivelser eller håndbøker gir helt tydelige avklaringer av hvordan oppgavefordeling og samarbeid skal være mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste, NAV og andre samarbeidsaktører, verken i FACT-teamene, eller mellom FACT-teamene og deres samarbeidspartnere.

Alle FACT-brukere skal ha en behandlingsplan for det totale tjenestetilbudet. Planen beskriver det samlede tilbudet, og hvem som har ansvar for hva. Eksempel på en behandlingsplan finner du i [vedlegg 12](#).

FACT-teamet har et overordnet ansvar for planen, og den både utarbeides og evalueres i samarbeid med bruker, eventuelt pårørende, teamet og samarbeidende tjenester. Brukere, og eventuelt pårørende, skal få godt tilpasset og nødvendig informasjon om teamets tilbud, og også alternative behandlingstilbud, som

medikamentfrie alternativer.

LES MER

- [Samvalg - du kan være med og bestemme](#) (Helsenorge.no)

2.5 Ulike tilpasninger

Noen steder er det nødvendig med ulike tilpasninger av modellen. FACT-tilbudet må utformes og avstemmes mot utviklingen av øvrig tjenestetilbud, og med hvordan innbyggerne og brukernes behov endres.

Hva som vil være særlig relevant for den videre utviklingen av FACT i Norge vil beskrives nærmere i [kapittel 5](#).

Det kan være mer utfordrende å jobbe i tråd med FACT modellen i spredtbygde strøk. Lange avstander kan gjøre det utfordrende å jobbe intensivt oppsøkende. Det kan være større utfordringer med tilgang til nødvendig fagkompetanse, og høyere turnover.

NAV - ARBEID, TRYGD OG
IPS

PRAKTISK HJELP I HJEMMET

HJEMMESYKEPLEIE

STØTTEKONTAKT

KULTURTILBUD

INTERESSE-
ORGANISASJONER

FRITIDSTILBUD

IDRETTSLAG

FACTs samarbeids- partnere

TILBUD I REGI AV FRIVILLIGHET

FAMILIE OG NETTVERK

POLIKLINIKK

PSYKISK HELSE- OG RUSTJE-
NESTER

SKADEREDUKSJONSTILBUD

LAVTERSKELTILBUD

FASTLEGEN

DØGNAVDELING,
PSYKISK HELSEVERN OG TSB

BRUKERSTYRT PLESS ELLER
KRISESENG, FACT-SENGER

Da utfordres FACT modellen, særlig tverrfaglig teamtilnærming, og muligheten for å jobbe intensivt oppsøkende og i kriser, slik modellen beskriver det. Det kan derfor være nyttig å gjøre noen særlige tilpasninger til modellen i mer spredtbygde strøk.

To tilpasninger som virker å være nødvendige forutsetninger for å kunne etablere FACT-team i spredtbygde strøk er interkommunale samarbeid og lavere caseload.

Interkommunale samarbeid må ha god forankring, og det må være høy samarbeidsvilje og høy kompetanse på samarbeid. Regioner som etablerer team som interkommunale samarbeid anbefales å forankre dem i spesialisthelsetjenesten. Det er også viktig å ta i betraktning at interkommunale samarbeid kan være krevende og tar ekstra mye tid, særlig om det er mange kommuner involvert. Det anbefales derfor ikke å ha for mange kommuner involvert.

FACT-team i spredtbygde strøk kan ikke ha like høy caseload som team i byer. Skal FACT-team i regioner med lange avstander ha caseload slik det estimeres i

modellen, vil det ikke være mulig å følge modellen. Det anbefales derfor å beslutte før etablering av team hvor høy caseload teamene skal ha, men også at dette evalueres underveis og at caseload justeres. Høy caseload synes særlig å gå utover muligheten til å jobbe recoveryorientert.

FACT-team i spredtbygde strøk må være særlig gode på planlegging. Det være seg hvem som skal hvor, hvilken bil som er ledig eller hvorvidt tiden i bilen kan brukes aktivt. Noen FACT-team er svært gode på dette og forteller om nyttige erfaringer med å for



Foto © Colourbox

eksempel gjennomføre møter eller samtaler fra bilen og besøke flere brukere eller samarbeidspartnere samtidig. Det er viktig at teamene har nok biler da et FACT-team aldri vil kunne planlegge dagene i detalj og vil ofte måtte snu om på timeplanen. Det bør alltid være en eller flere ledige biler.

Digitale verktøy er en spennende tilpasning som vi anbefaler team i spredtbygde strøk å ta i bruk. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at digitale verktøy ikke passer for alle brukere og ikke i alle typer kontekster. Digitale verktøy kan heller ikke erstatte fysiske treffpunkt. Det understrekes derfor at denne tilpasningen bør brukes i kombinasjon med ordinær oppfølging.

FACT-team kan bruke digitale verktøy også for å gjennomføre møter med samarbeidspartnere og for interne møter i teamet. Noen team har de daglige tavlemøtene digitalt, noe flere har erfaring med at fungerer godt. Det anbefales likevel å jevnlig ha tavlemøtene fysisk. En særlig nyttig måte å bruke digitale verktøy på, er om en ansatt i teamet drar hjem til en bruker for så å koble opp én eller flere andre teamansatte digitalt.

De fleste FACT-team i spredtbygde strøk delegerer oppgaver til kommunale tjenester, i større eller mindre grad. Til en viss grad vil dette være en nødvendig tilpasning, men det anbefales ikke å delegere for mange oppgaver. Det kan blant annet gjøre det vanskelig å ha god oversikt over om oppgavene blir gjort, og hvordan de blir gjort. Det er også viktig å sikre seg at de andre tjenestene som skal utføre enkeltoppgaver har god kjennskap til brukerne og at de får veiledning fra teamet.

En annen tilpasning som brukes i en del team er å ha ansatte geografisk lokalisert ulike steder. Dette er ikke anbefalt i modellen, men samtidig kan det å sitte ulike steder gjøre det enklere å håndtere kriser raskere og besøke brukere oftere, da avstander kan bli kortere. Det er imidlertid viktig å ikke ha for mange lokasjoner, og likevel bruke den tverrfaglige kompetansen på tvers, og ha fokus på teambuilding og det å møtes jevnlig fysisk.

Noen team gjør også tilpasninger som å ha mange ansatte i delte stillinger og ikke ha daglige tavlemøter. Delte stillinger oppleves utfordrende for mange team og vil gjøre det vanskeligere å gi helhetlig og



Foto © Colourbox

sammenhengende oppfølging. Det anbefales derfor å begrense antallet delte stillinger.

Det anbefales også å gjennomføre daglige tavlemøter slik beskrevet i modellen. Dette er viktig for å sikre kontinuitet og for å kunne jobbe i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen. Hvis en både har mange delte stillinger og få tavlemøter, kan dette forsterkes. Da vil det kunne være slik at hele teamet sjelden møtes sammen, som kan redusere muligheten for å jobbe i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen som er viktig for å kunne gi helhetlig og sammenhengende behandling.

LES MER PÅ NAPHA.NO

[– FACT-team bygger bro i helsesystemet](#)

KILDER

Trane, K. (2023). *FACT-modellen som del av komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. En kvalitativ studie*. Høgskolen i Innlandet.

ANBEFALINGER

- Bli godt kjent med både FACT modellkrav og muligheter for lokale tilpasninger. Da er det mulig å være mer i forkant av problemstillinger som ofte kan oppstå på tvers av virksomheter og tjenesteni-
vå.
- Søk pragmatiske løsninger innenfor lovverket og ta et utvidet ansvar for å løse samhandlingsutfordringer knyttet til felles eierskap, ansvar og finansiering.
- Rutiner for konflikthåndtering bør være beskrevet i samarbeidsavtalen.
- Ha et utvidet fokus på helheten i tjenesteapparatet FACT er en del av. Etablering av FACT innebærer en stor organisasjonsendring, som også får stor betydning for tjenestene rundt.
- Tilstreb en god balanse mellom kommunalt ansatte og ansatte fra spesialisthelsetjenesten. Da vil brukerne få best hjelp rettet mot mange ulike behov.
- Ivareta så mange oppgaver som mulig i teamet, men ha et utstrakt samarbeid med andre når det er mest hensiktsmessig. Det bør foreligge forpliktende avtaler om oppgavefordeling. Koordineringsansvaret bør ligge hos FACT-teamet.



3 TRINNVIS FACT-IMPLEMENTERING

En trinnvis implementering av FACT kan gjøre det lettere å ha oversikt i hvor man er i prosessen, og hva som bør gjøres når.

Fixsen et al. (2005) beskriver at implementering vanligvis tar 2–4 år, og foregår ulike faser. Å reflektere over hva som bør gjøres når, hvordan og hvorfor i de ulike fasene av implementeringsprosessen, gjør det lettere å lykkes. Det er viktig å ikke undervurdere kompleksiteten i implementeringsarbeidet, og betydningen av systematisk innsats over tid, rettet mot ulike aktører.

Dette kapitlet beskriver noen praktiske råd knyttet til ulike faser i implementeringsarbeidet for FACT. De fasespesifikke rådene er inspirert av Fixsens faser, men er tilpasset FACT. Rådene bygger først og fremst på omfattende erfaringer med ACT/FACT-etableringer over hele landet, FACT-modellbeskrivelse, forskning på FACT og evaluering av de første norske FACT-teamene.

Implementering av FACT starter allerede når man begynner å vurdere muligheten for etablering av FACT-team i et område. Deretter skjer arbeidet gjerne i følgende faser: utforskning, forprosjekt, tidlig oppstart og videre drift. Selv om implementering teoretisk kan fremstilles som fasespesifikke lineære prosesser, går man i praksis ofte litt frem og tilbake. Man må være fleksibel og tilpasse innsatsen til den situasjonen man er i.

Godt planleggingsarbeid, forankring og omforente beslutninger tidlig i prosessen, for eksempel i forprosjekt, vil betale seg i form av mindre utfordringer senere. Hvis man møter på utfordringer kan det være lurt å gå tilbake til tidligere trinn, og gjøre en del av arbeidet på nytt, på en bedre og mer grundig måte.

Tabellen i [vedlegg 13](#) oppsummerer alle praktiske råd knyttet til de ulike fasene.

3.1 Utforskning

Initiativet til å etablere et FACT-team kan komme fra «hvem som helst» som har en oppfatning av at personer i FACT-målgruppen ikke får et godt nok tjenestetilbud av eksisterende tjenester. I mange tilfeller kommer initiativet fra ledere og ansatte som jobber med målgruppen, i ulike deler av tjenestene.

Utforskningsfasen er ikke en omfattende fase, og tar vanligvis ikke lang tid. Det viktigste er å søke etter kunnskap om FACT-modellen, begynne arbeidet med å utforske målgruppens behov og tilbud, få oversikt over tilskuddsordningen og identifisere mulige samarbeidspartnere.

Avklar lederstøtte

Før utredning av en mulig FACT-etablering, må det foreligge en aksept fra ledelsen i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten. Ledelsesforankring kan gi et ekstra påtrykk når man skal drøfte saken med mulige samarbeidspartnere, og det kan åpne flere dører. Erfaringer viser også at jo tidligere ledere blir involvert i prosessene jo mer engasjert vil de ofte være.

Informasjon som vil være viktig å få frem er at FACT er en kunnskapsbasert tjenestemodell, og at modellen har potensiale for å svare ut både kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for å tilby målgruppen helhetlig og sammenhengende hjelp. Forskning har vist at FACT gir et bedre tjenestetilbud enn tradisjonelle tjenester, og at brukere og pårørende er mer fornøyd med hjelpen fra FACT-team enn ved oppfølging (Landheim & Odden, 2020).

I utforsknings- og forprosjektfasene bør man finne ut om det er geografisk og demografisk grunnlag for FACT-etablering, og om det er faglig og økonomisk grunnlag for å drifte et FACT-team også etter tilskuddsperioden. Hvis det er usikkerhet rundt dette kan NAPHA kontaktes.

[FACT modellbeskrivelse](#) gir god oversikt over kunnskapsgrunnlaget og begrunnelse for modellene.



Søk kunnskap om FACT-modellen

Erfaringsmessig er mange opptatt av hva FACT er sammenlignet med kommunale samtale tjenester, bolig/miljø tjenester, kommunale oppsøkende team/ tjenester, polikliniske tilbud, ambulante behandlings- og rehabiliteringsteam i spesialisthelsetjenesten og ambulante akutt-tjenester (AAT).

[Modellbeskrivelsen](#) er den viktigste kilden til hva FACT er. Det finnes også mye kunnskap om FACT-modellen på nettsidene [Napha.no](#), [Rop.no](#) og [Helsedirektoratet.no](#). Det er også mulig å ta kontakt med NAPHA, NKROP, Statsforvalteren og [godt etablerte FACT-team](#). Mange av løsningene og utfordringene er de samme på tvers av team.

NAPHA og NKROP har hatt ansvar for å koordinere og gjennomføre opplæring og gi annen implementeringsstøtte for ACT- og FACT-teamene siden 2009. De kjenner modellene godt, og har oversikt over hvor det finnes FACT-team. Statsforvalteren har ansvar for tilskuddsforvaltning, og kan gi råd knyttet til finansiering.

Bli kjent med tilskuddsordningen og tilhørende regelverk

Det kan søkes om tilskuddmidler til forprosjekt og til drift av team. Ordningen er nærmere beskrevet på [Helsedirektoratets nettsider](#), og på nettsidene til Statsforvaltere (se for eksempel [Statsforvalteren i Innlandet](#)).

Statsforvaltere forvalter tilskuddsordningen. Det er skjønnsmessig tildeling. Det kan være ulike kriterier for tildeling fra år til år.

På [tilskuddsportalen.no](#) finnes det mye nyttig kunnskap om søknadsprosessen. Ved søknad om tilskudd skal det utarbeides en felles søknad mellom deltakende kommuner og helseforetaket. Kommunen står som hovedsøker, og samarbeidsavtalen skal underskrives av kommunedirektør, eller den som har signeringsfullmakt.

I tilskuddsregelverket er det anbefalt at det gjennomføres et forprosjekt. Et godt gjennomført forprosjekt er helt avgjørende for å lykkes med å etablere, og

ikke minst opprettholde, FACT-teamet etter at tilskuddsperioden er over. Selv om man ikke går videre til å etablere et FACT-team vil et forprosjekt gi mye kunnskap om dagens tjenestetilbud som vil være nyttig også om man velger andre løsninger.

Se [vedlegg 7](#) for eksempel på en forprosjektsøknad.

I [forprosjektfasen](#) vil det beskrives mer utdypende hva et forprosjekt er og hvordan det kan gjennomføres.

Vurder dagens tjenestetilbud og eventuelle mangler

I små kommuner er målgruppen for FACT ofte godt kjent for hjelpeapparatet fra før. I tett befolkede områder trenger det ikke være slik. Der kan mange gå «under radaren».

En utforskningsfase bør starte med å kartlegge behovet for FACT. Man bør undersøke interessen for FACT-samarbeid hos de som er aller mest i kontakt med målgruppen først. Det kan for eksempel være



Foto @AdobeStock

DPS, legevakt, fastlege, kommuner/bydeler, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og politi. En bredere og mer systematisk kartlegging bør gjennomføres som en del av et forprosjekt.

Å etablere et FACT-team vil ha konsekvenser for hvordan andre tjenester jobber med målgruppen. Ved å involvere tilliggende tjenester tidlig kan man få en felles forståelse av hva man ønsker å oppnå ved å etablere et FACT-team, hva som bør være teamets rolle og ansvar som brobygger i tjenestesystemet, og hvordan FACT skal kunne ivareta modellkravene både på tvers og sammen med øvrige tjenester.

Det er vanskelig å gi helt klare råd om antall brukere i forhold til innbyggertall i opptaksområde. Det vil avhenge av mange forhold, for eksempel hvor godt utbygde de øvrige lokalbaserte tjenestene er. Ved usikkerhet rundt dette kan NAPHA kontaktes.

Hvis en kommune ikke ser det som hensiktsmessig å søke tilskuddsmidler på egen hånd, er det gode erfaringer med å etablere FACT-team som et samarbeid mellom flere mindre kommuner og ett DPS. En kommune må være hovedsøker.

Gjør en beslutning og søk tilskuddsmidler til forprosjekt

I en utforskningsfase er det viktig å avklare og beslutte hvilke spesialisthelsetjenester og kommuner/bydeler som ønsker å gå videre til en eventuell forprosjektfase, hvem som skal ha hovedansvaret for prosjektet, og hvem som bør være forprosjektleder. Ved å ha dette klart når man søker forprosjektmidler unngår man å bruke unødvendig tid senere.

Arbeidet som gjennomføres i utforskningsfase dokumenteres og oppsummeres, uavhengig av om man

går videre i et forprosjekt eller ikke. Går man videre, vil dette være et viktig utgangspunkt for arbeidet i forprosjektet, og går man ikke videre vil det være nyttig kunnskap neste gang tilbudet til denne målgruppen skal drøftes.

Det er mulig å søke Statsforvalter om midler til forprosjekt. Per 2023 var beløpet inntil kr. 600 000,-. Søknadsfristen er vanligvis i slutten av mars.

Søknaden undertegnes av kommunedirektør eller den som har signeringsfullmakt. All informasjon om tilskuddsordningen finnes på [Helsedirektoratets nettsider](#).

TIPS

Spørsmål til utforskning i en utforskningsfase:

- Hva finnes av lokalbaserte tjenestetilbud i kommuner, spesialisthelsetjenesten og NAV for FACT-målgruppen i dag?
- Hvor mange faller utenfor etablerte tjenestetilbud?
- Hvem fanges ikke opp?
- Hvem får ikke god nok hjelp?
- Hvem kan være i målgruppen for et FACT-team?
- Hvilke behov eller utfordringer ønsker vi å løse med FACT?
- Er det sikkert at det er FACT-modellen som vil løse utfordringene?
- Hvordan kan et FACT-team passe inn det eksisterende tjenestetilbudet?
- Hvem bør bli med i samarbeidet i et forprosjekt?
- Hvordan sikre nødvendig brukerinvolvering?

TIPS

Workshop

Mange har gode erfaringer med å invitere ulike tjenester og brukerrepresentanter til en workshop hvor oppfatninger av målgruppas behov kan drøftes. Sammen utforskes og undersøkes antall potensielle brukere i tjenesteapparatet som antas å være i målgruppen for FACT-team.



3.2 Forprosjekt

De aller fleste FACT-team har startet opp som forprosjekt. Dette anbefales. Et forprosjekt kartlegger og beskriver målgruppen, og avklarer hvordan FACT-teamet bør organiseres, finansieres, forankres, etableres og driftes.

Forprosjektfasen er omfattende. Det forutsetter formelt samarbeid, god organisering, nok tid og dedikerte ressurser. Den innsatsen som legges ned her vil være av stor betydning når FACT-teamet kommer i ordinær drift, og mye av det som gjøres vil være et arbeid som er nyttig i senere faser.

Mange setter av seks måneder til å gjøre nødvendige avklaringer i et forprosjekt, men det er mer vanlig at det tar mellom 9 og 12 måneder. Noen bruker enda lenger tid. Tidsbruken i forprosjektet er avhengig av hvor mye arbeid som er gjort tidligere, hvordan samhandlingen fungerer og hvor mye ressurser man har

til rådighet. Forprosjektfasen er også en «modningsfase» hvor mange instanser og interesser skal bli kjent og «jobbe seg mer sammen». Dette tar også tid.

Finansiering av prosjektleder, aktivitet i arbeidsgruppe, styringsgruppe og møte-/reisevirksomhet (for eksempel hospitering), må avtales mellom kommunen(e) og spesialisthelsetjenesten. Mange søker Statsforvalteren om forprosjektmidler til dette, men det vil i de fleste tilfeller ikke være tilstrekkelig. Partenes andel av finansieringen bør inngå i et felles budsjett for forprosjektet.

Arbeidet og avklaringer i forprosjektfasen oppsummeres i en forprosjektrapport som legges frem for styringsgruppen. Rapporten er viktig som beslutningsgrunnlag, og den vil også inngå i en forpliktende samarbeidsavtale (se [vedlegg 8](#)).

Avklar organisering og deltakere i forprosjekt

Et godt organisert forprosjekt, med solid lokal forankring og bred involvering, er av erfaring avgjørende for at et FACT-team vil være levedyktig over tid. Det er en fordel å prosjektorganisere arbeidet i tråd med anerkjent prosjektmetodikk, og involvere alle man tenker kan være fremtidige eiere av FACT-teamet. Det anbefales å ha en godt balansert sammensetning av mulige fremtidige eiere.

En kommune må stå som ansvarlig søker for tilskudd gjennom tilskuddsordningen. Det betyr at kommunen står ansvarlig overfor Helsedirektoratet i form av en søknad, rapportering og bruk av midler. Eierne står likevel fritt til å velge hvordan de vil organisere FACT.

Enkelte DPS opplever det utfordrende at kun enkelte av kommunene i et DPS-opptaksområde ønsker å etablere FACT-team, mens andre ikke ønsker dette.

FACT vil ofte erstatte ordinære tjenestetilbud fra DPS. Da kan innbyggere i kommuner som ikke er en

del av FACT-samarbeidet få et dårligere tilbud enn før FACT ble etablert.

I noen tilfeller ivaretar poliklinikker i spesialisthelsetjenesten ansvaret for disse innbyggerne. I andre tilfeller gir FACT-ansatte fra spesialisthelsetjenesten et tilbud, men det vil ikke erstatte et fullverdig og helhetlig FACT-tilbud. En stor del av innsatsen i et forprosjekt bør derfor rettes mot å få med så mange kommuner som mulig i FACT-samarbeidet.

I DPS-opptaksområder med flere små kommuner og en eller flere store kommuner, kan det være hensiktsmessig å inkludere den/de store kommunene, DPS og TSB tidlig i forprosjektsamarbeidet. Erfaringer viser at det da kan være lettere å få med flere nye kommuner senere.

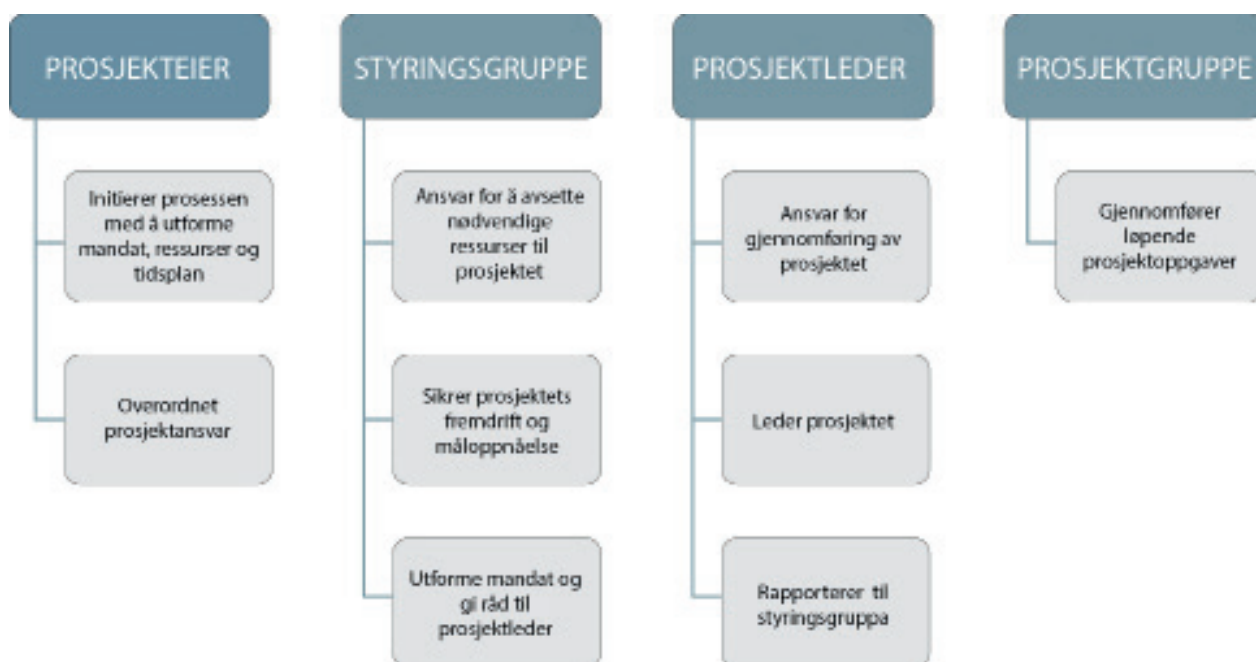
Muligheten for bruk av forprosjektmidler, både til etablering og senere inkludering av nye kommuner, til saksforberedelse for beslutningsprosesser i kommunene med videre, bør beskrives i forprosjektrapporten.



Foto © Colourbox

Etabler prosjektstruktur

Et forprosjekt kan organiseres slik:



Prosjekteier

Prosjekteierskapet ligger hos avdelingsleder der man vurderer å forankre FACT-teamet. Vedkommende har beslutningsmyndighet og overordnet ansvar for ledelse, gjennomføring, styringsgruppe og prosjektmandat.

Styringsgruppe

Det må det etableres en styringsgruppe for forprosjektet, hvis det ikke allerede er gjort. Alle potensielle eiere bør være med, både fra deltakende kommuner og helseforetak. Brukerrepresentasjon i styringsgruppa er viktig. Det vil gi legitimitet i brukergruppa og lokalsamfunnet, sikre nødvendig involvering, kunnskap og bringe viktige perspektiver inn i arbeidet.

Alle i styringsgruppen må sette seg godt inn i modellen, og kunne foreta beslutninger om organisatorisk tilhørighet, konflikthåndtering, budsjett og regnskapskontroll. Forventningsavklaringer og drøfting av målgruppe vil være en kontinuerlig prosess. Godt

forarbeid i styringsgruppa er forebyggende for eventuelle senere konflikter.

Styringsgruppa vil være en viktig arena for forprosjektleder og senere teamleder, en støtte i faglige vurderinger og beslutninger, samt en sentral aktør i implementeringen av modellen.

Erfaringer tilsier at en velfungerende styringsgruppe er en god garanti for at et forprosjekt ender som et velfungerende FACT-team.

Styringsgruppa har også, sammen med teamleder, ansvaret for at FACT-teamet får en tydelig rolle og ansvar i de lokalt baserte tjenestene og i lokalsamfunnet.

Det anbefales sterkt at styringsgruppen fortsetter sitt arbeid ut over prosjektperioden, dersom det besluttes at FACT skal bli et varig tilbud. Styringsgruppen kjenner FACT-modellen godt, og vil kunne ha en

TIPS**Styringsgruppens oppgaver i forprosjektfasen:**

- Overordnet, helhetlig og formelt ansvar for mål, fremdrift og beslutninger i forprosjektet, på tvers av virksomhetene som deltar
- Sørge for tilstrekkelige ressurser ved å søke forprosjektmidler og avsette ressurser fra respektive tjenesters budsjetter
- Utvikle konkrete parameter for forventet måloppnåelse (for eksempel antall brukere, reduksjon i øvrig tjenestetilbud, bedre liv for brukerne, etc.)
- Skriftliggjøre mandat (se under)
- Ansette og støtte forprosjektleder i utvikling av rollen
- Gjøre seg kjent med grunnprinsippene i FACT-modellen
- Vurder om ACT- eller FACT-modellen svarer ut behovet for integrerte tjenester til målgruppen
- Beslutte om man skal søke midler til etablering av FACT-team

viktig rolle i den videre utviklingen av FACT som «knutepunkt» for det totale tilbudet til målgruppa lokalt.

Formaliser styringsgruppas mandat

Mandatet bør formaliseres og inneholde:

- Beskrivelse av prosjekteiere, prosjektleder, styringsgruppe og arbeidsgruppe
- Oppdragsbeskrivelse og prosjektplan med konkrete problemstillinger, mål, delmål, tidsrammer og framdriftsplan
- Ansvarsavklaringer, beslutningsmyndighet og kommunikasjonslinjer mellom eiere, styringsgruppe og prosjektleder/arbeidsgruppe
- Resurser og finansiering
- Forventet leveranse/prosjektrapport
- Plan for avslutning av forprosjekt, og plan for eventuell etablering av FACT, eller annen samhandlingsmodell

Forprosjektleder

Organisering, ansettelsesforhold og rammer for prosjektlederstillingen bør avklares tidlig. Lederlinjer, ansvar og rolle i prosjektlederrollen bør være tydelig fra prosjektstart. Prosjektleder kan være en som allerede er engasjert i prosjektet. Hvis dette ikke er aktuelt, må det lyses ut en stilling i 50–100 prosent

i minimum seks måneder. De fleste bruker mye av prosjektmidlene til å finansiere stillingen til prosjektleder.

Prosjektleder etablerer en arbeidsgruppe og leder den. Fremdrift, og god kommunikasjon mellom arbeidsgruppe og styringsgruppe, er sentrale oppgaver. Arbeidsgruppens arbeid og viktige beslutninger skal oppsummeres og skriftliggjøres i en projektrapport. Prosjektleder har ansvar for dette.

I [vedlegg 8](#) finner du eksempler på forprosjektrapport.

Prosjektleder må ha:

- God kjennskap til psykisk helse- og rustjenester lokalt og gode samarbeidsegenskaper
- God kjennskap til ACT- og FACT-modellen, inkludert verdi- og tenkningsgrunnlag
- Kunnskap om målgruppens tjenestebehov (jf. [kapittel 1.1](#))
- Systemkunnskap om begge tjenestenivå, inkludert innsikt i rutiner og kultur for samhandling
- Interesse, engasjement og motivasjon for å skape et nytt tjenestetilbud
- Prosess- og prosjektlederegenskaper

Prosjektgruppe/arbeidsgruppe

Prosjektleder etablerer arbeidsgruppen, ofte i samarbeid med styringsgruppen. Det anbefales en liten, effektiv og handlekraftig prosjektgruppe/arbeidsgruppe. Gruppe bør være sammensatt av prosjektleder, brukerrepresentant(-er) og aktuelle samarbeidspartnere fra begge tjenestenivå, for eksempel fagledere som kjenner tilbudet til målgruppen for FACT godt. Her bør en balansere hensynet til kjennskap opp mot tid til å faktisk delta, ettersom tid ofte er en utfordring for ledere.

Det overordnede ansvaret for arbeidsgruppen i forprosjektfasen er å innhente kunnskap om, og forstå, FACT-modellen som tenkningsgrunnlag og tjenestemodell. Gruppen skal også være pådriver og spre informasjon om FACT-modellen, sørge for nødvendig bruker- og innbyggerinvolvering og avklare grunnlag for opprettelse av FACT-team i området.

Prosjekt-/arbeidsgruppen bør ha kompetanse og praksiserfaring fra psykisk helsefeltet, kombinert med systemkunnskap og interesse for fagutvikling, systematikk og samhandling.

TIPS

I forprosjektfasen bør en fortsette arbeidet med en strukturert kartlegging av:

- Hvem skal få et tilbud fra FACT-teamet? Hvem skal være den viktigste målgruppen?
- Hvordan kan FACT-teamet organiseres og etableres best mulig hos oss?
- Hvem bør involveres i etableringen? Hvem er relevante samarbeidspartnere?
- Hvordan starte opp? Hva bør en implementeringsplan omfatte?
- Hvordan bør sammensetningen av teamet være? Hvem skal ha arbeidsgiveransvar?
- Hvordan bør FACT-teamet finansieres? Også etter at tilskuddsperioden er avsluttet?
- Hvordan bør teamet samarbeide med de andre tjenestene? Hva er mest hensiktsmessig oppgavefordeling og ansvarsavklaring, både praktisk og økonomisk?
- Hvilke endringer bør gjøres i andre tjenester som følge av FACT-etablering (dimensjonering/arbeidsoppgaver)?
- Hvordan bør brukere tas inn i teamet? Og hvilke rutiner bør teamet ha ved utskriving?



I denne prosessen kan det være nyttig å bruke kunnskapskilder som folkehelseprofiler, brukertilfredshetsundersøkelser og særlig [BrukerPlan](#). Det er også mulig å hente ut tall fra spesialisthelsetjenestens journalsystem bruk av polikliniske tilbud og døgntilbud per kommune/bydel.

Inkluder brukerkompetanse

Involver personer med brukererfaringer så tidlig som mulig. Brukerinvolvering er en forutsetning for å få tilskudd, og brukerkunnskap vil være et viktig bidrag i vurderingene av behov for, og antatt nytte av, FACT. Det vil også gjøre tjenestetilbudet mer treffsikkert.

Ved sammensetning av styringsgruppe/arbeidsgruppe bør bruker-/erfaringskompetanse inngå, og det bør legges til rette for reell innflytelse. Personen(e) bør ha kjennskap til målgruppens behov og ha tilhørighet til en organisasjon. Vedkommende vil ha et særskilt ansvar for å fremme saker av stor betydning for brukerne og pårørende, samt styrke brukerperspektivet i FACT.

Forprosjektleder anbefales å henvende seg til brukerorganisasjoner (for eksempel Mental Helse, RIO, LPP, Ivareta, mfl.), regionale brukerstyrte sentre eller brukerutvalg i regionen, for å få forslag til kandidater. Hensynet til både relevant kompetanse og kapasitet bør veie tungt. Ved behov bør det oppnevnes vararepresentant(er). Deltakelse honoreres.

LES MER PÅ NAPHA.NO

- [Brukermedvirkning når tjenester utformes](#)

Avklar målgruppe

Så tidlig som mulig i forprosjektet bør forprosjektleder invitere personer som har god kjennskap til målgruppen, for å avklare hvem som er de mest aktuelle målgrupper for FACT. I en tidlig fase bør en først og fremst involvere de tjenestene en antar at teamet

på sikt vil jobbe tettest sammen med. Etter hvert bør «alle» andre som kan ha kjennskap til målgruppen inkluderes, for eksempel politi, NAV, hospits og lavterskeltilbud i regi av frivillig sektor.

I oppstarten vil det ofte diskuteres om det er diagnosekriterier eller fungering som bør vektlegges tyngst ved inntak. Spesialisthelsetjenesten kan ønske et inntak som først og fremst er basert på diagnoser, i tillegg til personer som får oppfølging gjennom TUD, og personer som er dømt til behandling. Kommunene kan ønske å inkludere en mye bredere målgruppe som omfatter «alle» med funksjonsfall, uavhengig av diagnose. Dette kan for eksempel være personer med utfordringer knyttet til boevne, ADL, kognitiv svikt, og vold/aggresjon. Hvem som skal inngå i målgruppen er noe man må enes om lokalt, og vil også avhenge av hvilke andre lokalbaserte tjenestetilbud som finnes i opptaksområdet.

Teamet skal prioritere tilbudet til personer som de ordinære tjenestene i liten grad lykkes med å gi et tilfredsstillende tilbud til. Det kan være personer som har gjentatte kriseinnleggelse, som ikke møter opp til avtaler med kommunen, eller i poliklinikk.

Personer som får, eller kan få, forsvarlige, helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud andre steder i hjelpeapparatet, og som *det ikke er vanskelig å få en hjelperelasjon til*, er ikke i FACT-målgruppa.

En viktig målgruppe for FACT er personer som antas å være i målgruppen, som ikke er henvist, eller som takker nei til tilbudet. FACT-tilbudet skal da presenteres for den det gjelder.

Der det er flere i målgruppen man ikke får gitt et FACT-tilbud til (jf. anbefalinger om caseload), bør det vurderes om opptaksområdet er for stort for kun ett FACT-team.

Etablering av nye tjenestetilbud som FACT, kan medføre en forventning om å utvide målgruppen. Antall aktuelle brukere i teamet er vanskelig å beregne helt eksakt. Beregninger fra BrukerPlan har vist at en potensiell brukergruppe for FACT er omtrent 0,65 prosent (26 000 personer). Dette kan være en

indikasjon på behovet. Demografiske og geografiske forhold må vurderes, i tillegg til tilgang til andre tjenestetilbud i nærheten.

Målgruppe bør diskuteres i styringsgruppen, i forprosjektrapporten (se [vedlegg 8](#), og senere i samarbeidsavtalen.

Etabler kontakt og vær en pådriver

I utforskningen av målgruppe bør en se på kontakten med samarbeidspartnere som en del av det å bli mer kjent og legge et godt grunnlag for samarbeid videre.

Så tidlig som mulig i forprosjektet bør det også utarbeide en interessentanalyse. Tenk over, og kartlegg:

- Hvem kan ha meninger om og kan tenkes å arbeide for eller mot etablering av FACT-team?
- Hvilke forventninger har de til teamet?

- I hvilken grad kan de forventes å engasjere seg i FACT?
- Hvilken innflytelse kan de ha for teamets praksis?

Grad av interesse og innflytelse kan angis ved å bruke en [matrisemodell](#).

Ut ifra en interessentanalyse kan det lages en [plan for hvordan man skal følge opp og kommunisere med de enkelte interessentene](#). Ettersom forankring av et FACT-team starter allerede i forprosjektfasen bør planen skissere arbeidsgruppens kommunikasjon med interessentene vise, helt konkret, hvordan arbeidsgruppen bør snakke med hvem, om hva, hvor ofte, og hvem som har et hovedansvar for å følge opp de ulike delene i planen.

En FACT-søknad må ha god forankring i de lokale fagmiljøene, slik at også disse i størst mulig grad kan bidra positivt til etableringen. Viktige beslutninger



Foto © Colourbox



bør forankres så tidlig som mulig.

Alle som kan ha interesse av at det etableres et FACT-team, bør kjenne godt til kunnskapsgrunnlaget for FACT, og hva som kjennetegner modellen. Alle ledere i spesialisthelsetjenesten, politisk og administrativt nivå i kommunen, kommunale psykisk helse- og rustjenester, fastleger og øvrige samarbeidspartnere bør være godt informert om teamets rolle, ansvar, oppgaver og effekter for brukere. Mulige konsekvenser for eksisterende tjenestetilbud, som poliklinikker, ambulante akutteam, døgntilbud og ambulerende tjenester bør inngå i informasjonen.

Innbyggere, mulige brukere av FACT, brukerorganisasjoner og brukerstyrte tilbud informeres og involveres. Dette kan for eksempel gjøres ved å arrangere lokale arbeidsseminar med brukere, ansatte og ledere som sammen kan dele kunnskap og jobbe for å utvikle tilbudet videre.

TIPS

Relevante interessenter for FACT-team kan være:

- Kommunale tjenester som psykisk helse- og rustjenester, hjemmetjenester
- Kommunepolitikere
- Kommuneoverlege
- Bruker- og pårørendeorganisasjoner
- Psykiatriske og somatiske akutteam
- Rehabiliteringsavdelinger og poliklinikker ved DPS
- Politi/kriminalomsorg
- Fængselshelsetjenesten
- Nabokommuner
- NAV
- Døgnavdelinger og poliklinikker TSB
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Kommunale akuttkrisetilbud, inkludert KAD
- Fastleger/legevakt
- Frivillige tilbud som Frelsesarmeen, Kirkens bymisjon
- Hospits, lavterskeltilbud og feltpleie
- Familievernet
- Ambulant akutteam, og andre ambulerende tjenester lokalt

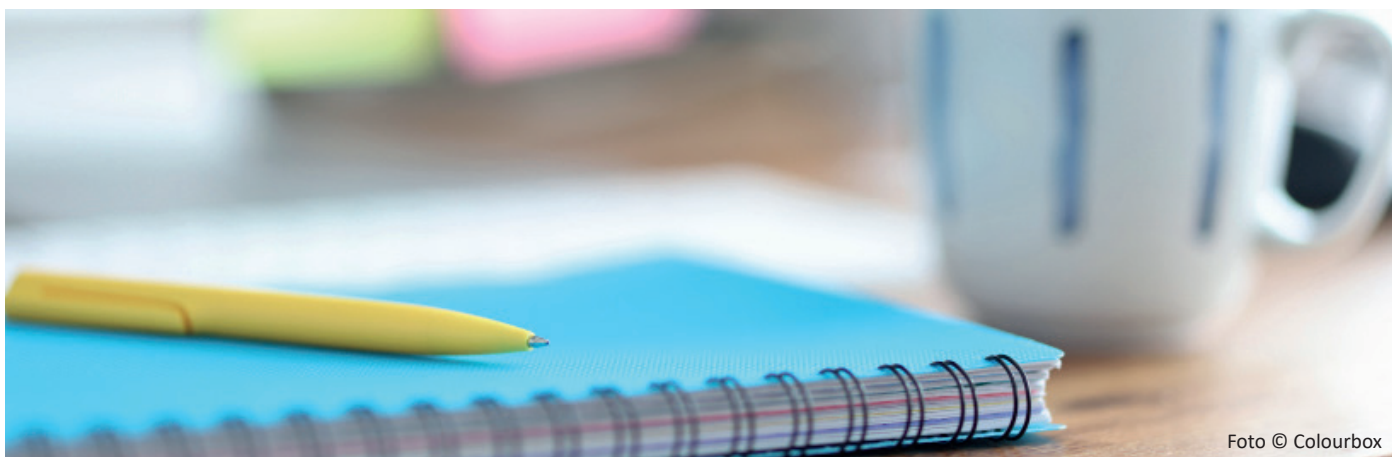


Foto © Colourbox

«Informasjon må ofte gjentas, bearbeides, videreutvikles og vedlikeholdes»

Beregn teamstørrelse og caseload

Selv om det tidligere er gjort noen anslag, må vurderingene rundt teamstørrelse kvalitetssikres, evalueres og avklares mer konkret i forprosjektfasen.

