

UTREDNING OM FACT UNG I NORGE

Trond Hatling (red.)
2021



Nasjonal kompetansetjeneste for
samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse



Forord

Forprosjektet for FACT Ung-satsningen i Norge ble etablert i 2018. Arbeidet er forankret i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 der Helsedirektoratet ble bedt om å utrede hvordan tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge bør innrettes, implementeres og evalueres (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019).

Forprosjektet for FACT Ung er også et delprosjekt i satsingen «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet» (Helsedirektoratet & Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2016).

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet for 2020 er det vist til Nasjonal helse- og sykehusplan, og direktoratet får her i oppdrag:

«Helsedirektoratet skal, i oppfølgingen av ny nasjonal helse- og sykehusplan, utrede hvordan tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge, som FACT-ung, bør innrettes, implementeres og evalueres, herunder aktuelle målgrupper for slike team og hvilken kompetanse de bør ha.»

Helsedirektoratet ga oppdraget med utredning av FACT Ung i Norge til Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). Våren 2020 ble de første avklarende møtene med oppdragsgivere Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet avholdt. Her ble fremdriftsplan bestemt, og premissene for utredningsarbeidet ble fastsatt. Et grunnleggende premiss var at utredningsarbeidet måtte inkludere fagpersoner fra barn- og unge-feltet.

I brev av 30.07.20 inviterte Helsedirektoratet en lang rekke miljøer til å delta i arbeidet med utredningsoppdraget om FACT-ung. Det ble deretter satt ned en arbeidsgruppe for utredning av FACT Ung, som har bestått av representanter for Helsedirektoratet, Barne-, unge- og familiedirektoratet, NKROP, NAPHA, NUBU, RBUP Øst og Sør, RKBU-vest, midt og nord, BUF-etat, KS, kommunal barnevernstjeneste, brukerorganisasjoner, brukerrepresentanter, FACT-ung pilotteam og RHF.

Arbeidsgruppen har møtes månedlig fra september 2020 til mai 2021 for å gjennomføre utredningen. Arbeidsgruppen har mellom møtene arbeidet i mindre undergrupper med særskilt fokus på viktige temaer for utredningen. Hver undergruppe har levert utkast til tekst på sine tema.

I tilknytning til arbeidet har det vært en intern arbeidsgruppe med Stig Herman Nygård, og etter hvert Olav Oxholm, fra Helsedirektoratet samt prosjektleder/prosjektmedarbeider. Elin Horsdal og Trine Staer fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, har deltatt når barnevernrelaterte tema har vært oppe.

Bidragstydere til utredningen har både vært arbeidsgruppens medlemmer og ekstern kompetanse. Disse er listet i alfabetisk rekkefølge:

Tanja Dideriksen, Teamleder, FACT Ung Grünerløkka

Hege Fikke, Fagutvikler/spesialkonsulent, Nittedal barneverntjeneste.

Heidi Fjeldheim, Studieleder, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP)

Sturla Fossum, Førsteamanuensis, Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Nord)

Ove Heradstveit, Forsker II, Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU-Vest)

Kari Hurum, Rådgiver, Landsforeningen for barnevernsbarn (måtte av kapasitetshensyn trekke seg tidlig i utredningsarbeidet)

Cecile Fronth Nyhus, Prosjektleder, FACT Ung Grünerløkka

Kari Nysveen, Opplæringsansvarlig, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse (NKROP)

Marius Pettersen, Erfaringskonsulent, Bydel Gamle Oslo

Jon Qvortrup, Spesialrådgiver, KS

Tormod Rimehaug, Førsteamanuensis, Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge) - NTNU.

Kari Hoel Stavne, Seniorrådgiver Fagstøtte, Bufetat Midt-Norge

Gaute Strand, faglig rådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Dagfinn Mørkrid Thøgersen, Fagdirektør, Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)

Ragnhild Tranøy, Avdelingssjef, Helse Sør-Øst RHF

Hanne Os Wold, Erfaringskonsulent, FACT Ung Grünerløkka

Silje Louise Nord-Baade, Faglig rådgiver, har hatt hovedansvaret for å skrive utkast til Håndbok/modellbeskrivelse, og har deltatt i arbeidsgruppemøtene.

Olav Oxholm og Stig Herman Nygård, seniorrådgivere i Helsedirektoratet, har deltatt i alle arbeidsgruppemøter.

Elin Horsdal og Trine Staer, seniorrådgivere i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, har deltatt i de fleste arbeidsgruppemøtene.

Arbeidsgruppens medlemmer: Tanja Dideriksen, Hege Fikke, Heidi Fjeldheim, Sturla Fossum, Ove Heradstveit, Kari Hurum, Cecile Fronth Nyhus, Kari Nysveen, Marius Pettersen, Jon Qvortrup, Tormod Rimehaug, Kari Hoel Stavne, Gaute Strand, Dagfinn Mørkrid Thøgersen, Ragnhild Tranøy, Hanne Os Wold.

Øvrige bidragsytere: Martine Antonsen, Hanne Clausen, Juni Raak Høiseth, Alexander Sommerse, Stine Løvereide,

En stor takk til arbeidsgruppe og eksterne bidragsytere for raus kompetansedeling og entusiasme gjennom utredningsarbeidet.

Vi håper utredningen kan bidra til

- Å sikre en velfundert planprosess for det videre arbeidet med FACT Ung i Norge
- Å belyse de aspektene ved FACT Ung som er nødvendig å avklare nasjonalt for å sikre gode rammevilkår for implementering lokalt.
- Å etablere et fullverdig og effektivt tilbud til en målgruppe som tradisjonelt har falt mellom mange stoler

Trondheim 4. juni 2021

Trond Hatling

Prosjektleder

Innhold

1 Sammendrag	6
1.1 FACT Ung som tjenestemodell.....	6
1.2 Unge og medvirkning	9
1.3 Målgruppe og befolkningsgrunnlag FACT Ung	12
1.4 FACT Ung og barnevernet.....	17
1.5 Anbefalinger fidelity FACT Ung	21
1.6 Hvordan bør opplæringsprogrammet for FACT Ung legges opp?.....	24
1.7 Anbefalinger for implementeringsstøtten til FACT Ung team	28
2 Innledning	31
2.1 Bakgrunn for arbeidet	31
2.2 Organiseringen av utredningsarbeidet.....	32
2.3 Arbeidsgruppens medlemmer – og utredningens bidragsytere.....	33
2.4 Møter med ledere for kunnskaps- og kompetansemiljøene.....	34
3 Unge og medvirkning	35
3.1 Innledning og metode	35
3.2 Hva er medvirkning og hvorfor er det viktig?	35
3.3 Et ungdomsvennlig FACT Ung team	37
3.4 Involvering og medvirkning i samarbeid, behandling og oppfølging	40
3.5 Etablering av team	43
3.6 Avslutning	44
4 Målgruppe og befolkningsgrunnlag FACT Ung.....	45
4.1 Målgruppen	45
4.2 Generelt om målgruppen.....	50
4.3 FACT Ung's mål for målgruppen	58
4.4 Hvor mange har omfattende og sammensatte problemer?	60
4.5 Geografi	68
4.6 Betydningen av lokale tilpasninger.....	68
4.7 Konklusjon	70

5 FACT Ung og barnevernet	71
5.1 Innledning	71
5.2 Viktige problemstillinger	73
5.3 FACT Ung teamet og barnevernets ulike områder	75
5.4 Modellvalg	77
5.5 Samarbeidsavtaler.....	78
5.6 Konklusjon og anbefalinger.....	82
6 Fidelityvurderinger av FACT Ung team	84
6.1 Innledning	84
6.2 Norske eksempler på gjennomføring av Fidelityvurdering	87
6.3 Fidelity-skalaer for FACT Ung	96
6.4 Organisering av fidelityvurderinger for FACT	99
6.5 Anbefalinger fidelity FACT Ung	100
7 Opplæringsprogram for FACT Ung	105
7.1 Innledning	105
7.2 Hva er Flexible Assertive Community Treatment (FACT) for unge?	106
7.3 Ulike opplæringsmodeller	110
7.4 Hvordan bør opplæringsprogrammet for FACT Ung legges opp?.....	118
8 Implementeringsstøtte knyttet til utbredelse av FACT Ung i Norge	128
8.1 Hva er implementering?	128
8.2 Eksempel på implementering av ny behandlingsmetodikk i barnevernet	130
8.3 Erfaringer fra implementeringen av ACT/FACT for voksne i Norge	132
8.4 Erfaringer med og utfordringer i implementeringen av FACT Ung i Norge.....	138
8.5 Anbefalinger for implementeringsstøtten til FACT Ung team	140
9 Referanser	147