Teamet må ha tilstrekkelig med ansatte til å følge pasientene både i stabile faser og i perioder med behov for mer intensiv behandling og oppfølging. Teamet må også ha kapasitet til å kunne «trå til» ved kriser og uventede hendelser. Fleksibel behandling og oppfølging er et sentralt prinsipp i FACT-modellen. Det er avgjørende for å redusere behovet for akuttinnleggelser. Alle som har ansvar for etablering og drift av FACT-team må jobbe systematisk med å øke forståelsen for at anbefalt caseload er en av suksessfaktorene med tjenestemodellen.

Ideelt skal et FACT-team ha maksimalt ti brukere for hver hele kliniske stilling (jf. [revidert norsk fidelitetskala fra 2023](#)).

Det anbefales å ha minst sju til ti personer i hele stillinger. Det må være tilstrekkelig antall ansatte til å oppfylle fidelitykravene til kompetanse, og det må være mulig å tilby teambaserte, tverrfaglige tjenester i tråd med alle [modellkrav](#). Antall innbyggere i et område, og potensielle FACT-brukere, vil også påvirke behovet for ansatte i teamet.

Erfaringer har vist at en øvre grense er 100 brukere fordelt på 12 årsverk. Relativt få norske FACT-team har over 100 brukere. Om det er et større antall pasienter og årsverk, kan det bli vanskelig å ivareta et godt teamarbeid og fylle intensjonen om å gi et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud. I flere av de store byene/kommunene er det opprettet flere FACT-team, for at ikke teamene skal bli for store.

FACT som tjenestemodell og arbeidsform må utvikles over tid. Det vil være mye nytt i oppstarten, både for de som skal bygge teamet, og for teamets samarbeidspartnere. I forprosjektet bør det derfor utvikles en «opptrappingsplan» for hvordan teamet skal utvikle seg over tid, fra noen brukere i oppstart og flere gjennom de første årene. I modellbeskrivelsen anbefales det gradvis inntak. Det bør formidles ut til henvisere for å unngå unødig misnøye med for lav kapasitet i oppstarten av et team.

Avklar teammodell (ACT eller FACT)

Valg av modell bør ta utgangspunkt i befolkningsstørrelse, antall potensielle ACT- og FACT brukere i eget opptaksområde, deres utfordringer, og hvor mange som ikke får et helhetlig og sammensatt tjenestetilbud på tvers av tjenestenivå. Sentrale fagpersoner, både i DPS og kommuner, bør involveres i beslutning-

LES MER

- [ACT-håndbok](#) (NKROP, 2013)
- [FACT Modellbeskrivelse](#) (NKROP, 2023)

gen om hvilken modell som er mest egnet. Mange har god lokal kjennskap til brukerne, tjenestetilbudet i området og om hvor behovet er størst.

Innhent kunnskap om de ulike modellene og involver gjerne ulike ressursmiljø og etablerte team i beslutningsprosessen. Mange forprosjektledere og eiere har hatt nytte av hospitering, eller besøk i godt etablerte team i denne fasen.

Om det ikke er samsvar mellom antall team og antall potensielle brukere, vil teamene ofte prioritere brukere «på tavla». Det kan hindre teamet i å realisere modellkravet om fleksibel tilnærming og mer recoverystøtte til brukere i stabil fase.

Hvor mange, og hvilke typer team det er behov for, vil drøftes mer inngående i [kapittel 5](#).

Avklar eierskap og organisering

Alle FACT team skal eies av begge tjenestenivå. Hensikten med delt eierskap er å gi «kortere vei» både til spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester. Arbeidsgiveransvaret er som oftest delt mellom eierne, og ansatte er ansatt i henholdsvis kommune eller spesialisthelsetjeneste.

Det er opp til eierne om FACT-teamet organiseres i en kommune eller i spesialisthelsetjeneste, for eksempel i en felles enhet for ambulansetjeneste ved DPS. Teamenes organisatoriske plassering er ofte valgt på bakgrunn av hva eierne/samarbeidspartnerne finner mest hensiktsmessig ut fra de lokale forhold.

Det kan være fordeler og ulemper med ulike organisasjonsmodeller. Når det er flere kommuner i FACT-samarbeidet, har mange valgt organisering i spesialisthelsetjenesten.

Hva man velger kan også avhenge av:

- størrelsesforholdet mellom eierne (for eksempel mange små kommuner og ett DPS, eller én stor kommune og flere små)
- hvem som tar initiativ, og opplever størst eierskap til FACT-etableringen

- politiske føringer i kommune(r) og/eller prioriteringer i spesialisthelsetjenesten

Etablering av et FACT-samarbeid innebærer en stor omorganisering av eksisterende tjenester i et område. Mange oppgaver, ansvar og bruk av fagpersoner vil være i spill. Kompetente fagfolk kan flyttes fra ordinære tjenester, til fordel for prosjektstillinger. Andre faste tjenestetilbud eller andre tjenester kan måtte endre sin «brukergruppe». Enheter kan bli lagt ned eller omorganisert, og fagfolk må etablere nye arbeidsformer og mer oppsøkende virksomhet.

Uansett valg av oppsøkende behandlingsmodell, skal brukeren tilbys helhetlige tjenester av teamet. Valget av organisatorisk plassering vil være av underordnet betydning for brukerne, så lenge tilbudet er helhetlig og sammenhengende, og i tråd med modellbeskrivelsen for FACT.

På tvers av nivå blir det viktig å sørge for god fagledelse og personalledelse, sikre sømløs kommunikasjon, og hensiktsmessig ansvarsfordeling. Tjenesteveier kan bli mer utydelige, og det må gjøres en større innsats for å sikre gode, felles prosedyrer, og for å sikre nødvendig kommunikasjon og informasjon.

FACT forutsetter et forpliktende faglig, økonomisk og organisatorisk samarbeid mellom eierne. Delt eierskap på tvers av tjenestenivå gjør det helhetlige tjenestetilbud bedre, men er komplisert.

Teamleder koordinerer og leder det daglige arbeidet i teamet. Det innebærer også å lede ansatte fra et annet tjenestenivå enn der teamet er organisert. Teamet som helhet skal vurdere inntak og utskrivninger av pasienter.

Uansett organisatorisk plassering anbefales det at teamansatte opprettholder sin ansettelse i moderorganisasjonen. Ansatte fra både kommune og spesialisthelsetjeneste gir teamet tilgang til journal- og kommunikasjonssystemer fra begge tjenestenivåer.

De ansatte i teamet har også et felles ansvar for å tilby både kunnskapsbaserte behandlingsmetoder i henhold til faglige retningslinjer og recoverystøtte.

Det innebærer en bredere og sterkere innsats rettet mot den enkelte sin bedringsprosess, menneskerettigheter, meningsfulle hverdager, gode liv og tilhørighet til lokalsamfunnet.

Beregn kostnader og sett opp et budsjett

Et FACT-team er et kostnadskrevende tilbud. Det kan være ulike løsninger for finansiering av teamet og fordeling av kostnader. Alle FACT-team har utviklet egne fordelingsnøkler mellom eiere. Det anbefales at sykehus og kommune(r) finansierer egne stillinger i teamet, og at teammedlemmene opprettholder sine ansettelse i egen organisasjon.

Et FACT-team finansieres via ulike kilder:

1. Gjennom egne midler fra Helseforetak og kommune(r), herunder innsattsstyrt finansiering (ISF) og bruk av særkoder. Dette er de viktigste finansieringskildene.
2. Refusjon fra HELFO.
3. Tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet, forvaltet av Statsforvaltere.

Ulike kombinasjoner kan benyttes, og hvilke kombinasjoner bør avklares så tidlig som mulig. Finansieringsmodellen må gjøre det mulig for alle å få tilstrekkelig eierskap og mulighet til å påvirke roller, oppgaver og samarbeidsforhold. Erfaringer tilsier at

fordelingsnøkkelen bør evalueres etter en gitt tid.

Hvilke kriterier som skal vurderes kan med fordel skrives inn som del av samarbeidsavtalen. Aktuelle kriterier kan for eksempel være kostnadsreduksjon i andre tjenester, bruk av teamets tjenester i deltakende kommuner, vektning av enkelte brukergrupper i målgruppa, med videre.

Et felles budsjett for teamets samlede drift er anbefalt. Samarbeidsavtalen bør tydeliggjøre kostnadsfordeling også ut over lønnskostnader, som kostnader til lokaler, drift av biler, nødvendig IT-utstyr, mobiler og liknende. Fordeling av alle kostnader og inntekter mellom eierne bør være tydelig avklart før oppstart.

Planlegg for videre finansiering og drift etter tilskuddsperioden

Overgangen fra prosjekt (tilskuddsmidler) til drift kan være krevende. Finansiering knyttet til varig drift bør planlegges så tidlig som mulig. Det er flere eksempler på FACT-team som primært etableres på grunn av tilskuddsmidler, og som avvikles når tilskuddet opphører. I verste fall kan brukere da bli stående uten et forsvarlig tilbud.

Målgruppens behov for stor grad av forutsigbarhet, kontinuitet og langsiktighet må hensyntas. Hvis partene ikke mener det er mulig å fullfinansiere et



Foto © Colourbox

FACT-team etter at tilskuddsfinansieringen er slutt (etter fire år) bør det vurderes om man overhodet skal søke slike midler.

Finansiering og drift etter tilskuddsperioden bør være tema for kontinuerlige diskusjoner i styringsgruppen, og med andre samarbeidspartnere, også ut over forprosjektfasen. Eierne har et særlig ansvar for å tydeliggjøre i budsjettet hvordan teamet skal finansieres gjennom egne midler etter tilskuddsperiodens slutt, og det bør utarbeides en plan for hvordan driftsmidler gradvis skal erstatte tilskuddsmidler.

Tilskuddsmidler bør utelukkende forstås som omslittingsmidler for å bygge opp en ny tjeneste som skal integreres i, og delvis erstatte, eksisterende tjenester. Av den grunn er det viktig at andre tilbud som ambulante akutteam (AAT), poliklinikk, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og kommunale psykisk helse- og rustjenester er involvert i prosessen.

En viktig del av vurderingen bør være om teamet skal etableres som et prosjekt, eller et varig tilbud med oppstart fra første dag. Erfaringer fra prosjektet bør inngå i vurderingene om det også er andre tjenester til denne målgruppen som bør etableres.

Foreslå organisering av inntak

Allerede i forprosjektfasen bør man bli enige om

hvordan inntak av nye brukere bør organiseres.

Teamene har ulike henvisningsrutiner og løsninger for inntak. For å få behandling i et FACT-team kreves henvisning fra psykolog eller lege. Kommunene kan også henvide til teamet hvis henvisningen gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Personen det gjelder har rett til å medvirke i henvisningen. Teamets henvisningsrutiner og inntak beskrives i samarbeidsavtalene.

Inntaksteam på tvers av eierne anbefales. Representant for kommunal tildelingsenhet bør da som hovedregel delta på inntaksmøtene, og gjøre kommunale vedtak samtidig som «rett til helsehjelp» vurderes i spesialisthelsetjenesten. Alternativ kan rettighetsvurdering gjøres i inntaksteam i spesialisthelsetjenesten først, for så å få kommunalt vedtak på FACT i etterkant. Alle FACT-brukere rettighetsvurderes i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av inntaksrutiner.

For team i tidlig fase er det ofte styringsgruppa som organiserer inntak og henvisninger. Inntaksteam vil da gjerne bestå av styringsgruppen, seksjonsleder, DPS og TSB, teamleder i kommunen og FACT-leder.

Teamleder for FACT bør alltid være fast deltaker i inntaksmøter. Det må være tydelig avklart hvem som har siste ordet når det gjelder inntak av bru-

TIPS

Eksempler på alternative inntaksrutiner:

1. Felles og dialogbaserte inntak, hvor representanter fra kommune og spesialisthelsetjenesten blir enige om inntaket
2. Eget inntaksmøte i teamet hvor spesialister deltar, og henvisninger blir vurdert. Vanligvis en gang per uke. Ved inntak av nye personer blir tildelingsenheten i kommunen orientert, og det fattes vedtak om kommunale tjenester.
3. Henvisninger rettighetsvurderes i sentralt inntak i spesialisthelsetjenesten, og videresendes til vurdering i ukentlig inntaksmøte i seksjon ambulant virksomhet, som FACT-teamet er en del av.
4. Inntak i FACT-teamet etter henvisninger fra poliklinikk, døgnpost eller via fastlegene i kommunen (sekundærhenvisning).
5. Inntaksteam bestående av teamleder og leder for poliklinikk

kere. I [FACT modellbeskrivelse](#) fremheves det at teamleders vurdering bør legges vesentlig til grunn. Det er en fordel om enten psykiater eller psykologspesialist i teamet inngår i inntaksteam, med tanke på rettighetsvurderinger. Noen team har også gode erfaringer med å rullere på deltakelse fra ulike case managere. Alle som deltar i inntak, må ha inngående kjennskap til grunnprinsippene i FACT-modellen og hvem som er målgruppe for teamene.

Uavhengig av inntaksrutiner er det viktig å innhente supplerende informasjon fra både den som er henviser og den som henviser.

Gode behandlingsresultat i FACT er først og fremst dokumentert for den tiltenkte målgruppen (se [kapittel 1.1](#)). I arbeidet med inntak bør man derfor være oppmerksom på forventninger om utvidelse av målgruppen på grunn kapasitetsutfordringer andre steder. For å unngå en for stor utvidelse av målgruppen kan det være hensiktsmessig å bidra til at kunnskapsgrunnlag og begrunnelse for FACT er godt kjent og forankret i organisasjonen og blant samarbeidspartnere.

Helsedirektoratet presiserer at vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 i utgangspunktet ikke kan delegeres til et FACT-team. Myndighet i denne typen saker må legges til en funksjon/ledernivå med tydelig organisatorisk plassering i kommunen.

Delegasjon bør ikke legges til et for lavt nivå i kommuneadministrasjonen. Helsedirektoratets [veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer](#) understreker videre viktigheten av gode saksbehandlingsrutiner knyttet til slike tvangsvedtak. Dette taler igjen for at myndighet til å fatte midlertidige vedtak etter bestemmelsene legges til et nivå i kommunens administrasjon som kan sikre enhetlig og helhetlig praksis, eksempelvis en enhetsleder som har ansvar for all oppfølging av rus/psykisk helsepasienter i kommunen.

Det er også viktig å se hen til hensynene bak kom-



munens myndighet. I motsetning til ved tvunget psykisk helsevern, har lovgiver i tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 valgt en todelt ansvarsmodell, der initiativ til tvang, herunder myndighet til å fatte midlertidige vedtak og gjennomføring av tvang, er delt mellom to ulike tjenestenivåer: Kommunen har kompetansen knyttet til initiativ, mens spesialisthelsetjenesten har kompetansen knyttet til gjennomføring.

FACT-teamenes organisering mellom kommune og spesialisthelsetjeneste kan utfordre dette skillet. Dette taler også for at myndighet til å fatte vedtak i slike tilfeller ikke kan legges til FACT-teamet.

TIPS

Eksempel på henvisningsrutine i to trinn:

1. Henvisning til teamet behandles ordinært i DPS sitt inntaksteam, som vurderer rett til helsehjelp.
2. Potensielle FACT-brukere viderehenvises til FACT-teamet som beslutter inntak i teamet.

Bli kjent med lovgrunnlaget

På tross av ulik organisering og ulike henvisnings- og utskrivelsesrutiner skal teamene jobbe etter de til enhver til alminnelige lover innenfor helse- og sosiallovgivningen. Modellen er ikke gitt en særskilt rettslig regulering, men det er gitt noen fortolkninger knyttet til FACT.

Lovgrunnlag spesialisthelsetjeneste

Spesialisthelsetjenesten skal fatte vedtak om rett til behandling eller vedtak om avslag på henvisningen, i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Pasienten kan klage på vedtaket. Henvisning til spesialisthelsetjenesten vil utløse [pakkeforløp for psykisk helse](#), eventuelt pakkeforløp for rus, slik ordningen fungerer i dag.

Bruk av [prioriteringsveilederens](#) hovedprinsipper, lovtolkninger av lovtekst og juridiske begreper er skjønnsmessige vurderinger. Mye brukte begreper som er underlagt tolkninger er for eksempel: «forventet nytte», «kostnadseffektivitet», «ikke motivert for behandling», «ikke nyttiggjort seg av tidligere behandling», «tidligere behandling har ikke ført frem», «usikker diagnostisk status».

Hvis det gjøres for konservative tolkninger av regelverket kan dette stå i kontrast til selve grunnideene for FACT: å gi personer som tidligere ikke har hatt nytte av den hjelpen de har fått, tid til å knytte nye hjelperelasjoner, og gi ansatte muligheter for fleksibilitet i oppfølging og behandling.

Lovgrunnlag kommune

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Kommunene skal fatte enkeltvedtak for å synliggjøre brukers rett til kommunal helse- og omsorgshjelp for FACT-oppfølgingen. Både pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 og forvaltningsloven § 28 gir brukeren rett til å klage på kommunale enkeltvedtak.

Et kommunalt vedtak bør ikke være så detaljert utformet at det binder opp tjenesteutførelsen på en uhensiktsmessig måte, men samtidig klart nok til at brukeren vet hva hen har krav på, og dermed også vil være klar over det når tilbudet ikke oppfylles.

Enkeltvedtak bør ikke bli for innrammende, og redusere tilgjengeligheten og fleksibiliteten i behandlingen som FACT-brukerne er i behov av. FACT trenger handlingsrom for at tjenestene er tilgjengelig når brukerne er tilgjengelig og ikke omvendt. Ikke minst kreves det at teamene er fleksible og kan «snu seg rundt» og intensivere behandlingen i de periodene det trengs.



Foto © Colourbox

Sikre rutiner for journalføring

Helsepersonell i et FACT-team skal journalføre det pasientrettede arbeidet, jf. helsepersonellovens § 40. Dette gjelder både ansatte med ansettelse i helseforetaket og med ansettelse i kommunen, og brukerspesialister/erfaringsmedarbeidere (jf. helsepersonellovens § 3).

Det er viktig at teamets journalføringsrutiner både ivaretar journalkravene og samtidig gir mulighet for et helhetlig og tverrfaglig tilbud til den enkelte bruker. Ideelt burde det være et journalsystem hvor alle tjenester til brukeren journalføres, uavhengig av tjenestested.

Gitt dagens lovverk er journalføring på tvers av tjenestenivå utfordrende. Det er utfordringer som er godt kjent av helsemyndighetene. I påvente av en lovmessig avklaring har man lokalt utviklet ulik praksis for bruk av journalsystemer. NAPHA er kjent med mange av disse, og kan kontaktes ved behov.

Få på plass nødvendige rutiner

Både kommunenes og spesialisthelsetjenestens organisasjoner har egne rutiner for HMS, kvalitetsprosedyrer mv. Ved etableringen av et FACT-team med ansatte fra begge nivå må en i forprosjektfasen avklare hvilket regelverk som kan gjelde for FACT-teamet, og på hvilke områder teamet må forholde seg til ulike regelverk og prosedyrer, som følge av ulike ansettelsesforhold og pasientrettigheter i ulike tjenestesystemer.

Dette vil blant annet gjelde arbeidsavtaler, HMS planverk, kvalitetsprosedyrer og kvalitetssystem. Etter at en har avklart dette må man så i neste omgang vurdere om det er nødvendig med særskilte tilpassinger for FACT-teamet, eksempelvis rutiner knyttet til trusler og vold. I denne prosessen vil det være naturlig å kople på HR-avdelinger og annen kompetanse i eierorganisasjonene.

Planlegg ansettelser

Det anbefales at man i forprosjektperioden ikke tar stilling til hvilke *personer* som skal ansettes i teamet, men det er viktig å avklare *hvilke profesjoner, hvilken sammensetning, og hvilket nivå/eier som skal være ansvarlig for hvilke stillinger og hvordan tilsettinger skal foregå*. Teamleder bør være med, og ha en sterk stemme, i alle ansettelser. Dette bør beskrives i samarbeidsavtalen.

Krav til kompetanse, tverrfaglighet, relevant erfaring og personlig egnethet er beskrevet i [FACT Modellbeskrivelse](#).

Få innsikt i mulige styrker, utfordringer, muligheter og trusler (SWOT-analyse)

Kartlegg styrker, problemer, muligheter og trusler som kan få betydning ved etablering av et FACT-team. Slike faktorer kan kartlegges og analyseres gjennom en [SWOT-analyse](#) for å få oversikt og et bedre beslutningsgrunnlag. Hvis FACT teamet blir etablert, kan SWOT-analysen også være et nyttig verktøy for å identifisere områder for forbedring.

Utvikle felles forpliktende samarbeidsavtaler

Å utforme det konkrete innholdet i en samarbeidsavtale (se [kapittel 2](#)) vil være en kontinuerlig prosess gjennom hele forprosjektet. Erfaringsmessig vil det være nødvendig med flere utkast underveis, gjerne også splittet opp i enkeltelementer (eksempelvis økonomi for seg). Valgene en står overfor bør tydeliggjøres med ulike alternativer.

Søk tilskuddsmidler for etablering av team

Det er mulig å søke statsforvalteren om midler til både ACT- og FACT-team. Søknadsfristen er vanligvis i slutten av mars.

Informasjon om tilskuddsordningen finnes på [Helsedirektoratets](#) og statsforvalternes nettsider (her et [eksempel fra Statsforvalteren i Innlandet](#)).

Søknaden må forankres på høyeste nivå i eierorganisasjonene, det vil si helseforetakets og kommunens øverste ledelse. Mange steder har man i forkant også hatt en prosess med kommunal politisk forankring, gjennom formelle vedtak i de respektive kommunestyrene. [Se vedlegg 9](#).

LES MER PÅ NAPHA.NO

[– Man må jobbe systematisk for å få opptrappingsmidler over i varig drift](#)



Foto © AdobeStock

3.3 Oppstart og drift

Dette er en implementeringsfase hvor det skjer mye. Mye administrativt skal på plass. Da kan det være nyttig å kjenne til noen sentrale pådrivere for vellykket implementering, såkalte implementeringsdrivere.

De viktigste implementeringsdriverne er knyttet til kompetanse (for eksempel rekruttering, strategisk kompetanseutvikling og kompetanseledelse, veiledning og evaluering), organisering (for eksempel støttesystemer, strukturer, finansiering, ressurser og anskaffelser) og ledelse (for eksempel lederstøtte og veiledning i hvordan man kan møte behov og reaksjoner underveis).

Hver for seg, sammen, og delvis kompenserende for hverandre, vil de ulike implementeringsdriverne øke sannsynligheten for modelletterlevelse og bedre behandlingsresultater (Bertram, Blase & Fixsen, 2015). Rådene i dette kapitlet vil legge de ulike implementeringsdriverne til grunn, men de vil også være tilpasset erfaringer fra FACT.

Ansett teamleder

Det er et modellkrav i FACT at teamleder skal være sentral i å sette sammen et FACT-team. Det vil si at teamleder bør ansettes først, slik at vedkommende kan delta i ansettelsene av teamets øvrige ansatte.

Teamleder bør kjenne FACT-modellen og målgruppen godt. Vedkommende må være tett på det kliniske i arbeidet i teamet, være en pådriver for implementeringen og ha tett kontakt med samarbeidspartnere, eiere og andre.

Ansettelse av teamleder gjøres i tett samarbeid med eiere /styringsgruppen. Alle eiere bør kunne gi sin tilslutning til valg og ansettelse av teamleder. Det kan bidra til mer likeverdighet og felles eierskap mellom eierne, og gjør teamleder mer nøytral med hensyn til hvilken eier han eller hun representerer.



Tydeliggjør teamleders rolle

En FACT-teamleder har stort ansvar og et bredt sett av oppgaver. Teamlederen skal lede både etablering og utvikling av teamet, sikre at arbeidet er i tråd med modellen, og forankre modellen hos eierne, samarbeidspartnere og øvrig tjenesteapparat.

En så kompleks lederrolle forutsetter høy kompetanse. Det er en fordel med både grunnutdanning i helse- eller sosialfag, relevant videreutdanning, klinisk erfaring med målgruppen, samt ledererfaring og/eller lederkompetanse.

I tillegg til å ha god kjennskap til modellen, må lederen være en brobygger og ha god forståelse for ulike faglige, administrative og organisatoriske forhold, på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste. Teamlederen må ha faglig integritet og nødvendig autoritet, og trives med tett samhandling med andre. Om teamleder kjenner godt til begge tjenestenivå, kan det bidra til å legitimere teamets plass i tjenestesystemet.

Teamleders personalledelse av ansatte fra begge nivåer, må avklares så tidlig som mulig og skriftliggjøres i samarbeidsavtalen (se vedlegg XX). Hvis det skal være mulig å ivareta teamlederrollen på en god måte, bør ikke teamleder ha lederansvar ut over ledelse av teamet.

Teamleder skal også delta i det kliniske arbeidet, tillegg til å lede teamet. Fidelitykravet er at minst 30 prosent av stillingen skal være klinisk virksomhet. Begrunnelsen for dette er at lederen skal kjenne godt til det praktiske arbeidet som gjøres i teamet.

Det bør legges til rette for at teamlederen får god lederstøtte i form av modellveiledning og ledelsesveiledning, samt mulighet til å dele kunnskap og erfaring med andre teamledere. Det anbefales for eksempel at teamleder blir medlem i FACT Forum i Teams (ta kontakt med NAPHA), deltar på regionale

digitale nettverksmøter for ledere og nasjonal teamledersamling. Samlingene gir faglig påfyll, og det er lagt til rette for erfarings- og kunnskapsdeling.

Nye teamledere anbefales å bruke ledernetverket, og søke råd og veiledning fra mer erfarne teamledere.

TIPS

Teamleders ansvar og oppgaver:

- Etablere, utvikle, evaluere og monitorere FACT-teamet i tråd med modellens grunnprinsipper
- Jobbe klinisk i begrenset omfang, og veilede teamansatte jf. modelltrofasthet
- Sørge for måloppnåelse og god økonomistyring
- Delta i inntaksteam og koordinere teamets faste møter mellom samarbeidene kommune(r) og spesialisthelsetjeneste
- Informere og rapportere til eiere og styringsgruppe, sørge for gode beslutningsgrunnlag, fremme saker, utvikle og evaluere samarbeidsavtale og kontinuerlig evaluering av eierskap- og organisasjonstilknytning
- Sørge for god ansvars- og oppgavefordeling mellom teamet, samarbeidspartnere og det øvrige hjelpeapparatet
- Informere om teamet og etablere møtearenaer mellom teamet og samarbeidspartnere
- Være brobygger mellom FACT-teamet, eiere, samarbeidspartnere, brukere og pårørende
- Være en pådriver i lokalsamfunnsutviklingen, slik at FACT-brukerne kan oppleve mer tilhørighet og mindre utenforskap
- Utøve prosjektledelse, sørge for tydelig retning, og god utvikling for FACT-teamet
- Etablere og sørge for etterlevelse av strukturer og rutiner i tråd med modellbeskrivelsen
- Avklare og prioritere i tett samarbeid med styringsgruppa
- Legge til rette for teambygging og etablere rutiner for konflikthåndtering, både i teamet og mellom teamet og samarbeidspartnere
- Etablere kvalitetssystem og rutiner for pasientsikkerhet, risikovurdering og -håndtering
- Sørge for kontinuerlig og strategisk kompetanseutvikling, herunder kompetanseplan



Rekrutter ansatte

Teamleder og eiere fra begge nivå bør sammen rekruttere og ansette. Slik regelverket er i dag, er ansatte i FACT-team ansatt i henholdsvis spesialisthelsetjenesten eller kommunen. Eiernes respektive ansvar for rekruttering og ansettelse, som for eksempel spesialisthelsetjenestens ansvar for å skaffe psykiater, spesifiseres i samarbeidsavtalene.

Det kan være nyttig å utvikle en strategi for rekruttering av ansatte, herunder behov for omstilling, kompetanseutvikling og eventuell nyrekruttering av kompetanse.

Mange steder (særlig i mindre tettbygde strøk) kan det være en utfordring å rekruttere spesialistkompetanse i teamet, både spesialist i psykiatri og psykologspesialist. Spesialistkompetansen må i disse tilfellene brukes der det er særlig behov. Psykiater og psykologspesialist må prioritere daglige tavlemøter og behandlings(plan)møter, i tillegg til å kunne bistå ved akutte hendelser og digitale pasientsamtaler.

I henhold til [modelltrofasthetsskalaen](#) og til [modellbeskrivelsen](#) skal teamet ha minst ett årsverk for både psykiater og psykolog per 100 brukere. Der dette ikke er mulig, kan delte stillinger mellom teamet, poliklinikker og døgnavdelinger være en løsning. Ved mindre stillingsandeler bør teamets oppgaver

som særlig involverer disse profesjonsgruppene (forvaltning av tvang mv.) avstemmes med stillingsstørrelse i teamet. Psykiater og psykologspesialist bør prioritere de daglige tavlemøtene, noe som i klartekst betyr at andre deler av spesialisthelsetjenesten må ta ansvar for administrasjon av tvang.

Ansatte i FACT-team må ha formell kompetanse i tråd med [fidelitykrav](#), ha en indre motivasjon til å jobbe i team med målgruppen, og ønske å jobbe oppsøkende i brukerens hjem. Jobben kan være utfordrende i perioder, noe som stiller særlig store krav til selvstendighet, kompetanse, faglig trygghet, samarbeidsevner, motivasjon og fleksibilitet.

Det anbefales ikke omplasseringer fra andre tjenester hvis de ikke er motiverte .

Sammensetningen av FACT-teamet skal reflektere alle rollene og oppgavene teamet skal ivareta. Det vil si ulike spesialistroller, både helse- og sosialfaglig kompetanse, kompetanse på ulike kunnskapsbaserte metoder, recoverystøtte, osv. Det anbefales at det er likt antall ansatte fra spesialisthelsetjenesten og ansatte fra kommunen.

Anskaff lokaler og nødvendig utstyr

Hvis det ikke er gjort tidligere, må det anskaffes lokaler og nødvendig utstyr som biler/el-sykler og

nødvendig IT-utstyr og mobiltelefoner.

Som hovedregel bør teamet være samlokalisert. Det vil styrke teamfølelsen. Der dette ikke er praktisk mulig kan det være en god løsning å ha flere lokasjoner, men ha jevnlig møter og legge godt til rette for å bygge team.

Hvis lokalene ligger nært DPS kan det være lettere å samarbeide om å ivareta pasientene 24/7, og følge opp brukerne under innleggelse. Der det er lange avstander kan det være nødvendig å ha lokaler på et sted som reduserer reisetid.

Lokaler må ha god plass til alle ansatte. Det kan være åpent kontorlandskap, men det må være tilstrekkelig med samtalerom, videorom med kryptert linje og et større rom hvor teamet kan ha tavlemøter og behandlingsmøter.

Alle ansatte må ha tilgang til egne datamaskiner. Journalsystemet må være tilgjengelig med nødvendige tilganger og lisenser når man er ute hos brukerne. Annet nødvendig utstyr er medisinnopbevaring i henhold til gjeldende regelverk. Teamet bør avklare behovet for alarmsystemer. Få team har bærbare

alarmer, mens flere team har avtale med vaktsselskap, egne avtaler med politi eller liknende.

Teamet må ha digital tavle, for eksempel digital tavle i Excel. Det er også mulig å utvikle egen digital tavle som er integrert med sykehusets eller kommunens journalsystemer. Hvis det er aktuelt anbefales det sterkt å samarbeide med helseforetakets/kommunens IKT-avdeling, slik at den blir forsvarlig satt opp og er sikker med tanke på personvern. Det er et pågående helsepolitisk arbeid for å få på plass en digital tavle som alle team i Norge kan bruke.

Bil, kollektivtransport og sykler er de viktigste verktøyene oppsøkende virksomheten. Der det er lange avstander må hver case manager ha tilgang til «egen» bil. For å kunne utnytte transporttid mest mulig effektivt må bilene ha handsfree-mulighet for å kunne gjennomføre samtaler med kolleger/samarbeidspartnere/brukere. I områder med spredt bosetting og krevende kjøreforhold bør man også vurdere GPS og firhjulstrekk. Det må være mulig å parkere bilene i nærheten av lokalene.



Foto © Colourbox



Foto © Colourbox

Bygg team og gode samarbeidsrutiner

Teamet må ha kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot å utvikle en samlende teamkultur. En sterk teamidentitet gjør det lettere å stå i utfordringer over tid. Det vil derfor være nødvendig å bruke tid og ressurser på å bygge tillit og psykologisk trygghet, fellesskap, engasjement og inkludering, hvor alles perspektiver blir hørt. Teamleder vil ha et særlig ansvar for å legge til rette for slike prosesser, men hver og en har et individuelt ansvar for å bidra.

Prosesorienterte metoder med bred involvering og jevnlig møter med fast deltagelse er nødvendig for å få nok tid og rom til refleksjon, drøfting av komplekse utfordringer, utvikle fellesskap og teamkultur. Det anbefales at teamet har felles temadager og workshops hvor man jobber med ulike sider ved teamarbeidet jf. modellkrav om refleksjon om egen praksis (item 57).

Eksempler på tema:

- kunnskapssyn og ulike behandlingsperspektiver
- visjon og mål
- innholdet i tjenestetilbudet
- rolleforståelse og nødvendig kompetanse
- utvikling av team og helhetlig teamtilnærming
- rutiner, strukturer, samarbeid og «spilleregler» i teamet

Refleksjonene kan også være knyttet til ulike tema for god modelletterlevelse:

- tavlemetoden
- behandlingsmøter og behandlingsplanlegging
- journalføring
- inntak og avslutning av behandling
- rusbehandling
- vurdering- og håndtering av risiko for selvmord og vold
- informasjon til og involvering av brukere og pårørende
- tilbakefall - og kriseplaner

- krisehåndtering, 24/7 tilgjengelighet, tilgang til krisesenger, involvering og besøk ved innleggelse, deltakelse i utskrivelse
- samhandling, behandlingsforløp og overordnet behandlingsplanlegging

Enkelte av temaene over er det naturlig å jobbe med i tett samarbeid med eierorganisasjonene, for eksempel pasientsikkerhet, håndtering av trusler og vold og HMS. Andre tema egner seg best til diskusjon og avklaring innad i teamet, eventuelt med støtte og veiledning fra mer erfarne team. Hospitering og deltakelse i nettverk kan gi ytterligere kunnskap om hvordan man kan håndtere ulike forhold.

LES MER

[Hvordan lykkes med teamarbeid?](#) (Norsk psykologforening)

Viderefør informasjonsarbeidet

Selv om informasjonsarbeid og samarbeid med andre har vært viktig fra første stund, er forankring og informasjonsarbeid en kontinuerlig prosess.

Det anbefales å gjenta interessentanalysen, oppdatere med nye interessenter og følge opp de viktigste.

Viktige elementer i oppfølgingen:

- Ta initiativ til dialog.
- Søk aktivt samarbeid med andre tjenester og samarbeidspartnere.
- Sørg for å holde samarbeidet ved like over tid
- Ha jevnlig møter for å gi informasjon og ta imot spørsmål.
- Informer bredt om tjenestemodellens grunnprinsipper og argumenter for hvorfor det er nødvendig og nyttig å etablere FACT.
- Sørg for at eiere og politikere får god anledning til å sette seg inn i hva som kreves for å etablere, utvikle og, ikke minst, beholde FACT-teamene.



Planlegg gradvis oppstart

De første brukerne bør være personer med særlig behov for integrert behandling, hvor «alt» følges opp av teamet. Dette er ofte brukere som allerede har etablert kontakt med begge tjenestenivåene og som har behov for et team sammensatt av begge nivåer. Det anbefales at teamet i oppstartsfasen ikke tar behandlingsansvar for brukere med de mest utfordrende hjelpebehovene.

Der behandlere tar med egen, stor pasientportefølje inn i teamet kan det være utfordrende å få på plass gode rutiner, arbeidsmetoder og god nok etterlevelse av FACT-modellen. Alle brukere bør søkes inn ved de samme inntaksprosedyrer som man skal følge over tid.

Nye brukere skal være på tavla og motta teambasert oppfølging fra første dag, og i minst tre uker. Det tar tid å etablere kontakt, bygge opp tillit og tilknytning til teamet. Mange har dårlige erfaringer med hjelpeapparatet.

Det må etableres rutiner for inntak, tavlemetodikk, journalføring, samarbeid og oppgavefordeling, vedtak, henvisninger, møtestruktur og behandlingsplaner. Man bør identifisere utfordringer, lære, teste ut, og kontinuerlig forbedre rutiner og arbeidsformer underveis.

Etter hvert som rutiner, strukturer, arbeidsform, tenkning og liknende kommer på plass, kan teamet fortløpende ta inn flere brukere.

Følg opp og viderefør samarbeidsrelasjoner

Alle FACT-team har et tett samarbeid med andre tjenestetilbud. Samtidig må det jobbes systematisk med å unngå at det gis parallelle tjenester.

FACT-teamet bør så tidlig som mulig etablere et samarbeid med eksisterende tjenestetilbud og NAV, hvor man utveksler informasjon, søker innsikt i hverandres tjenestetilbud, avklarer målgrupper, kapasitet og oppgavefordeling, hvordan man bør kommunisere, og hvem som er tilgjengelighet på kveld og helg. Mange team har gode erfaringer med å invitere samarbeidspartnere til felles fagdager om FACT-metodikk, for eksempel:

- integrert behandling og samhandling
- recovery og brukermedvirkning
- helhetlig teamtilnærming
- arbeid, tilhørighet og meningsfull hverdag
- kunnskapsbaserte metoder
- rusbehandling
- forebygging og håndtering av vold

I en tidlig etableringsfase kan det med fordel tas initiativ til samhandlingsarenaer for ledere ved boligkontor, psykisk helsetjeneste, døgnavdeling i DPS, med videre.

Planlegg og forbered avslutning på oppfølging og utskriving

Tidsubegrenset og langvarig tilbud er en tydelig intensjon med FACT. Samtidig bør brukeren være i FACT så kort som mulig, *men alltid så lenge det er behov for helhetlige og sammensatte tjenester*. Det er avgjørende at brukeren ikke opplever at man tenker utskriving, og planlegger dette, for raskt. Brukeren må være sikker på at FACT-tilbudet er der så lenge det trengs.

Teamet og dets samarbeidspartnere bør likevel ha et tidlig blikk på hva som kan være nødvendig oppfølging etter FACT, og man bør innhente kunnskap om hvilke tilbud som finnes. Begrunnelsen for å initiere dette arbeidet tidlig er å kunne introdusere litt etter litt for «livet etter FACT».

Man bør være forsiktig med å henvide brukere til andre hjelpetiltak hvis man ser at intensitet og koordineringen blir for mangelfull.

Når man ikke lenger kan sies å være i FACT-målgruppen forberedes utskriving ved å øke samarbeidet og «videreføre» oppgaver til kommunale psykisk helse- og rustjenester, fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten ved behov. Slike overføringer er begrunnet og regulert gjennom [prioriteringsveilederen for psykisk helsevern](#), og [modellkravene](#). Forventet nytte og effekt skal stå i rimelig forhold til omfang og kostnader på hjelpen.

Utskriving bør forberedes og planlegges godt. Det bør foreligge gjensidig forpliktende planer, som er godt samordnet og koordinert av FACT-teamet, før brukeren overføres. Avtalene skal beskrive hvordan eventuelle tilbakefall, forverring og kriser bør håndteres, og mulighetene for tilgang til døgnplass, eksempelvis brukerstyrt seng» eller «FACT-seng».

Mange FACT -team praktiserer «åpen retur» ved behov. For å sikre tilstrekkelig «gjennomstrømming» i teamet og samtidig ikke miste oversikt over brukere som er på vei ut, kan det være nyttig å gå gjennom hele populasjon i teamet regelmessig (for eksempel hver tredje måned).

Etabler rutiner for samarbeid i stabile faser

Oppfølgingsintensiteten i stabile faser kan variere mye, ut ifra hvilke behov brukeren har. FACT-teamet skal følge opp sine brukere i både stabile og ustabile faser. I stabile faser gir hovedsakelig casemanager (CM) oppfølging, i samarbeid med recoveryspesialist, andre ansatte i FACT, kommunale tjenester, NAV, eventuelt pårørende, nettverk og andre relevante aktører i nærmiljøet.