Forsidefoto: Colourbox

1 Sammendrag

1.1 FACT Ung som tjenestemodell

1.1.1 I grenseland mellom veldefinert metodikk og faglig utviklingsarbeid?

I utredningsarbeidet er to forhold ved FACT ung blitt tydelige. Det ene forholdet knytter seg til at det synes noe uklart «hva FACT ung er». Både målgruppebeskrivelse, modellbeskrivelse og fidelity-instrumenter er under utarbeidelse. Dette skjer på bakgrunn av noen sentrale elementer i hva samhandlingsmodellen FACT ung skal være, men med noe uklare grenseoppganger («fuzzy edges»). I forhold til implementering betyr dette at en utbredelse av FACT ung i Norge på nåværende tidspunkt kanskje ikke kan forstås som implementering av en veldefinert metodikk, men mer i grenseland mellom dette og **et faglig utviklingsarbeid** knyttet til hvordan kunne gi sammenhengende, helhetlige og koordinerte tjenester til ungdom med alvorlig og sammensatt psykisk uhelse. Det vises her til tilsvarende funn og vurderinger i den norske evalueringen av FACT team for voksne i Norge (Landheim & Odden, 2020).

Det andre forholdet som understøtter en slik forståelse, er at det foreligger relativt lite forskning og klart definerte forventninger knyttet til hvor virksomt FACT Ung er, og hvilke effekter og resultater en kan forvente at et FACT ung tilbud skal gi for målgruppen.

Flere steder i utredningen viser vi implementering av FACT Ung forventelig vil være krevende, ettersom «det som skal gjøres» (dvs. det som skal implementeres):

- går delvis på tvers av de etablerte strukturer i hjelpetjenestene
- retter seg mot en målgruppe med alvorlige og sammensatte problemer med lav motivasjon for hjelpsøking
- bygger på en bredde av faglige tilnærminger
- involverer tverretatlige funksjoner
- berører ulike lovverk for tjenesteutøvelse

Å innføre FACT ung på nasjonal basis er i stor grad et faglig utviklingsarbeid, med relativt lite forskning og med krevende strukturelle utfordringer. Dette er de overordnede grunnene til at det er foreslått et omfattende opplæringsprogram for alle teammedlemmer, utstrakt bruk av fidelity (både intern- og eksternevurderinger) og etablering av et nasjonalt implementeringsteam for å lede implementeringen.

Den ekstra innsats som gjøres omkring dette ansees som avgjørende med en slik utviklende, evaluerende og adaptiv tilgang, dersom etableringen av FACT ung i Norge skal nå den ønskede målsetningen om å bli et trygt og virksomt tilbud som kan nå ut til en svært sårbar målgruppe med store behov. Samtidig er det viktig å påpeke at det både politisk og faglig må vurderes løpende forholdsmessigheten i ressursbruken i et slik utviklingsprosjekt av en ennå relativt uprøvd metodikk i f.t. en ungdomsgruppe med store behov. Etableringen av FACT ung team må i likhet med andre utviklingsprosjekt løpende evalueres og justeres i forhold til de målsetninger som ønskes for satsningen.

Det finnes mange tidligere forsøk på å bedre hjelpen for ungdommer innenfor FACT Ungs målgruppe, og flere av disse har ikke lyktes eller kun lyktes kortvarig for så å bli avsluttet. Det er derfor positivt at det er avsatt ressurser og tid til en grundig utredning av FACT ung, slik at mange ulike perspektiver belyses og at erfaringene fra tidligere prosjekter kan informere satsningen på FACT ung. En vesentlig faktor for tidligere prosjekters begrensede suksess ligger i den organisering, ledelse, styring, regulering og finansiering som de ulike FACT ung-relaterte tjenestene allerede står i. Flere av disse kan gå på tvers av og ikke støtte opp under hverken

hensikten med FACT ung, eller være til hinder for å arbeide etter FACT ung prinsippene. FACT ung teamene skal etableres i tjenester som allerede kan ha for få ressurser til å løse de oppgavene de allerede er pålagt å løse, og det synes å være få insentiver både i f.t. styring, rapportering og finansiering til å prioritere annerledes enn det man gjør i dag. Samtidig er det generelt en mangel på insentiver for tjenestene til å samhandle, slik det er påpekt i rapporten «Trøbbel i grenseflaten». Videre skaper deler av lovverket forhindringer, f.eks. i at ansatte i ulike tjenester til å kunne dele vesentlig informasjon om brukere de begge har som mål å hjelpe, uten at det foreligger et direkte samtykke. Forhold rundt dette drøftes særlig i kapitlet om FACT Ung og barnevernet (jfr. også Høringsnotat 2020). Som vi drøfter der må løsningen på disse utfordringene skje sentralt, og kan ikke forventes løst i lokale samarbeidsprosjekt selv med massiv implementeringsstøtte.

1.1.2 En kort gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for FACT Ung

Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er en tjenestemodell med forpliktende samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Modellen er utviklet i Nederland og bygger på ACT-modellen (van Veldhuizen, 2007). I Norge har det vært en stor satsning på samhandlende og oppsøkende team, blant annet med ACT-team fra 2009, FACT-team for voksne fra 2013 og nå med FACT-team for unge. I Nederland har de hatt FACT Ung-team siden 2005 (Hendriksen-Favier, 2013a) og i dag er det omtrent 60 FACT Ung-team i opprinnelseslandet (M. Broersen, N. Frieswijk, H. Kroon, A. A. Vermulst, & D. H. M. Creemers, 2020). Hovedmålene for modellen er å gi helhetlige og integrerte tjenester som gir behandlingskontinuitet, heve livskvalitet og funksjon, redusere innleggelser, og øke målgruppens deltakelse i lokalsamfunnet.

Flere rapporter viser at det ordinære hjelpeapparatet ikke evner å gi god nok hjelp til ungdommer med sammensatte og alvorlige tilstander (Barneombudet, 2020b; Hansen, Jensen, & Fløtten, 2020b; L. Melby et al., 2020; Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2020). Ungdommene har vansker på flere livsområder og har økt risiko for å havne i den gruppen som ofte omtales som «pasienter som faller mellom alle stoler». Rapportene viser et bilde der ungdom med store utfordringer ofte møter et fragmentert hjelpeapparat, med variabel kvalitet på behandling, mangel på tverrfaglighet og samarbeid på tvers av instanser. Tjenestene er ofte organisert på en slik måte at det blir uklare ansvarsforhold slik at man har vanskelig for å nå og holde tak i de ungdommene som har det tyngst. Dette medfører i enkelte tilfeller store påkjenninger for den det gjelder og menneskene rundt.

Grunnpilaren i FACT-modellen handler om at mennesker med alvorlige psykiske lidelser, rusmisbruk eller begge deler, skal få muligheten til å delta i lokalsamfunnet og leve sine liv utenfor institusjoner, med god oppfølging og tilpasset behandling over tid (van Veldhuizen, Bähler, Polhuis, & van Os, 2009). FACT-team for voksne er et tilbud for mennesker med sammensatte, alvorlige vansker og lav funksjon grunnet alvorlig psykisk lidelse, rusmisbruk eller kombinasjoner av dette. De har manglet kontakt med eller ikke fått god nok hjelp i de ordinære tjenestene, og er i behov av helhetlige og integrerte tjenester som gir fleksibel hjelp på flere livsområder, over lenger tid. Nå stimuleres det til etablering av FACT Ung-team for å gi et bedre tilbud til målgruppen ungdom 12-18 år, med mulig forlengelse til 24 år. Disse unge kjennetegnes også av at de har sammensatte vansker på flere livsområder og lav funksjon, grunnet vansker som kan relateres til alvorlig psykisk lidelse, eller mistanke om dette, rus- og avhengighetsproblemer og ellers vanskelige sosiale forhold.

Disse problemene kommer ofte til uttrykk både i og utenfor familien, på skolen og på andre arenaer, og skaper store utfordringer for ungdommen selv og de rundt. Involvering av familie og foresatte utgjør ofte en viktig del av behandlingen og oppfølgingen. FACT Ung-teamet skiller seg sånn sett fra FACT-team for voksne, i det at de i langt større grad må involvere og arbeide med familie og foresatte for å forbedre vilkårene for den unges bedringsprosess. Ofte kommer ungdommene fra familier med foresatte som har utfordringer selv. Noen familier vil ha ulike tiltak gjennom barnevernet.