Hjelpen i FACT skal tilpasses det livet brukerne lever, eller ønsker å leve. Stabile faser er tiden for å jobbe tettere med det som kan gi brukerne en meningsfull hverdag og styrke personlig vekst. Det kan for eksempel være å styrke nettverk, relasjoner, tilhørighet og inkludering, arbeid og aktivitet og personlig økonomi.

Teamet bør etablere kontakt med sentrale personer/organisasjoner/tiltak i lokalmiljøet som kan bidra til å motvirke ensomhet, redusere stigma og utenforskap, for eksempel tilbud i regi av frivillig sektor, brukerstyrte tilbud og kommunale tjenester.

FACT-teamet bør vurdere å følge brukerne selv til aktiviteter til å begynne med. Ved å ha med seg en person brukeren kjenner godt kan det være lettere å oppsøke sosiale sammenhenger, og nyttiggjøre seg ordinære fritids-, forenings- og aktivitetstilbud. Etter hvert kan andre, om nødvendig, være støttepersoner.

Recoveryspesialist, brukerspesialist og arbeids- og utdanningsspesialist bør ha oversikt over de tilbudene som finnes og være en pådriver for, og brobygger til de ulike tilbudene. Det kan ta tid å bli kjent, knytte kontakter, og etablere et godt samarbeid.

Selv om hele teamet har ansvar for å holde behandlings- og recoveryfokus oppe, både i tavlemøter, behandlingsmøter og på fagdager og liknende, har

recoveryspesialisten og brukerspesialisten i mange team et særlig ansvar for dette. Behandlingsplanen bør utformes sammen med brukeren og med et klart recoveryfokus.

FACT-teamene bør ha innsikt i mangfoldet av tilbud lokalt, også tilbud i regi av brukerorganisasjoner og [regionale brukerstyrte sentre](#).

Å styrke tilhørighet og inkludering er noe mange FACT-team opplever som utfordrende. Mange begrunner dette med begrenset åpningstid (kl. 08.00–15.30), lite ressurser, og at aktiviteten kan foregå langt unna der teamet holder til.

Mange team har gode erfaringer med å legge til rette for mulighet til fleksibel arbeidstid, etablere tettere samarbeid med tjenester og frivillige tilbud som er nærmere brukerne, og ha en liten sum penger til aktivitetsrettede tiltak.

Teamene samarbeider også ofte med støttekontakter, fritidskontakter, erfaringskonsulenter og andre



ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester.

CM kan ofte oppleve å være litt alene om ansvaret for oppfølgingen i stabil fase. Det bør derfor være en systematisk og kontinuerlig gjennomgang i teamet av brukere som får CM-oppfølging. En måte å gjøre dette på er å etablere en form for «baktavle», det vil si en liste over alle som teamet har et behandlingsansvar for, men som ikke er på «krise-tavla». Det kan sikre at CM opplever å ha teamet «i ryggen» og at disse kan medvirke i oppfølgingen når det er aktuelt.

LES MER PÅ NAPHA.NO

- [Aktivitetsmessen Fyll dagene sendes live med Petter uteligger](#)

Legg til rette for arbeid

I stabile perioder er en viktig rolle for FACT å styrke brukernes tilknytning til arbeidslivet. For mange er arbeid viktig for å trives i livet, for bedringsprosessen, og forebygging av tilbakefall og sykdomsutvikling.

FACT-teamene kan jobbe med arbeidstilknytning på to ulike måter:

- ved samarbeid med IPS-jobbspesialist eller annen ansatt i NAV
- ved arbeids- og utdanningsspesialist ansatt i FACT-teamet

[Individuell jobbstøtte \(IPS\)](#) er en evidensbasert metode som baserer seg på at alle som ønsker det kan være i arbeid, hvis de får den rette jobben og arbeidsmiljøet gir riktig støtte. IPS-jobbspesialistens oppgaver, slik disse er beskrevet i IPS-modellen, anses ikke som helsehjelp i Norge. IPS-jobbspesialist bør ansettes i NAV og finansieres av NAV.

Taushetsbelagte opplysninger kan ikke deles fritt mellom helsepersonellet og IPS-jobbspesialisten uten pasientens/brukerens samtykke.

Arbeid og utdanning kan også ivaretas ved å ansette arbeids- og utdanningsspesialist i teamet. Dette er beskrevet som et modellkrav i FACT. Jobbspesialis-

ten er helt integrert i teamet og dedikert til oppgaver knyttet til arbeid og utdanning.

I [dette dokumentet](#) har Helsedirektoratet avklart rollen som arbeids-/utdanningsspesialist.

Det finnes en [tilskuddsordning](#) for Individuell jobbstøtte (IPS) i helse- og omsorgstjenesten. Tilskuddsordningens beskriver rollen som arbeids-/utdanningsspesialist i ACT/FACT- og FACT ung-team.

Arbeids-/utdanningsspesialisten skal ha en bred tilnærming til arbeid og utdanning, med utgangspunkt i de ønsker som brukeren har. Dette innebærer både å gi bistand til mestring og deltakelse i ordinært arbeid og utdanning, samt legge til rette for meningsfull aktivitet og ulike arbeidsrettete tiltak.

I tillegg innehar arbeid-/ utdanningsspesialisten en miljøterapeutisk rolle og yter helsehjelp på linje med andre teamansatte, med et særlig fokus på arbeidsdeltakelse og utdanning. Hjelp fra arbeids- og utdanningsspesialist anses som helsehjelp, og arbeids- og utdanningsspesialist kan ansettes i helsetjenesten og dokumentere i journalsystemet.

For å innfri kravene som arbeids- og utdanningsspesialist må det foreligge en samarbeidsavtale med NAV hvor samarbeidet om felles brukere og pasienter avklares, både på system- og individnivå (se [vedlegg 5](#)). Det er også viktig at avtalen åpner for ulike samarbeidsforløp ut fra den enkelte pasient eller brukers behov, herunder deltakelse i IPS og samarbeid med IPS-jobbspesialist i NAV. En mal for en slik samarbeidsavtale er under arbeid.

Brukere i FACT-team kan ha krav på bistand fra NAVs IPS-ordning, etter beslutning fra NAV. En forutsetning for et velfungerende samarbeid er at den enkelte brukeren gir skriftlig samtykke til samarbeid med NAV.

Oppfølgingen fra en jobbspesialist betraktes som en integrert del av behandling i helse- og omsorgstjenesten, og utøves i tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og arbeids- og velferdsetaten. Vurdering av arbeids- og utdanningsspesialistens helse- og sosialfaglige bakgrunn/utdanning må vurderes opp mot behov og de oppgaver de skal utføre som helsepersonell.

Når arbeids- og utdanningsspesialisten ansettes i helse- og omsorgstjenesten, og utfører oppgaver som er helsehjelp, vil de uansett om de har autorisasjon eller ikke, anses som helsepersonell ([helsepersonelloven § 3](#)). Lovens krav blant annet til forsvarlighet og kvalifikasjon ([helsepersonelloven § 4](#)) må følges.

Arbeids- og utdanningsspesialisten må være både faglig og personlig egnet til å utføre oppgavene de skal ha ansvar for. Ut over dette har arbeidsgiver

et ansvar for opplæring og oppfølging i tråd med kravene til internkontroll.

LES MER PÅ NAPHA.NO

- [Ny presisering fra Helsedirektoratet gir arbeids- og utdanningsspesialister mulighet til å jobbe i helsetjenesten](#)



Foto © Colourbox



Etabler systematisk samarbeid med pårørende

Pårørendesamarbeid er et av kravene i FACT-modellen, konkretisert i [FACT fidelitetskala 2010](#).

Lovverket knyttet til taushetsplikt gjør mange usikre på hvordan de kan utøve godt pårørendesamarbeid. Det er viktig å kjenne til at pårørende kan gis generell informasjon, men ikke personlige opplysninger uten samtykke. I tillegg bør man snakke med pårørende om sammenhengen mellom ressurser, belastninger og helse. Helsedirektoratet har laget en [veiledende liste](#) over hvordan man kan snakke med pårørende om deres behov.

Man bør videre gi råd til pårørende om å opprettholde egne aktiviteter, arbeid og sosialt nettverk, eventuelt vise til økonomisk rådgivning ved behov. Ved mistanke, bør man spørre direkte om vold og overgrep, og man har en plikt til å avklare omsorgssituasjonen for barn som er pårørende.

Pårørende kan støttes gjennom pårørendekurs, flerfamiliegrupper eller andre gruppetilbud, og/eller individuell rådgivning/veiledning. Veiledning bør som hovedregel være avtalebasert, preget av kontinuitet og tilrettelagt med hensyn til tid og sted.

Opplæring kan gis individuelt eller i gruppe, sammen med pasienten/brukeren eller uten. Grup-

pebaserte tilbud for pårørende bør utvikles i et samarbeid mellom fagpersoner og relevante brukerorganisasjoner.

Mange pårørende opplever god støtte i andre som har erfart det samme. Legg til rette for likemannsarbeid, selvhjelp og bistå eventuelt i kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Hele [pårørendeveilederen finner du på Helsedirektoratets nettsider](#).

LES MER PÅ NAPHA.NO

- [Helsepersonell som lærer å utøve pårørendesamarbeid, erfarer nytten av det og bruker det](#)

Etabler samarbeid om intensiv oppfølging og rutiner for hjelp på kveld og helg

I ustabile faser oppskaleres hele FACT-teamet innsatsen, brukerne kommer på tavla og hele teamet jobber mer intensivt (jf. modellbeskrivelsen). Alle ansatte i FACT-team skal bistå brukere i denne fasen, ved behov. Det skal alltid være delt ansvar for brukere «på tavla».

Så langt det er mulig, bør kriser forebygges og håndteres i teamet. Det er god praksis å bruke standardiserte instrumenter for å kartlegge risiko for selvmord, forverring, voldsrisiko og kriminalitet.

I tillegg bør teamene legge til rette for

- proaktiv og oppsøkende oppfølging og behandling for å forhindre drop-out
- systematisk bruke og jevnlig evaluere [kriseplaner](#)
- bruk av kriseseng og brukerstyrt seng
- å gjenkjenne tidlige tegn på krise
- å intensivere oppfølging og behandling raskt

- samarbeide tett med andre relevante tjenester og behandlingstilbud, kapasitet til oppfølging hele døgnet
- å kunne gripe inn – om nødvendig ved bruk av tvang – for å ivareta brukerens egen sikkerhet og samfunnets sikkerhet
- tydelige rutiner for akuttinnleggelse ved behov

TIPS

Eksempel:

Noen team har egen turnus med ansatte som er tilgjengelig for «ø-hjelpsoppdrag» og andre akutte behov. Det vil si at de ikke har andre avtaler i kalenderen. De ansatte bytter på å ha en slik rolle.

Teamet skal jobbe aktivt oppsøkende mot brukere de ikke får kontakt med, særlig når situasjoner eskaleres og brukerne kan trekke seg unna oppfølging. Teamet må da jobbe mer kreativt og fleksibelt og intensivere oppfølgingen, og ha et mål om å unngå bruk av tvang.

Der mer intensiv teamoppfølging av FACT ikke er tilstrekkelig samarbeider FACT-teamene med fastlegetjenester/legevakt og spesialisthelsetjenesten om døgninnleggelse, og andre instanser når det er nødvendig.

Enkelte FACT-team har avtale om at brukere av teamet kan benytte kommunenes akutte døgntilbud, forutsatt at brukeren er en del av målgruppen for dette.

Bruk av tvang er regulert i [flere lover](#), og det er et lovkrav at andre løsninger skal være prøvd før innleggelse ved bruk av tvang.

Tvangsforebyggende arbeid forutsetter en bred og proaktiv innsats av alle som er i kontakt med brukeren, både i kommunen, FACT-teamet, NAV og spesialisthelsetjeneste.

De viktigste tvangsforebyggende tiltak er beskrevet i [nasjonale faglige råd for forebygging av tvang](#).

Både under tvangsinnleggelse, frivillige sykehusopphold og soning i fengsel, opprettholder FACT fortsatt kontakten. Dette er viktig for å ivareta relasjonen, unngå avbrudd i behandlingssløpet, opprettholde fokus på recovery og livet etterpå, og sørge for nødvendig kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Der det er lange avstander kan kontakten ivaretas på telefon, videokonferanse og lignende, eller ved tett samarbeid med psykisk helse- og rustjenestene i kommunene.

Et forskningsprosjekt ([ReCoN](#)) har utforsket strategier som kan forebygge tvangsinnleggelse. Ledelse, brukerinvolvering og involvering av nettverk, samhandling, samarbeid internt i kommunen og botilbud tilpasset individuelle behov, kommunale krise- og korttidsopphold og hjelp til å få en meningsfull hverdag er fremhevet som sentralt i det forebyggende arbeidet.

Alle FACT-team bør etablere et tett samarbeid på systemnivå med kommuner, NAV, DPS og akut-tavdelinger for hvordan man bør samarbeide i kriser. Oppdaterte behandlingsplaner og kriseplaner bør regulere samhandling på individnivå, eventuelt støtte fra pårørende, nettverk, samarbeidspartnere og tilbud i regi av frivillige organisasjoner, der det er relevant.

Med få unntak har FACT-teamene i Norge normalarbeidstid, det vil si fra kl. 08.00 til kl. 15.30. Noen team har utvidet åpningstid enkelte dager, noen har vakttelefon og «vaktansvar» etter arbeidstid, og noen veldig få er tilgjengelig på telefon 24/7 (FACT sikkerhetsteam).

De fleste team har individuelle avtaler med enkelte brukere om at de kan ta kontakt utenom ordinær åpningstid. Mange har også arbeidsavtaler som gir stort rom for fleksibilitet, dersom spesielle omstendigheter krever særlig oppfølging.

LES MER PÅ NAPHA.NO

- [Åpning av FACT ung Bergen i dag](#)



Foto © Colourbox

Etabler rutiner for håndtering av risiko

Det bør utvikles prosedyrer og rutiner i FACT knyttet til vurdering og håndtering av voldsrisiko. Mange team har et stort fokus på voldsrisiko, og har etablert rutiner for:

- når og hvordan man kartlegger voldsrisiko ved hjelp av [strukturerte kartleggingsskjema](#) som V-RISK-10, HCR-20V3 og START, enten i teamet eller i samarbeid med andre
- at man alltid skal være to sammen, både i stabile og ustabile faser, hos pasienter med kjent voldsrisiko
- at man alltid skal være to sammen ved forhåndsdefinerte situasjoner, som for eksempel depot, spesielle typer informasjon, for eksempel om informasjon om verge, tap av omsorg for barn, endring av medisiner etc.
- at man skal vurdere om man skal være to sammen når pasienter kommer på tavla på rød
- at man ikke oppsøker akutsituasjoner hvor det er kjent risiko for utagering uten at politi og/eller ambulanse er til stede samtidig
- når man bør melde avvik og eventuelt anmelde trusler og vold

FACT-teamet må systematisk vurdere og håndtere risiko i sitt arbeid med brukere. Det første skrittet i denne prosessen er å identifisere mulig risiko. Dette bør skje i samråd med hele teamet, slik at kollektiv kunnskap og erfaring kan brukes til å kartlegge både generelle og individuelle risikofaktorer.

Når risikoene er identifisert bør det utarbeides en plan for hvordan dette skal håndteres. Planen skal inkludere både tiltak for å forhindre at farlige situasjoner oppstår, og tiltak for å håndtere situasjoner som allerede har oppstått.

I de tilfeller der farlige situasjoner likevel oppstår, skal det være en hovedprioritet å ta vare på egen sikkerhet. Man bør følge med på mulige risikofaktorer, og det bør legges vekt på forberedelse for å kunne forlate en potensielt farlig situasjon raskt og trygt.

Det er viktig at FACT-teamet ikke bare vurderer de umiddelbare risikoene, men også har en proaktiv tilnærming til sikkerhet for å minimere potensialet for farlige situasjoner i fremtiden.

Juridiske fortolkninger av lovverk der det foreligger risiko er beskrevet nærmere i [kapittel 4](#).

Sørg for god modelltrofasthet

FACT-team skal jobbe i tråd med definerte modellkrav. En kontinuerlig og systematisk vurdering av modelltrofasthet kan forebygge uønsket variasjon og bidra til at utviklingen av FACT i Norge ikke fjerner seg for langt fra den opprinnelige FACT-modellen. Det kan også være et utgangspunkt for internt forbedringsarbeid i teamet.

Å jobbe i tråd med modellkravene er en forutsetning for å motta tilskudd.

På Rop.no er det en egen [side om fidelitymålinger](#), hvor de ulike modellkravene og hvilke fidelitymålinger som anbefales, er mer utdypende beskrevet.

Målingene monitorerer organisering av teamet, profesjonssammensetning, aktivitet og arbeidsmetoder, og gjør det mulig å følge med på teamets utvikling over tid. Erfaringer viser at det å gjennomføre modelltrofasthetsmålinger som regel har stor betydning i kvalitets- og forbedringsarbeidet i de enkelte FACT-team.

Alle team kan gjennomføre fidelitetsmålinger selv eller skåre hverandre. Teamet kan vurdere seg selv opp imot skalaen, enten i form av en enkel eller en mer omfattende skåring. Beskrivelse av både enkel og mer omfattende skåring, og maler som kan brukes til dette, finnes på [nettsiden Rop.no](#).

Ut over fidelitymålinger vil det også være nyttig å kartlegge «effekten» av teamets arbeid i form av

teamets innvirkning på innleggelse, ventelister, kommunale vedtak, bruk av bo- og tjenestetilbud i kommunen, og konsekvenser av eventuelle kjøp av tjenester.

Brukertilfredshetsmålinger og verktøy for [systematiske tilbakemeldinger](#) bør tas i bruk rutinemessig i utvikling av teamene. Det jobbes med et opplegg for å måle brukertilfredshet på tvers av team.

Det vil være nødvendig å revidere samarbeidsavtalen med jevne mellomrom. Endringer bør fortrinnsvis skje med bakgrunn i teamets og samarbeidsaktørenes erfaringer, evaluering og innspill til eierne (ofte styringsgruppe). Noen team har gode erfaringer med å sende ut forespørsler til samarbeidende kommuner og sykehus hvor det bes om innspill til hva som bør beholdes, mulige forbedringsområder og nye innspill i revideringen.

FACT-fidelitetskala 2010 måler modelltrofasthet på følgende områder:

- Teamstruktur
- Teamprosess
- Behandling og intervensjoner
- Organisering av tjenester
- Lokalbaserte tjenester
- Monitorering
- Profesjonalisering



Etabler system for strategisk og kontinuerlig kunnskapsutvikling

Teamledere har et overordnet ansvar for strategisk og kontinuerlig kompetanseutvikling, kompetansedeling og ulike kompetansehevende tiltak. En kompetanseplan bør bygge på en kartlegging av de ansattes kompetanse, og beskrive hvordan man tenker å anskaffe nødvendig kompetanse jf. lovkrav, faglige retningslinjer og modellbeskrivelsen. Det er for eksempel et modellkrav at alle teamansatte skal ha opplæring i FACT-modellen, kunnskapsbaserte metoder og recovery. I tillegg stiller [nasjonale pasientforløp](#) egne krav til fagkompetanse i forløpene.

I modellbeskrivelsen gis det en oversikt over profesjoner, kjerneområder («de syv C-er»), og anbefalte behandlings- og intervensjonsformer som kan være veiledende for vurdering av egne kompetansebehov. Det kan være nyttig å beskrive de ulike kompetansetiltakene i et «årshjul», med utgangspunkt i modellbeskrivelsen.

Erfaringsmessig har mange team behov for mer generell kunnskap om ROP-lidelser, ulike behandlingsformer som psykoedukasjon, kognitiv terapi og motiverende intervju, IDDT (integrert dobbeltdiagnosebehandling), FACT-modellen, recovery, arbeid, inkludering og meningsfull hverdag.

Erfarne team som har jobbet godt med modelletterlevelse deler ofte av sine erfaringer og legger ofte til rette for hospitering for andre team som er noenlunde lik dem selv.

Det jobbes med å få på plass regionale ressursteam, hvor team som i særlig grad etterlever FACT-modellen kan dele erfaringer og tilby hospitering. Inntil dette er på plass vil NAPHA gi råd om hvor det kan være hensiktsmessig å be om hospitering. Se [temaside om ACT- og FACT-team](#) på [Napha.no](#) for kontaktinfo.

ACT- og FACT-håndbøkene er viktige kilder til kunnskap om modellen. I tillegg fins det artikler på

NKROP og NAPHAs hjemmesider om forskning og erfaring som underbygger og utdyper håndbøkene. Det finnes også en [digital kartlegging- og utredningspakke](#) (ROP-screen) som man bør kjenne til og bruke. Utredningspakken er utviklet spesielt for FACT.

Hvis man skal lykkes med FACT-implementeringen må det settes av nødvendig tid til opplæring, veiledning, hospitering og deltagelse i nettverk. Det er etablert ulike nettverk for ACT/FACT.

I nettverkene kan det utvikles, deles og spres kunnskap om roller, oppgaver og oppfølging. Aktuelle problemstillinger diskuteres, og man blir oppdatert på det som er nytt. Ved henvendelse til NAPHA vil en få kontaktinformasjon for de ulike nettverkene.

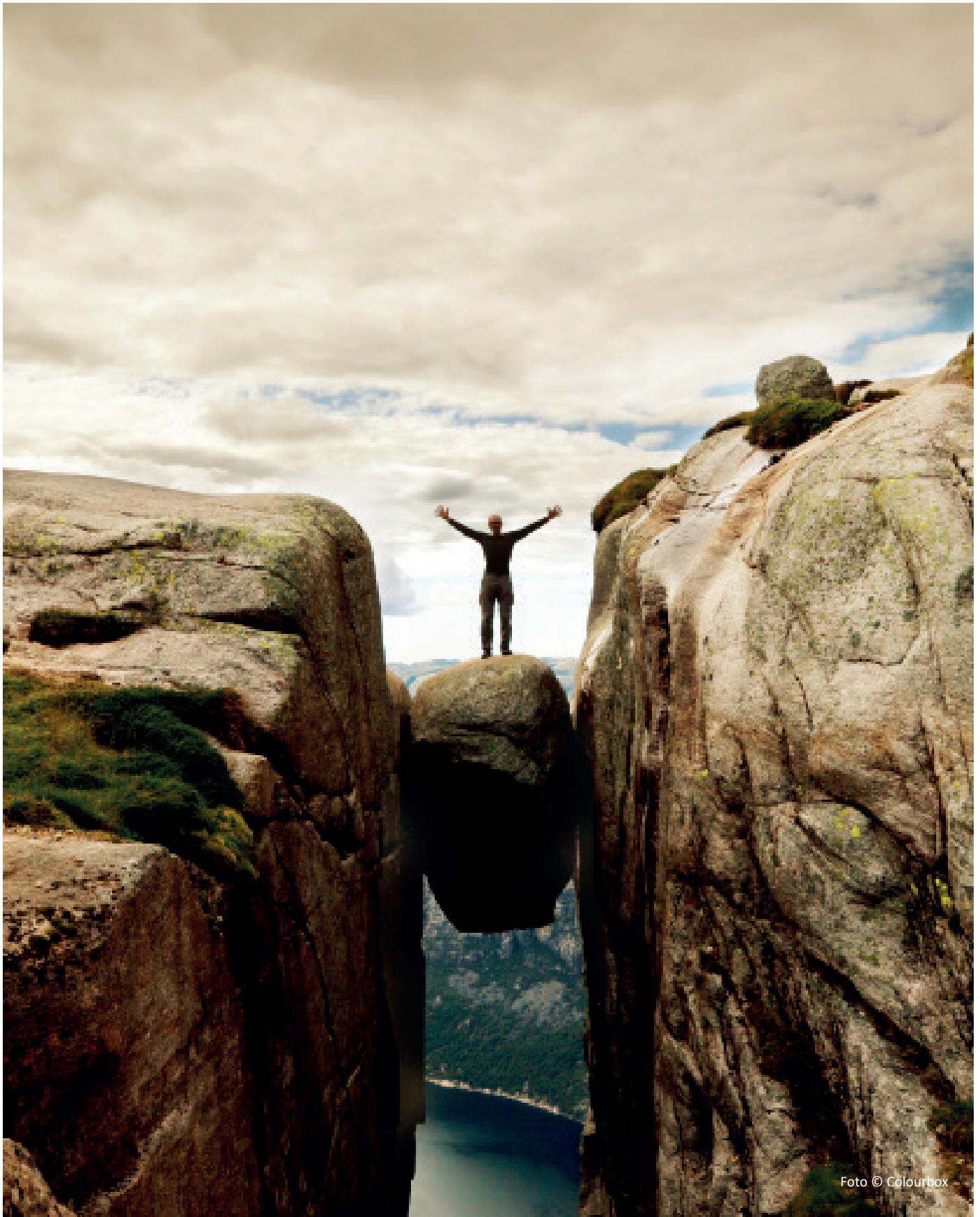


Foto © Colourbox



3.4 Varig drift

Teamene er nå i en fase hvor fokus rettes mot varig drift, og å utvikle teamet videre. For de fleste team innebærer denne fasen en overgang fra tilskuddsordning til varig drift.

Teamet skal finne sin plass sammen med andre tjenestetilbud, inngå i et mer integrert samarbeid om helhetlige og sammensatte tjenestetilbud i opptaksområdet og rette mer fokus utover egne tjenester, mot lokalsamfunnet og antistigmaarbeid.

I denne fasen vil både teamet, eierne, brukerne og samarbeidspartnerne ha mer erfaring med FACT. Det vil ofte bli nye lokale drøftinger igjen, rundt målgruppe, roller, ansvar, samfinansiering og ulike forventninger. Modellkrav og standardiseringen i modellen kan bli utfordret, og satt under press.

På tross av at FACT og ACT har vært, og fortsatt vil være, et helsepolitisk satsingsområde, er det eksempel på at FACT-team blir avviklet etter prosjektperi-

odens slutt. Arbeidet som er gjort i prosjektperioden, og særlig i forprosjektfasen, ofte avgjørende for om teamene videreføres på egen kjøll etter at tilskuddsperioden er over. Erfaringer har vist at de teamene som er bærekraftige, også etter tilskuddsperioden, kjenetegnes ved:

- eierne har jobbet godt og målrettet med helhetlig planlegging og forpliktende samhandling eierskap helt fra forprosjekt
- lokal forankring, både blant samarbeidspartnere og eierorganisasjoner
- beslutninger er gjort på høyt nivå

TIPS

Hvis det ikke er gjort tidligere, kan det nå være nyttig å gå gjennom fase 1–3 (utforskning, forprosjekt og tidlig oppstart) en gang til og ta stilling til om noe av forankringsarbeidet må gjøres på nytt, eventuelt grundigere.

Evaluer FACT-teamets rolle i øvrig tjenestetilbud

I denne fasen endres de grunnleggende forutsetningene når det gjelder finansiering, fordelingsnøkkel og samfinansiering. Dette er et eieransvar, og må drøftes kontinuerlig, og avgjøres i styringsgruppen. Teamleder i FACT har ansvar for å bringe inn det som er viktig for teamets drift til styringsgruppen.

Det er opp til eierne i FACT å avgjøre om FACT skal videreføres. Erfaringer fra brukerne, pårørende, eierne og de nærmeste samarbeidspartnere, og hva som er positive effekter av felles medeierskap i FACT-samarbeidet legges ofte til grunn. Styringsgruppen vil vurdere måloppnåelse ut ifra forventningene skissert i forprosjektet, rapporteringer underveis, og hva som er forventningene til FACT fremover.

FACT-teamenes rolle i det øvrige tjenestesystemet bør tas i betraktning. Så langt det er mulig bør de fleste tjenestene legges til teamet, samtidig som det må etableres tette samarbeidsrelasjoner mellom FACT og andre relevante tjenester. FACT må avstemme sitt tjenestetilbud etter de ulike behovene som avdekkes.

Man må bli enige om en videre fordeling av roller, oppgaver og ansvar mellom FACT og kommunale psykisk helse- og rustjenester, poliklinikker, akutt ambulante team og andre krisetjenester, lavterskeltilbud, TSB, oppsøkende team og andre relevante tjenester.

Hvis presset på teamet blir for stort må det vurderes om det skal etableres flere FACT- eller ACT-team. Det er et stort udekket behov for FACT-team i Norge, både i større byer og i spredtbygde strøk. Hvor mange team det er behov for kan variere veldig. Det avhenger av hvilke andre tjenestetilbud som finnes i nærheten, og hvilke behov innbyggerne har. Det kan også være at det kommer nye kommuner til, som må inkluderes i FACT-eierskapet.

Det er mulig for nye kommuner å søke om [forpro-](#)

[sjektmidler](#) for å gå inn i FACT-samarbeidet. Dette gjelder også for team som er «spesialisthelsetjenestetunge» eller «kommunetunge». Statsforvalterne kan være en viktig diskusjonspartner i disse avklaringene.

Initier ny diskusjon om målgruppe og modell

Drøftingene rundt målgruppe kommer ofte også opp igjen når det skal besluttes om FACT skal bli et varig tilbud. Ofte innebærer det grundige diskusjoner i styringsgrupper før man oppnår konsensus/kompromiss.

FACT-teamet kan ofte vise til gode resultater, bedre samarbeid og bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Disse erfaringene kan føre til press på at teamet skal ta inn flere målgrupper og flere brukere enn de er dimensjonert til å jobbe med. Det kan bli kryssforventninger som er vanskelig å oppfylle hvis man skal kunne opprettholde modelltrofasthet (lav caseload, tverrfaglig tilnærming, fleksibilitet, med videre).

Kommunene kan forvente at FACT-teamet skal ta inn personer som ikke nødvendigvis er i FACT-målgruppen, men hvor det er et ønske om mer helhetlig og sammenhengende hjelp. Fra spesialisthelsetjenesten kan det være press om å ta inn flere som står på venteliste til poliklinikk, og oppfølging av alle som er på TUD.

I rurale strøk med lavt befolkningsgrunnlag kan det være motsatt, at FACT tilbys flere enn de som strengt tatt er i målgruppen, for å ha nok brukere i teamet. Ulempen med dette er at FACT kan bli for ressurskrevende over tid, og trekker ressurser fra det øvrige tjenestetilbudet. I de største byene vil ofte kapasitet være et problem.

TIPS

Før man etablerer FACT som et varig tilbud kan det er viktig å reflektere over:

- Har vi valgt rett modell (FACT eller ACT)?
- Hvilken målgruppe når vi?
- Har vi nådd «riktig» målgruppe (for oss)?
- Har vi en for «smal» eller for «bred» målgruppe?
- Er det behov for å utvide målgruppen?
- Har vi venteliste?
- Hvem burde hatt et FACT-tilbud som ikke har det i dag?
- Er det behov for flere FACT-team eller ACT-team?

Forankre og beslutte videreføring av FACT

Etter grundig evaluering og vurdering av målgruppens behov, besluttes det om eksisterende FACT-teamene skal videreføres som en del av ordinær drift, og om det er behov for flere FACT-team eller ACT-team.

Oppretthold modellkrav

Etter at FACT er etablert som et varig tilbud, vil det ikke lenger være samme «krav» som tilskuddordningen legger opp til. Da vil det være særlig viktig å balansere godt mellom å opprettholde fokus på modelltrofasthet på den ene siden, og hva som kan være nødvendige fremtidige tilpasninger på den andre. Modellkravene er fortsatt et godt grunnlag for internt forbedringsarbeid i teamet.

Fidelityskåringer har vist at mange av teamene har god måloppnåelse på mange av områdene i 2010-skalaen. For eksempel er det meget god modelltrofasthet på teamstruktur, lokalbaserte tjenester, tilfredsstillende modelltrofasthet på teamprosess, behandling og intervensjoner, organisering av tjenestene og profesjonalisering. På andre områder har teamene kommet kortere, som monitorering, rutinemessig kartlegging, profesjonalisering og lokalbaserte tjenester. Dette er forbedringsområder som bør legges til grunn for teamenes utvikling.

Videreutvikle FACT i tråd med fidelityskala

[Fidelityskalaen 2017R](#) kan være et godt grunnlag for kvalitets- og utviklingsarbeid, også i mer erfarne



team. Den består blant annet av åtte fokusområder som kan kartlegges, skåres og brukes som utgangspunkt for videreutvikling.

- Fleksibel behandling og oppfølging
- Personlig område
- Sosialt område
- Symptomatisk område
- Behandlingsplan og ROM
- Krise, sikkerhet og samfunnsansvar
- Nettverk, privat og offentlig
- Kvalitet og innovasjon

Erfaringer har vist at det er behov for å utvikle FACT teamene mer i tråd med samfunnsutviklingen, utviklingen i andre tjenestetilbud og andre endringer i teamets omgivelser. Dette er bakgrunnen for utviklingen av skalaen 2017R.

2017R-skalaen trekker inn mer av teamets samarbeid med andre og er mer prosessorientert i formen. Den vektlegger balanse mellom tiltakene teamet selv skal yte og tiltakene teamet må samarbeide med andre om for å gi. Hvis FACT skal være økonomisk bærekraftig over tid, må man vurdere hvordan ulike tiltak og tjenestetilbud i et område kan utformes og koordineres. 2017R-skalaen finner du på Rop.no.

2017R-skalaen har en sterkere vektlegging av:

- Recoverystøtte og innhenting av kunnskap og erfaringer fra brukeren, pårørende og privat og profesjonelt nettverk
- Innsats knyttet til mindre selvstigmatisering og sterke tilhørighet til lokalmiljø
- Mer oppfølging på de livsområdene brukeren gir uttrykk for å trenge hjelp i forhold til. For eksempel egenomsorg, bolig og bosituasjon, sosialt nettverk, samt arbeid, skole og fritid
- Oppfølging av somatisk helse
- Regelmessige utfallsmåling og bruk av anerkjente verktøy for screening, kartlegging og utredning. For eksempel Digital utredningspakke for ROP-lidelser som er tilgjengelig i CheckWare
- Kriser, sikkerhet og samfunnsansvar, samt tvangforebyggende tiltak
- Mer samarbeid med brukerens personlige og profesjonelle nettverk. For eksempel i arbeidet med behandlingsplaner og kriseplaner. Brukeren

skal sitte i førersetet når det gjelder hvem som skal involveres i oppfølgingen fra det personlige nettverket (familie, nære pårørende, venner eller andre) eller fra det profesjonelle nettverket (profesjonelle aktører/instanser). Samarbeidspartnere kan etter samtykke og behov delta i tavlemøter, behandlingsmøter og andre aktuelle møter, og være en del av den oppsøkende kontakten med brukeren.

- Kvalitet og innovasjon, og utvikling av ny kunnskap, nye initiativ og nye måter å gjøre ting på.
- Mer utstrakt samarbeid med samarbeidspartnere og brukerens private/profesjonelle nettverk



Arbeidsbok FACT fidelitetskala 2017R

Norsk versjon 2023



KILDER

Bertram, R. M., Blase, K. A., & Fixsen, D. L. (2015). Improving programs and outcomes: Implementation frameworks and organization change. *Research on Social Work Practice, 25*(4), 477–487. <https://doi.org/10.1177/1049731514537687>

4 JURIDISKE FORTOLKNINGER

FACT er en ny tjenestemodell hvor det stort rom for innovasjon, kreativitet og utvikling av nye måter å jobbe på. Samtidig er man bundet av både modellkrav, og et sett med regler og forskrifter som definerer noen grenser for hva man kan gjøre.

Dette kapitlet vil ikke gi innsikt i hele det juridiske grunnlaget for FACT, men belyse noen lovfortolknings knyttet til noen praktiske situasjoner og særlig knyttet til samtykke.

Det er viktig å presisere at lovverket ikke alltid gir klare og universelle svar. Det vil være mange unike situasjoner hvor faglige tilnærminger utfordrer jussens grenser – og motsatt – at lovverket gir handlingsrom, men hvor det vil være ansett som mindre god faglig praksis. Noen ganger vil FACT også utfordre hele det juridiske grunnlaget for helsetjenestene i Norge. Helsemyndighetene jobber forløpende med å fortolke og avklare ulike juridiske forhold.

Lovverket gir ofte et stort handlingsrom så lenge det man gjør er godt faglig begrunnet og godt dokumentert. I det daglige arbeidet i FACT vil den beste hjelpen ofte være et resultat av gode refleksjoner

rundt konkrete juridiske, faglige og etiske dilemmaer på tvers av faglige perspektiv, roller og tjenester. Vi håper dette kapitlet kan være et utgangspunkt for gode drøftinger.

Kapitlets innhold er utformet i samarbeid med Marius Storvik, jurist og førsteamanuensis i rettsvitenskap ved UIT Norges Arktiske Universitet.

4.1 Hvordan kan samtykke forstås og praktiseres?

Alle tjenestetilbud i FACT skal gis på bakgrunn av samtykke, eller egne lovbestemmelser som unntar fra samtykkekravet ([Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-1](#)). Det følger også av legalitetsprinsippet i [Grunnlovens § 113](#) at det kreves lovgrunnlag for inngripende helsehjelp, noe det vil være uten samtykke.

Norsk lovgivning stiller ikke formkrav til samtykke ([pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2](#)). Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Uttrykkelig samtykke kan være både muntlig og skriftlig.

Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra personens handlemåte, og omstendighetene tatt i betraktning, er sannsynlig at vedkommende godtar helsehjelpen. Der personen samhandler om tjenesten som gis, og at det ikke er konkrete holdepunkter for at helsehjelpen ikke er ønsket, kan dette anses som et samtykke (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2).

Utfordringer knyttet til samtykke i FACT kan være særlig aktuelt

- når man er på vei til å etablere samtykke i en henvisningsprosess
- hvis samtykket trekkes tilbake
- når opplysninger skal deles
- når personen det gjelder mangler samtykkekompetanse

EKSEMPEL

Verken FACT-teamet (eller andre) trenger samtykke for å ringe på en person sin dør. Når døren åpnes og vedkommende prater med teamet, så er dette omstendigheter som etablerer samtykke for den aktuelle samtalen. Dersom døren derimot åpnes, og teamet blir bedt om å forlate, vil dette ikke være et samtykke. I så tilfelle må teamet gjøre et nytt forsøk på et senere tidspunkt.

4.2 På vei til samtykke og henvisning til FACT

4.2.1 Når og hvordan kan og bør FACT gi informasjon, når det ikke foreligger samtykke?

Det er særlig to situasjoner som kan være utfordrende for FACT-teamene: Hvis det ikke foreligger samtykke til å bli henvist, eller hvis personen ikke ønsker å ta imot den hjelpen som tilbys. Mange ønsker ikke

å ta imot informasjon og hjelp på grunn av tidligere negative erfaring med tjenestene.

FACT skal jobbe recoveryorientert og bidra til at flere som ikke tidligere har fått nødvendig hjelp skal få mer personsentrerte, sammenhengende og helhetlige tjenestetilbud gjennom å jobbe mer aktivt oppsøken- de, også mot de som enda ikke er henvist, eller tatt inn i teamet.

Før en person er henvist til, eller tatt inn i FACT-teamet, er det informasjonsretten som regulerer teamets kontakt med personen. Informasjon skal gis før et samtykke etableres. Et samtykke uten informasjon ikke er gyldig.

Pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-2) gir personen rett til å få slik informasjon, og retten til informasjon forutsetter ikke et samtykke. FACT-teamet skal gi informasjon om hva teamet kan tilby. Dersom vedkommende eksplisitt uttrykker at hen ikke ønsker informasjon skal det respekteres.

Samtidig kan FACT-teamet gjennom godt oppsøken- de arbeid mange ganger overvinne motstanden mot å motta informasjon. Godt relasjonsarbeid i FACT er å jobbe på måter hvor en kan unngå en avvisning, og søke å komme i behandlingsposisjon.

Teamet bør ha etablert en felles praksis for hvordan man informerer om FACT-teamets ulike tilbud, hva man bør legge vekt på og hva som er den viktigste informasjonen å gi tidlig.

God informasjon kan gi trygghet og medvirke til at en ønsker å motta hjelp fra FACT, også i de tilfeller hvor en vegrer seg, ofte som følge av dårlige erfaringer med hjelpeapparatet. Informasjonen må tilpasses den som skal motta den, situasjonen personen er i, og gis på en måte som gjør den forståelig. Det skal gis informasjon om formålet med helsehjelpen, fordeler og mulige ulemper.

EKSEMPEL

FACT kan informere om sitt tjenestetilbud gjennom ulike aktiviteter og stegvis. Man kan først tilby hjelp til å kjøre på butikken for å handle melk. Hvis det avvises, kan man senere informere om mulighetene for å få hjelp til å rydde eller å kjøre på butikken for å handle brød og så videre.