Modellen kompenserer for et fragmentert tjenestesystem og legger forholdene bedre til rette for god samhandling rundt den enkelte ungdom. Teamet skal arbeide med ungdommen og systemene rundt. De må skape god samhandling med offentlige instanser som skole, barnevern og andre involverte tjenester, slik at den unge gis helhetlige og integrerte tjenester. Teamet arbeider oppsøkende og ambulant, noe som gjør det enklere å etablere og beholde kontakt med de som ikke oppsøker hjelp. Teamet kan gi langvarig oppfølging, og skal erstatte og overta det helhetlige ansvaret i de tilfellene ordinær oppfølging ikke er tilstrekkelig eller etablert.

Praksiserfaring og forskningsresultater viser at modellen ofte er et godt bidrag i arbeidet med å sikre bedre hjelp til målgruppa, sammenliknet med hjelp fra ordinære tjenester. Dette oppnås gjennom å yte helhetlige, integrerte og kontinuerlige tjenester over tid, gjennom ett team. Hjelpen gis der ungdommene befinner seg, i takt med ungdommenes premisser, med direkte involvering av foresatte og omkringliggende system, og med god tilgjengelighet av tverrfaglig kompetanse i ett og samme team.

Systemisk tenkning er et viktig premiss for arbeidet i FACT Ung-teamet. Dette innebærer at teamet må se ungdommen i kontekst, og at familie og foresatte som regel involveres direkte i oppfølgingen og behandlingen. Den unges sees og forstås i lys av det totale systemet den er en del av. Det gjelder både innad i familiesystemer, i sammenheng med hvordan hen fungerer i møtet med andre systemer, eksempelvis i skolen eller på arbeidsplassen, og i lokalsamfunnet for øvrig (Bronfenbrenner, 1977). Dette er særlig utfordrende i oppfølging av brukere med sammensatte rus- og psykiske helseproblemer som også har problemer i forhold til kriminalitet, bolig, utdanning, sysselsetting og sosialt nettverk (Padgett, Henwood, Abrams, & Drake, 2008). Dersom mange ulike helseinstanser må samarbeide om hver enkelt pasient, eller om pasienter med komplekse lidelser må behandles av flere ulike spesialiserte helsetjenester, vil etter hvert mange hjelpere stå for hver sin lille bit av behandlingen (Randby, 2010). Et viktig poeng i dette er at integrering i behandlingsmessig forstand ikke bare handler om samarbeid mellom behandlingsinstanser, men også om integrering av tjenestetilbudets organisasjonelle dimensjon (Mueser & Linderoth, 2006). Intervensjoner som iverksettes kan på denne måten handle like mye om å forbedre premisser for bedringsprosessen gjennom økt fungering og samspill i systemene individet er en del av.

Et FACT Ung-team skal arbeide etter kunnskapsbaserte metoder som et ledd i å sikre kvalitet i behandlingen. Slike metoder inkluderer blant annet familieterapi og systemterapi, familie- og foreldreveiledning, IPS Ung (Individual Placement and Support) med fokus på både utdanning og arbeid, og psykoedukasjon til bruker og pårørende. For noen kan arbeid etter Modell for integrert behandling av dobbeltdiagnose (IDDT) være aktuelt, og andre igjen kan ha mest nytte av Dialektisk atferdsterapi (DBT), Læringsbasert rusbehandling (LBR), eller Agression Replacement training (ART). I henhold til Fidelity-skalaen (Bähler et al., 2020) skal teamet også kunne tilby kunnskapsbasert traumebehandling.

I evalueringen av FACT (Landheim og Odden (red.), 2020:14) redegjøres kort for forskningen på effekt eller nytteverdi av modellen;

«En artikkel fra 2014 har oppsummert forskning fra fem studier som er publisert om FACT. Fire av studiene er fra Nederland, og én fra Storbritannia. Oppsummeringen viser at en ikke finner signifikant bedring hos brukere i FACT-team når det gjelder symptomreduksjon eller funksjonsnivå.

Forfatterne konkluderer med at det er manglende evidens for effekten eller nytteverdien av FACT-modellen (Norden og Norlander, 2014). Denne oppsummeringen har blitt kritisert, blant annet fordi flere av enkeltstudiene viser noe bedring for de brukerne som var i FACT, sammenliknet med brukere i annen type behandling og oppfølging (Veldhuizen m fl., 2015). Nyere forskning som har undersøkt nytteverdien av FACT for brukerne gir ikke entydige resultater (Svensson, Hansson, Lexen, 2018; Lexen, Svensson, 2016, Nugter et al., 2016; Kortrijk H et al., 2019)».

Det er også gjort lite forskning på implementeringen av FACT/FACT Ung, og det etterlyses forskning som belyser eksterne faktorer som kan ha innvirkning på implementeringsprosessen (Landheim og Odden (red.2020). Markstrøm (2014) viser hvordan implementeringen av ACT i

Sverige var preget av en «drift» bort fra den originale modellen, hvor resultatet ble at man i liten grad prøvde ut modellen slik den var beskrevet og forsket på fra USA. Dette var en prosess som gjorde seg gjeldende helt fra det nasjonale policynivået, via ulike opplæringsaktører og helt ned til den faktiske realisering av teamene lokalt.

1.1.3 FACT Ung som tilbud 24/7 – behov for nasjonale tiltak

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

Så langt har dette ikke vist seg mulig å gjennomføre for FACT voksne, men sammenlignbare tilbud for utsatte barn og ungdommer har realisert det; Multisystemisk terapi (MST) tilbyr tjenester 24 timer i uken, 7 dager i uken. Denne tilgjengeligheten i MST er regulert gjennom en egen særskilt arbeidsavtale. Tilgjengeligheten praktiseres ved at terapeutene i tidsrommet 0800-2000 på hverdager har tilgjengelighet for de familier de selv har i behandling. For tidsrommet 2000-0800 på hverdager og i helger er det en vaktordning som ruller på terapeutene i teamet, hvilket innebærer en vakt hver 4. uke. Vekten praktiseres i all hovedsak som en telefonvakt, da det skal være lagt ulike sikkerhets- og innhentingsplaner i fall av voldsbruk, rømming, etc. Vaktordningen er mest for å minne om de lagte planer og sikre at disse iverksettes, alternativt løse hvordan familien ellers skal håndtere situasjonen de ringer vakten om.

I den videre oppfølgingen av utredningen bør en hente inn informasjon om hvordan denne ordningen er finansiert, med siktemål å tilby dette også for FACT Ung. Det vil også være nødvendig å se nærmere på hvordan utformingen av ordningen i MST evt. må tilpasses bemanning og praksis i et FACT Ung team.

1.2 Unge og medvirkning

1.2.1 Innledning og metode

Kapitlet omhandler ungdom og medvirkning. Det tar for seg hva ungdom som selv har erfaring med psykisk helseutfordringer mener er gode tjenester, hva medvirkning innebærer og hva de ønsker av et FACT Ung team.

Prosjektgruppen som har utarbeidet kapittelet er satt sammen av personer som selv har en egenerfaring med bruk av tjenester innen psykisk helse, og som nå jobber profesjonelt med brukarmedvirkning for barn og unge. Gruppen har bestått av to unge erfaringskonsulenter fra Oslo kommune, representant fra Mental Helse Ungdom og to ansatte fra Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling – KBT.

I forbindelse med dette utredningsarbeidet er det gjennomført en undersøkelse der vi har utført semistrukturerte, kvalitative intervjuer med 13 ungdommer i alderen 13 – 24 år. Alle har erfaringer med bruk av ulike tjenester innen psykisk helse, rus, barnevern, PPT, NAV og lignende. Ingen av ungdommene hadde selv vært brukere av et FACT Ung team, men de hadde mange tanker om hva de selv kunne trengt av et slikt team. Undersøkelsen er gjennomført som en Bruker Spør Bruker undersøkelse (BSB), hvilket vil si at personene som har intervjuet selv har en egenerfaring som brukere av tilsvarende tjenester.