Teamet bør samlet sett vurdere hvor mye informasjon om det FACT kan tilby av helsehjelp som skal gis i første kontakt. Noen ganger kan det være mer hensiktsmessig å informere om de deler av tjenesten som gjør det lettere å komme i kontakt, og mindre sannsynlig å bli avvist.

Dersom en nektes å gi informasjon om den første tjenesten en vil tilby, så kan en da på et senere tidspunkt komme tilbake med informasjon om andre tjenester. Når teamet informerer om en del av tjenesten, og slipper til for å yte tjenesten, så foreligger det et samtykke, enten ved ord eller handling.

På denne måten vil det være en gradvis vekselvirkning mellom informasjon, samtykke og tjenestetying for ulike deler av hjelpen. Dette er innenfor lovens krav fordi kravene til informasjon og medvirkning er dynamiske og avhenger av hvilken helsehjelp som ytes. Helsetilstanden vil også endre seg kontinuerlig, det vil også behovet for informasjon. Man kan og bør derfor gi informasjon om ulike former for helsehjelp, eller tilstanden, på ulike tidspunkt.

EKSEMPEL

Hvis informasjon om medikamentell behandling med psykofarmaka er avvist, har man ikke samtidig avvist informasjon om penicillinbehandling av et betent sår, eller informasjon om psykososial oppfølging.

[Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2](#) andre ledd presiserer at «Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.» Der personen klart sier eller viser at hen ikke vil ha informasjonen, skal denne mostanden respekteres. Konkret kan det imidlertid være vanskelig å si akkurat når man krenker retten til å nekte å motta informasjon.

En tommelfingerregel kan være å sammenligne med hva som er vanlig i samfunnet. Alle (også FACT) kan ringe på hos alle man skulle ønske, uten at vedkommende ønsker kontakt. Samtidig er det grenser for hvor lenge og hvor mange ganger man kan oppsøke en person. Dersom det skjer for mange ganger om dagen, vil det være en straffbar krenkelse av privatlivets fred eller hensynsløs atferd.

Dersom forsøkene er så intense at det ville vært forståelig om man ringte politiet, så bør en nedskalere forsøkene. I tillegg bør det vurderes om avvisningen er rimelig, eller om det gir grunn til bekymring. Alvorlig bekymring bør følges opp med samarbeidende etater (se senere om taushetsplikt og opplysningsplikt vedrørende samarbeidende etater).

4.2.2 Når starter journalføringsplikten?

FACT-teamet har en journalføringsplikt som utløses når en noterer, bearbeider og vurderer informasjon, for å vurdere om en person enten skal tilbys FACT-tjenester. I tillegg er det journalføringsplikt der opplysningene behandles for å vurdere melde-

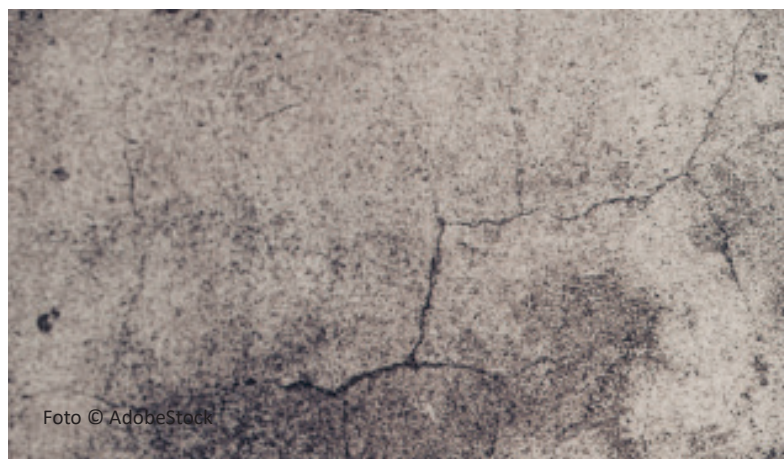


Foto © AdobeStock

plikt eller opplysningsplikt.

Det er to sett med journalføringsregler, ett etter helselovgivningen og ett etter personvernlovgivningen.

[Helsepersonelloven § 40](#) sier at «relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov» skal journalføres. Det følger av dette at journalføringsplikten starter på to alternative tidspunkt. For det første der det mottas opplysninger som kan utløse meldeplikt eller opplysningsplikt. For det andre når en person har blitt en «pasient» og en har begynt å yte «helsehjelp».

La oss ta meldeplikt og opplysningsplikt først. Vi behandler reglene om meldeplikt og opplysningsplikt et annet sted, og behandler her kun journalføring. Der FACT-teamet mottar opplysninger som gjør at det realitetsvurderes om en person er til fare for andre, på en slik måte at enten meldeplikt til barnevernstjenesten eller opplysningsplikt til politi eller brannvesen utløses, så skal både opplysningene og vurderingene journalføres.

Så til «helsehjelp» og «pasient». Det er helsehjelp når ansatte i FACT-teamet gjør handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål. Definisjonen er vid, men det kreves en eller annen form for handling. Normalt vil «diagnostisk» være sentralt her; der teamet bearbeider og vurderer informasjon for å vurdere om en person skal tilbys

FACT-tjenester kan det vurderes som diagnostisk.

Det følger av [pasient- og brukerrettighetslovens § 1-3 \(a\)](#) at en person blir en «pasient» enten når FACT teamet gir eller tilbyr sine tjenester eller der personen ber teamet om helsehjelp. Det er ikke tilstrekkelig at en person er pasient eller at handlinger er helsehjelp. Helselovgivningens journalføringsplikt utløses når en person regnes som pasient og det ytes helsehjelp.

Dermed utløses journalplikten alltid når teamet gir eller yter tjenester til en person. Der en person ber om bistand fra teamet utløses journalføringsplikten når teamet vurderer om en skal yte tjenester. Etter helselovgivningens regler utløses dermed ikke journalføringsplikten når en mottar informasjon, nedtegner og bearbeider informasjonen og vurderer hva en skal gjøre. Det kreves altså at en skal henvende seg til en person med et tilbud eller handlinger for at journalføringsplikten utløses.

Problemet er at personvernlovgivningens journalføringsregler slår inn på et tidligere tidspunkt. Denne loven gjelder både «pasienter» og «brukere», og krever ikke at en person skal ha blitt en «pasient» for at loven kommer til anvendelse. Det sentrale i loven er at det behandles helseopplysninger.

[Pasientjournalloven § 2](#) sier at enhver operasjon eller rekke av operasjoner som gjøres med helseopplysninger, enten automatisert eller ikke, for eksempel innsamling, registrering, organisering, strukturering, lagring, spredning eller sammenstilling regnes som «behandling av helseopplysninger». Bestemmelsen er så vid at der det noteres helseopplysninger fra en telefonsamtale om en person, vil dette være behandling av helseopplysninger.

Samtidig sier loven i [§ 6](#) at det bare er lov til å behandle helseopplysninger «når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp». I samme retning står det i [§ 3](#) at loven gjelder «all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner.» Disse bestemmelsene indikerer at en ikke skal behandle helseopplysninger uten at det er nødvendig for å gi helsehjelp. Der teamet noterer, bearbeider og vurderer informa-



sjon for å vurdere om en person skal tilbys FACT-tjenester kan normalt regnes som diagnostisk, og følgelig er det nødvendig for å yte helsehjelp.

Det følger av pasientjournallovens regler at FACT-teamet har en journalføringsplikt som utløses på det tidspunktet der en noterer, bearbeider og vurderer informasjon for å vurdere om en person enten skal tilbys FACT-tjenester. Tilsvarende journalføringsplikt følger av helsepersonelloven der opplysningene behandles med tanke på meldeplikt eller opplysningsplikt.

Rent konkret betyr det at der en mottar en henvisning fra offentlig instans, så skal dette journalføres. Det er ikke relevant for denne journalføringen om henviser har samtykke fra personen. Der privatpersoner henvender seg med en bekymring til teamet om pasienten skal dette også journalføres.

I enkelte unntakstilfeller kan det komme opplysninger som det er utilrådelig av hensyn til personer som står vedkommende nær at pasienten blir kjent med. Det kan også være tilfeller der kunnskapen om opplysningene kan utløse fare for liv eller alvorlig helse-skade. Også disse opplysningene skal journalføres.

Selv om opplysningene er journalført betyr det ikke at en skal gi personen fritt innsyn i opplysningene. Der FACT-teamet tenker at unntakstilfellene som er nevnt overfor kan gjøre seg gjeldende bør teamet sperre disse opplysningene for innsyn i journalen. Ved slik sperring skal det synliggjøres i journalen at det eksisterer sperrede opplysninger. Dersom personen ber om innsyn i disse opplysningene må det vurderes om det skal gis innsyn etter reglene i [pasient- og brukerrettighetslovens § 5-1](#).

Dette systemet gjør at teamet kan journalføre opplysninger i tråd med lovgivningen, samtidig som en kan ivareta hensyn til personens nærstående, liv og helse.

4.2.3 Hvordan skal manglende samtykke til informasjon journalføres?

Hvis en bruker ikke vil motta informasjon skal dette journalføres.



Foto © Colourbox

Dette følger av [Helsepersonelloven § 40](#) som sier at journalen skal «inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov.»

Det skal noteres hvilken informasjon brukeren nekter å motta, og hva som var omstendighetene for at en tilbød akkurat denne helsehjelpen. Dermed kan en på ulike tidspunkt avgjøre hva slags helsehjelp en er avskåret fra å gi, og en kan ved en senere vurdering om en skal gi tilbud om annen type helsehjelp. Når en ser at brukers omstendigheter er endret, vil grunnlaget for å senere å tilby samme helsehjelp være endret. Informasjon som er tilpasset situasjonen kan da være legitimt å forsøke å gi på nytt. Dersom det senere oppstår spørsmål om det har skjedd en svikt ved helsehjelpen, kan dokumentasjonen i journal gi verdifull innsikt i dette. God journalføring kan bidra til å **avklare eventuelle feil og ansvar**.

4.2.4 Kan teamene opprette journal på tross av at personen enda ikke har samtykket i å motta hjelp?

Av og til er det usikkerhet rundt hva teamene skal eller kan gjøre når teamene kun har gitt generell informasjon, og man enda ikke har opprettet journal, fordi vedkommende ikke har samtykket til behandling.

I norsk rett er det klart at det ikke kreves samtykke fra personen for å opprette en journal. Journalen er en dokumentasjon av de handlingene som helse-

personellet utfører, og er ikke i seg selv helsehjelp overfor personen det gjelder. Det betyr at selv om personen ikke har samtykket til å motta hjelp, skal det likevel opprettes og føres journal. Både for å sikre god og forsvarlig helsehjelp, og for å ha en oversikt over vurderinger og beslutninger som er tatt. Dersom personen er uenig i journalføringen, gir [pasient- og brukerrettighetslovens § 5-2](#) rett til sletting av journalen.

4.2.5 Når skal man gi informasjon på tross av at personen ikke samtykker?

Det finnes noen få unntak der en må gi informasjon på tross av at personen ikke samtykker. I følge [pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2](#) må det være nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen eller at det er bestemt i lov. Dette gjelder for eksempel følgende situasjoner:

- der det kan oppstå skader av helsehjelpen pasienten mottar. For eksempel dersom det er kjent at medisiner pasienten tar vil utløse en psykose ved seponering eller i kombinasjon med rusmidler. Formålet med å informere vil da være å forebygge skader av helsehjelpen.
- det foreligger et annet rettsgrunnlag for å gi informasjon. For eksempel smittevernlovens bestemmelser om informasjonsplikt ved allmennfarlige smittsomme sykdommer, eller informasjon om tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven.
- der personene ønsker helsehjelpen, men ikke samtykker til å få informasjonen. Dersom personen ikke ønsker informasjon og medvirkning, kan det diskuteres om samtykke, som forutsetter informasjon, foreligger. Selv om det skulle samtykkes til behandlingen, kan det innebære økt risiko for feilbehandling. I slike tilfeller må man derfor være enda mer sikker på om helsehjelpen er riktig og nødvendig.

I tillegg er reglene om øyeblikkelig hjelp i [helsepersonelloven § 7](#) i realiteten et unntak fra hovedregelen om informasjon og medvirkning. Dersom en person har nektet å motta informasjon, vil det fortsatt være rom for å yte øyeblikkelig hjelp.

4.2.6 Hvor går grensen mellom informasjonsplikt og helsehjelp?

Det er en prinsipiell forskjell på å gi generell informasjon om teamets tilbud, og individuelt tilpasset helsehjelp som kan ansees å ha forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende effekt, eller som har pleie- og omsorgsmål.

Lovverkets skille mellom informasjonsplikt og helsehjelp er enkelt ved kirurgiske inngrep. Dersom samtaler er en del av helsehjelpen, er grensen mellom å gi informasjon, og helsehjelp, mer uklar.

I praksis trenger ikke den flytende overgangen å være et problem fordi pasient- og brukerrettighetslovens samtykkeregler ikke har formkrav for samtykke. [§ 4-2 i pasient- og brukerrettighetsloven](#) åpner for både uttrykkelig og stilltiende samtykke. Loven sier at stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

Når FACT-teamet gir informasjon vil dette skje i dialog med personen. Dersom dialogen endrer karakter fra at en gir informasjon, til at det ytes helsehjelp, så skjer dette basert på en samhandling. Personen kan avbryte ved å nekte å motta informasjon eller ved å vise at man ikke godtar helsehjelpen. Så lenge personen ikke nekter samhandling med FACT-teamet vil det være tilstrekkelig grunnlag til å enten gi informasjon eller innledende tjenester.

[Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2](#) presiserer derimot at «Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.» Det er ikke et unntak hvis en person mangler samtykkekompetanse. Dermed har også personer uten samtykkekompetanse en nektelsesrett for informasjon.

4.2.7 Bør FACT-team ha skriftlig samtykke?

Selv om loven ikke krever skriftlig samtykke, vil skriftlig samtykke sikre informasjonsdeling i teamet,

forhold til taushetsplikten, brukerens forbehold, og brukerens medvirkning. Den viktigste årsaken er at personen selv skal bestemme over egne liv, dermed må det sikres at de i størst mulig grad får medvirke til hvordan tjenestene kan bidra i deres liv. Skriftligheten har til hensikt å sikre involvering, og at tilbudet kan endres i tråd med ønskene. Det forutsetter dermed også en praksis der case manager drøfter innholdet i samtykket med personen samtykket gjelder.

Målgruppen i FACT-teamene mottar ofte tjenester fra ulike aktører, både i FACT, og i samarbeid med andre tjenestetilbud. Det forutsetter at informasjon må kunne deles innad i teamet og med samarbeidspartnere. Informasjonen FACT-teamet besitter er taushetsbelagte opplysninger. Den enkleste måten å sikre at opplysningene kan deles i teamet er at det innhentes samtykke. Ved å få samtykket skriftlig, kan man unngå spørsmål om brudd på taushetsplikt.

Ulike brukere kan ha ulike forbehold. Det kan tenkes at de ikke ønsker at bestemte personer skal informeres om at de mottar tjenester fra FACT, eller at de ønsker ulike særlige tilpasninger. Ved å lage et skriftlig samtykke kan en sikre at forbeholdene fanges opp, og på den måten gir brukerne tryggheten til å inngå samarbeidet med teamet.

Endelig kan det tenkes at det i ettertid kunne dukke opp spørsmål til hva innbyggeren egentlig har samtykket til. Et skriftlig samtykke kan avklare dette.

4.3 Tilbaketrekning av samtykke

4.3 1 Hva gjør man når samtykke tilbaketrekkes?

En del brukere i FACT ønsker tidvis å avslutte kontakten med teamet. Å imøtekomme et ønske om utskrivning umiddelbart kan være i konflikt med FACT-modellen. I FACT skal man yte en ekstra innsats for å opprettholde behandlingsrelasjonen gjennom å jobbe aktivt oppsøkende, benytte kreative metoder og gi hjelp som er særlig tilpasset brukeren sine behov og ønsker.

Samtidig er FACT-modellen basert på samtykke, og

brukeren som mottar hjelp har rett til å trekke tilbake et samtykke. Hvis det er tilfellet, må det vurderes hva brukeren kan ha ment, og helt konkret hvilket samtykke som er trukket tilbake. Enhver negativ reaksjon på tilbud om bistand må ikke tolkes som at samtykket er trukket tilbake. Dersom det er tvil kan en ta kontakt med vedkommende etter noe tid, for å få en nærmere avklaring.

Informasjonsretten i [pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2](#) gjelder også om personen fastholder å trekke samtykke tilbake. Dermed har vedkommende personen rett på nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis. Det kan være hensiktsmessig å ha en rutine i teamet at man alltid tilstreber og tilbyr en avslutningssamtale. Det kan gi viktig lærdom, både for teamet og brukeren.

Teamet kan også forsøke å reetablere samtykket, men personen har rett til å nekte informasjon eller ha kontakt med teamet. Informasjonsnekt kan for eksempel foreligge der personen lukker døren fysisk for teamansatte eller gir beskjed om at den ikke ønsker mer informasjon. Gjentatt ønske, uttrykt over tid, om å ikke ønske tjenester fra teamet skal tolkes som tilbaketrasket samtykke. Dette skal respekteres. Brukerens ønske om utskrivning må da etterkommes.

For å unngå motstand og avvisning er det viktig å opprettholde et kontinuerlig fokus på å arbeide på måter som fremmer tillit og håp. Det er selve kjernevirksomheten i FACT.

4.4 Utveksling av opplysninger

4.4.1 Hvilke opplysninger kan FACT dele når det ikke foreligger et samtykke?

Der man anser at samtykket ikke er etablert eller trukket tilbake, får det betydning for teamets håndtering av taushetsbelagte opplysninger.

Taushetsplikten er et forbud. Forbudet er fundamentalt begrunnet i respekt for den enkeltes personvern og integritet, samt behovet for tillit mellom helsepersonell og pasient. Selv om taushetsplikten er sterk, finnes det mange unntak som tillater, og til og med pålegger helsepersonell å dele informasjon i spesi-

fikke situasjoner. Disse unntakene er regulert i flere lover (for eksempel [helsepersonelloven § 22](#)). Ikke alle vil bli beskrevet her.

Hvis det foreligger samtykke eller andre lovgrunnlag til å oppheve taushetsplikten, utløses en opplysningsrett, og eventuelt en opplysningsplikt, som er regulert i spesifikke lovbestemmelser. Det betyr at en kan dele slike opplysninger både i teamet, og med samarbeidspartnere som andre helsetjenester, NAV og politiet, uten at det får rettslige konsekvenser.

[Helsepersonelloven § 23](#) nr. 1 unntar helsepersonell fra taushetsplikten der opplysningene er kjente fra før. Så lenge opplysningene er kjent, vil taushetsplikten ikke by på vansker.

Taushetsplikten gjelder allikevel dersom opplysningene ikke er kjent, for eksempel der enkelte teammedlemmer får nye opplysninger, teamets sammensetning endres ved nyansettelser, eller der opplysninger ikke er kjent for samarbeidspartnere. Da er man avhengig av et samtykke. Så lenge personen motsetter seg det, er dette problematisk. Da må man jobbe for å reetablere et samtykke, slik vi tidligere har beskrevet. Hvis det ikke foreligger samtyk-

ke, opplysningsrett eller opplysningsplikt er teamet tilbake til retten og plikten til å gi informasjon etter [pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2](#).

4.4.2 Hvordan kan FACT-teamet sikre at alle i teamet har tilgang til journal?

I det norske lovverket begrenser pasientjournalloven og pasientjournalforskriften tilgangen til journalsystemet for ansatte som ikke er ansatt i den enkelte organisasjonen. Utgangspunktet er derfor at ansatte har tilgang til journalsystemer basert på hvor de er ansatt, noe som vanskeliggjør et tverrfaglig arbeid i FACT. I dag eksisterer det ikke en full god felles løsning for hvordan FACT-teamene kan dele pasientopplysninger mellom seg. Det er to praktiske løsninger på dette.

For det første tillater pasientjournalloven § 9 samarbeid om helseregistre (journaler) mellom forskjellige virksomheter. Dette gjør at de involverte tjenestene kan inngå en skriftlig avtale som definerer samarbeidets detaljer, sikkerhetsprotokoller og dataansvar.

For det andre kan pleie- og omsorgsmeldinger



Foto © Colourbox

(heretter PLO-meldinger) brukes. Ulempen med PLO-meldinger er at de ikke kan brukes til å dele løpende journalopplysninger som kan være relevante for teamet. Så selv om PLO-meldinger kan være en effektiv måte å oppfylle kravene i journalforskriften på, er det en mindre effektiv løsning sammenlignet med et felles dokumentasjonssystem.

Når man utformer avtaler om samarbeid rundt helseregistre, bør man sørge for at alle har tilgang til nødvendig pasientinformasjon. Avtalen må også overholde kravene i lovgivningen, inkludert pasientens rettigheter og sikkerhet rundt helseopplysninger. I tillegg, ved opprettelse av slike avtaler, er det viktig å spesifisere hvilke personer som får tilgang til systemer som DIPS. Man kan også benytte kjernejournal, og legge inn kritisk informasjon her.

Se [vedlegg 6](#) for eksempel på samarbeidsavtale om DIPS.

4.4.3 Hvordan skal FACT-teamet samarbeide og utveksle opplysninger med politiet?

Den 3. juli 2023 kom det oppdatert [rundskriv som klargjør samarbeidet, ansvars- og oppgavefordelingen som mellom helsetjenesten og politiet i situasjoner som involverer personer med \(antatt\) psykisk lidelse](#), med fokus på etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern.

Rundskrivet inneholder praktiske eksempler på informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og politiet, spesielt i forbindelse med vurdering og håndtering av voldsrisiko. Det understreker særlig viktigheten av å etablere lokale samarbeidsavtaler, og tydeliggjør reglene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt mellom helsetjenesten og politiet.

Reglene som gjengis er i hovedsak de samme som for andre.

- Helsepersonell er underlagt streng taushetsplikt, som fremgår av helsepersonelloven § 21.
- Helsepersonelloven gir i § 22 en rekke unntak fra taushetsplikten.

- Samtykke er det viktigste og enkleste unntaket fra taushetsplikten. Helsepersonelloven § 22 gir rett til å dele opplysninger med samarbeidende organer, også med politiet.
- Det er lov å dele opplysninger hvis de allerede er kjent for politiet (helsepersonelloven § 23 nr. 1). I tillegg er det tillatt å dele opplysninger anonymt for å drøfte konkrete problemstillinger (helsepersonelloven § 23 nr. 3).
- Helsepersonelloven § 23 nr. 4 gir helsepersonell rett, men ikke plikt, til å gi opplysninger til politiet når tungtveiende interesser gjør dette rettmessig. Unntaket gjelder når hensynet til liv, helse og samfunnssikkerhet veier tyngre enn hensynene bak taushetsplikten. Helsepersonell har i disse tilfellene opplysningsrett. Helsepersonellet kan derfor selv avgjøre om de vil utlevere opplysninger eller ikke.

(Helsedirektoratet, 2023)

Helsepersonell har plikt til å journalføre informasjon som er gitt til politiet og andre. I tillegg bør en så langt det er mulig informere personen om at opplysninger er gitt. Dette er i tråd med helsepersonelloven § 39 og § 40 og [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 tredje ledd](#).

For å sikre at de viktige opplysningene deles, er det i [helsepersonelloven § 31](#) gitt en opplysningsplikt. Bestemmelsen pålegger helsepersonell å varsle politi og brannvesen ved nødvendighet for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Plikten er knyttet til vurderingen av sannsynlighet og alvorlighet for en potensiell skadevoldende handling.

Helsepersonell plikter også å forsøke å avverge visse alvorlige forbrytelser. Denne plikten utløses dersom en kan forhindre at forbrytelser som voldtekt, seksuell omgang med barn under 14 år, betydelig kroppsskade og drap, blir begått eller gjentas, jf. [straffeloven § 196](#). Helsepersonells opplysningsplikt etter helsepersonelloven § 31 går lengre enn de situasjonene som følger av strl. § 196.

I tillegg beskriver rundskrivet en rekke scenarier hvor unntak fra taushetsplikt kan være aktuelt. For

eksempel når:

- Helsetjenesten har behov for informasjon knyttet til vurdering av risiko for vold og risikohåndtering. Politiet kan ha relevant informasjon ved risikovurderinger. For å innhente denne informasjonen, må helsepersonell opplyse politiet om pasientforholdet og formålet med innhenting.
- Man skal utarbeide risikohåndteringsplan for personer med alvorlig psykisk lidelse og antatt forhøyet risiko for utøvelse av alvorlig vold
- Det er rømning, utskriving til permisjon og utskriving til tvang uten døgnopphold. Det må vurderes konkret om politiet skal varsles i forbindelse med disse situasjonene.
- Kunnskap om våpen. Det finnes mange våpen i Norge, og varslingsplikten utløses ikke av at FACT-teamet har kunnskap om at en person har eller anskaffer seg våpen. Dersom FACT-teamet vurderer at en psykisk ustabil tilstand utgjør en risiko for at vedkommende vil bruke våpenet til å skade seg selv eller andre, vil det foreligge opplysningsplikt/rett til politiet.
- Helsepersonell trenger adgang til å anmelde straffbare handlinger begått av pasient mot helsepersonell: Helsepersonell kan bruke [§ 23 nr. 4](#) til å utgi taushetsbelagt informasjon som er nød-

vendig for anmeldelsen.

- Opplysninger om forhold kan gi grunnlag for straffansvar: Som hovedregel har helsepersonell taushetsplikt overfor politiet i forbindelse med saker om illegale rusmidler.

Den informasjon som deles, alltid skal være nødvendig og proporsjonalt. Den individuelle pasients rettigheter og behov for konfidensialitet må alltid tas i betraktning.

Opplysningsplikten gjelder opplysninger som er «nødvendig». Dersom en person er til fare for andre, skal det gis opplysninger som er nødvendige for å avverge faren. Dersom FACT-teamet får vite at en person har våpen som konkret planlegges brukt mot en person, plikter FACT-teamet å dele opplysninger som avverger faren. Opplysningsplikten omfatter da de opplysningene som er nødvendige for at politiet skal handle på riktig måte og at de kan ivareta sikkerheten til både politiet og andre.

Dersom FACT-teamet kjenner til at det er lagret illegale rusmidler, og det ikke er knyttet til fare, vil opplysningsplikten ikke omfatte disse opplysningene. Spørsmålet er hva som er nødvendig for å avverge faren.



Ingen av unntakene fra taushetsplikten kan brukes for å bidra til politiets etterforskning av straffbare forhold. Personer skal kunne snakke åpent med helsepersonell uten å risikere å snakke seg inn i en straffesak. Opplysningsplikten gjelder kun der en kan avverge alvorlig kriminalitet.

Dette begrenser klart helsepersonellens adgang til å besvare på spørsmål fra politiet. Selv om politiet spør helsepersonell om personer, også ved tilfeller der opplysningsplikten er utløst, må helsepersonellet selv vurdere hvilke opplysninger som er unntatt fra taushetsplikten og hvilke opplysninger som er nødvendige å gi.

En praktisk utfordring er samarbeidet med politiets forebyggende tjenester. Dersom personen samtykker til å dele opplysninger med politiet, er det gjerne med tanke på forebyggende virksomhet. Normalt må det antas at personer ikke samtykker til å dele opplysninger som gjør at de vil bli straffet. I prinsippet kan alle opplysninger brukes av politiet til etterforskning. Dersom personer blir straffeforfulgt som følge av at FACT-teamet har delt opplysninger, vil det kunne oppstå et alvorlig tillitsproblem.

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) gav ut en [rapport](#) om Kongsbergdrapene i 2021. En viktig lærdom fra rapporten er betydningen av god informasjonsflyt.

Rapporten fremhever at helsetjenestene kom til kort fordi den personen rapporten omhandlet falt mellom to stoler. For syk for straff og for frisk for tvunget psykisk helsevern.

Både pårørende og politiet hadde viktige opplysninger som helsetjenestene ikke hadde kjennskap til. Helsetjenestene manglet nødvendig informasjon for å kunne ta gode beslutninger om diagnose, voldsrisiko, vilkår for tvunget psykisk helsevern og behov for oppfølging. Pårørende ble ikke tilstrekkelig involvert i prosessen rundt vurderinger av behovet for tvunget psykisk helsevern.

Rapporten fremhever behovet for tetter og bedre samhandling mellom ulike sektorer, som helse-, kommune- og justissektoren, og en mer helhetlig

håndtering av personer som har en alvorlig psykisk lidelse og økt voldsrisiko.

I det aktuelle tilfellet kan det se ut som ingen som alene hadde nok informasjon til å utløse opplysningsplikten, men at det samlet var nok informasjon til det skulle vært reagert (UKOM, 2021).

Viktige læringspunkter for FACT kan være at teamene kan være sentrale i å innhente en slik samlet informasjon uten å krenke taushetsplikten.

Før de gjør det bør de vite hva det foreligger samtykke til, vite at taushetsplikten ikke gjelder for opplysninger som er kjent fra før, og kjenne til at det er opplysningsplikt ved fare.

Pårørende vil som regel vite at en person har vært i kontakt med helsevesenet. Dersom FACT-teamet ringer kjente pårørende og spør hvordan det går med personen, vil en ikke gi opplysninger som ikke er kjent for personen fra før. Derfor vil dette ikke være brudd på taushetsplikten. De pårørende har ingen taushetsplikt, og kan fritt dele opplysninger. En del pårørende kan imidlertid vegre seg for å dele opplysninger på grunn av at det kan gå utover relasjonen til sine nære.

Dersom FACT-teamets behandling og oppfølging av personen allerede er kjent for andre instanser som kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester, politi, barnevern, skole og NAV, vil det ikke være å gi nye opplysninger hvis man kontakter disse. Hver instans for seg må på selvstendig grunnlag vurdere om de har unntak fra egen taushetsplikt. Det kan også være at de har samtykke fra brukeren til å dele opplysninger. Dersom FACT-teamet deler en bekymring kan det også hende det utløser en opplysningsrett eller en opplysningsplikt hos flere instanser.

Dersom FACT-teamet ikke får kontakt med en person, kan det være et tegn på forverring, for eksempel psykose. Dersom dette kan indikere at en opplysningsrett eller en opplysningsplikt kan utløses, vil det være riktig å forsøke å innhente opplysninger med det formål å avklare bekymringen. Dersom flere instanser ikke får kontakt med personen, må det vurderes om det samlet gir grunnlag for eksempelvis



Foto © Colourbox

tvungen legeundersøkelse etter [psykisk helsevernloven § 3-1](#).

Helsepersonell har plikt til å journalføre informasjon som er gitt til politiet og andre. I tillegg bør en så langt det er mulig informere personen om at opplysninger er gitt. Dette er i tråd med helsepersonelloven [§ 39](#) og [§ 40](#) og [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6](#) tredje ledd.

For å sikre at de viktige opplysningene deles, er det i [helsepersonelloven § 31](#) gitt en opplysningsplikt. Bestemmelsen pålegger helsepersonell å varsle politi og brannvesen ved nødvendighet for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Plikten er knyttet til vurderingen av sannsynlighet og alvorlighet for en potensiell skadevoldende handling.

Helsepersonell plikter også å forsøke å avverge visse alvorlige forbrytelser. Denne plikten utløses dersom en kan forhindre at forbrytelser som voldtekt, seksuell omgang med barn under 14 år, betydelig kroppsskade og drap, blir begått eller gjentas, jf. [straffeloven § 196](#). Helsepersonells opplysningsplikt etter [helsepersonelloven § 31](#) går lengre enn de situasjonene som følger av strl. § 196.

4.5 Manglende samtykkekompetanse

4.5.1 Når kan man gi helsehjelp ved manglende samtykkekompetanse?

All helsehjelp i FACT-teamet er som tidligere beskrevet basert på samtykke. Av og til kan brukere, av ulike grunner, mangle samtykkekompetanse. Manglende samtykkekompetanse innebærer at personen

ikke rettslig kan samtykke til det personen mangler samtykkekompetanse til.

Ved manglende samtykkekompetanse er det flere regler for hvordan helsehjelp kan gis uten at personen samtykker:

[Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-6](#) første ledd, sier at helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som er av lite inngripende karakter, med hensyn til omfang og varighet, skal ytes så lenge pasienten ikke yter motstand mot helsehjelpen.

Forenklet sier denne regelen at så lenge tiltaket er lite inngripende og personen ikke gjør motstand, så skal helsehjelpen bare utføres. Vi har tidligere vært inne på at en person som er samtykkekompetent kan samtykke være basert på stilltiende aksept.

En person som ikke yter motstand mot noe en er informert om, vil vise det ved stilltiende aksept. Dermed kan det, uavhengig av samtykkekompetanse, gis helsehjelp av lite inngripende karakter overfor en person som ved sine handlinger og væremåte viser at hen aksepterer helsehjelpen.

Følgen av dette er at det ikke kreves vurdering av samtykkekompetanse om FACT (1) yter helsehjelp utenom TUD, (2) som er lite inngripende og (3) personen ikke gjør motstand mot. [Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-6](#) andre ledd. Situasjonen er den samme som i første ledd- personen mangler samtykkekompetanse, og yter ikke motstand. Forskjellen fra første ledd er at helsehjelpen nå utgjør et «alvorlig inngrep».

I slike tilfeller krever bestemmelsen at en skal vurdere om personen ville ha samtykket til helsehjelpen, dersom personen var samtykkekompetent. Dette krever en interessevurdering, der det skal vurderes om behandlingen er i pasientens beste interesse. For å belyse denne vurderingen skal pårørende om mulig kontaktes. I tillegg skal avgjørelsen diskuteres med en annen som kunne tatt samme beslutningen og vurderingen skal journalføres.

Selv om personen ikke gjør motstand, kreves det en mer inngående vurdering ved «alvorlige inngrep»

der personen mangler samtykkekompetanse. Derfor må det ved alvorlige inngrep besluttes manglende samtykkekompetanse der den mangler.

Det er en skjønsmessig overgang fra «lite inngripende» til «alvorlige inngrep», og vurderingstema er «omfang og varighet». Eksempler på alvorlige inngrep er operasjoner, beslutninger om å gi reseptbelagte medisiner eller oppfølging av livstruende fysisk sykdom.

Kun der en person mangler samtykkekompetanse, skal det besluttes. Det betyr at om en har vært i tvil, har vurdert og landet på at en person er samtykkekompetent, så krever det ingen beslutning. [Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3](#) sier at det kan besluttes manglende samtykkekompetanse dersom det er «åpenbart» at personen ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Kravet «åpenbart» gjør at det må kreves klare holdepunkter for at det skal tas beslutning om manglende samtykkekompetanse. At det ytes motstand mot en rimelig helsehjelp er et klart holdepunkt som gjør at spørsmålet om samtykkekompetanse kan vurderes. Samtidig er det ikke slik at personer som er uenig med helsepersonell, dermed mangler samtykkekompetanse. Det skal noe mer til.

Om vi sammenligner alvorlige inngrep og lite inngripende tiltak, for en person som ikke gjør motstand, er forskjellen i realiteten en kvalitetssikring av beslutningen. Der samtykkekompetansen mangler vil det gjøre det vanskeligere for personen stille de gode spørsmålene. Formålet med å vurdere samtykkekompetanse her er å utløse kvalitetssikring som en ekstra vurdering, at det er i tråd med personens vilje og dokumentasjonskrav.

Regelen er utformet slik at samtykkekompetanse kun aktualiseres enten om noen gjør motstand mot helsehjelpen, eller det er et alvorlig inngrep. Ved ikke alvorlige inngrep overfor personer som ikke gjør motstand kan det være to rettsgrunnlag; samtykke ved stilltiende aksept etter [pasient og brukerrettighetslovens § 4-1](#) eller hjemmelen for lite inngripende helsehjelp uten motstand i [§ 4-6](#) første ledd. Ingen av disse reglene krever vurdering av samtykkekompetanse og ingen av reglene krever spesielle vurderin-

ger.

[Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#) andre ledd, som regulerer bortfall av samtykkekompetanse, sier: «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.»

Det følger tre vilkår fra bestemmelsen for bortfall av samtykkekompetanse:

1. Sykdomsvilkår: Det må foreligge en sykdom eller mental svekkelse.
2. Årsakssammenheng: Det må være en årsakssammenheng mellom sykdommen og manglende samtykkekompetanse.
3. Manglende forståelsesevne: Personen må åpenbart ikke være i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Avgjørelsen må skje basert på en klinisk vurdering og må begrunnes. Høyesterett har behandlet saken i flere saker. I [HR-2018-2204](#) oppsummeres regelen fint i avsnitt 63: «Det avgjørende må derfor være i hvilken grad sykdommen påvirker personens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. En person som på grunn av sykdommen ikke evner å forstå følgene av å motsette seg behandling, vil derfor ikke ha samtykkekompetanse».

Bortfall av samtykkekompetanse er ikke en statisk tilstand, men kan variere avhengig av hvilken helsehjelp som vurderes. Dette følger av lovens formulering om at samtykkekompetansen kan bortfalle «helt eller delvis». Vurderingen gjelder kun for de områdene der det antas at pasienten ikke er i stand til å ta en informert avgjørelse. Dette betyr at en pasient kan ha samtykkekompetanse for enkelte tiltak, men ikke for andre mer komplekse eller inngripende tiltak. I praksis for FACT-team innebærer dette at en person som mangler samtykkekompetanse for tiltak på TUD, kan være samtykkekompetent i alle andre spørsmål.

[Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 A](#) gir

hjemmel, prosedyrer og vilkår for helsehjelp som personer gjør motstand mot. Kapitlet slår fast at «undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke» likevel bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven.

For personer uten samtykkekompetanse ser vi altså at pasient- og brukerrettighetsloven har to regler der personen ikke gjør motstand og én regel der en person gjør motstand. Likevel så ser vi at loven sier at behandling av psykisk lidelse skal skje etter psykisk helsevernlovens regler.

Det er laget strenge regler for å bruke tvang i psykisk helsevern. Lovgiver har vært opptatt av å unngå et «etosporet system» som har gitt risiko for omgåelse av de strenge vilkårene for å bruke tvang i psykisk helsevern. Derfor er det lagt inn følgende presisering i [pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3](#) femte ledd: «Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje...» med hjemmel i tvangsreglene i psykisk helsevernloven.

For å operasjonalisere dette noe, så har de fleste personer med vedtak om tvungent vern uten døgnopphold (TUD-vedtak) en alvorlig sinnslidelse og manglende samtykkekompetanse om det tvungne vernet. Om vi tar regelen i [pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3](#) femte ledd på ordet, så kan bare undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos TUD pasienter skje basert på tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven.

TUD vedtak er dermed det fjerde regelsettet som kan brukes for å gi helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse.

TUD vedtak er fattet av vedtaksansvarlig i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av lovens nærmere vilkår. En del av vedtaket er normalt beslutningen om samtykkekompetanse. Når FACT-teamet gir bistand i forbindelse med et TUD vedtak, skal teamet normalt forholde seg til beslutningen om samtykkekompetanse. Det kan tenkes unntak der person klart har gjenvunnet sin samtykkekompetanse. Dersom ved-



taket ikke er fattet etter farekriteriet, vil ikke vedtaket være gyldig lengre, og FACT teamet må vurdere om samtykke da er grunnlaget.

Beslutningen om manglende samtykkekompetanse er knyttet til vedtaket. Det innebærer at en person kan mangle samtykkekompetanse i spørsmålet om medisinerings eller undersøkelse, men kan ha samtykkekompetanse i alle andre tiltak som FACT-teamet tilbyr. Med andre ord kan personen være samtykkekompetent med tanke på det FACT bistår med utenom TUD.

4.5.2 Hva omfatter TUD-vedtakene?

Psykisk helsevernloven sier at TUD-vedtak bare kan «omfatte pålegg overfor pasienten om fram møte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. TUD vedtaket er altså avgrenset til «undersøkelse», «behandling» og nødvendig «avhenting». Undersøkelse viser til tvungen observasjon etter [psykisk helsevernlovens § 3-2](#). Behandling viser vedtak om tvangsmedisinering eller tvangsernæring etter [psykisk helsevernloven § 4-4](#). Avhenting knyttes

til gjennomføringen av disse to vedtakene.

TUD-vedtaket kan gi pålegg om frammøte til undersøkelse og behandling. Et FACT-team kan og skal yte langt flere tjenester (heretter kalt psykososial støtte) enn det som kan inkluderes i et TUD-vedtak. Samtidig som psykososial støtte ikke kan inkluderes i et TUD-vedtak, vil det ofte regnes som «undersøkelse og behandling av psykisk lidelse». Imidlertid krever regelen i [pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3](#) femte ledd at »undersøkelse og behandling» av psykisk lidelse bare kan skje etter tvangsreglene i psykisk helsevernloven.

Dette reiser spørsmålet:

Ordlyden i [pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3](#) femte ledd krever at psykososial støtte til personer med TUD-vedtak som mangler samtykkekompetanse skal skje etter psykisk helsevernlovens tvangsregler. Samtidig har vi sett at det ikke er gitt noen tvangsregler for psykososial støtte. Vi har også sett at hensynet til pasientens beste er den bærende begrunnelsen for reglene.

Man kunne sagt at person med TUD-vedtak er samtykkekompetent i spørsmålet om psykososial støtte. Det er imidlertid slett ikke alltid være tilfellet, og der en må fastslå at personen mangler samtykkekompetanse til den psykososiale støtten, vil virkningen være at FACT-teamet ikke kan tilby hjelp. Dersom personen ikke yter motstand og teamet mener ytelser bør gis, vil det være meningsløst og kontraproduktivt å stanse ytelsene i et slikt tilfelle.

FACT-teamet måtte da også løpende vurdere samtykkekompetansen, og fravær av samtykkekompetanse vil gi personer med alvorlig psykisk lidelse og manglende samtykkekompetanse et vesentlig dårligere tilbud enn personer med alvorlige somatiske lidelser som også mangler samtykkekompetanse. Dette vil lett være diskriminerende i strid med [Grunnlovens § 98](#) og [EMK artikkel 14](#). Tolkning vil gjøre livet vanskeligere for disse personene, begrense FACT-teamenes arbeid, utløse tvilsomme tolkninger av samtykkekompetanse og utløse flere institusjonsinnleggelsler. Vi mener derfor bestemmelsen ikke kan

tolkes slik.

Tiltakene som kan skje med grunnlag i TUD, pålegg om medisiner og frammøte for innleggelse, må kategoriseres som alvorlige inngrep etter pasient- og brukerrettighetslovens system. Alt tyder på at det er nettopp disse tiltakene som ikke skal ha et tosporet system, derfor kreves det egne vedtak etter psykisk helsevernloven for disse tiltakene.

Frasen «undersøkelse og behandling» i [pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3](#) femte ledd må tolkes i tråd med psykisk helsevernlovens bestemmelse om TUD. Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3 femte ledd må forstås slik: «Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser, som det kan fattes TUD vedtak om, hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3.» «Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser, som det kan fattes tvangsvedtak om hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje...» med hjemmel i tvangsreglene i psykisk helsevernloven.

Alle andre deler av FACT-teamets arbeid enn det som følger av TUD vedtak, må skje basert på enten samtykke eller pasient- og brukerrettighetslovens regler om manglende samtykkekompetanse. Det viktigste er om personen gjør motstand mot det FACT-teamet ønsker å gjøre. Motstanden skal respekteres, og om den ikke overvinnes ved godt FACT-arbeid, kan det oppstå spørsmål om behov for tvangsvedtak, og dette behandles ett annet sted. I tillegg må FACT-teamet gjøre en kvalitetssikring av beslutningen dersom en skal gjøre alvorlige inngrep utenom TUD overfor personer uten samtykkekompetanse.

Dermed er det aller viktigste å arbeide slik at det ikke ytes motstand og der motstand oppstår må en finne måter å løse uenighetene på. Det er jo også noe av kjernevirksomheten i FACT: å jobbe oppsøkende, på fleksible og kreative måter, og legge til rette for tillitsfull kontakt og gode hjelperelasjoner.



Foto © Colourbox

4.6 Ivaretagelse av egen sikkerhet

4.6.1 Hva kan FACT-teamet gjøre for å ivareta egen sikkerhet hvis en bruker er voldelig eller truende?

Forholdet mellom teamets arbeidsmiljø og sikkerhet på den ene side, og brukers rettigheter på den andre, kan være en vanskelig balanse.

[Arbeidsmiljølovens kapittel 4](#) gir ansatte i FACT-teamet rett til et arbeidsmiljø som er forsvarlig med tanke på helse, miljø, sikkerhet og velferd. Dette gjør at ansatte ikke skal utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden. Ansatte skal også, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

Denne rettigheten sikres blant annet ved at arbeidsgiver etter reglene i [arbeidsmiljølovens kapittel 3](#) plikter å kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risikoforholdene i virksomheten, utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere risikoen.

Det er altså et lederansvar å ivareta sikkerheten. I praksis skal ledelsen stille krav til et systematisk arbeid med risikovurdering, forebygging og beredskap. Dette anser vi som en selvfølgelig og integrert del av god faglig praksis i FACT. Gjennom godt faglig arbeid og et godt samarbeid med brukeren kan man ofte finne praktiske løsninger for å forebygge og håndtere risiko for vold. Dette beskrives mer inngående i [kapittel 3](#).

På tross av godt forebyggende arbeid, vil det i FACT kunne oppstå situasjoner som gjør at ansatte først og fremst må ivareta egen sikkerhet. Selv om ansatte i FACT-teamet er helsepersonell, er de også borgere og arbeidstakere med rett til å beskytte seg selv og andre.

FACT-ansatte kan ikke begrunne arbeidsrelaterte handlinger utelukkende basert på nødrett eller nødverge. Men, dersom en farlig situasjon oppstår, kan ansatte i FACT, på samme måte som alle andre, beskytte seg og andre mot ulovlige angrep innenfor de strafferettslige rammene av nødrett og nødverge (straffelovens §§ [17](#) og [18](#)).

Nødrettsreglene er straffrihetsgrunner som gjør at en ikke blir straffet for sine handlinger. De er ikke et grunnlag for at offentlig ansatte kan gjøre inngrep som en del av jobben sin. Det betyr at hver situasjon må håndteres for seg selv, med tanke på hvor potensielt farlig situasjonen er.

Nødrett og nødverge, som beskrevet i [straffelovens §§ 17 og 18](#), tillater individer, inkludert FACT-team-medlemmer, å beskytte seg selv og andre mot ulovlige angrep. Det er viktig å handle som en privatperson i slike situasjoner, og fortløpende vurdere hva som er nødvendig og forsvarlig, og vurdere hvordan man ville håndtert situasjonen utenfor en profesjonell kontekst.

Nødrett kan innebære at man trekker seg unna, kontakter politiet, eller i noen tilfeller forsvarer seg selv. Rommet for selvforsvar er stort, men selvforsvar bør alltid være siste utvei. Det er viktig å vurdere hva som er nødvendig i den gitte situasjonen, og aldri bruke mer makt enn nødvendig.

4.7 Oppsummering

- Det er ikke anledning til å gi informasjon eller yte tjenester i FACT uten samtykke, hvis det ikke foreligger konkrete unntak som følger av lov-hjemler.
- For å unngå motstand og avvisning er det viktig å jobbe aktivt oppsøkende på kreative måter, med mål om å fremme tillit, og etablere/opprettholde samtykke.
- Det er ingen formkrav til samtykke. Samtykke kan være uttrykkelig (skriftlig eller muntlig) eller stilltiende. Så lenge personen ikke uttrykkelig nekter samhandling med FACT-teamet eller handler på måter som gir konkrete holdepunkter for at helsehjelpen ikke er ønsket, vil det være tilstrekkelig grunnlag til å gi informasjon og innledende tjenester.
- Hvis en bruker ikke vil motta informasjon eller helsehjelp skal dette journalføres.
- Taushetsplikten er et sterkt forbud, begrunnet i respekt for den enkeltes personvern og integritet, samt behovet for tillit mellom helsepersonell og pasient. Det finnes lovbestemte unntak fra taushetsplikten som både tillater og pålegger helsepersonell å dele informasjon i spesifikke situasjoner.
- Den enkleste måten å sikre at opplysninger kan deles både i teamet og med samarbeidspartnere er at det innhentes samtykke, aller helst skriftlig.
- Utveksling av informasjon med politiet er i hovedsak underlagt de samme rettsregler som informasjonsdeling med andre samarbeidsaktører
- Det er lov å dele opplysninger hvis de allerede er kjent. Taushetsplikten gjelder ikke for opplysninger som er kjent fra før.
- Helsepersonell har en opplysningsplikt hvor de pålegges å varsle politi og brannvesen ved nødvendighet for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.
- Manglende samtykkekompetanse innebærer at personen ikke rettslig kan samtykke til det personen mangler samtykkekompetanse til. Det er flere regler for hvordan helsehjelp kan gis uten at personen samtykker, både i pasient- og brukerrettighetsloven og i psykisk helsevernloven.
- Ved TUD skal alle andre deler av FACT-teamets arbeid enn det som følger av TUD-vedtak, være basert på enten samtykke, eller pasient- og brukerrettighetslovens regler om manglende samtykkekompetanse. Utenfor TUD-vedtakene er det avgjørende om personen gjør motstand mot det FACT-teamet ønsker å gjøre. Motstanden skal respekteres, om den ikke overvinnes ved å jobbe på måter hvor man oppnår tillitsfull kontakt og samtykke.
- FACT-ansatte kan ikke begrunne rutinemessige arbeidsrelaterte handlinger utelukkende basert på nødrett eller nødverge. Men, dersom farlige situasjoner oppstår, kan ansatte i FACT, på samme måte som alle andre, beskytte seg og andre mot ulovlige angrep innenfor de strafferettslige rammene av nødrett og nødverge.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

- Ved pålegg om medisiner, tvangsernæring og fremmøte til undersøkelse etter TUD vedtak, skal FACT teamet forholde seg til vedtaket. Det har normalt ingen betydning om det ikke foreligger samtykke på grunn av manglende samtykkekompetanse.
- Dersom FACT skal (1) yte helsehjelp utenom TUD, (2) som er lite inngripende og (3) personen ikke gjør motstand, kreves ikke vurdering av samtykkekompetanse.
- Dersom FACT skal (1) yte helsehjelp utenom TUD, (2) som er et alvorlig inngrep, (3) overfor en person uten samtykkekompetanse, (4) som ikke gjør motstand, krever pasient- og brukerrettighetslovens § 4-6 et konstruert samtykke, konferering og journalføring.
- Dersom FACT skal (1) yte helsehjelp utenom TUD, (2) overfor en person uten samtykkekompetanse, (3) som gjør motstand, kreves vedtak etter pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A.

KILDER

Arbeidsmiljøloven. (2023). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV--2023-06-16-37)- Lovdata.

Grunnloven. (1814).Kongeriket Norges Grunnlov (LOV1814-05-17). Lovdata.

Helsedirektoratet. (2023). *Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse - oppgaver og samarbeid* (revisjon av rundskriv 2012/007 (IS-5/2012)) [Rundskriv].

Helsedirektoratet (2019). *Når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi informasjon videre* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 02. mai 2019, lest 28. mai 2024).

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

Pasientjournalloven. (2014) *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (LOV-2014-06-20-42). Lovdata.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata.

Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata.

UKOM. (2021). *Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand?* [Rapport 5-2021] Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgssektoren.



Foto © Colourbox

A photograph of a person standing in the opening of a large, dark cave. The person is looking out towards a bright, open landscape with green grass and rocky terrain. The cave's interior is dimly lit, while the light from the opening creates a strong contrast and a warm glow on the cave walls.

5 OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE FOR FACT I NORGE

Kapittelet er under utarbeiding.

6 RESSURSER



Foto © Colourbox

Kapittelet er under utarbeiding.

VEDLEGG

VEDLEGG 1 SAMARBEIDSAVTALE MELLOM EN KOMMUNE OG DPS

SAMARBEIDSAVTALE OM FACT MELLOM KOMMUNE A OG HELSEFORETAKET

1 Innledning

A kommune og Helseforetaket har siden 2016 samarbeidet om å drifte et Flexible Assertive Community Treatment-team (FACT-team), som en del av et nasjonalt prosjekt initiert og anbefalt av Helsedirektoratet. Samhandlingsteam som FACT er forankret i Delavtale 2a. For A kommune også i kommunens Plan for psykisk helsearbeid og for Helseforetaket i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Den norske betegnelsen på denne type team er: Lokalbaseret, fleksibelt, aktivt oppsøkende behandlingsteam. Tidligere avtaler om etablering og drift har blitt midlertidig forlenget.

Denne avtalen danner grunnlaget for videreføring av et varig samarbeidet om et felles FACT-team i ordinær drift.

2 Avtaleparter

Denne avtalen er inngått mellom A kommune og Helseforetaket.

3 Formål med avtalen

Formålet med avtalen er å regulere driften av et felles FACT-team mellom to likeverdige parter for innbyggere i A kommune. Avtalen skal regulere ansvarsforhold, oppgavefordeling og økonomi for driften av FACT-teamet.

Avtalen skal også sikre at teamet arbeider etter FACT-modellen. FACT-modellen er utdypet i Etableringsbok for ACT-team og FACT-team (NAPHA, rapport nr. 1/2018)

4 Målgruppen for avtalen

Målgruppen for avtalen er voksne personer som har alvorlige psykiske helseutfordringer og/eller rusproblem over tid, med nedsatt funksjon på flere livsområder der separate tjenester fra helseforetaket eller kommunen ikke har vært tilstrekkelig for å oppnå stabilitet og bedring.

FACT-teamet gir målgruppen et oppfølgings- og behandlingstilbud på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste for å sikre at de blir møtt og fulgt opp med samme faglighet i hele behandlingsskjeden. Teamet arbeider langsiktig og har et recovery-, mestrings- og rehabiliterende perspektiv. Tilnærmingen er tverrfaglig og innholdet tilpasset den enkelte brukers behov.

Nærmere detaljer for målgruppe og inntakskriterier finnes i vedlegg til denne avtalen; Fact Pasientforløp.

5 FACT-modellen - roller i teamet og arbeidsoppgaver

FACT-teamet er en egen faglig vurderings- og behandlingsenhet. FACT-S eies som et samhandlingsteam av Helseforetaket og A kommune. Leder for teamet rapporterer både til leder for enheten og leder for DPS.

Krav til journalføring følger av journalforskriften. I påvente at en felles journaløsning journalfører FACT i to fagsystem som pr nå er DIPS og PROFIL.

Begge virksomhetene har ansvar for å bidra til faglig forsvarlige tjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

6 Organisering av FACT

FACT eies som et samhandlingsteam av A kommune og Helseforetaket i felleskap.

6.1 Eiermøte

Det skal årlig være et eiermøte i FACT. Eiermøtet består av leder for enheten og klinikkssjef for Klinikk psykisk helsevern voksne.

I møtet skal en gjennomgå samarbeidsavtalen og avklare årlige økonomiske og driftsmessige rammer og eventuelt øvrige aktuelle problemstillinger i driften av FACT-teamet.

Ved ledighet i stillingen som daglig leder av FACT-teamet tas spørsmålet om hvor ansettelsesforholdet for denne stillingen skal ligge.

6.2 Leder av FACT

FACT-teamet har en felles faglig og administrativ ledelse.

Leder i FACT-teamet møter etter fast struktur på ledermøter i DPS.

Enheten, A kommune, har ansvar for egnede lokaler, daglig drift og økonomistyring. Se også pkt 8.

6.3 Arbeidsgiveransvar og ansettelser

Kommunen har arbeidsgiveransvar for de som er ansatt i kommunen og helseforetaket for sine.

Begge parter rekrutterer ved ledighet i sine stillinger. Leder i FACT deltar i alle ansettelsesprosesser i teamet. Den endelige tilsetting skjer av aktuell arbeidsgiver. Leder av FACT ansettes av partene i fellesskap.

7 Størrelse, fagsammensetning og fagutvikling i FACT-teamet

FACT-teamet bemannes i henhold til FACT-modellen og Helsedirektoratets utdyping av denne. Teamet gir tjenester både i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven, Pasient og brukerrettighetsloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Psykisk helsevernloven og må ha tilstrekkelig kompetanse både på spesialisthelsetjenestenivå og kommunehelsetjenestenivå.

FACT skal ha minimum følgende sammensetning (årsverk) når en legger et pasientgrunnlag på 100 til grunn:

Modellen	Faktisk
Psykiater	0.4 (HF)
Psykolog, fortrinnsvis spesialist	1.0 (HF)
Merkantil ansatt	0,25 (SK) Enkelte oppgaver ivaretas i tillegg av merkantil i (HF). Avklaringer i første eiermøte.
Brukerspesialist	2.5- (SK)
Avdelingsleder	1.0 (SK) på nåværende tidspunkt, jf. avtalens pkt. 6.1. Stillingen dekker hele avdeling ROP.
Fagleder FACT	1.0 (SK)
NAV-veileder	0,5 (SK)
Case manager	Case manager 7.0 (SK) Case manager 1.0 (HF) Personer med helse- og/eller sosialfaglig utdanning på Høyskole/Universitetsnivå, fortrinnsvis med relevant videreutdanning/master

En skal tilstrebe å ha kompetanse i teamet i henhold til modellen. De ansatte skal ha gjennomført eller få tilbud om det nasjonale opplæringsprogrammet som tilbys fra Helsedirektoratet

8 Dokumentasjon/journalføring

Teamet dokumenterer i de to partenes journalsystem og utveksler informasjon i henhold til aktuelle lover og retningslinjer.

9 Økonomi og finansiering

Hver av partene finansierer de stillingene de har arbeidsgiveransvar for. Dette inkluderer vikarer ved sykefravær og ved permisjoner av lengre varighet, herunder spesialistpermisjoner, samt utgifter til kurs-, etterutdanning, videreutdanning og profesjonsveiledning. Inntekter av konsultasjoner i regi av FACT går til Helseforetaket.

Utgifter til stillinger og drift for øvrig, tas innen rammen for hhv DPS, Helseforetaket og avdeling ROP i enheten, A kommune.

Driftsutgifter i teamet, utenom lønn og utgifter til kompetanseutvikling, fordeles forholdsvis til partene etter antall ansatte i teamet fra hhv kommunen og Helseforetaket. Fordelingsnøkkelen er ved avtaleinngåelse er 13/3, dvs 81 prosent kommune og 19 prosent Helseforetaket, og reguleres årlig ved eventuell endring i antall ansatte.

FACTs lokaler skal ligge i sentrum av A og være egnede for formålet. Kommunen er ansvarlig for leieforholdet. Partene skal være enige om eventuelle endringer i lokaler. Utgiftene til husleie fordeles i tråd med fordelingsnøkkelen for antall ansatte.

Fra 2021 faktureres Helseforetaket for kr 270 000,- pr år og beløpet reguleres årlig. Dette dekker husleie og driftsutgifter til husleie, renhold, avfall, lisenser og serviceavtaler, telefon/mobil og bil inkl utgifter knyttet til bilordning. Driftsbudsjettet til slike utgifter utarbeides årlig i tråd med kommunens økonomireglement og er tema i årlig eiermøte. Utgiftene avregnes og faktureres Helseforetaket halvårlig.

Avtalens punkt om økonomi og finansiering revideres når det foreligger endringer i statens bestemmelser om finansiering eller tverrfaglig poliklinisk behandling, eller andre forhold av betydning for partenes drift av FACT.

10 Varighet, endring og oppsigelse av avtalen

Denne avtalen gjelder fra 01.01.2021. Avtalen skal gjennomgås i årlig eiermøte.

Avtalen kan endres ved enighet mellom partene. Endringer i avtalen skal gjøres skriftlig, dateres og underskrives av partene.

Partene forplikter seg til å gjøre endringer i hele eller deler av avtalen som følge av endringer i lov, forskrift, veiledere, finansieringsordninger eller ved endringer av rutiner og/eller organisasjonsendringer som har betydning for avtalen. Partene kan si opp denne avtalen med 12 måneders varsel. Varsel om oppsigelse skal være skriftlig. Oppsigelsestiden løper fra og med måneden etter skriftlig oppsigelse er sendt.

Ved vesentlig mislighold av betalingsforpliktelser kan partene heve avtalen med umiddelbar virkning, uten kostnad. Ved et eventuelt opphør av FACT forplikter partene seg til å sikre at pasientene fortsatt har et forsvarlig og koordinert tjenestetilbud.

11 Tvist

Uenighet mellom partene om forhold knyttet til denne avtalen skal forsøkes løst ved forhandlinger. Ved betalingsmislighold kan partene kreve forsinkelsesrenter i henhold til lov om renter ved forsinket betaling av 17. desember 1976 nr. 100

12 Dato og signaturer

Vedlegg til avtalen: FACT - pasientforløp

VEDLEGG 2 SAMARBEIDSAVTALE MELLOM DPS OG FLERE KOMMUNER

SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE A, B OG C OG SYKE- HUSET HF OM ETABLERING OG DRIFT AV FACT-TEAM I PROSJEKTPERIODEN 2022-2025

1 Innledning/Bakgrunn

3 av 4 kommuner i FYLKE/REGION og HF, har i 2021 etablert et samarbeid rundt forprosjekt FACT (Flexible Assertive Community Treatment team) med tilskuddsmidler fra Statsforvalteren i X. Hensikten med prosjektet er å etablere et helhetlig koordinert tilbud til målgruppen i A, B og C kommuner, samt styrke og utvikle samarbeid og kompetanseoverføringer mellom behandlingsnivå.

Etter forprosjektperioden er det besluttet at A, B og C kommune sammen med HF søker tilskudd til etablering av FACT-team i 2022. Statsforvalteren utbetaler tilskudd når det foreligger en underskrevet samarbeidsavtale.

Målgruppen til FACT-team er personer over 18 år med alvorlige psykiske lidelser og funksjonsfall på flere livsområder hvor det er behov for langvarige og sammensatte tjenester. Herunder pasienter med vedtak om tvunget vern uten døgnopphold (TUD) jf. Lov om psykisk helsevern.

Det er ønskelig med jevnlig evaluering av FACT-teamet for å kunne vurdere om tilbudet har hatt en positiv effekt på pasient og pårørende. Det vil derfor beregnes utgifter knyttet til følgeforskning og fidelitetsmåling i budsjettet.

2 Formål

Formålet med avtalen er å sikre samarbeidet om drift av FACT-teamet i prosjektperioden med intensjon om mer permanent etablering. Avtalen skal klargjøre faglige premisser, ansvarsforhold, oppgavefordeling og økonomiske forpliktelser i driften av FACT-teamet.

3 Avtaleverk og faglige premisser

Partene forholder seg til følgende avtaleverk og faglige retningslinjer ved inngåelse av denne avtalen:

- a) FACT Handbok og ACT Handbok
- b) Etableringshåndbok ACT/FACT
- c) Tilskuddsordningen: Tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte tjenester
- d) Overordnet samarbeidsavtale mellom kommunene og HF, juni 2020
- e) Tjenesteavtale 2 mellom kommunene og HF, juni 2020

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til det er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61, og senere endringer
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr 63, og senere endringer
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64 og senere endringer
- Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr 29.
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr 62 med forskrifter

Listen er ikke uttømmende. Også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover.

4 Prosjektorganisering

FACT-teamet er organisert som et samarbeidsprosjekt mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten med finansiell støtte fra Statsforvalteren i X. Prosjektet har en styringsgruppe, en arbeidsgruppe og en prosjektleder som er ansatt i 40% stilling fram til 01.04.22. Denne har ansvar for framdrift i samarbeid med styringsgruppa. Etter 01.04.22 vil prosjektleder i samarbeid med seksjonsleder følge prosjektet og sikre fremdrift og kontinuitet frem til teamleder er på plass og klar til å overta prosjektet. Når teamet er etablert, har teamleder ansvar for daglig drift i teamet og skal rapportere til styringsgruppa.

4.1 Styringsgruppe

Denne skal være et besluttsende organ innenfor vedtatte budsjettammer og målsettingen til prosjektet. Dette gjelder både driften av teamet, prosjektledelse og evaluering av prosjektet. Unntatt er beslutninger som reguleres av lovgrunnlag for ytelse av tjenester i teamet. Styringsgruppen skal sammensettes av representanter fra samarbeidspartnere, brukerrepresentant og ansatte representant. HF A og C kommune stiller med 2 representanter hver. A og B kommune stiller med en representant hver. NAV deltar i styringsgruppen fra A kommune. Ledelse av styringsgruppen ivaretas av seksjonsleder ved HF.

5 Størrelse og fagsammensetning i FACT-teamet

FACT-teamet bemannes i henhold til FACT-modellen. FACT-teamet har ansvar for å gi behandling, rehabiliteringstjenester og oppfølging til målgruppen.

FACT-teamet skal bidra til at en sårbar og utsatt pasientgruppe får tilgang og hjelp til sammenhengende, helhetlige og godt koordinerte tjenester fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Tilbudet skal rette seg mot pasienter som ikke evner å nyttiggjøre seg det ordinære behandlingstilbudet, eller der dette ikke har ønsket effekt.

5.1 Målgruppe

FACTS målgruppe retter seg mot personer over 18 år og som er folkeregistrert i A, B og C kommune som har en kjent diagnose eller der det er behov for en ytterligere kartlegging og utredning.

Dette gjelder personer som har en alvorlig psykisk lidelse med/uten ruslidelse og som oppfyller følgende kriterier:

1. En psykisk lidelse der oppfølging/behandling er påkrevet
2. Alvorlig svikt i sosial fungering
3. Det er en årsakssammenheng mellom de to første kriteriene:
4. Personens funksjonssvikt skyldes den psykiske lidelsen med/uten ruslidelse
5. Tilstanden er ikke av forbigående art, men gjennomgripende og langvarig

Det er nødvendig med samordnet hjelp og oppfølging fra profesjonelle oppfølgere for å gjennomføre en behandlingsplan.

5.2 Pasientgrunnlag i STED

Kommune	Innbyggere 18 -> per 2020	Anslag FACT-pasienter 0,5 % av innbyggertallet
A	7000	35
B	2500	12,5
C	12 500	52,5
Totalt STED	22 000	110

Befolkningen over 18 år i samarbeidskommunene er per 1.1.2020 på 22 000 innbyggere. NAPHA har gjort beregninger på at 0,5-0,64 % av befolkningen vil ha vansker av en slik karakter at de har behov for bistand fra et FACT-team. 0,5 % av befolkningsgrunnlaget gir et potensielt pasientgrunnlag på 110. FACT vil ha et stort geografisk område å dekke og dette vektlegges ved beregning av antall pasienter som hver behandler kan ha oppfølgingsansvar for. Det skal planlegges for en gradvis opptrapping slik at teamet får tid til å lære seg metodikken og bygge teamet. Teamleder sammen med styringsgruppen skal kontinuerlig vurdere om dette kan utvides. For FACT settes det i oppstarten til 1:8.

5.3 Teamsammensetning

FACT-teamet skal ha tverrfaglig sammensetning med bred kompetanse. Alle ansatte skal gjennom nasjonale opplæringspakker for FACT/ACT gjennom NAPHA og NKROP. De skal også motta opplæring og nødvendig kursing for å kunne ivareta pakkeforløp, følgeforskning og feedbackverktøy. I tillegg må FACT-teamet ha særlig kompetanse på psykoselidelse og ROP-lidelser (samtidig ruslidelse og psykisk lidelse).

FACT-teamet planlegges med 8 årsverk og følgende bemanning:

- 100% Teamleder
- 50 % Lege/Psykiater
- 50 % Psykologspesialist
- 100 % Psykolog
- 100 % Driftskoordinator/forløpskoordinator med fagkompetanse
- 300 % Fagpersoner med aktuell videreutdanning
- 100 % Erfaringskonsulent

En av teammedlemmene bør ha kompetanse på rus og en annen bør ha kompetanse om rehabilitering. For å sikre tverrfaglig kompetanse må en av fagpersonene med videreutdanning ha medisinskfaglig kompetanse og en annen må fortrinnsvis være sosionom for å ivareta det sosialfaglige.

I tillegg planlegges det med 100 % Individuell jobbspesialist (IPS) med NAV som arbeidsgiver. Denne stillingen omfattes ikke direkte av denne avtalen.

5.3.1 Ansettelser

Ansettelser av nye ansatte til FACT-teamet skal gjøres i samarbeid mellom ledelsen i de respektive tjenestene og teamleder i FACT-teamet. For alle stillingene skal personlig egnethet og gode samarbeidsegenskaper særskilt vurderes og vektlegges. For teamleder vil det være en klar fordel med ledererfaring og kjennskap til pasientgruppen. Det er teamleder som har oversikt over teamsammensetningen og hvilke behov FACT-teamet har til en nyansatt. Teamleder i FACT-teamet har siste ord i ansettelse til FACT-teamet.

6 Finansiering av teamet, kostnadsfordeling og ansvarsfordeling

6.1 Eksterne finansiering

Prosjektet er basert på eksterne tilskuddsmidler og egenfinansiering. Per i dag ser tilskuddsordningen slik ut: Det gis et tilskudd på inntil 300 000 per 100 % stillingsressurs i behandlingsteamet de to første årene. Det gis kun tilskudd til inntil 10 100 % stillinger per ACT-team eller FACT-team, maksimalt 3 mill. kroner i tilskudd per team. Som et ledd i implementering i ordinær drift, reduseres midlene som beskrevet under:

- 2022: Kr 300 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)
- 2023: Kr 300 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)
- 2024: Kr 250 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)
- 2025: Kr 200 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)

Så lenge Statsforvalter/Helsedirektoratet gir tilskudd til FACT-teamet, går dette til fradrag i FACT-teamets årlige utgifter. Team leder har ansvar for å søke prosjektmidler for finansiering av FACT teamet. Prosjektmidler ut over det kan de ulike partene i avtalen fritt søke om.

6.2 Egenfinansiering og ansvar

HF er mottaker av tilskuddsmidler og er ansvarlig for løpende drift av FACT-teamet.

Samlede utgifter for drift av teamet gjelder både lønnsmidler og øvrige driftsutgifter. Tilskudd fra fylkesmannen kommer til fratrukk. De resterende utgiftene dekkes da med egenfinansiering gjennom et gitt antall stillinger fra hver avtalepart. HF dekker 45 % av utgiftene og kommunene dekker 55 % av utgiftene. Fordeling mellom kommunene skjer ved at 10 % av utgiftene fordeles flatt, mens resterende 90 % fordeles iht. folketall.

Budsjett – se vedlegg.

6.3 Ansvarsfordeling

Teamleder har faglig og administrativt ansvar for daglig drift og forvalter arbeidsgivers styringsrett. Teamleder blir en del av seksjonsledelsen på HF. Teamleder sørger for nødvendig samhandling mellom avtalepartene og eventuelle uklarheter løftes opp til styringsgruppen.

Det formelle arbeidsgiveransvaret forvaltes der den ansatte har sin stilling. Ansvaret inkluderer utgifter til vikarer ved sykefravær utover arbeidsgiverperioden og vikarer ved permisjoner av lengre varighet. Utgifter til kurs- og videreutdanning innenfor FACT-metodikk, andre nødvendige kurs og veiledning dekkes av prosjektet/driftsmidler i teamet.

6.4 Fordeling av stillinger

Eventuelle endringer av kommuner i samarbeidet fordrer justering av ressursfordelingen og gjøres ved behov av styringsgruppen.

6.5 Endringer eller bortfall av finansiering

Avtalens punkt om finansiering og kostnadsfordeling revideres når det foreligger endringer i statens bestemmelser om finansiering og/eller tilskudd ved drift av FACT-team eller andre forhold av betydning for partenes drift av FACT-team.

7 Organisering av teamets arbeid

7.1 Administrasjon og arbeidsgiveransvar

FACT-teamet organiseres som en egen enhet under HF. FACT-teamets virksomhet forankres i lov om spesialisthelsetjenester. Teamleder er organisert direkte under seksjonsleder i HF. I prosjektperioden hvor det mottas tilskudd fra Statsforvalter vil teamleder fungere som prosjektleder og seksjonsleder som prosjektansvarlig. Personalansvar for teamleder følger ansettelsesforhold.

7.2 Åpningstid

FACT-teamet er tilgjengelig alle hverdager mellom kl. 08.00 og 15:30. Ansatte har fleksitid frem til 17.00.

7.3 Dokumentasjon/journalføring

Journalføring gjøres i DIPS. I kommunene fattes det et enkeltvedtak om at pasienten får oppfølging fra FACT-team.

7.4 Inntak/avslutning av tilbud fra FACT-teamet

Formelt inntak av pasienter i FACT-teamet gjøres ut ifra henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten, og sendes til inntaksteamet ved HF. En representant fra FACT deltar i inntaksmøtene. Teamleder i FACT-teamet har avgjørende beslutning i forhold til teamets kapasitet.

Pårørende, ulike tjenester i kommunene, spesialisthelsetjenesten og andre kan ta kontakt med FACT-teamet med bekymring og drøfting av saker. Slike henvendelser kan føre til tiltak før henvisning slik som å gjøre undersøkelser, starte innledende kartlegginger og relasjonsbygging. Disse tiltakene kan føre til anbefalinger fra FACT-teamet om henvisning til FACT-teamet eller andre aktuelle instanser.

Regelmessig inntak av pasienter vil starte 01.10.22. Avslutning av en pasient sak skjer etter grundig drøfting i FACT-teamet, og etter sikring av at pasienten ivaretas av andre tjenester.

8 Samarbeid

8.1 Samarbeid med andre deler av organisasjonene

I tilfeller der det etablerte behandlingsapparatet har hatt en mer omfattende kontakt med pasient før henvisning til FACT-teamet er det hensiktsmessig at kontakt opprettholdes også dersom FACT teamet overtar hovedansvaret. Dette for at behandling/oppfølging kan videreføres når det anses som hensiktsmessig.

FACT sin helhetlige behandlingsmodell vil i mange tilfeller være velegnet i prosessen med etablering av en behandlingsallianse. Pasientens behov for kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester kan imidlertid i perioder være mer omfattende og sammensatt enn det tilbudet FACT-teamet kan gi. Når dette er tilfelle, tildeler de respektive organisasjonene nødvendige tjenester på vanlig måte i samråd med pasient og FACT-teamet.

I saker der det etablerte behandlingsapparatet i liten grad har vært i kontakt med pasient bør det opprettes kontakt med det etablerte behandlingsapparatet når det anses som hensiktsmessig for å sikre pasient god oppfølging av andre på sikt.

Der ulike tjenester har kontakt med pasient må fordelingen av ansvar avklares individuelt og FACT teamet får en viktig rolle som tilrettelegger i forhold til andre tjenester. Nødvendig vedtak og rettigheter sikres etter gjeldende retningslinjer for dette.

Dersom det oppstår uklarheter i arbeidsfordeling mellom FACT-teamet og andre tjenester skal dette opp i styringsgruppen for avklaring.

Partene er opptatt av at kompetansen som FACT-teamet innehar kan formidles til ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette avtales med teamleder som vurderer kapasiteten til teamet.

8.2 Samarbeid mellom partene

For å sikre samarbeid, avklare aktuelle problemstillinger og evaluere teamets drift i henhold til avtalen avholdes møter 4 ganger pr år med teamleder for FACT-teamet og styringsgruppa. Gjennomgang av økonomi skal også være tema på disse møtene, herunder godkjenning av driftsbudsjett og regnskap med fordeling av driftsutgifter mellom partene.

Leder av styringsgruppen har ansvar for å innkalle til disse møtene. Alle parter kan innkalle til møte utover dette ved behov.

9 Varighet, endring og oppsigelse av avtalen

Denne avtalen gjelder fra den er underskrevet av partene og ut avtaleperioden eller inntil den blir sagt opp. Avtalen kan endres ved enighet mellom partene. Endringer i avtalen skal gjøres skriftlig, dateres og underskrives av partene.

Partene forplikter seg til å gjøre endringer i hele eller deler av avtalen som følge av endringer i lov, forskrift, veiledere, finansieringsordninger eller ved endringer av rutiner og/eller organisasjonsendringer som har betydning for avtalen. Avtalen beskriver et team etter FACT modellen. Om teamet skal arbeide etter annen modell og om ansvarsområde/målgruppe skal forandres, må dette gjøres etter diskusjon mellom partene og endring i avtalen.

Partene kan si opp denne avtalen med 12 måneders varsel. Varsel om oppsigelse skal være skriftlig. Oppsigelsestiden løper fra og med måneden etter skriftlig oppsigelse er sendt. Ved vesentlig mislighold av betalingsforpliktelser kan partene heve avtalen med umiddelbar virkning, uten kostnad.

10 Videreføring av avtale om drift av FACT-team

Prosjektet har som langsiktig intensjon at FACT-teamet skal kunne driftes innenfor den ordinære virksomheten i kommunene og helseforetaket. Partene forplikter seg til å planlegge dette og innen utgangen av februar 2025 ha evaluert om prosjektet skal gå over i et fast tiltak eller avsluttes. Hvis prosjektet ikke skal over i et fast tiltak, forplikter partene seg til å beskrive hvordan de skal gi målgruppen et tilsvarende tilbud om helhetlige- og koordinerte tjenester.

11 Tvist

Uenighet mellom partene om forhold knyttet til denne avtalen skal forsøkes løst ved forhandlinger. Ved betalingsmislighold kan partene kreve forsinkelsesrenter i henhold til lov om renter ved forsinket betaling av 17. desember 1976 nr. 100

Dato og signatur kommune A

Dato og signatur kommune B

Dato og signatur kommune C

Dato og signatur HF

Avtalen er undertegnet av partene og pdf/kopi er sendt til alle avtaleparter.

VEDLEGG 3 SAMARBEIDSAVTALE MELLOM TO KOMMUNER, DPS OG TSB

SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNE A, KOMMUNE B, DISTRIKTSPSYKIATRISK SENTER (DPS) OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING (TSB)

1. Bakgrunn

I Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 understreker regjeringen at den vil stimulere til etablering av flere oppsøkende behandlingsteam som ACT og FACT. Et av de sentrale suksesskriteriene for aktivt oppsøkende behandlingsteam er at teamene er etablert som et organisatorisk og økonomisk samarbeid mellom tjenestenivåene.

I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse påpekes følgende: Behandling i oppsøkende behandlingsteam, for eksempel et ACT-team, bør gis til personer som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling (anbefaling 40).

I veilederen i lokalt psykisk helse og rusarbeid «Sammen om mestring» understrekes det samme: For å nå personer med alvorlige og langvarige problemer som ikke har tilstrekkelig nytte av tradisjonelle tjenester, bør det tas i bruk oppsøkende behandlingsteam hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen og yter samtidige tjenester.

Administrativt samarbeidsutvalg sluttet seg i februar 2014 til de anbefalinger klinisk utvalg for pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse ga i sin rapport i november 2013. Utvalget skrev følgende: Det anbefales at det opprettes ambulante team i et samarbeid mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste i hvert DPS/SMP område. Tilslutningen resulterte blant annet i opprettelsen av prosjekt FACT- team STED 2017-2019.

I 2019 tok A kommune initiativ til å starte opp et samarbeid med Helseforetaket for å etablere FACT A og B. Det ble søkt om, og innvilget, statlige tilskuddsmidler for 2019. En arbeidsgruppe fikk i mandat å utarbeide et faglig notat om praktiske forutsetninger for igangsetting av FACT. I juni 2019 ble styringsgruppen enige om at det er et grunnlag for å opprette FACT i regionen A og B.

2. Avtalen

Avtalen bygger på enighet mellom A kommune, B kommune og Helseforetaket ved DPS A og TSB Fredrikstad, om nødvendigheten av å forbedre tjenestene til rettighetspasienter med alvorlige psykiske lidelser og ROP lidelser i distriktet. Dette er personer med behandlingstrengende psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med alvorlig rusproblematikk av varig karakter, som medfører alvorlig svikt i sosial fungering og som har behov for samordnet profesjonell oppfølging. FACT er en modell som bedre sikrer tilgjengelighet, fleksibilitet, kontinuitet, helhet og medvirkning enn dagens etablerte samhandlingstilbud.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å etablere et tverrfaglig og tverrsektorielt, fleksibelt, aktivt oppsøkende behandlingsteam etter FACT-modell. Teamet skal tilby tiltak knyttet til tre ulike prosesser; stabilisering, behandling og bedring i målgruppen. Teamet skal bidra til at målgruppen får tilgang til sammenhengende, helhetlige og godt koordinerte tjenester fra andre instanser i kommunene og spesialisthelsetjenestene, når det er nødvendig.

4. Parter

Partene i denne avtalen har eierskap i teamet i henhold til andel avsatte personalressurser. Partene er likestilt som deleiere.

B kommune deltar ikke som fullverdige medlemmer i partnerskapet ved selve avtaleinngåelsen, men vil tiltre når ressursituasjonen tillater det.

5. Lovgrunnlag

Av helse- og omsorgstjenesteloven §2-1 følger det at: Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at: a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 følger det at: Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om pasient og brukerrettigheter
- Lov om helsepersonell
- Lov om Folkehelsearbeid
- Lov om psykisk helsevern

Listen er ikke uttømmende. Også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover.

6. Organisering

FACT A og B har forankring i Samarbeidsavtalen mellom Helseforetaket og kommunene i fylket.