1.2.2 Hva er medvirkning og hvorfor er det viktig?

«Brukarmedvirkning er et verdistandpunkt. I argumentasjonen for å inkludere brukerne ligger tre grunnleggende premisser: Gjensidig respekt og anerkjennelse

mellom brukerne og helsepersonell, dialog med gjensidig utveksling av informasjon, beslutningsprosesser basert på felles forståelse»

(Westerlund, 2012, p. 18)

Innholdet i brukermedvirkning er for mange et ukjent og det finnes flere ulike definisjoner, ofte skaper dette barrierer for medvirkning. Prosjektgruppa ønsker å formidle at medvirkning ikke trenger å være vanskelig. Vi viser til Mental Helse Ungdom, som skriver dette om medvirkning:

*Medvirkning handler om at de som bruker en tjeneste, er med på å påvirke hvordan tjenesten skal være. Medvirkning er å **bli tatt på alvor**. Medvirkning er en **rettighet**, men først og fremst er medvirkning **samarbeid**.*

(Mental Helse Ungdom Prinsippprogram 2021-2022., 2021)

Det er denne definisjonen vi i all hovedsak forholder oss til når vi snakker om medvirkning i dette kapitlet. I kapitlet utdypes hva som ligger i medvirkning som rettighet, medvirkning som samarbeidsform, hva det betyr at det skal være rom for å komme med tilbakemeldinger og at medvirkning handler om å bli tatt på alvor.

1.2.3 Et ungdomsvennlig FACT Ung team

...et ungdomsvennlig team er et team som består av folk som ungdommen selv har fått valgt, tillitspersoner som ungdommen selv kan si at: «her er en person som jeg faktisk er komfortabel med å fortelle ting til og som jeg vet faktisk tar meg seriøst.

-Gutt 22-

Ungdommene beskriver et ungdomsvennlig FACT Ung team som å være Forutsigbart og trygt, preget av Effektivitet, med bevissthet om Relasjonsbygging, at ungdommen skal kunne influere på Relasjon til hvem i teamet, at teamet innehar Kvaliteter hos ansatte, at det har en Erfaringskonsulent, at det arbeider Arenafleksibelt, at det er preget av Tilgjengelighet og fleksibilitet og at det har en fleksibel Bruk av digitale tjenester. Hvert av disse punktene er innholdsmessig utdypet i selve kapitlet.

Prosjektgruppa støtter i all hovedsak opp under ungdommenes tanker og anbefalinger om hva som er viktig i et FACT Ung team. Vi anser det som svært viktig at teamet oppleves som trygt, effektivt, og forutsigbart. Det er viktig å arbeide etter ungdommens mål og drømmer i teamet. I tillegg er det viktig at det formidles til ungdommene at de vil bli fulgt opp både i gode og dårlige perioder over lengre tid. Når det gjelder ansatte i teamet gir ungdommene uttrykk for at det er de ansattes personlige egenskaper som er viktigst. Vi vil riktignok utfylle dette ved å påpeke viktigheten av at det er et team som også består av ansatte som har god og variert faglig kompetanse på aktuelle problemstillinger. Det er viktig at det er ansatte som ungdommen kan identifisere seg med gjennom egenskaper som rollemodell eller delte interesser/hobbyer for å lettere bygge gode og trygge relasjoner. Når det gjelder bruk av digitale tjenester og kommunikasjonsplattformer vil vi understreke at det må utarbeides klare retningslinjer for hva som kan eller skal deles mellom de ansatte og ungdommene på de ulike plattformene. Det er viktig å spørre ungdommen hvilke plattformer de ønsker å ha kontakt på, på samme måte som man spør hvor ungdommen vil møtes fysisk. Det er viktig at personvern blir ivaretatt og at relevant informasjon og kommunikasjon mellom de ansatte og ungdommen kan dokumenteres.

1.2.4 Involvering og medvirkning i samarbeid, behandling og oppfølging

... det viktigste er nå å starte med å finne ut hva som er ungdommens mål med samarbeidet, hvor ungdommen vil hen. Og så høre med de forskjellige instansene som er med i samarbeidet om hva de kan gjøre for å hjelpe ungdommen med å komme seg dit, og høre om hvorvidt ungdommen synes at det er greit å gjennomføre det.