Teamet ledes av en styringsgruppe bestående av:

- seksjonsleder DPS A og B,
- seksjonsleder TSB A og B,
- etatsjef – A kommune,
- kommunalsjef – B kommuner.

Leder av styringsgruppen er etatsjef i A kommune. Avdelingsleder for FACT rapporterer til styringsgruppen hver tredje måned. Den enkelte leder har alminnelig ansvar for rapportering i linje. I tillegg deltar styringsgruppen i fire møter pr år med det lokale Samhandlingsutvalget A og B.

I tillegg til styringsgruppen etableres det en arbeidsgruppe for FACT. Arbeidsgruppen har månedlige møter og ledes av avdelingsleder i FACT, og har følgende medlemmer:

- avdelingsleder FACT, A kommune,
- virksomhetsleder, A kommune,
- seksjonsleder Poliklinikk for Rus- og avhengighetsbehandling, Sykehuset
- seksjonsleder Distriktpsikiatriske senter A og B, Sykehuset

Lokaler:

A kommune tar ansvar for å stille egnede lokaler til rådighet for FACT. Ved oppstart har FACT lokaler i helsehus. Lokaltetene kan endres underveis.

7. Teamets sammensetning og kompetansesikring

Teamet skal ha tverrfaglig sammensetning med bred spesialkompetanse. De ansatte følger de statlige opplæringspakker for FACT (FACT-skolen). Teamet sikrer kompetanse gjennom hospitering, sertifisering i FACT-metodikk og øvrig metodeopplæring som er nødvendig for å sikre kunnskapsbaserte tjenester til målgruppen.

I henhold til partenes kartlegging av målgruppen skal FACT har ansvaret for ca 200 pasienter. Temaet består av følgende personalressurser:

- 9,40 årsverk fra A kommune
- 1 årsverk fra B kommune
- 6 årsverk fra Sykehuset
- DPS 2 med 3-årig høyskole + psykiater
- TSB 1 med 3-årig høyskole + psykologspesialist
- DPS/TSB deler på merkantil

Teamets sammensetning:

Kompetanse	Ansettelsesforhold
Avdelingsleder FACT	A kommune
Sekretær/kontorleder	HF
Sosialfaglig høyskoleutdanning med videreutdanning i psykisk helse og rus	A og B kommune
Helsefaglig høyskoleutdanning med videreutdanning i psykisk helse og rus	A kommune og HF
IPS jobbspesialist	A kommune
Brukerspesialist	A kommune
Kommuneoverlege-ressurs	A kommune
Psykologspesialist	HF
Psykiater	HF

8. Økonomi

Dekning av utgiftene til etablering av FACT-team vil basere seg på to ordinære finansieringsordninger:

- o partenes ordinære budsjetter,
- o statlige tilskuddsmidler til kommunene,
- o aktivitetsbasert finansiering.

Kommunene- og spesialisthelsetjenesten har hver for seg ansvar for eget personell i FACT, og for sin respektive andel av driftsøkonomien tilknyttet FACT.

Partene tar ansvar og utstyrer ansatte med de verktøy de trenger for å utføre sitt arbeid, herunder biler og IT-utstyr. Partene er ansvarlig for egen økonomirapportering.

A kommune søker årlig om, og har disposisjonsmyndigheten over, statlige tilskuddsmidler til etablering av FACT fra Helse direktoratet (Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov).

9. Evaluering

Det er besluttet å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av FACT A og B.

Nasjonalt kompetansetjeneste ROP har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment team).

Formålet med evalueringen er å undersøke i hvilken grad FACT-teamene arbeider i henhold til modellen, om teamene rekrutterer den tiltenkte målgruppa, og om pasientene får et bedret forløp (bedre psykisk helse, mindre rusproblem, bedre fungering, mindre innleggelses, bedre kontakt med helsetjenestene, bedre livskvalitet) ved oppfølging i samsvar med FACT-modellen.

FACT A og B vil i løpet av første kvartal 2020 inngå en avtale med Nasjonalt kompetansesenter for ROP om følgeevalueringen av FACT. Som følge av dette skal FACT A og B to år etter første pasientinntak sertifisere teamet med utgangspunkt i FACTs fidelity skala.

10. Varighet, revisjon og oppsigelse av denne avtale

- Avtalen gjelder fra 01.01.2020 og til oppsigelse.
- Avtalen evalueres av styringsgruppen etter 2 års drift.
- Evaluering og videreføring av avtalen etter 2022 avtales høsten 2022.
- Avtalen kan sies opp eller reforhandles med gjensidig oppsigelsesfrist på 12 måneder.

Signaturer og dato

VEDLEGG 4 SAMARBEIDSAVTALE OM FACT-TEAM OG AKUTTFUNKSJON

SAMARBEIDSAVTALE FOR FACT-TEAM OG AKUTTFUNKSJON

1 BAKGRUNN

En av de største utfordringene innen helsevesenet er å sikre pasienter helhetlige helsetjenester. Særlig gjelder dette de pasientene med alvorlig psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Dette krever samarbeid med pasienten og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er et klart satsingsområde i nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 med opprettelse av samhandlingsteam på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten.

FACT har siden prosjektet startet som forprosjekt sep 18, etablert seg som et solid tilbud for målgruppen. Høsten -22 fattet kommunestyre i C og F kommune vedtak om videreføring av teamet. Viser til vedtak. Fra 01.01.23 gikk teamet over i etablert drift som er en stor milepæl for FACT-teamet.

Tilbakemeldingene fra flere samarbeidsparter som legevakt, kommunale KAD/ØHD senger, fastleger, psykiatri og rustjenester i kommune, institusjoner i spesialisthelsetjenesten, DPS og medisinsk avd. er at man har merket etableringen av FACT-team på en positiv måte.

Ambulant akutt team (AAT), som er en enhet under DPS, merket etter etableringen av FACT-team at gjengangere i systemet ikke lengre var i kontakt med tjenesten. Det var et faktum at AAT opplevde en betydelig nedgang i antallet henvendelser etter opprettelse av FACT-team. Dette førte etter en evaluering i 2020 til at AAT ble sammenslått med FACT. Teamet har fra 01.06.21 vært ett stort ambulerende FACT-team med akutfunksjon. Dette har bidratt til bedre utnyttelse av ressursene på tvers av kommune og sykehus som har gitt positivt utslag på tilbudet som gis til målgruppen både for FACT og AAT.

Med dette som bakgrunn går teamet nå over i etablert drift, og det er derfor behov for en ny revidert avtale som regulerer dette. Samarbeidsavtalen skal regulere drift av FACT-team med akutfunksjon fra 01.01.2023.

2 FORMÅL

Formålet med avtalen er å regulere drift av et tverrfaglig og tverrsektorielt, fleksibelt, aktivt, oppsøkende behandlingsteam, FACT.

Den har også som formål med å synliggjøre akutfunksjonen i teamet. Akutfunksjonen beskrives nærmere i Rapport IS-2156 og er utelukkende en spesialisthelsetjenesteoppgave som AAT tidligere har hatt ansvaret for.

FACT-teamet skal gi behandling, rehabiliteringstjenester og oppfølging til målgruppen. FACT-teamet skal bidra til at en sårbar og utsatt pasient/brukergruppe får tilgang og hjelp til sammenhengende, helhetlige og koordinerte tjenester fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Tilbudet er rettet mot pasienter/brukere som ikke evner å nyttiggjøre seg det ordinære behandlingstilbudet, eller der dette ikke har ønsket effekt.

Akutfunksjonen skal ta imot ø-hjelpshenvisninger. Akutfunksjonen skal være tilgjengelig for tilsynsmodninger fra andre avdelinger i sykehuset.

3 PARTER

Partene i denne avtalen er F kommune, C kommune, B kommune, E kommune, og DPS. FACT-teamet har delt eierskap mellom DPS og kommunene. FACT-teamet driftes og er organisatorisk plassert på linje med øvrige enheter i DPS.

4 LOVGRUNNLAG

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til det er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter:

- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 og senere endringer
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63, og senere endringer
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64 og senere endringer
- Lov om Folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62 med forskrifter
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 1. januar 2017

Listen er ikke uttømmende. Også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover.

5 INKLUSJONSKRITERIER FOR FACT-STED, MED AKUTTFUNKSJON

Ettersom FACT-teamet har to funksjoner (FACT oppfølging og akuttfunksjon) har teamet to inntak. Det er dermed ulike inklusjonskriterier til de to ulike funksjonene som beskrives nedenfor.

5.1 INKLUSJONSKRITERIER TIL FACT TEAMET

FACT retter seg mot personer som har en kjent diagnose eller der det er behov for ytterligere kartlegging og utredning med utgangspunkt i kriteriene beskrevet nedenfor. Kriteriene nedenfor tar utgangspunkt i hva som er beskrevet i FACT-håndboken.

Hovedkriterier

- Over 18 år
- Hovedmålgruppe:
 - Alvorlig psykisk lidelse i psykosespekteret - Hovedsakelig schizofreni lidelser. ICD10: F20-F29.
 - Bipolare Affektiv lidelse ICD10: F31.
- Andre diagnoser kan være ADHD, utviklingsforstyrrelse, personlighetsforstyrrelser, alvorlige affektive lidelser, kompleks PTSD (posttraumatisk stressforstyrrelse), alvorlig ruslidelse og kombinasjoner av disse.
- Tidligere behandling og oppfølging har hatt begrenset effekt.

Tilleggs-kriterier

- Psykotiske symptomer
- Rusmiddelbruk
- Problemer med relasjoner og tilknytning
- Langvarige og ustabile pasientforløp
- Lettere kognitive forstyrrelser
- Har behov for oppsøkende behandling
- Kan nyttiggjøre seg teamtilnærming
- Funksjonssvikt

5.2 INKLUSJONSKRITERIER TIL AKUTTFUNKSJONEN, DPS

Akuttfunksjonen er som beskrevet over en spesialisthelsetjenesteoppgave og skal ivaretas av personell fra Xsykehuset. Kriteriene nedenfor tar utgangspunkt Rapport IS-2156.

Hovedkriterier

- Over 18 år
- Ambulante akutt team skal være et tilbud om rask vurdering og korttidsbehandling for pasienter med psykiske lidelser, eventuelt i kombinasjon med rusmiddelproblemer, som opplever akutt forverring eller akutte nye plager som ikke kan tas hånd om av kommunens helse og omsorgstjeneste eller spesialisthelsetjenesten.

- Tilleggsoppgaver for akutfunksjonen
- CL-tilsyn på somatiske avdelinger.

5.3 INNTAKSRUTINER

Teamet har to inntak: FACT inntaksteam foregår en gang pr uke. Akutfunksjonen DPS har daglig og fortløpende inntak.

5.3.1 INNTAK FACT

For å tas inn som pasient i FACT-teamet er det henvisningsplikt fra fastlege eller annen behandler i spesialisthelsetjenesten. Henvisningen skal gå inn til det ordinære inntaksteamet ved DPS, også kalt felles inntak. Henvisninger som vurderes aktuelle for FACT sluses derfra til «Inntaksteam FACT» som fatter vedtak om rett til helsehjelp i tråd med gjeldende prioriteringsveiledere.

I FACT inntaksteam sitter psykiater, psykolog, forløpskoordinator og teamleder. Pasientene vil få oppfølging i tråd med pakkeforløp for psykisk helse.

5.3.2 INNTAK AKUTTFUNKSJONEN, DPS

Akutfunksjonen har daglig og fortløpende vurdering av henvisninger og tilsynsanmodninger som kommer inn til inntaksmappen i DIPS. Henvisninger vurderes i tråd med gjeldende prioriteringsveiledere i psykisk helsevern. Teamet tilbyr også øyeblikkelig hjelp.

6 ORGANISERING

FACT-teamet er faglig og administrativt organisert ved DPS. Enhetsleder FACT/AAT er ansatt i sykehuset og er organisert direkte under avdelingsleder i DPS.

Enhetsleder FACT/AAT har faglig og administrativt ansvar for øvrige team-medlemmer. Ulike ledere fra tjenestene hvor team-medlemmene er ansatt har personalansvar for sine respektive ansatte.

Psykiater i teamet står som overordnet ansvarlig for behandlingen i FACT teamet.

6.1 PERSONALOPPFØLGING PÅ TVERS AV ULIKE ANSETTELSESFORHOLD OG ARBEIDSGIVERE

Enhetsleder FACT/AAT har ordinær personaloppfølging i tråd med gjeldende lovverk overfor ansatte i sykehuset.

For ansatte fra kommunene som jobber i FACT må det foreligge et tett samarbeid mellom ledere av ROP-tjenesten i C, F kommune og enhetsleder i FACT/AAT vedr følgende punkter:

6.1.1 SYKEFRAVÆRSOPPFØLGING

Ansaret for sykefraværsoppfølgingen ligger til hver hovedarbeidsgiver. Det vil samtidig være naturlig at enhetsleder FACT/AAT tar kontakt med arbeidstaker som et ledd i sykefraværsoppfølgingen. Dette må koordineres i samråd med nærmeste leder i kommunen.

6.1.2 MEDARBEIDERSAMTALER

Det er naturlig at enhetsleder FACT/AAT har årlig medarbeidersamtale med de kommunalt ansatte i FACT. Referat fra medarbeidersamtalene dokumenteres i sykehusets personalportal. Hvis den ansatte fra en kommune ønsker at sin nærmeste leder involveres i medarbeidersamtalen gjøres dette og det dokumenteres i kommunens personalsystem.

6.1.3 REGISTRERING AV FLEKSITID

Ved forespørsler om avspasering sender de kommunalt ansatte i FACT henvendelse til enhetsleder i FACT/AAT. Ved innvilgelse sender enhetsleder FACT/AAT en mail til nærmeste leder i kommunen som orientering/bekreftelse. De kommunalt ansatte registrerer sin fleksitid i kommunale personalsystemer og godkjennes endelig av nærmeste leder i aktuell kommune.

6.1.4 FORESPØRSLER OM FERIE

Forespørsler sendes til enhetsleder i FACT/AAT med leder i kommunen på kopi. Enhetsleder FACT/AAT godkjenner ferieforespørsler. Ved innvilget ferie bes den kommunalt ansatte å legge det inn i kommunale personalsystemer. Enhetsleder FACT/AAT sender også mail til nærmeste leder med orientering om ferieforespørsler som er avklart.

6.1.5 ARBEIDSTID I HØYTIDER

Det vil utarbeides en vedleggsavtale som regulerer arbeid i høytider.

6.1.6 ANSETTELSE AV KOMMUNALT ANSATTE TIL FACT

Ansettelse til FACT-teamet skal gjøres i samarbeid mellom ledelse i eksisterende tjeneste og enhetsleder i FACT/AAT.

Enhetsleder i FACT/AAT teamet deltar på intervjuer og utvelgelsesprosess.

Ved uenighet skal enhetsleders FACT/AAT forslag til innstilling vektlegges. Personlig egnethet skal særskilt vurderes og vektlegges.

7 DRIFTSRÅD

Ettersom FACT-teamet går fra prosjekt til etablert drift 01.01.23 avvikles tidligere styringsgruppe, og erstattes av et driftsråd. Dette ble bestemt i det siste styringsgruppemøte 14.12.22.

Driftsrådet har til hensikt å oppdatere partene/eiere av teamet vedr teamets status. Nøkkeltall. Samt mulighet for drøfting av felles problemstillinger som krever felles beslutninger.

Driftsrådet skal møtes inntil 4x pr år. Et møte tidlig på året for framlegg av årsrapport. Det er også ønskelig fra kommunene om driftsråd i månedsskifte april/mai, samt tidlig i september for å kunne bruke referat til tertialrapport som skal leveres i kommunene.

Driftsråd skal bestå av følgende medlemmer:

Avdelingsleder DPS, sykehuset
 Enhetsleder AAT og FACT, sykehuset
 Kommunalsjef helse og omsorg, F kommune
 Enhetsleder Lokalmedisinske senter, F kommune
 Enhetsleder, C kommune
 Kommunalsjef helse og omsorg, C kommune
 Helse og omsorgssjef, E kommune.
 Helse og omsorgssjef, D kommune.
 Brukerrepresentant, brukerutvalget sykehuset.

8 TEAMETS SAMMENSETNING OG KOMPETANSE

8.1 KOMPETANSE

FACT-teamet skal ha tverrfaglig sammensetning med bred kompetanse.

- Alle ansatte skal ha nasjonale opplæringspakker for FACT/ACT gjennom NAPHA og NKROP.
- FACT- teamet skal ha særlig kompetanse på psykoselidelser og ROP-lidelser (samtidig ruslidelse og psykisk lidelse).
- Alle ansatte som jobber klinisk skal ha opplæring for å kunne ivareta pakkeforløp, følgeforskning og FIT (tilbakemeldingsverktøy).
- FACT- teamet må ha kompetanse på personlighetsforstyrrelser, og bør ha ansatte med særskilt kompetanse på behandling av alvorlig personlighetsforstyrrelser som mentaliseringsbasert terapi og, eller dialektisk atferdsterapi.

pi.

- Det er et mål og ønske at flere teamansatte har videreutdanning innen SEPREP (senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser).
- Teamet skal kunne benytte kunnskapsbaserte behandlingsmetodikker som kognitiv terapi, motiverende intervju, EMDR (eye movement desensitisation and reprocessing) og eller, annen traumebehandling.
- Teamleder har en nøkkelrolle i FACT-teamet. For denne stillingen vektlegges særlig personlig egnethet, gode samarbeidsevner, samt god kompetanse på FACT modellen og psykoselidelser.

8.2 TEAMSAMMENSETNING OG PASIENTPORTEFØLJE/CASELOAD I FACT

FUNKSJON	STILLINGSPROSENT I ORDINÆR DRIFT	CASELOAD	ARBEIDSGIVER
Enhetsleder	100%	1:2	DPS
Lege med spesialitet	100%	0	DPS
Psykolog/psykologspesialist	100%	1:4	DPS
Forløpskoordinator/merkantil	100%	0	DPS
Psykolog/psykologspesialist AAT	100%	1:4	DPS
Fagperson med aktuell videreutdanning AAT	100%	1:7	DPS
Fagperson med aktuell videreutdanning AAT	100%	1:7	DPS
Fagperson med aktuell videreutdanning AAT	100%	1:7	DPS
Erfaringskonsulent	100%	0	F
Fagperson med aktuell videreutdanning	100%	1:10	F
Fagperson med aktuell videreutdanning	100%	1:10	F
Fagperson med aktuell videreutdanning	100%	1:10	C
Fagperson med aktuell videreutdanning	100%	1:10	C
Arbeidsspesialist/IPS	100%	0	C
SUM	1400%	71 pasienter	

8.3 ARBEIDSFORM FACT OG AKUTTFUNKSJONEN

8.3.1 FELLES FACT OG AAT

- Teamet jobber dagtid 08-15.30.
- Teamet har mulighet for fleksibel arbeidstid etter behov.
- Teamet utarbeider arbeidsplaner ved høytider med flere sammenhengende helligdager for ivaretagelse av for-svarlig drift.
- Teamet skal samarbeide tett med aktuelle samarbeidspartnere
- Både FACT oppfølging og akuttfunksjonen krever at teamet har tilgjengelig samtalerom ved behov.

8.3.2 FACT

- Teamet arbeider aktivt oppsøkende overfor målgruppen i kommunene ut fra et mestrings- og rehabiliteringsper-spektiv. Arbeidet skal være i tråd med FACT-modellen.
- Teamet skal etterstrebe flest mulige funksjoner som er påkrevd i et FACT-team.
- Teamet skal operere fleksibelt, med behandlingstilbud- og intensitet basert på pasientens til enhver tids gjelden-de funksjonsnivå.
- Teamet skal ha kontakt med pasienten uavhengig av funksjonsnivå.
- Teamet skal romme tjenester fra både spesialisthelsetjeneste og kommune helsetjeneste.
- Teamet har delt caseload.
- Caseload i teamet er redusert ift. anbefaling i FACT-modellen. Dette er for å ivareta reiseavstander. Dette er også

anbefalingen fra team med tilsvarende geografi.

- Teamet skal etterstrebe å være 70-80% ambulant og 20-30% kontor.

8.3.3 AKUTTFUNKSJONEN

- Akutfunksjonen har fokus på å gi rask vurdering og oppfølging i tråd med veilederen for akutte tjenester i DPS.
- Har definert en ansatt fra sykehuset som har akuttvakt. Vedkommende har dette som sin hovedoppgave aktuell dag.
- Har definert avholdte ø-hjelpstimer hver dag.
- Akutfunksjonen kan ambulere ut. Fleksibilitet på oppmøtested.

9 ØKONOMI FACT

9.1 EGENFINANSIERING

Hver part bidrar med aktuelle stillinger inn i teamet som er beskrevet under punkt «9.2. Teamsammensetning».

Øvrige driftsutgifter deles på sykehuset, C kommune og F kommune etter fordelingsnøkkelen som foreligger. Fordelingsnøkkelen er utarbeidet med utgangspunkt i befolkningstall mellom C og F. Sykehuset dekker 50 % av utgiftene og kommunene dekker 50 % av utgiftene.

HVEM	PROSENT
Sykehuset	50 %
C kommune	26 %
F kommune	24 %

9.2 ØKONOMISKE FORHOLD VED DRIFT AV FACT TEAMET FRA 2023:

- Det skal fremlegges årsrapporter for driftsråd FACT senest februar hvert år.
- Kommunene må få budsjettgrunnlag for påfølgende år innen 15. september hvert år.
- Stillingen som erfaringskonsulent (F kommune), forløpskoordinator (sykehuset) og IPS jobbspesialist (C kommune) er nyopprettede stillinger. Disse stillingene opprettes av partene som faste stillinger som finansieres av hver enkelt part fra 01.01.23.
- De øvrige stillingene omdirigeres fra ordinære tjenester og er en del av partenes bidrag i FACT.
- Bidrag fra D og E trekkes fra teamets driftsutgifter.
- Refusjoner fra ISF (innsatsstyrt finansiering) fra ansatte i FACT-teamet går tilbake til FACT og blir til fratrukk på driftsbudsjettet.
- Driftsutgifter dekkes av minstesats fra D kommune og E kommune (se pkt 11.1), samt ISF-inntekter. Eventuelle resterende driftsutgifter deles på partene etter fordelingsnøkkelen.

10 D OG E KOMMUNER - FACT SATELLITTER

10.1 ØKONOMI

Det er satt en minstesats på 300 000 kr for deltakelse i teamet for D og E kommune. Dette er midler som kommer til fratrukk på driftsbudsjettet. Dette skal spesifiseres i budsjettet. Minstesats skal indeksreguleres.

10.2 INNHOLD I TJENESTENE FRA FACT STED TIL E OG D KOMMUNER

D kommune og E kommune vil være FACT-satellitter. Pga kommunenes størrelse er deres andel for deltakelse minstesats.

Tilbudet til pasienter fra D og E Må tilpasses deretter av hensyn til alle parter.

- D og E kan forvente oppfølging på opptil 12 pasienter i målgruppen. Tallet er veiledende for tilbudet som kan forventes.

- Den daglige pasientkontakten ivaretas av lokalt hjelpeapparat i nært samarbeid med FACT-team.
- I dårlige perioder kobles FACT teamet på. Pasientoppfølgingen vil kunne være intensiv (opptil 3 dager i uken etter behov) og dermed forsterke eksisterende tjenestetilbudet.
- FACT vil ha ansvaret for utredning ved behov, utarbeidelse av behandlingsplan, kriseplan, TUD (tvang uten døg-nopphold psykisk helsevern) og voldsrisikovurderinger.
- Veiledning

11 KOMMUNENES ANSVAR

- Sikre at de kommunale stillingene blir besatt av egnede og kvalifiserte fagpersoner.
- Ved langtids sykefravær på ansatt i FACT-teamet har kommunen ansvar med å stille med tilgjengelig vikar fra rus og psykiatritjenesten.
- Teamets inklusjonskriterier beskrives og gjøres kjent blant henvisende instanser i kommunen.
- Sikre at FACT-teamet er kjent blant ansatte i de aktuelle tjenester i kommunen.
- Bidra til å opprette kommunale vedtak på alle pasienter i FACT.

12 DPS SITT ANSVAR

- Sikre at stillinger fra DPS blir besatt av egnede og kvalifiserte fagpersoner.
- Ved langtids sykefravær på ansatt i FACT-teamet har DPS ansvar med å stille med tilgjengelig vikar.
- Sikre at de ansatte til enhver tid har nødvendig kommunikasjonsutstyr og transportmidler.
- Teamets inklusjonskriterier beskrives og gjøres kjent blant henvisende instanser i spesialisthelsetjenesten.
- Sikrer at FACT-teamet er kjent blant ansatte i de aktuelle tjenester i spesialisthelsetjenesten.
- Sikrer at alle FACT-ansatte har lese- og skrivetilgang i spesialisthelsetjenestens elektroniske pasientjournalssystem (DIPS). For kommunalt ansatte i teamet innebærer dette tilpassede og begrensede brukerroller kun for pasientene tilhørende FACT-teamet.

13 VED AVTALEBRUDD FRA EN AV SAMARBEIDSPARTNERE

Ved avtalebrudd innkalles driftrådet til ekstraordinært møte:

1. Forsøker å hjelpe/bistå part som har brutt avtalen til å overholde avtalen.
2. Dersom dette ikke lar seg gjøre enes om ny midlertidig justert samarbeidsavtale.

14 VARIGHET OG REVISJON AV AVTALEN

- Avtalen gjelder fra 01.01.23, Avtalen har 1,5 års oppsigelsesfrist. Det er vurdert behov for lang oppsigelsesfrist pga at det vil være omfattende prosesser med å etablere forsvarlige helsetjenester rundt FACT pasientene ved avslutning av tilbudet.
- Det settes revisjon av avtalen minimum hvert 5 år.
- Ved oppsigelse av avtalen er partene forpliktet til å gi pasientene et forsvarlig helsetilbud.

15 DATO OG SIGNATURER

VEDLEGG 5 SAMARBEIDSAVTALE MELLOM FACT-TEAM OG NAV

LOKAL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM FACT-TEAMETS ARBEIDS- OG UTDANNINGSSPESIALIST OG NAV

1. Innledning

FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og modellen er opprinnelig fra Nederland. FACT-modellen viser gode resultater i å fremme likeverdige, helhetlige og integrerte tilbud til en målgruppe som det har vært vanskelig å gi et godt nok tilbud til.

FACT-modellen beskrives i en fidelityskala, som blant annet viser hvilken kompetanse teamet skal ha, fagpersonene sin rolle og organisering av tjenesten (inntak av brukere, gjennomføring av møter, tilgjengelighet, ansvar ved innleggelse/utskrivelse etc). Videre beskrives utredningsverktøy, behandlingsintervensjoner og samarbeid med eksterne tjenester, sosialt nettverk og pårørende. Forskning viser at det å holde seg trofast til modellen har en innvirkning på gjennomføring og utfallet av behandlingen.

Teamet gir, enten alene eller i tett samarbeid med andre tjenester, alle typer tjenester som brukeren har behov for, blant annet integrert behandling av rus og psykisk lidelse og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig. Teamet innretter sitt arbeid etter FACT-modellen og nasjonale anbefalinger.

Hovedmål med etablering av FACT-team:

- Forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Tjenester skal tilpasses målgruppens behov
- Sikre koordinert og helhetlig behandling for målgruppen
- Redusere innleggelse og liggedøgn i psykisk helsevern
- Bedring av livskvalitet og daglig fungering for målgruppen
- Redusere problemfylt bruk av rusmidler blant målgruppen
- Sikre at brukermedvirkning blir en del av fagperspektivet
- Bedre oppfølging av pårørende

2. Formål

Formålet med avtalen er å sikre god kommunikasjon og samarbeid rundt pasienter/brukere (heretter brukere) som er under behandlingstiltak gjennom FACT-team. NAV er en vesentlig samarbeidspartner rundt den enkelte bruker. FACT har behandlingsansvar for, og sentrale når det skal utarbeides Individuelle planer og behandlingsplaner. Ambisjonen er at brukeren skal oppleve dette tilbudet som helhetlig og koordinert. Samarbeidet vil både gjelde ulike forhold, ulike utdannings- og arbeidsmarkedstiltak og IPS-spesialist (der dette tilbudet finnes i det aktuelle NAV-kontoret) når brukeren er motivert for ordinært arbeid og dette tilbudet er etablert ved det aktuelle NAV-kontor.

Et viktig utgangspunkt er at brukere i/se/FACT-team kan ha krav på bistand fra NAVs IPS-ordning, etter beslutning fra NAV. IPS vil ha en kompetanse det er ønskelig å tilføre enkeltbrukere – og arbeids- og utdanningsspesialisten i teamet. Bistanden og kompetanseforventningen gjelder også generelt til NAVs utdannings- og arbeidsmarkedstiltak der det ikke er etablert en IPS-ordning.

FACT-teamet forplikter seg til å dedikere en bestemt person i teamet til å inneha rollen som arbeids- og utdanningsspesialist (Helsedirektoratet, 2023), og at vedkommende har nødvendig kompetanse til å fylle rollen. En forutsetning for et velfungerende samarbeid er at den enkelte bruker gir skriftlig samtykke til samarbeid med NAV.

3. Organisering

Det avholdes minimum halvårlige møter på ledernivå mellom NAV i den enkelte kommune og FACT-teamet for å sikre at brukerne får et helhetlig og koordinert behandlingstilbud. Hensikten med møtene er informasjonsutveksling, læring og tjenesteutvikling på system- og enkeltindividnivå. Øvrig deltakelse avtales for hvert møte. FACT-teamet er ansvarlig for møteinncalling og annen tilrettelegging av møtet.

3.1. Saksbehandler i NAV

NAV avklarer hvem som er saksbehandler i samarbeidet med FACT om enkeltpersoner, når det gjelder utdanning og generelle arbeidsmarkedstiltak. Ved bytte av saksbehandler foretas det et overføringsmøte hvor FACT er med. NAV gir FACT direktenummer til den enkelte brukers saksbehandler.

Når brukerne ifølge FACT-teamet er motivert for utdanning eller ordinært arbeid, opprettes tilsvarende samarbeid med IPS-jobbspesialist ansatt i NAV (Helsedirektoratet, 2022), der det finnes. Hvis NAV ikke har IPS- spesialist, etableres et samarbeid med en saksbehandler med jobb/utdanning som oppgave (heretter kalt saksbehandler (jobb/ utdanning)).

3.2 Samarbeid rundt arbeidstilknytning

Alle tre former for samarbeid beskrevet under kan foregå samtidig mellom arbeid-/ utdanningsspesialisten i FACT-teamet og den tilknyttede IPS-jobbspesialisten eller saksbehandler (jobb/utdanning) der IPS ikke er et tilbud. Hvilket løp må avgjøres i hvert enkelt tilfelle, i et samarbeid mellom brukeren, arbeid-/utdanningsspesialisten i FACT-teamet og IPS-jobbspesialisten/saksbehandler (jobb/utdanning).

1. Arbeid-/utdanningsspesialisten bistår alene den enkelte bruker i hele løpet. Dette vil omfatte alt fra at noen i FACT-teamet fanger opp at brukeren er motivert helt til brukeren er i en jobb – eller et utdanningsløp – og underveis i det å være i jobb/utdanning.
2. Arbeid-/utdanningsspesialisten starter – og kopler på IPS-jobbspesialist/saksbehandler (jobb/utdanning), og de jobber sammen videre. Arbeid-/utdanningsspesialisten fanger opp at brukeren er motivert – kopler i samråd med brukeren på IPS-jobbspesialisten/saksbehandler (jobb/utdanning), og de jobber sammen med å bistå brukeren i å komme i et jobb- eller utdanningsløp – og underveis i det å være i jobb/utdanning.
3. Arbeid-/utdanningsspesialisten fanger opp at brukeren er motivert, kopler i samråd med brukeren på IPS-jobbspesialisten/saksbehandler (jobb/utdanning). IPS-jobbspesialisten/saksbehandler (jobb/utdanning) jobber videre alene sammen med brukeren i å komme i et jobb- eller utdanningsløp – og underveis i det å være i jobb/utdanning.

3.3 Veiledning og kompetanseheving

Arbeid-/utdanningsspesialisten i FACT-teamet kan få veiledning av metodeveileder i NAV i IPS modellen. Jobb- og utdanningsspesialisten i FACT kan få informasjon om relevante kurs/seminar.

Det må avtales mellom lokalt NAV og FACT-team hvordan følgende momenter skal ivaretas:

- Kan arbeid-/utdanningsspesialisten inngå i opplæringen til IPS-spesialistene?
- Kan arbeid-/utdanningsspesialisten inngå i mentorordningen til IPS-spesialistene?

3.4 Rolleforventninger

Arbeid-/utdanningsspesialisten skal være en del av FACT-teamet, med særlig ansvar for jobb og utdanning. Hen skal ha et særlig ansvar for å sikre og utvikle teamets arbeids- og utdanningsfokus gjennom opplæring og oppmerksomhet på dette i tavlemøter, behandlingsmøter og generelt. Hen skal fange opp enkeltbrukere/-ungdommer som er motivert for jobb/utdanning, enten via egen jobbing med disse eller via andre i teamet. Hen skal jobbe videre med motiverte brukere (16 år og over) for å få de til å ta imot bistand fra IPS-jobbspesialisten i NAV/saksbehandler (jobb/ utdanning).

- Bygge opp relasjon generelt
- Bygge relasjon mellom bruker og IPS-jobbspesialist
- Følge brukere over dit når motivert

- Være med regelmessig i jobboppfølgingen som skjer mellom bruker og IPS-jobbspesialist/saksbehandler (jobb/utdanning).
- For å få mer kunnskap om IPS-metodikk
- Kunne være en formidler av kunnskap og perspektiver om enkeltbrukere mellom IPS-jobbspesialisten/saksbehandler (jobb/utdanning) og teamet
- Kunne føre regelmessig i teamets journal om brukerens utvikling mht. jobb/utdanning
- Jobbe for egen del med å få motiverte ungdom under 16 år ut i jobb/utdanning

3.5 Rolle til IPS-jobbspesialist

IPS-jobbspesialist ansatt i NAV kan ha FACT-teamet som en av de to «enhetene», vedkommende er ansvarlig for å følge opp, dersom dette er avtalt lokalt, alternativt som en del av hens øvrige deltakerportefølje. Hen skal primært jobbe i henhold til IPS-metodikk, (NAPHA, 2023) overfor de brukere i teamet som arbeid-/ og utdanningsspesialisten ber om bistand til å få ut i arbeid/utdanning

Det er også en forventning om å kunne bidra til kompetanseoverføring til jobb- og utdanningsspesialist ansatt i teamet, både i IPS-metodikk, kunnskap/kompetanse om lokalt arbeidsliv (privat/offentlig) og om lokalt utdannings- og opplæringstilbud.

4. Stillinger og kompetanse

Teamet skal bemannes i henhold til FACT-modellen, nasjonale anbefalinger og føringer. Case- Manager stillingene besettes av personer med helse- og sosialfaglig utdanning på høgskole- eller universitetsnivå med relevant klinisk erfaring og videreutdanning.

5. Varighet, endring og oppsigelse av samarbeidsavtalen

Samarbeids- og driftsavtalen gjelder fra den er underregnet av partene og frem til en ny avtale erstatter denne, eller avtalen blir sagt opp. Avtalen kan endres ved konsensus mellom partene. Endringer i samarbeidsavtalen skal gjøres skriftlig, dateres og undertegnes av alle parter.

Partene forplikter seg til å gjøre endringer i hele eller deler av avtalen som følge av endring i lov, forskrift, veiledere, finansieringsordninger eller ved endringer av rutiner og/eller organisasjonsendringer som har betydning for avtalen. Uenigheter mellom partene om forhold knyttet til denne avtalen skal forsøkes løst ved forhandlinger.

Partene kan si opp denne avtalen med 24 måneders varsel. Varsel om oppsigelse skal være skriftlig og rettes til vertskommunen. Oppsigelsestiden løper fra og med måneden etter skriftlig oppsigelse er sendt. Ved oppsigelse fra en part bortfaller partens forpliktelse til å betale sin andel av kostnadene knyttet til denne avtalen regnet fra og med 1. januar året etter at uttreddet har skjedd.

Denne avtalen er utformet i eksemplarer, hvorav partene beholder ett eksemplar hver.

Referanser

- Helsedirektoratet. (2022). Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS)-rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid. Oslo, Oslo, Norge: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2023). FORKLARING AV ROLLEN SOM ARBEIDS-/ UTDANNINGSSPESIALIST. Oslo, Oslo, Norge: Helsedirektoratet.
- NAPHA. (2023). Individuell jobbstøtte (IPS). Trondheim, Trøndelag, Norge. Hentet fra <https://napha.no/content/20131/individuell-jobbstotte-ips>

VEDLEGG 6 SAMARBEIDSAVTALE OM FELLES JOURNALSYSTEM

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og formål

Denne Avtalen fastsetter Partenes rettigheter og plikter vedrørende pasientbehandling i FACT-team og kommunalt ansatte sin bruk av HF's journalsystem. Avtalen skal sikre klare ansvarsforhold mellom avtalepartene, herunder hvem som er dataansvarlig, hvem som har ansvar for informasjonssikkerhet, hvem som har ansvar for å sikre pasientrettigheter og på hvilken måte disse sikres. Avtalen skal også regulere hvordan journalopplysninger skal håndteres dersom samarbeidet endres eller opphører. Avtalen er en del av overordnet samarbeidsavtale mellom HF og Kommunen datert dd.mm.aaaa («Samarbeidsavtalen»).

En av utfordringene innen helsetjenesten er å sikre pasienter mulighet for kontinuitet, helhet og medvirkning i helsetilbudet. Særlig gjelder dette pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Dette krever samarbeid med pasienten og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. På denne bakgrunn har HF og Kommunen inngått avtale om etablering av tverrfaglig oppsøkende behandlingsteam (på engelsk Flexible Assertive Community Treatment, forkortet FACT). FACT-teamet er sammensatt med ansatte fra både Kommunen og HF. FACT-teamene skal være organisatorisk og faglig underlagt HF og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA). Kommunalt ansatte har likevel sitt formelle arbeidsforhold i Kommunen.

For effektivt å kunne sikre pasienten helsehjelp av god kvalitet og sikre kontinuitet i behandlingen, vil det for deltakere i FACT-team være behov for å kunne oppfylle dokumentasjonsplikten i samme journal.

Avtalen skal regulere ressursinnsatsen fra partene, organiseringen og det formelle samarbeidet mellom HF og Kommunen.

1.2 Verdigrunnlag for Avtalen

Samhandling mellom HF og Kommunen bygger på et helhetlig syn på tjenester til den enkelte pasient og til befolkningen. Samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom likeverdighet og gjensidighet, fokus på forbedring og dialog, god ressursutnyttelse og et formelt, overordnet, systematisk og konkret samarbeid til praktisk nytte for pasientene. Avtalen vektlegger prinsippet om at tjenestene som ytes av teamet skal skje gjennom oppsøkende virksomhet nær brukeren og prinsipper, kriterier og verdigrunnlag som ligger i FACT-modellen.

Teamet skal operere fleksibelt, med behandlingstilbud- og intensitet basert på pasientens til enhver tids gjeldende funksjonsnivå. Teamet skal ha kontakt med pasienten uavhengig av funksjonsnivå.

2. HVA SAMARBEIDET OMFATTER

2.1 Tverrfaglig oppsøkende behandlingsteam (FACT)

Avtalen omfatter tverrfaglig oppsøkende behandlingsteam (FACT), et samarbeid mellom HF og Kommunen(e). FACT-teamet skal omfatte personell fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. FACT ung-teamet skal gi behandling og praktisk oppfølging til barn og unge sammen med familie og andre viktige personer i nettverket som vil få det beste tjenestetilbudet dersom de to nivåene samarbeider tett om behandling, oppfølging, habilitering og støtte.

FACT-teamet er faglig og administrativt tilknyttet HF og dermed underlagt lovgivning rettet mot spesialisthelsetjenesten, jf. lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr. 61. Kommunehelsetjenesteloven av 24. juni 2011, vil også komme til anvendelse.

2.2 Lovgrunnlag

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til det er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter:

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30 Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64 Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62 med forskrifter
- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp av 20. juni 2014 nr. 42

Listen er ikke uttømmende. Også bestemmelser i andre lovverk har betydning for Partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover.

2.3 Organisering av FACT-team

Helsepersonell ansatt i Kommunen skal delta som medlemmer i felles FACT-team i samsvar med FACT-modellen. Partene skal sammen videreutvikle FACT-modellen og tilpasse denne til lokale forhold.

Det forutsettes løpende samarbeid på ledernivå i HF og Kommunen for å sikre nødvendig kompetanse i teamet og samarbeid om alle nødvendige forhold knyttet til drift av teamet og forsvarlig helsehjelp som følger av denne Avtalen. Se for øvrig punkt 3.

2.4 Journalsystem

HF's elektroniske pasientjournalsystem DIPS skal benyttes for dokumentasjon av helsetjenester som ytes i FACT-team. Dette gjelder bare relevant og nødvendig bruk av DIPS som ledd i FACT-behandling, og bare kommunalt helsepersonell som deltar i FACT team. Det er HF som beslutter, tildeler og eventuelt trekker tilbake tilgang til DIPS.

Bruken av og dokumentasjonen i DIPS skal skje i samsvar med helsepersonelloven, pasientjournalloven, journalforskriften og øvrig regelverk for behandling av pasientopplysninger. Ytterligere føringer for bruk av journalsystemet er angitt i punkt 3.4.

3. ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

3.1 Kontaktpersoner

Partenes kontaktpersoner for avtalen er beskrevet særskilt.

3.2 Organisering, styring og ledelse

FACT-teamet er faglig og administrativt tilknyttet HF og underlagt lovgivning rettet mot spesialisthelsetjenesten. HF har helsefaglig ansvar for og instruksjonsmyndighet vedrørende helsetjenester som ytes av FACT-teamet. FACT-prosjektet ledes av en styringsgruppe sammensatt av representanter fra HF, Kommunen og eventuelle andre kommuner som deltar i FACT-samarbeidet.

Styringsgruppens organisering og arbeid håndteres i henhold til gjeldende praksis og avtale mellom Partene. Styringsgruppen er et besluttsende organ innenfor inngått Avtale, vedtatte budsjettammer og målsettingen til prosjektet. Dette gjelder både driften av teamet, prosjektledelse og evaluering.

Partene kan spesifisere eller avtale andre måter å håndtere organisering, styring og ledelse på. Partene har gjensidig informasjonsplikt om forhold som angår organisering og drift av FACT teamet.

3.3 Opprettelse og gjennomføring

Partene forplikter seg til å opprette FACT-teamet og gjennomføre FACT-behandling i samsvar med prosjektbeskrivelse, hvor det blant annet er fastsatt opplysninger om målgruppe, fremdriftsplan og inklusjons-, utskrivnings- og henvisningskriterier, samt hvor mange ressurser hver Part skal bidra med i teamet.

FACT-teamet skal ha en teamleder som er ansatt i HF. HF utpeker teamleder i samråd med kommunen(e). Innad i FACT-teamet har teamleder i HF ansvar for at det ytes forsvarlig helsehjelp til pasienter som mottar FACT-oppfølging, herunder samordning av helsetjenester i teamet. Det som fremgår over påvirker ikke formelt helsefaglig ansvar og instruksjonsrett i henhold til gjeldende lov, praksis og rutiner. HF står fritt til å endre eller delegerer slikt ansvar og rett (f.eks. fra seksjonsleder til FACT-teamets teamleder).

Overfor ansatte i FACT-teamet skal teamleder ha myndighet til å fatte beslutninger vedrørende spørsmål knyttet til helsehjelp, herunder administrasjon og organiseringen av arbeidet og helsehjelpen. Ethvert medlem har likevel selv ansvar for at lovpålagte krav overholdes, herunder plikten til å yte forsvarlig helsehjelp og begrensninger på adgangen til å dele pasientopplysninger.

FACT-teamet skal arbeide aktivt oppsøkende overfor målgruppen ut fra et mestrings- og rehabiliteringsperspektiv. Hovedvirksomheten vil foregå på dagtid. Det skal likevel legges til rette for at teamet har en fleksibel tilgjengelighet, med utgangspunkt i pasientenes behov for kontakt utenfor ordinær kontortid.

3.4 Tilgang til og dokumentasjon av pasientopplysninger

Medlemmer av FACT-teamet vil få tilgang til opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp. Kommunalt helsepersonell som deltar i FACT-team skal gis tilgang- og skriverettigheter til pasientens journal i DIPS, slik at helsepersonellens dokumentasjonsplikt etter lovgivningen kan ivaretas. Tilgang skal gis og dokumenteres av HF i tråd med det til enhver tid gjeldende regelverk. Kommunalt helsepersonell skal bare ha tilgang til de pasientopplysningene som er nødvendige for å kunne gi forsvarlig helsehjelp under FACTbehandlingen. Før kommunalt ansatte får tilgang i DIPS, skal de gis opplæring i bruk av DIPS og hvilke regler som gjelder for behandling av pasientopplysninger og informasjonssikkerhet.

HF har ansvar for å vurdere om hvert enkelt medlem av FACT-teamet er å anse som «helsepersonell» i henhold til helsepersonelloven § 3. Bare helsepersonell skal gis tilgang- og skriverettigheter i DIPS.

En liste over kommunalt helsepersonell som skal delta i FACT-teamet og som følgelig skal gis begrenset tilgang til pasientens journal i DIPS skal foreligge. Listen kan oppdateres ved endring av sammensetning i FACT-teamet. Dersom kommunalt helsepersonell i FACT-team trer ut, skal vedkommende ikke lenger ha tilgang HFs systemer og IKT-infrastruktur, herunder til DIPS. Slik uttrede skal noteres.

Kommunalt helsepersonell i FACT-team skal bare benytte seg av DIPS for å dokumentere helsetjenester som ytes til pasient som ledd i FACT-oppfølging. Samme opplysninger skal ikke føres i andre pasientjournaler i tillegg til DIPS. Kommunen kan motta nødvendig dokumentasjon (f.eks. via epikrise og pleie- og omsorgsmeldinger i den grad det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten, og for å oppfylle kommunale forpliktelser i henhold til regelverk for kommunalhelsetjenesten).

Partenes rutiner for innhenting av samtykke til FACT-behandling og/eller deling av pasientens opplysninger, skal angis.

3.5 Teamsammensetning

FACT-teamet skal ha tverrfaglig sammensetning med bred kompetanse. De ansatte følger de statlige opplæringspakker relevant for FACT-team- og hospitering, og nødvendige kompetanseforløp som er aktuelle og nødvendige for å sikre kunnskapsbaserte tjenester. Ønskede krav, egenskaper mv. til teammedlemmer fastsettes av styringsgruppen. Teamet skal inneha alle nødvendige funksjoner som er påkrevd i et FACT-team i tråd med spesialistfunksjonene i

teamet, herunder for eksempel i forhold til riktig medisinerings, forvaltning av tvang i spesialisthelsetjenesten og administrasjon av innleggelse.

Kommunen har ansvar for at det antall ressurser og roller som er tilgjengelig for deltakelse i FACT-teamet til enhver tid, og at ressursene er egnede og kvalifiserte fagpersoner.

Kommunen skal etter dialog med HF (eller teamleder i FACT) hvis HF har delegert ansvaret) sørge for vikarer ved langvarig sykdom/annet fravær hos den kommunalt ansatte.

HF skal godkjenne kommunalt helsepersonell som deltar i FACT-samarbeidet, med mindre noe annet er angitt. HF kan ikke nekte å godkjenne kommunalt helsepersonell uten saklig grunn.

Hvilke ressurser FACT-teamet skal bestå av avtales av partene. Øvrige forpliktelser vedrørende teamsammensetning, f.eks. stillingsprosent og krav til teammedlemmene kan også fastsettes.

Teammedlemmene må inneha tilstrekkelige norskkunnskaper slik at dokumentasjonsplikten kan gjennomføres på norsk i samsvar med forskrift om pasientjournal § 7.

3.6 Arbeidsgiveransvar

Medarbeidere i FACT-teamet har sitt arbeidsforhold i enten HF eller Kommunen. Deltakelse i FACT-team endrer ikke på hvem som er den enkeltes arbeidsgiver.

Kommunen har arbeidsgiveransvar for kommunalt helsepersonell i FACT-teamet. Formelle møter og beslutninger som gjelder arbeidsforholdet til ansatte i Kommunen skal forankres og håndteres av den som har personalansvaret i Kommunen. Dersom det oppstår endringer i arbeidsforholdet mellom Kommunen og den ansatte som kan få betydning for gjennomføringen av FACT-samarbeidet, skal HF snarest varsles om endringen. Tilsvarende har HF informasjonsplikt overfor Kommunen ved endring i arbeidsforhold.

HF skal i rimelig utstrekning bistå Kommunen med personaloppfølging. Ved samarbeidsutfordringer i teamet kan teamleder i HF ta opp forholdet med kommunalt ansatte. Kommunen skal holdes informert. Partene forplikter seg til å samarbeide for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for medarbeidere i FACT-teamet, og skal sammen diskutere og finne løsninger dersom problemer skulle oppstå.

HF skal som hovedbedrift etter arbeidsmiljøloven § 2-2 sørge for at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid samordnes mellom Partene og internt i FACT-teamet. Partene skal samarbeide om å gjennomføre nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser, eventuelle tiltak og dokumentasjon. Rutiner for gjennomføring av analyser, herunder fremgangsmåte, hyppighet og kostnadsfordeling kan spesifiseres.

HF har ansvar for samordning av internkontroll i henhold til internkontrollforskriften § 6.

Kommunen skal sørge for at deres arbeidstakere kan delta i FACT-team innenfor rammen av ansettelsesforholdet. Det er Kommunens ansvar at slik deltakelse er forankret i arbeidsavtalen med den enkelte. Kommunen skal forelegge Informasjon til (kommunalt) helsepersonell som skal delta i FACT-team for arbeidstakeren.

Ved brudd på bestemmelser som fremgår av helse- og personvernlovgivningen, instruks (eller ved begrunnet mistanke om slikt brudd) eller andre kritikkverdige forhold, kan helsepersonell etter omstendighetene tas ut fra FACT-teamet. Dersom personen det gjelder er kommunalt helsepersonell skal HF og Kommunen sammen drøfte og bli enige om slik avgjørelse skal fattes. Eventuelle reaksjoner utover uttagelse fra FACT-teamet vurderes og pålegges etter Kommunens vurdering, og Kommunen bærer selv ansvar og risiko for rettslige konsekvenser av slike sanksjoner. All behandling av ansatte og eventuelle personmessige konsekvenser skal håndteres i samsvar med lov og avtale-

verk.

Kommunen er selv ansvarlig for at kommunalt helsepersonell i FACT-teamet er tilstrekkelig forsikret, herunder at lovpålagte forsikringer som yrkesskadeforsikring er på plass for den enkelte ansatte.

4. ØKONOMI

4.1 Lønn

Hver Part finansierer de stillingene de har arbeidsgiveransvar for. Dette inkluderer vikarer ved sykefravær utover arbeidsgiverperioden, vikarer ved permisjoner av lengre varighet herunder spesialistpermisjoner, samt utgifter til kurs-, etterutdanning, videreutdanning og profesjonsveiledning.

4.2 Driftsutgifter

Økonomiavtale mellom partene beskriver fordelingen av tilskuddsmidler og driftsutgifter.

5. INFORMASJONSSIKKERHET OG PERSONOPPLYSNINGSVERN

5.1 Dataansvarlig

HF er dataansvarlig for all behandling av personopplysninger i DIPS vedrørende FACT-behandling og som omfattes av denne Avtalen. Med dataansvarlig menes den som er ansvarlig for behandling av helseopplysninger etter personvernforordningen artikkel 4 nr. 7, jf. pasientjournalloven § 2 bokstav e. HF er derfor ansvarlig for blant annet å sørge for tilstrekkelig informasjonssikkerhet ved bruk av DIPS, overholdelse av pasientenes rettigheter, og for at enhver bruk av person- og helseopplysninger skjer i samsvar med personvernregelverket, herunder prinsippene for behandling som fremgår av Personvernforordningen artikkel 5.

Dersom Kommunen er forpliktet til å dokumentere opplysninger om pasienter som deltar i FACT i egne systemer (f.eks. egne vedtak, oppfølging av individuell plan mv), er Kommunen selvstendig dataansvarlig for slik dokumentasjon.

Beslutningsmyndighet vedrørende saker som omhandler spørsmål og avklaringer knyttet til informasjonssikkerhet skal løftes til HF's informasjonssikkerhetsleder, såfremt ikke spørsmålene kan besvares i allerede etablerte styrings-systemer for informasjonssikkerhet.

5.2 Dokumentasjonsansvarlig

HF fastsetter hvem som er dokumentasjonsansvarlig for pasientjournalen til personer som mottar FACT-oppfølging. Dokumentasjonsansvarlig har internt i FACT-teamet ansvar for at det føres journal og skal ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i denne. Dokumentasjonsansvarlig har også overordnet ansvar for at helseopplysninger som deles internt i FACT-teamet er relevante og nødvendige for å behandle pasienter som mottar FACT-oppfølging.

5.3 Informasjonssikkerhet

HF skal gjennomføre en risikovurdering av mulige konsekvenser av at kommunalt helsepersonell gis skriverettigheter og tilgang til pasientens journal i DIPS. HF er ansvarlig for å sørge for at nødvendige tekniske og organisatoriske tiltak implementeres for å forhindre at helseopplysninger blir misbrukt eller kommer på avveie. Kommunen skal samarbeide med HF etter behov.

Helsepersonell i FACT-teamet gis tilgang til HF's pasientjournal til pasienter som mottar FACT-oppfølging. Tilgangen til DIPS gis i forhold til den funksjon den enkelte medarbeider har. All bruk og oppslag i foretakets behandlingsrettede helseregistre, DIPS, blir loggført. Loggene er del av foretakets retningslinjer for informasjonssikkerhet, og benyttes for lovpålagt kontroll av oppslag i behandlingsrettede helseregistre. Autorisert personell gjennomgår loggene og iverksetter tiltak om nødvendig.

Det er forbudt å lese og/eller hente ut opplysninger som ikke er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp til pasienten som mottar FACT-oppfølging. Det er implementert styringsmekanismer i DIPS som loggfører hvilke opplysninger som leses og dokumenteres av hvert enkelt medlem av teamet. Slik loggføring gjennomgås og kontrolleres på regelmessig basis, og slik kontroll skal dokumenteres. HF har overordnet beslutningsmyndighet vedrørende hvilke pasientopplysninger som kan deles mellom medlemmer av FACT-teamet, men hvert medlem er selv forpliktet til å overholde helse- og personvernlovgivningens krav til konfidensialitet, integritet og forsvarlig helsehjelp.

Ethvert helsepersonell i FACT-teamet skal gjøre seg kjent med og forplikte seg til å overholde en intern sikkerhetsinstruks for pasientbehandling i FACT-team. Instruksen skal detaljere, klargjøre og gi veiledning om hvilke krav som stilles til behandling av helseopplysninger og pasienter ved FACT-oppfølging.

Brudd på kravene til behandling av pasientopplysninger og/eller informasjonssikkerhet dokumenteres og følges opp av HF. Dersom det enkelte helsepersonell bryter kravene til informasjonssikkerhet under denne Avtalen, helse- og personvernlovgivningen og/eller stillingsinstruks vil tilgang til HF's systemer og IKT infrastruktur, herunder DIPS, umiddelbart tilbaketrekkes. Tilgang kan suspenderes ved mistanke om slikt brudd.

5.4 Informasjon til kommunalt ansatte

For å iverksette og gjennomføre FACT-behandlingen vil HF behandle personopplysninger om kommunalt helsepersonell som deltar i FACT-team. Kommunen forplikter seg til å gi relevante ansatte opplysninger om HF's behandling av deres personopplysninger som påkrevd etter personvernregelverket. HF skal gi Kommunen et informasjonsskriv med slike opplysninger.

5.5 Oppbevaring og sletting

Helseopplysninger i DIPS skal oppbevares til det av hensyn til helsehjelpens karakter ikke lenger antas å bli bruk for dem og i samsvar med lov. Det samme gjelder opplysninger om hvem som har hatt tilgang til eller fått utlevert helseopplysninger som er knyttet til pasientens navn eller fødselsnummer.

HF vil være rettslig forpliktet til å bevare visse opplysninger i lengre tid, for eksempel dersom det er påkrevd etter arkivloven eller annen lovgivning.

Dersom avtalen opphører vil dokumentasjon tilhøre HF. Sykehuset vil ivareta utlevering til brukere og til Kommunen når behov/rettighet er dokumentert.

Hvordan kommunens rett til utlevering av pasientjournaldata skal gjennomføres, avtales mellom partene i oppsigelsesperioden. Det skal avtales hvordan en konvertering/utlevering skal foregå og i hvilket format dataene skal avleveres.

Ved eventuelt opphør av avtalen/FACT-teamet vil FACT-teamet sende oppsummeringsnotat/epikrise elektronisk til kommunen. Journalen kan også eventuelt skrives ut og skannes inn i det kommunale systemet.

5.6 Taushetsplikt

Ethvert medlem av FACT-teamet har en lovbestemt taushetsplikt om enkeltpersoners personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. HF skal sørge for at det foreligger rutiner som hindrer at andre får adgang eller kjennskap til slike opplysninger.

HF skal implementere rutiner for deling av helseopplysninger internt i FACTteamet, og sørge for at slik deling skjer i samsvar med taushetsplikten jf. helsepersonelloven §§ 21 flg. Deling av en pasients helseopplysninger vil f.eks. kunne skje når det er nødvendig for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp, eller hvis pasienten har samtykket til dette. Dette gjelder også deling av pasientopplysninger på tvers av kommunal- og spesialisthelsetjenesten.

Fordi pasienten har rett til å motsette seg at opplysninger deles, skal HF sørge for rutiner i FACT-teamet som sikrer at pasienten er innforstått med at visse helseopplysninger vil diskuteres i teamet for å yte helsehjelp til vedkommende.

5.7 Pasientrettigheter

HF er ansvarlig for å overholde pasientenes rettigheter etter personvernregelverket og helselovgivningen. Dette omfatter å implementere rutiner for å sikre pasientene tilgang til sine helseopplysninger og gi informasjon om behandlingen, samt håndtering av forespørsler om redigering, retting og sletting av helseopplysninger. Pasienten skal i tillegg ha mulighet til å sperre journalen for helsepersonell, inkludert fra andre virksomheter enn der opplysningen er nedtegnet.

Dersom Kommunen mottar forespørsler om utøvelse av pasientrettigheter, og hvor kommunen ikke er dataansvarlig, skal henvendelsen oversendes til HF så snart som mulig. Ved uenighet om hvem som er forpliktet til å besvare henvendelsen skal partene samarbeide i god tro for å avgjøre uenigheten.

I løpet av 20XX vil alle pasienter som har kontakt med sykehus i Helseregion etter DATO, i både somatikk og psykiatri, ha mulighet til å logge seg på den nasjonale helseportalen Helsenorge.no og se utvalgte journaldokumenter som er opprettet i deres journal fra alle yrkesgrupper. Dette gjelder kun dokumenter opprettet etter DATO. Pasienter vil også få tilgang til å se navn, rolle, arbeidsplass og dato for helsepersonell som aktualiserer pasienten i en oversikt for tilgangsløgg, samt få tilgang til en oversikt over hvilke dokumenter aktuelt helsepersonell har åpnet i DIPS. Pasienten vil kun se dokumenter i denne oversikten dersom de aktuelle dokumentene er med i innsynsløsningen.

6. ØVRIGE FORPLIKTELSER

6.1 Kommunen

Inntakskriteriene for FACT-behandling skal gjøres kjent for henvisende instanser i Kommunen. Medlemmer av FACT-teamet skal gjøres kjent for ansatte i de aktuelle tjenestene i Kommunen.

Hvis Kommunen mottar bekymringsmeldinger fra pårørende til pasienter som mottar FACT behandling, skal HF og FACT-teamet varsles uten ugrunnet opphold. HF har etter mottatt varsel ansvaret for å foreta nødvendige undersøkelser og vurderinger jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10.

6.2 HF

HF og Kommunen skal sørge for tilfredsstillende lokaler til FACT-teamet, og sørge for at ansatte til enhver tid har nødvendig kommunikasjonsutstyr og transportmidler.

7. EVALUERING

Partene skal jevnlig evaluere prosjektet. Formålet med evalueringen er å fastsette hva som har fungert bra, og diskutere hvordan samarbeidet kan forbedres. Før evalueringsmøte skal det innhentes innspill fra FACT-teamet.

Evalueringen avholdes hver 12. måned etter prosjektets oppstart. Partene kan selv avtale øvrige evalueringsmøter ved behov. Partene kan avtale særlige evalueringskriterier i styringsgruppen.

8. ANSVARSFORDELING

8.1 Ansvar for forsvarlig helsehjelp

HF er ansvarlig for at spesialisthelsetjenestene som ytes i FACT-teamet er forsvarlige jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

8.2 Klager og erstatningskrav

Fordi FACT-teamet er organisatorisk underlagt HF er HF mellom partene ansvarlig for eventuelle klager og pasient-skader som oppstår som følge av feil begått av FACT-teamet. Kommunen skal likevel holde HF skadesløs for krav fra tredjeparter som skyldes grov uaktsomhet eller forsettlige ansvarsbetingende handlinger fra kommunalt helsepersonell i FACT-teamet.

Kommunen har arbeidsgiveransvar for kommunalt helsepersonell jf. skadeserstatningsloven § 2-1. HF skal holde Kom-

munen skadesløs for erstatningskrav som skyldes instruks fra teamleder i FACT-teamet. Dette gjelder likevel ikke hvis helsepersonellet forsto eller burde ha forstått at det ville være i strid med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 å gjennomføre instruks.

8.3 Informasjonssikkerhet

Som dataansvarlig er HF ansvarlig for at kravene til informasjonssikkerhet etter personvern- og helselovgivningen overholdes.

9. VARIGHET, ENDRINGER OG OPPSIGELSE

9.1 Varighet

Avtalen gjelder fra den er signert av begge parter og frem til den sies opp. Partene skal følge fremdriftsplanen som fremgår av prosjektbeskrivelsen.

Avtalen kan i avtaleperioden sies opp skriftlig av begge parter med en oppsigelsesfrist på 6 måneder. Ved endringer i statlige tilskudd kan hver av Partene kreve reforhandling av avtalen.

9.2 Opphør

Ved opphør av Avtalen fratras kommunalt helsepersonell i FACT-teamet tilgang til HF's IKT-infrastruktur, herunder DIPS. Videre oppfølging og behandling av tidligere FACT pasienter skal gjennomføres i henhold til helselovgivningen. Helsepersonellens taushetsplikt gjelder også etter at samarbeidet har opphørt.

9.3 Endringer

Denne Avtalen, inkludert dens vedlegg, kan endres ved enighet mellom Partene.

10. TVISTELØSNING

Partene er enig om følgende prinsipper for håndtering av uenighet knyttet til gjennomføring og forståelse av avtalen: Uenighet mellom partene etter denne avtalen skal løses gjennom forhandlinger mellom partenes representanter. Dersom uenighetene ikke kan løses lokalt, skal tvister avgjøres mellom klinikkdirektør og kommunedirektør.

VEDLEGG 7 SØKNAD TILSKUDD FORPROSJEKT

Informasjon om søker og kontaktperson			
Informasjon om søker (informasjonen legger grunnlag for utbetaling av tilskudd. Vær nøyaktig).			
Kommune	KOMMUNENAVN	Kontonummer	
Adresse		Organisasjonsnummer	
Postnummer		Postmottak/offisiell epostadresse	
Samarbeidspartner(e) i tiltaket			
Informasjon om kontaktperson			
Navn	Tittel	Telefon	Epost
Om tiltaket			
Nytt tiltak/videreføring			
Nytt i 2024	<input checked="" type="checkbox"/>	Videreføring	<input type="checkbox"/>
Ved videreføring			
Tiltaket mottok tilskudd første gang i	Skriv her.		
Tiltaket hadde oppstart i	Skriv her.		
Prioriterte tiltak, se regelverk for detaljer.			
For tiltak etter prioritering 1, huk av			
<input type="checkbox"/>	ACT-team		
<input type="checkbox"/>	FACT-team		
<input checked="" type="checkbox"/>	Forprosjekt (ACT- eller FACT-team)		
<input type="checkbox"/>	Planlagt fidelitymåling	Hvis ja, beskriv:	Skriv her.

For tiltak etter prioritering 2 huk av

<input type="checkbox"/>	Forprosjekt (prioritering 2)
<input type="checkbox"/>	Kunnskapsbaserte modeller som f.eks. Housing First
<input type="checkbox"/>	Utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet, som IDDT

Tiltakets formål, begge prioriteringer**Gi en beskrivelse av tiltakets formål, beskrivelse av tiltaket, samt aktuell målgruppe**

- I søknaden må det beskrives tydelig hvordan tildelingskriteriene under pkt. 5 i regelverket skal oppfylles.

Det søkes tilskudd til forprosjekt FACT-team. Formålet med forprosjektet er å undersøke om det er grunnlag for å etablere et felles FACT-team i regionens kommuner sammen med DPS. Vi erfarer at behovet hos innbyggerne har endret seg. Vi har mange innbyggere med en alvorlig psykisk lidelse, med eller uten kombinasjon med rusutfordringer, som har behov for langvarig oppfølging av både kommune og spesialisthelsetjenesten. Kommunene har til sammen ca. 26 000 innbyggere. Vi har mange pasienter på TUD, pr mars 2024 er det 16 stk. Vi har 36 innbygger på LAR, av disse er det 14 som har lavt funksjonsnivå.

Det er behov for å styrke tilbudet til disse innbyggerne, og se på måten vi organiserer disse tjenestene på mellom nivåene.

Målet med forprosjektet er å kartlegge hvilken brukergruppe som er aktuell for FACT-teamet, herunder alder og diagnoser, samt antall aktuelle brukere. Dersom forprosjektet viser at det er grunnlag for et FACT-team, skal det i siste del av prosjektperioden utarbeides en samarbeidsavtale mellom helseforetaket og kommunene. En skal se på organisering av teamet, sammensetning av ansatte, arbeidstid og hvordan forpliktelsene for den enkelte kommune vil være.

De fire kommunene har forankret forprosjektet på ledernivå hos kommunalsjefene i helse- og omsorg. På DPS har de informert om forprosjektet i brukerrådet, samt i en egen samtale med brukerrepresentant i rådet. Videre vil brukerrådet både på DPS og i kommunene orienteres i prosjektperioden. Vi har som mål å ha med en brukerrepresentant inn i prosjektet, men det er ikke avklart hvem det blir ennå.

Stillingen er tenkt lyst ut på masternivå, da vi ønsker å rekruttere noen med kunnskap om vitenskapsteori og statistikk.

Budsjett og finansiering, se regelverk for detaljer.**Kun for tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam, herunder ACT- og FACT-team****Oppgi antall 100% stillingshjemler i behandlingsteamet det søkes delfinansiering av**

1 100% stilling, forprosjekt FACT. Prosjektleder på masternivå.

Vennligst legg ved oversikt over antall teamansatte, samt deres kompetanse og funksjon i teamet.

Budsjett (for begge prioriteringer)

Søknadsbeløp (inkludert ubrukt tilskudd) Søk kun om tilskudd for ett år av gangen

1 000 000

Ubrukt tilskudd

Skriv her.

Ved innvilgelse vil ubrukt tilskuddsbeløp trekkes fra ved utbetaling

Spesifikasjon av utgifter (fyller kun ut av søkere til prioritering 2)

Utgifter	Lønnsutgifter med sosiale utgifter	
	Andre utgifter (spesifiser)	Skriv her.
Sum utgifter (Identisk med søknadsbeløpet)		Skriv her.
Egenfinansiering (for begge prioriteringer)		

Redegjør for hvor stor egenfinansiering, stillingsressurs eller frivillig innsats dere har fått eller har søkt om til prosjektet fra egen virksomhet og samhandlingsaktører.

Det stilles kontor og kontorutstyr til rådighet. Deltagelse med eget personell i prosjektgruppen, samt dekning av utgifter til disse.

Vedlegg

Samarbeidsavtaler mellom samhandlingsaktører og annen informasjon som er relevant for søknadsbehandlingen.

Merk: Ved søknad om ACT- og FACT-team og andre organisatoriske forpliktende samhandlingstiltak, skal det utarbeides felles søknad og samarbeidsavtale mellom kommune(r) og helseforetak. Samarbeidsavtalen skal vedlegges søknaden, eventuelt ettersendes.

Beskriv hvilke vedlegg som er lagt ved søknaden
Skriv her.

Godkjenning

For kommuner skal søknaden være forhåndsgodkjent av kommunedirektør eller den kommunedirektør har delegert myndighet til.

Særlig for samarbeidstiltak:

Ledelsesforankring i kommunen og helseforetak må framgå av samarbeidsavtalen som underskrives av partene.

Den som godkjenner skal:

Kjenne vilkårene og kravene i kunngjøringen og regelverket for tilskuddsordningen.

Bekreftede at opplysningene i søknaden er korrekte og et godt grunnlag for å vurdere tildeling av statstilskudd. Være kjent med søkers plikt om å melde fra om eventuelle fremtidige endringer som kan ha betydning for vedtak om tildeling av tilskudd.

Sted/dato	Signaturer	Tittel

VEDLEGG 8 RAPPORT FORPROSJEKT

Rapport - Forprosjekt FACT Samarbeid mellom Sykehuset og kommunene A, B, C, D, E og F

1.0 Bakgrunn

Sykehuset tok initiativ overfor kommunene A, B, C, D, E og F for å avklare om det er mulig å etablere et felles FACT-team i regionen vår. Det ble på bakgrunn dette søkt om tilskudd i 2021 til et forprosjekt i samarbeid mellom A, B, C, D, E og F og DPS. På bakgrunn av vedtatt endring i opptaksområdet til DPS som medførte at A og F ble en del av DPS regionnavn sitt opptaksområde trakk D kommune seg fra samarbeidet.

2.0 Prosjektorganisering og forankring

Forprosjektet har vært forankret hos rådmann/administrasjonssjef i kommunene og administrerende direktør i sykehuset. Prosjektet har vært organisert med en styringsgruppe og en arbeidsgruppe. DPS har ivaretatt prosjektledelsen, har vært økonomisk og administrativt ansvarlig for gjennomføring av forprosjektet. Navnesen har vært prosjektleder og Navn har vært leder for styringsgruppen.

2.1 Styringsgruppe

Styringsgruppe har bestått av følgende personer:

2.2 Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

3.0 Mandat og mål

Det ble utarbeidet mandat og mål for prosjektet.

3.1 Mandat

- Forprosjektet skal utrede om og hvordan FACT kan være en aktuell samhandlingsmodell mellom DPS og kommunene A, B, C, D, E og F
- Forprosjektet skal utrede på hvilken måte FACT-modellen kan benyttes med hensyn til de geografiske forholdene.
- Forprosjektet skal utarbeide et forslag til en forpliktende samarbeidsavtale mellom partene for drift av et interkommunalt FACT-team.
- Forutsatt enighet om etablering av FACT-team i region skal forprosjektet legge frem forslag til hvordan et interkommunalt FACT-team kan driftes. Det må sikres gradvis opptrapping og oppstart uten unødig opphold etter endt forprosjekt.
- Forprosjektet avgrenses til utredning av samhandlingsmodellen FACT. Det er klare føringer fra myndighetene om at det er denne modellen som skal tas i bruk og det utredes derfor ikke andre samhandlingsmodeller.

3.2 Mål

- Skape felles forståelse for forpliktende samarbeid mellom kommunene og avd DPS.
- Definere målgruppe og inntakskriterier for et interkommunalt FACT-team.
- Kartlegge eksisterende tjenester for målgruppen i hver enkelt kommune og tilbudet ved avd DPS.
- Vurdere behovet for FACT-team ut ifra resultatene fra BrukerPlan i kommunene.

- Avklare hvilke tjenester og instanser som blir berørt ved opprettelse av et team og hvordan samhandlingen mellom disse skal ivaretas.
- Definere grenseoppganger til ordinære tjenester.
- Klarlegge organisering, arbeidsgiveransvar, bruk av digitale verktøy, tilgang bil og lokalisering av et FACT-team med spesielt hensyn til geografiske forhold.
- Vurdere kompetanse- og ressursbehov for et team.
- Vurdere økonomisk fordeling – inntekter og utgifter.
- Anbefale dokumentasjonsmetode og avklare ivaretagelse av informasjonsutveksling og taushetsplikt.
- Utarbeide plan for oppstart av FACT-team uten nødvendig opphold etter avslutning av forprosjektet.

4.0 Oppfølging og aktivitet

Det har vært avholdt jevnlig møter i arbeidsgruppen for å jobbe med mandatet og målene. Aktivitetsplanen viser hvilke aktiviteter som har vært avholdt i henhold til planen og hvilke som enten har vært utsatt eller ikke gjennomført. Det er markert med grønt i den måneden tiltaket ble gjennomført eller besluttet.

Møtene har primært vært digitale men det har også vært rom for noen fysiske treffpunkt.

4.1 Plan for aktiviteter i forprosjektet

Aktivitet	Febr	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Styingsgruppe					X			X	X		X
Arbeidsgruppe			X		X		X	X	X	X	X
Prosjektleder hospitere											
Tur til sted Mulig uke 37?								X			
Resultat fra BrukerPlan						X					
Kartlagt tjenester i kommuner og DPS								X			
Målgruppe og inntakskriterier avklart											X
Kompetanse- og ressursbehov avklart											X
Forslag til organisering og drift										X	
Forslag til samarbeidsavtale										X	
Beslutning om etablering FACT											X

5.0 Gjennomføring

På grunn av endring av opptaksområdet gikk D kommune ut av forprosjektet tidlig i prosessen.

Det ble etter hvert besluttet at NAV Sted skulle inviteres inn i prosjektet og 16.08 ble NAV leder en del av styringsgruppen.

Prosjektleder arrangert i september en studietur på to dager til FACT for alle representantene i arbeidsgruppen og styringsgruppen. Det var totalt 15 deltakere som deltok. Disse representerte A, B, E og F kommune, DPS, BRUKERORGANISASJONER og NAV. Første del av turen ble startet hos FACT der vi deltok på et tavlemøte og så fikk vi orientering om driften av teamet. Dagen etter ble det gjennomført et møte for å oppsummere og planlegge veien videre for om og hvordan en skulle jobbe for å få realisert FACT-team i region. På dette møtet deltok NAPHA med støtte og råd.

Det var enighet om at det er ønskelig at det jobbes videre med planer om etablering. Turen er evaluert som et viktig bidrag til å skape en felles forståelse, bygge nettverk mellom samarbeidspartene og for fremdrift i prosjektet.

Prosjektleder har hatt jevnlig kontakt med NAPHA for å hente kunnskap og høre om erfaringer fra andre team sine etableringer. Prosjektleder og deler av arbeidsgruppen har deltatt på nettverkssamlinger for eksisterende team og

forprosjekter i fylkene. Det var digital samling i april og fysisk samling i oktober 2021.

Flere av kommunene hadde planlagt BrukerPlan kartlegging men det ble ikke mulig å gjennomføre da Helse Stavanger som er ansvarlig for BrukerPlan stanset kartlegging på ubestemt tid. Bakgrunn for det var en rekke avvik som Helse Stavanger har meldt til Datatilsynet. Det har derfor vært utfordringer med å anslå antall mulige pasienter i et FACT-team men dersom en følger anslag fra NAPHA på 0,5% av innbyggere over 18 år vil det kunne være et pasientgrunnlag på over 80. Arbeidsgruppen har jobbet med målgruppebeskrivelse og det var ønskelig å ikke snevre den inn for å ikke ekskludere pasienter som har behov for langvarig og tverrfaglig oppfølging.

Leder for styringsgruppen og prosjektleder har vært i dialog med C kommune for å avklare om det kunne være mulig for dem å delta i forprosjektet. Vi møttes 25. oktober 2021 med kommunalsjef, enhetsleder og avdelingsleder fra kommunen til stede. De hadde ikke kapasitet til å delta i denne omgangen.

Vi har hatt et digitalt møte med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse for å avklare rammer for følgeforskning og Fidelity måling under oppstart av FACT. I forslag til budsjett er det lagt inn utgifter til dette.

Prosjektleder er fornøyd med fremdriften i prosjekt. Det er utarbeidet budsjettforslag og forslag til samarbeidsavtale som er vedtatt i styringsgruppen. Det gjenstår politiske vedtak og så kan det være klart til å starte etablering av teamet i 2022. Prosjektet har vært gjennomført tross store utfordringer knyttet til korona og smitteverntiltak. Det å møtes digitalt fungerer bra, men det vil aldri fullt ut erstatte de positive effektene knyttet til samhandling som kan oppstå når en møtes fysisk. Hvilken konsekvens det kan ha hatt for prosjektet er vanskelig å si men det kan ikke utelukkes at det har hatt innvirkning. Det er to av kommunene som i 2022 har trukket seg fra samarbeidet. Det er E og B kommune.

6.0 Regnskap

Regnskap er lagt inn i rapporteringsskjema.

VEDLEGG 9 SØKNAD TILSKUDD VIDEREFØRING FORPROSJEKT

SØKNAD OM TILSKUDD 2019

Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov Kapittel 0765 post 60

INFORMASJON TIL SØKER

En søknad må alltid ha en aktør som har ansvaret selv om flere samarbeider om tiltakeUprosjektet. Dersom flere virksomheter har samarbeidet skal dere forklare hvem dere har samarbeidet med og hva samarbeidet består av. Med tiltak menes her både tidsavgrensede prosjekter, løpende tiltak eller aktiviteter som det mottas tilskudd til

Informasjon om søker og kontaktpersoner:

Informasjon om søker:

Samarbeidspartner(e) i tiltaket: A kommune, B kommune, C kommune, D kommune, NAV, DPS, brukerorganisasjoner

Informasjon om kontaktperson:

OM TILTAKET:

Videreføring/nytt tiltak 2019

Nytt i 2019? _____ Videreføring: X

Ved videreføring:

Tiltaket mottok tilskudd første gang i: Midler til gjennomføring av forprosjekt 01.03.18

Tiltaket hadde oppstart i: 2018

Prioriterte tiltak

Prioriterte tiltak 1

Det gis tilskudd til delfinansiering av etablering og drift av tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT modellen (Assertive Community Treatment) og FACT-modellen (Flexible ACT). I DPS- regioner med et mindre befolkningsgrunnlag enn om lag 15 000 innbyggere, kan det gis tilskudd til andre typer oppsøkende og teambaserte tjenester.

- ACT-team
 FACT-team
 Andre typer oppsøkende og teambaserte tjenester
 Forprosjekt (ACT- eller FACT-team)

- Tilskuddet kan benyttes til drift (inkl. lønnsutgifter), opplæring av teamansatte, evaluering og annen implementeringsstøtte herunder interne og eksterne kostnader knyttet til kvalitetsmålinger (fidelity vurderinger/ intern audit).
- Tilskuddet skal bidra til en omstilling og styrking av eksisterende tjenester, og partene må selv bli enige om hvordan midlene skal benyttes i teametableringen.
- Helsedirektoratet vil legge til rette for opplæring og annen implementeringsstøtte i samarbeid med Fylkesmannen og kompetansemiljøene. Kostnader knyttet til deltakelse i opplæring/annen implementeringsstøtte forutsettes dekket av teamene gjennom tilskuddsmidler.
- Estimerte kostnader for deltakelse i nasjonalt opplæringsprogram (totalt fem samlinger av to dagers varighet) er satt til 28 000 kr per deltaker (eks. reiseutgifter).

Er det behov for opplæring i ACT/FACT-modellen?

Hvis ja, antall teamansatte som har behov for opplæring:

Er det ønskelig med tilbud om fidelity-/kvalitetsmåling av ACT/FACT-teamet?

Annen evaluering?

Hvis ja, beskriv pågående, eventuelt planlagt, evaluering

Prioriterte tiltak 2

Det gis tilskudd til følgende prioriterte tiltak i Prop. 15 S (2015-2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)

- Etablering av mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre)
- Lavterskel substitusjonsbehandlingstilbud, f.eks. etter modell av LASSO
- Behandlingsforberedende tiltak
- Housing First-tiltak
-

Prioriterte tiltak 3

Det gis tilskudd til utprøving og evaluering av nye metoder/ arbeidsformer og modeller på psykisk helse- rus- og voldsfeltet.

Tiltakets formål

Gi en beskrivelse av tiltakets formål, beskrivelse av tiltaket, samt aktuell målgruppe

- I søknaden må det beskrives tydelig hvordan tildelingskriteriene under pkt. 4 i regelverket skal oppfylles. Se vedlegg 1: (Samarbeidsavtale)

Kort sammenfatning:

Forprosjektet (01.03.18 - 28.02.19) har resultert i en beslutning om etablering av et tverrfaglig og tverrsektorielt Fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam (FACT-team) for å bidra til at en sårbar og utsatt pasient/brukergruppe får tilgang og hjelp til sammenhengende, helhetlig og godt koordinerte tjenester fra partene i samarbeidet.

Beslutningen er formalisert gjennom en samarbeidsavtale mellom partene, underskrevet i desember 2018 (vedlegg 1). Teamkoordinatorstillingen vil bli utlyst i løpet av februar 2019. Oppstart av teamet er satt til 01.09.19

Formål:

Hensikten med å videreføre forprosjektet vil være å sikre en best mulig prosess rundt etablering og oppstart av FACT teamet. Dette også for å unngå et uhenksommessig «tomrom/pause» hvis forprosjektet skulle avsluttes før teamkoordinator er ansatt, for å bruke denne perioden til praktisk og faglig tilrettelegging for oppstart, samt for å sikre en god overlapping mellom prosjektleder og teamkoordinator. Ved å videreføre prosjektlederstillingen ut 2019, vil man også sikre at forprosjektets «røde tråd» tas med inn i oppstarten av teamet.

Oppsummering i kulepunkter:

- Praktisk og faglig arbeid/planlegging med etablering før teamkoordinator er på plass
- Etter at teamkoordinator er på plass:
 - Bistå teamkoordinator og enhetsleder med å «sette» teamet og organisasjonen
 - Bistå med utarbeidelse av nødvendige prosedyrer/rutiner og annen administrativ bistand
 - Bistå styringsrådet med prosjektoppgaver
 - Utføre informasjonsvirksomhet ut til eksterne/interne samarbeidspartnere
 - Være en «buffer/libro» for teamet, i en sårbar oppstartsfase

Målgruppe:

Personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusproblematikk, omfattende tilleggsproblemer og lavt funksjonsnivå, som ikke nyttiggjør seg vanlige hjelpetiltak.

Beskrivelse av tiltaket:

Teamet opprettes med 15 årsverk, med kapasitet til å følge opp rundt 120 brukere/pasienter.

Delt organisatorisk forankring mellom partene

Partene i samarbeidet opprettholder arbeidsgiveransvaret for «sine» ansatte teamet.

7 årsverk fra kommunene, 1 årsverk fra NAV, 6 årsverk fra DPS og 1 årsverk som finansieres gjennom tilskuddsmidler

Teamet lokaliseres og organiseres administrativt i DPS

Ansatte fra kommunene/Nav knyttes formelt til DPS-et gjennom en innleie/utleieavtale iht arbeidsmiljøloven

Finansiering/fordeling:

Partene leverer stillingsressurser inn i teamet, foruten en stilling som finansieres ved tilskuddsmidler

Nettoutgiftene til drift av FACT-team deles likt mellom kommunene og sykehuset innlandet v/DPS Elverum-Hamar.

Disse utgiftene framkommer ved at bruttoutgifter fratrekkes inntekter som følge av refusjoner fra HELFO knyttet til teamets arbeid, samt tilskuddsmidler.

Kommunenes andel fordeles ut i fra antall stillinger/årsverk de bidrar med i teamet.

Eventuelt driftsoverskudd fordeles etter samme prinsipp, til lønnskompensasjon for stillinger i teamet

Kontrolltiltak

Beskriv de interne og eksterne kontrolltiltak som skal sikre korrekt rapportering og at målene nås. Eks.: internrevisjon, autorisert/ikke autorisert revisor, andre offentlige tilsyn, Riksrevisjonen, evaluering og systematisk kvalitetssikret dokumentasjon.

Forprosjektets budsjett føres som eget prosjektnummer i sykehuset innlandets regnskap i henhold til gjeldende lovverk. Forprosjektet har opprettet et driftsråd og et styringsråd som følger prosjektet tett.

Budsjett og finansiering

Informasjon om tilskuddsberegninger

Det gis tilskudd i inntil fire år til nye tiltak/prosjekter, med gradvis skjønnsmessig nedtrapping og økt grad av egenfinansiering.

Det gis et tilskudd på inntil 300 000 per 100 % stillingsressurs i behandlingsteamet de to første årene. Det gis kun tilskudd til inntil 10100 % stillinger per ACT-team eller FACT-team, maksimalt 3 mill. kroner i tilskudd per team. Som et ledd i implementering i ordinær drift, reduseres midlene som beskrevet under:

- År 1: Kr 300 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)
- År 2: Kr 300 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)
- År 3: Kr 250 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)
- År 4: Kr 200 000 pr stilling (inkl. midler til opplæring/annen implementeringsstøtte)

Ut fra en skjønnsmessig vurdering kan det gis tilskudd på inntil kroner 600 000 til forprosjekt. Tilskuddsperioden vil da bli maksimalt fem år.

For tiltak/prosjekter som ikke faller inn under kategorien tverrfaglige oppsøkende behandlings- og samhandlingsteam, tildeles midlene skjønnsmessig, og med en gradvis reduksjon og økt grad av egenfinansiering.

Kun for tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam, herunder ACT- og FACT-team.

Oppgi antall 100% stillingshjemler i behandlingsteamet det søkes delfinansiering av.

Vennligst legg ved oversikt over antall teamansatte, samt deres kompetanse og funksjon i teamet.

Hvor stor andel av tilskuddsmidlene per stilling planlegges brukt til kompetanseheving/opplæring/annen implementeringsstøtte

Budsjett

Søknadsbeløp (inkludert ubrukt tilskudd) Søk kun om tilskudd for ett år av gangen	720 000 Forklaring: Det søkes om lønnsmidler til å videreføring av stilling som forprosjektleder ut 2019. Forprosjektet har tidligere fått overført 120.000,- kroner til deltagelse for teamet i nasjonalt opplæringsprogram fra ACT/FACT. Da forprosjektet har konkludert med at det skal opprettes et FACT-team i løpet av 2019, med til sammen 15 årsverk, søkes det herved om at vi kan få beholde disse midlene.
Ubrukt tilskudd Ved innvilgelse vil ubrukt tilskuddsbeløp trekkes fra ved utbetaling	-284 670 (+ 120.000 i opplæringsmidler)
	= 404.670
(ACT/FACT-team trenger ikke fylle ut følgende)	
Utgifter	
Lønnsutgifter med sosiale utgifter	600 000
Reiseutgifter, arrangement, møter, konferanser	
Konsulenttjenester	
Trykking, publikasjoner, kunngjøringer, utsending mm	
Driftsutgifter, forbruksmateriell og kontortjenester inkludert lokaler og energi	
Andre utgifter	120 000 opplæringsmidler
SUM utgifter (identisk med søknadsbeløpet)	720 000

Delfinansiering/tilskudd fra andre instanser: Ingen

Egenfinansiering

Redegjør for hvor stor egenfinansiering, stillingsressurs eller frivillig innsats dere har fått eller har søkt om til prosjektet fra egen virksomhet og samhandlingsaktører.

DPS-et stiller med kontorplass og merkantil støtteressurs i tilknytning til forprosjektet.

Vedlegg

(Merk: Ved søknad om ACT- og FACT-team og andre organisatoriske forpliktende samhandlingstiltak, skal det utarbeides felles søknad og samarbeidsavtale mellom kommune(r) og helseforetak. Samarbeidsavtalen skal vedlegges søknaden, eventuelt ettersendes.)

Godkjenning

Søknaden skal være godkjent av styreleder eller den som har prokura. For kommuner og fylkeskommuner skal rapporteringen være forhåndsgodkjent av rådmannen eller den rådmannen har delegert myndighet til.

Særlig for ACT- og FACT-team og andre samarbeidstiltak:

Ledelsesforankring i kommunen og helseforetak må framgå av søknaden som underskrives av partene.

Den som godkjenner skal: Kjenne vilkårene og kravene i kunngjøringen og regelverket for tilskuddsordningen. Bekrefte at opplysningene i søknaden er korrekte og et godt grunnlag for å vurdere tildeling av statstilskudd. Være kjent med søkeres plikt om å melde fra om eventuelle fremtidige endringer som kan ha betydning for vedtak om tildeling av tilskudd.

Søknad med vedlegg sendes Fylkesmannen innen 1. mars 2019

VEDLEGG 10 PROSJEKTRAPPORT - VED BESLUTNING OM VARIG DRIFT

PROSJEKTRAPPORT - til beslutning om varig drift av FACT-TEAM 09-2018 TIL 12-2022

1. FORORD

Denne rapporten er laget med hensikt å oppsummere FACT-prosjektet i 2018-2022. Den er ment å kunne være et supplement til beslutningstakere som skal avgjøre om FACT skal gå over i etablert drift fra 01.01.2023 eller ikke.

En av de største utfordringene i helsevesenet er å sikre at pasienter med sammensatte utfordringer innenfor mange livsområder, mottar helhetlige og integrerte helsetjenester. Særlig gjelder dette mennesker med alvorlig psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.

Dette krever koordinert samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er et klart satsingsområde i nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 med opprettelse av samhandlingsteam på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten for å bedre samhandlingen.

I FACT-team jobber ansatte fra kommuner og sykehus skulder ved skulder. FACT-team er en måte å organisere tjenestene på for denne målgruppen for å gi helhetlige, sammenhengende og integrerte helsetjenester. Man etterstreber at flest mulig av helsetjenestene skal gis fra FACT-teamet for å unngå samhandlingsutfordringer og dårlige behandlingsforløp for pasienten.

FACT startet som et forprosjekt i 2018 etter initiativ fra XI kommune med kommunepsykolog og kommuneoverlege. Samarbeidet utviklet seg etter hvert til å omfatte Y kommune, Z kommune og XX kommune i tillegg til X-sykehuset. Siden 01.01.2019 har teamet vært i prosjekt drift. Det har vært en fast stamme fra dag 1.

Ingen ansatte har sluttet i FACT-teamet i prosjektperioden som gjenspeiler et svært godt arbeidsmiljø. Dette viser seg også på sykefraværstatistikken som er vedlagt.

Fra april-21 ble også FACT-teamet slått sammen med ambulans akutteam i sykehuset. Dette har gitt teamet enda flere ressurser som bidrar til at teamet kan levere mer robuste, ambulante, likeverdige tjenester til alle innbyggere i uavhengig av kommunetilhørighet.

2. BESKRIVELSE AV TILBUDET

Teamet har to hovedoppgaver.

1. FACT-teamet. Oppfølging og behandling med utgangspunkt i FACT-modellen. Oppgaven utføres av ansatte fra både kommunene og X-sykehuset i teamet.
2. Ambulant akutteam. (Akuttfunksjonen DPS). En oppgave som utføres av ansatte i X-sykehuset i teamet.

I denne rapporten om FACT-prosjektet går en kun inn på arbeidet som er knyttet opp mot FACT-teamet.

2.1 INKLUSJONSKRITERIER TIL FACT-TEAMET

FACT retter seg mot personer som har alvorlig psykisk lidelse der oppfølging/behandling er påkrevet. Det foreligger en alvorlig svikt i sosial fungering. Tilstanden er ikke av forbigående art, men gjennomgripende og langvarig.

3. HVORFOR TRENGER VI ET FACT-TEAM

FACT-teamet skal fange opp mange av de pasientene som ramler mellom tilbudene i ordinære tjenester som kommunal ROP tjeneste, voksenpsykiatrisk poliklinikk DPS, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilbudet erstatter ikke behovet for en kommunal miljøtjeneste.

I ordinære tjenester er det begrensede ressurser til å møte pasienter hyppigere enn 1 x pr uke. Alternativene til pasienter som trenger mer oppfølging er døgnopphold.

FACT-teamet tilbyr intensivering av helsehjelp opptil 5 dager i uken i dårlige perioder, ved sykdomsforverring. Tilbudet blir da noe imellom ordinære tilbud og døgnopphold som hindrer at mange pasienter trenger akuttinnleggelse viser forskning på FACT-modellen (Landheim & Odden 2020).

I ordinære tjenester har man med et lokalt FACT-team mulighet til å henvise de brukerne, pasientene som ikke nyttiggjør seg oppfølging og behandling til et høyere behandlingsnivå og forsterket behandlingstilbud lokalt. Uten et FACT-team ville disse pasientene vært i de ordinære tjenestene, og krevet betydelige ressurser i tillegg til andre oppgaver.

Det som ofte skjer på plasser hvor det ikke er FACT-team er at pasientene i FACTs målgruppe blir avsluttet i ordinære tjenestene som følge av manglende oppmøte til time. Dem blir gjentatte ganger henvist på nytt. Ofte i etterkant av en forverring av helsetilstand hvor dem er blitt akuttinnlagte fra fastlege eller legevakt. Mange av disse pasientene blir såkalte «svingdørs pasienter» som blir i tjenestene i et livsløpsperspektiv uten effekt av oppfølging og behandlingen som tilbys. Livskvaliteten til disse pasientene er ofte betydelig redusert. Disse pasientene medfører over mange år store samfunnsøkonomiske kostnader både for kommunene og sykehus. Disse menneskene lever ofte under svært vanskelige boforhold, har store økonomiske utfordringer, falt ut av utdanning og yrkesliv, og er ofte i kontakt med mange ulike etater i tjenestetilbudet. NAV, legevakt, fastlegekontor, politi, hjemmetjenester osv. Samfunnsøkonomisk vil et FACT-team redusere denne kontakten, og koordinere oppfølgingsbehovene for målgruppen.

4 ØKONOMISKE GEVINSTER VED Å HA ET ETABLERT FACT-TEAM

Nedenfor er det forsøkt å belyse økonomiske gevinster for kommune og sykehus, DPS. Det presiseres at flere av beløpene er estimerer, og er ment for å belyse mange av de økonomiske gevinster et FACT kan medføre.

De samfunnsøkonomiske gevinstene er vanskelig å fremstille, og det økonomiske totalbilde er mer omfattende enn hvis man ser isolert på inntekter og utgifter direkte knyttet til teamet.

Referanse på for økonomiske gevinster ved FACT-team:

- Data innhentet fra FACT .
- Dialog med partene.
- Informasjon fra NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid), om antatte økonomiske gevinster for kommuner som inngår i FACT-samarbeid. NAPHAs beregninger er ikke basert på en systematisk kartlegging, men på informasjon fra et utvalg av landets FACT-team.

4.1 GEVINSTER FOR KOMMUNENE

4.1.1 FINANSIERING AV KOMMUNALE TJENESTER TIL «FACT MÅLGRUPPA».

Årlig besparelse for kommunen:

- Bedre kapasitet til å følge opp milde til moderate psykiske helseutfordringer i den kommunale rus og psykiatritjenesten.
- Færre personer trenger bolig med tjenester.
- Færre personer trenger midlertidig bolig.
- Færre personer trenger «akutthjelp» som sosialhjelp, legevakt osv.
- Færre personer er i behov av kommunale akuttseger.
- Redusert behov for kjøpetjenester. F.eks. døgnbemannede boligjenester gjennom private omsorgsaktører.

Mange av disse kostnadene er vanskelig å tallfeste, men det er felles enighet i kompetansemiljøene rundt personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidige rusproblemer med et lavt funksjonsnivå at oppfølging etter FACT-modellen reduserer behovet for flere typer tjenester.

4.1.2 SAMFUNNSØKONOMISKE GEVINSTER

Følgforskningen fra de første 7 FACT-teamene i Norge viste at FACT pasienter har bedring på mange livsområder.

- Mindre i kontakt med politi og kriminalomsorgen.
- Redusert behov for praktisk bistand i hjemmet
- Akutthjelp – legevakt.
- Medisinering (hjemmetjenester).
- Midlertidig bolig «nødbolig».
- Sosialhjelp (Livsopphold).

Dette bidrar til redusert ressursbruk på tjenester i politiet, akutt-tjenester, hjemmetjeneste, NAV. Besparelsen på dette er vanskelig å tallfeste. Men disse er absolutt til stede i det store regnestykket.

4.1.3 FINANSIERING AV BOLIG MED TJENESTER.

FACT har kartlagt antallet pasienter som egentlig trenger bolig med bemanning. Av FACT s pasienter gjelder dette 8 pasienter. Hvorav kun 2 har fått dette innvilget.

Årsaken til dette er at det mangler tilrettelagte boliger med bemanning i for personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse. Det er kun X kommune som har boliger med bemanning tilpasset FACTs målgruppe.

FACT-teamet er forsterket inne i resterende 6 pasienter og ivaretar pasientene på en slik måte at dem kan bo i egen bolig lengre enn hva dem ville kunne gjøre uten FACT-team.

Av tjenester i dette inngår:

- Ukesplanlegging, innhandling av matvarer og nødvendige husholdningsartikler, tett oppfølging ifb. depot medisinering, miljøterapi, oppfølging til avtaler, hjemmetjenesten er noen ganger inne med praktisk bistand (renhold etc).

Det legges til at tilbudet til disse personene ikke er optimalt, og at FACT-teamet dekker over et manglende tilrettelagt bo-tilbud i hele STED. Optimalt sett hadde flere av disse personene hatt tilrettelagt bolig med tilhørende bemanning, hvor FACT-teamet er sterkere påkoblet i dårlige sykdomsperioder, ved forverring. I tillegg ville FACT hadde en veiledende rolle over for bemanningen i disse boligene.

NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) har på grunnlag av informasjon fra flere av landets FACT-team opplyst at det er grunn til å tro at rundt 1/5 – ¼-del av pasienter som fungerer i egen bolig med FACT-tjenester, uten FACT ville trengt bolig med tjenester. Kommunens kostnader for å tilby innbyggere med psykisk helse- eller rusutfordringer bolig med tjenester varierer, men er for enkelte kommuner beregnet til: 370.000-400.000 kr pr. år. FACT besparer kommunen med estimert: $400.000 \text{ kr} \times 6 = 2.400.000 \text{ kr pr år}$.

Det understrekes samtidig at et FACT-team ikke tar vekk behovet for bemannede boligjenester for flere i målgruppen. Mange pasienter vil være helt avhengig av et slikt tilrettelagt botilbud for å kunne ha forsvarlig helse og omsorgstilbud. Fra FACTs ståsted så er dette et område kommunene i STED bør utrede sammen, og finne interkommunale løsninger for.

4.1.4 FINANSIERING AV «KJØPETJENESTER» / PRIVATE TILBUD.

I løpet av prosjektperioden har vi fått erfaring i to av kommunene i STED med å tilbakeføre bruker som mottar private heldøgns- omsorgstjenester hjem til egen kommune med bistand fra FACT STED. FACT-teamet har da bidratt til å koordinere et forsvarlig tilbud, med oppfølging og veiledning av øvrig kommunalt ansatte.

Gjennomsnittsestimat 210 000 kr pr mnd. i kostnader for kjøp av private heldøgns- omsorgstjenester tjenester.

I den ene kommunen som tilbakeførte bruker hjem, fikk kommunen en besparelse på 600 000 kr pr år. (Etter å ha trukket av kostnader ved å etablere et eget tilbud i egen kommune, ansatt eget personell, m.m.).

Kommunen hadde kjøpt disse tjenestene over 10 år+ i fravær av forsvarlig tilbud hjemme. Det er ikke uvanlig at en

kommune som først kjøper slike tjenester for en bruker gjør dette over mange år som følge av komplekse og sammensatte utfordringer, samt manglende tilbud i egen kommune.

Potensialet for å bruke FACT som støtte i slike tilbakeføringsprosesser til egen kommune er stort. Da flere av kommunene har stor andel ressurskrevende brukere i kostbare private heldøgns- omsorgstilbud.

Her er det store muligheter for kommunene gjennom samarbeid å utvikle egne helsetilbud for ressurskrevende brukere, fremfor å sende store årlige kostnader til private helseaktører.

4.2.1 REDUKSJON I ANTALL INNLEGGELSER OG LIGGEDØGN, BÅDE FRIVILLIG OG MED TVANG

Utgifter til akuttinnleggelser vil være avhengig av flere faktorer som vil påvirke kostnader. Årstid, værforhold. Ventetid på transport og opphold enten på Z sykehus, eller kommunens KAD/ØHD senger.

En tvangsinnleggelse i grisgrendte strøk kan raskt komme opp i 6000-10 000 kr pr/innleggelse om en kalkulerer inn alle utgifter for kommunene som transport m.m.

Et oppholds døgn i psykisk helsevern/rusbehandling kostet 13 587 kr i 2020 (Helsedirektoratet, samdata spesialisthelsetjenesten 2020).

Evalueringen av de sju første FACT-teamene viser en reduksjon av innleggelser på tvang med 42% før inntak i FACT sammenlignet med 2 år etter inntak i FACT.

Frivillige innleggelser reduserte med 33 %.

FACT har også kartlagt de 21 første pasientene før inntak i FACT-teamet og sammenlignet dette med 2 år etter inntak i teamet.

Kartleggingen er gjort i samarbeid med nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse NKROP.

Etter 2 år inntak i FACT:

- Antall innleggelser uten tvang hadde en reduksjon på 24 %
- Antall innleggelser på tvang hadde en reduksjon på 33,3 %
- Liggedøgn uten tvang hadde en reduksjon på 44,9 %
- Liggedøgn på tvang hadde en reduksjon på 20,3 %

Av de 21 første pasientene i FACT er det etter 2 års inntak i FACT-teamet en reduksjon på 44,9 % liggedøgn uten tvang, som tilsvarer 421 liggedøgn.

Det gir en besparelse på 5 720 127 kr.

Av de 21 første pasientene i FACT er det etter 2 års inntak i FACT-teamet en reduksjon på 20,3 % liggedøgn på tvang, som tilsvarer 25 liggedøgn.

Det gir en besparelse på 339 675 kr

Det er også en markant reduksjon i antall innleggelser frivillig og på tvang.

I tillegg kommer reiseutgifter og de samfunnsøkonomiske kostnader som bruk av ambulanse, ambulansely, følgeper-son og ekstra utgifter til dette, overtid, følge med politi osv.

4.3.1 INNSATSSTYRT FINANSIERING, ISF

Innsatsstyrt finansiering ISF, er en aktivitetsbasert finansieringsordning fra staten til de regionale helseforetakene (RHF) for somatisk spesialisthelsetjeneste, samt for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB).

I samarbeidsavtalen har styringsgruppen FACT i prosjektperioden forankret at alle ISF-inntekter skal gå tilbake som fratrukk på teamets driftsutgifter. I ISF regelverket for 2022, er det nå også kommet regler for kommunalt utførte spesialisthelsetjenester som vil kunne øke teamets inntekter fra ISF.

Et grovt estimat av ISF inntekter for teamet er 58 832 kr pr pasient pr år.

Aktuelt har FACT 54 pasienter som gir en årlig inntekt på: 3 176 928 kr.

4.3.2 REDUKSJON I INNLEIE AV PERSONELL MEDISINSK AVD ELLER LEGEVAKT

Ved akutte psykiatriske tilstander, hvor det ender med akuttinnleggelser i STED hender det ofte av pasientene oppholder seg på medisinsk avdeling eller på legevakt i XYZ eller interkommunale legevakt Y, Z og XX i påvente av transport. Vi bor i MINDRE SENTRALT S og vi må forholde oss til vekslende værforhold. Noen ganger kan ikke flyene lande pga vind og tåke.

Dette medfører ofte innleie av ekstrapersonell.

Det er en klar reduksjon i antallet akutte innleggelser både frivillig og på tvang for pasienter som følges opp av FACT STED.

Estimerte kostnader ved innleie av personell 3000kr, pr dag, uten overtid og helgetillegg.

4.3.3 GEVINST SOM FØLGE AV LAVT SYKEFRAVÆR OG STABIL BEMANNING

Teamtilnærmingen og støtten man har som ansatt i krevende pasientforløp i FACT ser ut til å bidra til et lavt sykefravær og stabil bemanning. Det er siden oppstarten ikke vært en eneste ansatt som har sluttet. De ansatte har veiledning på arbeidsmiljø 3-4 ganger pr år. Og oppsummert er det høy arbeidsmoral og de ansatte gir uttrykk for å ha det bra på jobb kollegialt og faglig.

Sykefraværstatisikk i FACT-prosjektet:

	2019	2020	2021
Y Kommune	5,75 %	4,9 %	5,89 %
X kommune	8,23 %	1,2 %	4,31 %
DPS	0 %	0 %	1,75 %
Samlet i FACT-teamet	4,02 %	2,03%	3,98 %

Rekruttering og beholde ansatte.

- En ansettelsesprosess, ukomplisert koster 100.000 kr
- Det tar tid og det kostbart å utvikle kompetanse til nyansatte. Det er spesielt vanskelig å rekruttere kompetent fagpersonell ute i distriktet. Man kommer fort i en situasjon hvor man må ansette noen som man må gi relevant videreutdanning til for å være kvalifisert.
- Erfaringskompetanse. Erfaring med behandling og oppfølging av de dårligste ROP pasientene med psykospekterlidelser i FACT er noe man ikke får på skolebenken. Det krever mange års arbeidserfaring og er spesialkompetanse kommunene og sykehus skal ta svært godt vare på i distriktene.
- Høyt sykefravær koster penger.

5. STYRINGSGRUPPEN

Styringsgruppen pr. 01.05.22:

5.1 STYRINGSGRUPPENS INNSTILLING

Styringsgruppen oppsummerte på styringsgruppemøte 16.03.22 at alle kommunene og sykehuset ikke vil være i stand til å gi tilsvarende tilbud til målgruppen uten videre drift av FACT-teamet.

Det er bred felles enighet i styringsgruppen, og en anbefaler og støtter en videreføring av FACT-prosjektet til etablert drift fra 01.01.23.

I den videre prosessen sendes innstillingen til behandling i alle kommunestyre.

6. ØKONOMI FACT

6.1 ESTIMERTE KOSTNADER VED VIDEREFØRING AV FACT-TEAMET UTEN TILSKUDDSMIDLER

HVA	KOSTNAD
Nye stillinger må finansieres videre. Dette gjelder: - Forløpskoordinator (X-sykehuset): - Erfaringskonsulent (X kommune): - Jobbspesialist IPS (Y kommune):	Finansieres av hver part. Må legges i budsjett.
Stillinger fra ordinære tjenester som har jobbet i FACT i prosjektet, må flyttes permanent til FACT-teamet ved etablert drift.	Dette gjelder stillinger fra hhv. Y og X kommune. Samt SYKEHUS.
Driftsbudsjett - Lokaler STED - Lokaler X - Biler. - Mobilabonnement. - FIT Lisenser. - Andre driftsutgifter som; Tolketjenester, rekvisita, utstyr, IKT.	400 000 kr 400 000 kr 600 000 kr 130 000 kr 14 000 200 000 kr
Delsum:	1 744 000 kr
Kurs og opplæringsmidler - Nasjonale opplæringsksamlinger for FACT/ACT, ved nyansatte. - Årlig regional nettverkssamling for FACT-team (inkl. reise og opphold). - Veiledningsbudsjett. - Kursbudsjett. - Utdanningsbudsjett.	60 000 kr 130 000 kr 40 000 kr 100 000 kr 400 000 kr
Delsum:	730 000 kr
Totalt:	2 474 000 kr

Y kommune, X kommune og X-sykehuset har flyttet over stillinger fra ordinære tjenester til FACT-teamet i prosjektperioden. Disse stillingene må videreføres i FACT-teamet ved etablert drift. Nedenfor er det en oversikt over de ulike stillingene i teamet. Og hvilken part som har ansvar for hvilke stillinger.

Dette må også fremkomme av en oppdatert samarbeidsavtale mellom partene ved overgang til etablert drift.

6.2 KOMMUNE Z OG XX - FACT-SATELITTER

Gjennom FACT-prosjektet har Z og XX vært med i FACT som FACT-satelitter. Det vil si at Z og XX kommune har vært med i FACT-prosjektet, men har ikke hatt egne stillinger i teamet. Z og XX bidrag har vært økonomisk støtte til teamet gjennom en minstesats satt i styringsgruppen.

De øvrige kommunene og X-sykehuset har gitt helsetjenester til målgruppen i Z og XX.

En slik løsning har fungert bra. Z og XX har et lavere befolkningsgrunnlag. Det er dermed færre pasienter og også færre ressurser å avse til et FACT-team. Det har ikke vært ønskelig å ha noen reduserte stillingsprosenten i teamet da dette hindrer fleksibiliteten og hensikten med å kunne være tett på når behovene oppstår.

Det har vært viktig å ha en tilpasset økonomisk fordelingsnøkkel for å kunne inkludere alle kommunene i STED. Behovene fra kommune til kommune er ulike, men erfaringene gjennom FACT-prosjektet er at innbyggere også fra Z og XX har behov for FACT-teamets tjenester.

Minstesats ved overgang til etablert drift er 300 000 kr pr kommune. Disse midlene skal gå til direkte fratrukk på FACT-teamets samlede utgifter.

7. FØLGEFORSKNING

FACT har deltatt i følgeforskning. I følgeforskningspakken er det brukt bredt utvalg av datainnsamling.

- Pasientene er kartlagt 2 x. Ved inntak i FACT og etter 2 år i teamet. Kartleggingen av pasientene er dessverre ikke ferdigstilt på dette tidspunktet når rapporten utarbeides
- Det er også gjort modelltrofasthetsmålinger eller såkalte fidelitymålinger. Disse sier noe i hvor stor grad teamet jobber etter FACT-modellen.
- Pårørendeundersøkelse.
- Brukerundersøkelse
- Intervju av samarbeidspartnere
- Intervju av teamansatte.

7.1 FIDELITYVURDERING

En fidelityvurdering er en vurdering av modelltrofasthet av FACT-modellen. FACT-team har tatt utgangspunkt i fidelityskalaen fra 2010 som også følger med som vedlegg i ACT-håndboken. Fidelity skalaen 2010, er en 60 punkts del-skala som beskriver innholdet og organiseringen av et FACT-team basert på «teamstruktur», «teamprosess», «diagnostikk, behandling og intervensjoner», «organisering av tjenester», «lokalbaserte tjenester», «monitorering», og «profesjonalisering».

Teamet scores på alle 60 delskapene med en score fra 1 til 5.

- 1.0-3.0 Ikke tilfredsstillende.
- 3.1-3.3 Moderat modelltrofasthet.
- 3.4-4.0 Tilfredsstillende modelltrofasthet.
- 4.1-5.0 Meget bra modelltrofasthet.

Nedenfor under pkt 5.1.1 og 5.1.2 er det en oversikt over FACTs fidelity målinger fra 2020 og 2022. Målingene illustrerer hvor modelltro FACT er.

Det er også en sammenligning med resultatene fra den nasjonale evalueringen.

FACT kommer svært godt ut på modelltrofasthetsmålinger. Dette til tross for at teamet er etablert i rural kontekst med geografi og avstandene som det innebærer.

7.1.1 FIDELITY VURDERING 2020

7.1.2 FIDELITY VURDERING 2022

8. NASJONAL EVALUERING AV FØRSTE SJU FACT-TEAM

VEDLEGG 11 EGENANDEL FACT OG ACT - UTDYPENDE INFORMASJON

Egenandeler ACT og FACT

Bakgrunn – hva er egenandeler

Offentlige helsetjenester skal som hovedregel være gratis. For at det skal kreves betaling av pasienten må dette gå fram av lov eller forskrift.

I spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 første ledd er departementet gitt anledning i forskrift til å pålegge pasientene å betale for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er gitt regler om slik betaling i forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Forskriftens § 4 er hjemmel for at spesialisthelsetjenesten kan kreve at pasienten betaler egenandel (per i dag 386 kroner). Når pasienten har betalt så mye i egenandeler at egenandelstaket er nådd vil pasienten være fritatt fra å betale ytterligere egenandeler og mottar frikort. Frikortgrensen er i 2023 på 3 040 kroner.

Det skilles mellom pasientbetaling (eller egenbetaling) og egenandeler. Pasientbetaling er utgifter som pasienten i sin helhet må dekke selv, mens egenandeler er utgifter som regnes med i frikortberegningen. Egenandeler kan enten betales av pasienten selv, eller refunderes av Helfo dersom pasienten har frikort eller annen fritaksgrunn.

Av forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta framgår det at det kan kreves egenandel for poliklinisk helsehjelp dersom denne utføres av særskilte grupper personell. Hva som ligger i begrepet "poliklinisk helsehjelp", er ikke nærmere presisert. Av høringen til forskriften fra 2016 gikk det fram at "Omgrepet «poliklinisk helsehjelp» er avgrensa på to vis: Tenesta ein krev betalt for, lyt vere «helsehjelp» slik dette er definert i pasient- og brukerrettighetslova § 1-3 fyrste leden bokstav c. Dette inneber at behandlingsstaden ikkje kan krevje eigendelar for tenester som ikkje er «helsehjelp». For det andre lyt helsehjelpa vere offentleg finansiert og omfatta av «sørge for»-ansvaret, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-1 a".

Forskriften er utformet generelt og overordnet, og å vurdere hva som er å anse som poliklinisk helsehjelp eller ikke på bakgrunn av avgrensingen i høringen kan kreve utøvelse av skjønn. Ikke alle kontakter mellom pasienten og spesialisthelsetjenesten kan regnes som poliklinisk helsehjelp og utløse egenandel på 386 kroner. For eksempel skal det ikke kreves egenandel ved enkle pasientkontakter der det for eksempel kun utleveres prøvesvar, medisiner eller gjøres praktiske avtaler. Andre eksempler kan være informasjonstiltak og kurs. Slike kontakter vil i de fleste tilfeller heller ikke utløse ISF-refusjon.

Fritak fra å betale egenandeler

I § 5 i forskriften er det gitt bestemmelser om at poliklinikken likevel ikke skal kreve egenandel av pasienten når tjenesten er av en nærmere angitt type, eller tjenesten er rettet mot en bestemt pasientgruppe. Da er det staten som går inn og dekker egenandelen. Det er bla. unntak fra å betale egenandel:

- d. ved behandling der tilstanden til pasienten er til hinder for å krevje eigendelen, til dømes ved alvorlege sinnslidningar, behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, større akutt skade, medvitsløpse og dødsfall.
- f. ved poliklinisk helsehjelp til pasientar under 18 år innanfor psykisk helsevern, og ved poliklinisk helsehjelp som vert ytt på BUP til pasientar under 23 år og poliklinisk helsehjelp av rusavhengnad i PUT til pasientar under 30 år.
- g. ved oppsøkjande behandling av rusmiddelavhengige.
- l. ved poliklinisk helsehjelp til pasientar som får behandling i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), når helsehjelpen gis i forbindelse med gjennomføring av LAR.

Fritaksgrunnene er å anse som snevre unntaksbestemmelser, og skal ikke tolkes utvidende.

Når det gjelder unntaksbestemmelsen i bokstav d, skal bruken av denne være sjelden og først og fremst forbeholdt akutte tilfeller. Når det gjelder «alvorlige sinnslidningar» skal dette ikke forstås som at diagnosen alvorlig sinnslidelse i seg selv er tilstrekkelig til fritak fra egenandel. Det er vår fortolkning at det er pasientens tilstand i konsultasjonsøyeblikket, og ikke diagnosen i seg selv, som må være avgjørende for om egenandelen skal dekkes av staten eller pasienten selv. Dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Når det gjelder § 5 bokstav g, i forskriften framkommer det ingen definisjon av hva som ligger i oppsøkende virksomhet. Helsedirektoratet anser § 5 bokstav g som en unntaksbestemmelse, og at denne ikke skal fortolkes utvidende. Det er spesialisthelsetjenesten som i hvert enkelt tilfelle må vurdere om behandlingen er å ansees som oppsøkende eller ikke, og dermed om unntaksbestemmelsen i § 5 bokstav g kommer til anvendelse. Dersom pasienten kommer til poliklinikken for behandling vil ikke dette være å ansees som oppsøkende virksomhet. Det gjelder uavhengig av hvordan behandlingen ble initiert, eller om det er ACT eller FACT som er ansvarlig for behandlingen. Helfo har tidligere uttalt at dersom pasientkontakten er planlagt i samråd med pasienten, anses kontakten som ambulant og da er det ikke grunnlag for å bruke frikoden oppsøkende behandling. Helsedirektoratet er enig i denne vurderingen.

Vurdering av egenandeler i ACT/FACT

Det finnes ikke noe generelt unntak fra egenandel som gjelder for pasienter som mottar behandling i ACT eller FACT. Dette innebærer at det i hvert enkelt tilfelle må vurderes om en av reglene om unntak fra å betale egenandel i forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta § 5 kommer til anvendelse. Dersom ingen av unntaksbestemmelsene kommer til anvendelse, kan det kreves egenandel av pasienter som mottar behandling i ACT eller FACT.

Imidlertid er ikke poliklinikkene pålagt å kreve egenandel selv om de har hjemmel til det. Praksisen i helseforetakene kan derfor være noe ulik, dersom noen helseforetak vurderer at de ønsker å skjerme enkelte pasienter eller pasientgrupper fra å betale egenandeler.

Det er også viktig å merke seg at det kun kan kreves egenandel ved poliklinisk helsehjelp slik dette er definert ovenfor. I ACT og FACT kan det være kontakter med pasienter som ikke er å anse som poliklinisk helsehjelp, fordi det enten ikke er å anse som helsehjelp eller spesialisthelsetjeneste. Da er det ikke anledning til å kreve egenandel jf. forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta.

(E-post fra Helsedirektoratet, november 2023)

VEDLEGG 12 BEHANDLINGSPLAN

FACT STED
BEHANDLINGSPLAN

NAVN:

HOVEDMÅLSETTING:

Sentralbord FACT STED: 12 34 56 78

Kontaktpersoner:

CASE MANAGER	PSYKIATER	JOBBS- SPECIALIST	ERFARINGS- KONSULENT	FASTLEGE	ANNEN ROLLE I FACT-TEAM	NAV
TLF:	TLF:	TLF:	TLF:	TLF:	TLF:	TLF:

	MÅL	AKTUELL SITUASJON	HVA KAN JEG GJØRE SELV? HVA TRENGER JEG HJELP TIL?	EVALU- ERING (Dato, utført)	ANSVAR
Noe jeg interesserer med for? Hva ønsker jeg å gjø- re mer av?					
Psykisk helse					
Fysisk helse Underliggende syk- dommer? Tannbehandling? Kost og ernæring?					
Rus					
Pårørende					

	MÅL	AKTUELL SITUASJON	HVA KAN JEG GJØRE SELV? HVA TRENGER JEG HJELP TIL?	EVALUERING (Dato, utført)	ANSVAR
Nettverk					
Økonomi					
Bolig					
Arbeid og/eller skole					
Aktivitet					

OPPFØLGINGSPUNKTER:

- Er det utarbeidet kriseplan? Ja: Nei:
- Er det utarbeidet individuell plan? Ja: Nei:
- Samtykke levert inn: Ja: Nei:

KONTAKTPLAN (Hvor ofte har du avtaler med FACT-teamet?):

VEDLEGG 13 SJEKKLISTE – PRAKTISKE RÅD

TILTAK	DATO
TRINN 1: UTFORSKNING	
Avklar lederstøtte	
Søk kunnskap om FACT-modellen	
Bli kjent med tilskuddsordningen og tilhørende regelverk	
Vurder dagens tjenestetilbud og eventuelle mangler	
Gjør en beslutning og søk tilskuddsmidler til forprosjekt	
TRINN 2: FORPROSJEKT	
Avklar organisering og deltakere i forprosjekt	
Inkluder brukerkompetanse	
Avklar målgruppe	
Etabler kontakt og vær en pådriver	
Beregn teamstørrelse og caseload	
Avklar teammodell (ACT eller FACT)	
Avklar eierskap og organisering	
Beregn kostnader og sett opp et budsjett	
Planlegg for videre finansiering og drift etter tilskuddsperioden	
Foreslå organisering av inntak	
Bli kjent med lovgrunnlaget	
Sikre rutiner for journalføring	
Få på plass nødvendige rutiner	
Få innsikt i mulige styrker, utfordringer, muligheter og trusler (SWOT-analyse)	
Utvikle felles forpliktende samarbeidsavtaler	
Søk tilskuddsmidler for etablering av team	
TRINN 3: OPPSTART OG DRIFT	
Ansett teamleder	
Tydeliggjør teamleders rolle	
Rekrutter ansatte	
Anskaff lokaler og nødvendig utstyr	
Bygg team og gode samarbeidsrutiner	
Viderefør informasjonsarbeidet	
Planlegg gradvis oppstart	

TILTAK	DATO
Følg opp og viderefør samarbeidsrelasjoner	
Planlegg og forbered avslutning på oppfølging og utskriving	
Etabler rutiner for samarbeid i stabile faser	
Legg til rette for arbeid	
Etabler systematisk samarbeid med pårørende	
Etabler samarbeid om intensiv oppfølging og rutiner for hjelp på kveld og helg	
Etabler rutiner for håndtering av risiko	
Sørg for god modelltrofasthet	
Etabler system for strategisk og kontinuerlig kunnskapsutvikling	
TRINN 4: VARIG DRIFT	
Evaluer FACT-teamets rolle i øvrig tjenestetilbud	
Initier ny diskusjon om målgruppe og modell	
Forankre og beslutte videreføring av FACT	
Oppretthold modellkrav	
Videreutvikle FACT i tråd med fidelityskala	

©2024 NAPHA – Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid – en avdeling i NTNU Samfunnsforskning AS

7049 Trondheim

Telefon: 48 14 54 34 – E-post: kontakt@napha.no

Nettside: www.napha.no