-Gutt 22 år-

I denne delen av kapitlet beskrives Hva ungdommene vil medvirke på, hvordan og hvilken Informasjon de ønsker ved inntak i teamet, hvordan de tenker rundt Samarbeid, hvordan Involvering av pårørende bør håndteres, at Plan for behandling fordrer fleksibilitet, at Betydningen av mål kan være komplisert, forventninger til Hvordan man møter de som ikke vil ha hjelp, at håndtering av Dokumentasjonsutveksling og taushetsplikt må involvere den enkelte ungdommen og at bruk av Tilbakemeldinger/ feedback må drøftes med den enkelte ungdommen. Hvert av disse punktene er innholdsmessig utdypet i selve kapitlet.

Prosjektgruppas oppsummerer involvering og medvirkning ved å starte med at ungdommene gir klart uttrykk for at det er viktig å få muligheten til å medvirke på alle områder som omhandler deres eget liv, behandling og oppfølging. Vi i prosjektgruppen vil understreke at dette ikke bare er viktig, men også en lovfestet rettighet. De ansatte i et FACT Ung team har selv et ansvar for å spørre ungdommene om hva som er viktig for dem og hva de tenker er best for dem i ulike situasjoner. Man må ta i betraktning at ungdommene kan ha andre mål og drømmer enn hva de ansatte tenker er realistiske eller hensiktsmessige. Det er likevel viktig at ungdommene får utforske disse målene og at det blir gitt rom for prøving og feiling.

For at et team skal oppleves forutsigbart og trygt er det viktig at det til enhver tid blir gitt tilstrekkelig informasjon. Dette gjelder både i forbindelse med inntak i teamet og underveis i behandlingen. Informasjon kan gis på ulike måter og i ulike former. Vi har erfaring med at enkelte ungdommer ikke ønsker seg skriftlig informasjon i form av brosjyre eller lignende. Vi mener likevel at det er viktig at det utarbeides noe skriftlig informasjon som blant annet inneholder informasjon om pasientrettigheter. I tillegg til skriftlig og muntlig informasjon bør relevant informasjon om ungdommenes rettigheter, teamets arbeidsmetodikk og eventuelle andre retningslinjer også være tilgjengelig digitalt. Vi i prosjektgruppa har erfaring med at viktig informasjon bør formidles flere ganger, da det ikke alltid er like lett å få med seg hva som blir sagt. Informasjon er ikke gitt før man har sikret at ungdommen har mottatt den.

I og med at FACT Ung skal være et team som gir integrerte tjenester vil det vanskelig la seg gjøre at det kun er en person som skal få informasjon og at denne informasjonen ikke skal kunne deles videre. Det er ikke noe i veien for at ungdommen selv bare deler informasjon med en person, men det må sikres at ungdommen er klar over teamets arbeidsmetodikk, og at de til enhver tid har kjennskap til hvilken informasjon de andre ansatte i teamet har. Når informasjon skal deles videre til andre i teamet skal det gjøres i samarbeid med ungdommen. Ungdommen må få dele sine tanker om at informasjonen som ungdommen har gitt vurderes å bli delt med andre. Hvis det er noe ungdommen ikke ønsker at skal gå videre er det viktig å finne ut hvorfor ungdommen ikke ønsker at informasjonen skal deles videre.

Ungdommene vi snakket med i denne undersøkelsen ga uttrykk for at det er viktig at deres ønsker om graden av pårørende involvering respekteres. Ut fra deres besvarelser kan det se ut til at de ønsket liten grad av pårørendeinvolvering. Vi vil nyansere dette ved å si at det finnes flere eksempler på ungdommer som ønsker mer involvering av pårørende enn hva de tidligere har fått. Flere har opplevd at tjenesten ikke har spurt dem om dette etter at de har fylt 16 år. Ønske om pårørendeinvolvering i behandling kan forandre seg underveis, det er derfor viktig at spørsmål om involvering blir gjentatt flere ganger. Dersom ungdommen ikke ønsker direkte involvering av pårørende, kan det være hensiktsmessig at pårørende får tilbud om hjelp, støtte og veiledning for sin egen del. Ivaretagelse og støtte av pårørende er viktig for at de igjen skal kunne være en støtte for den de er pårørende til.

1.2.5 Etablering av team

For å sikre at opprettelsen av nye team blir så «ungdomsvennlige» som mulig, skal ungdom i den aktuelle kommunen selv inkluderes og rådføres i etableringen av teamet. Ungdommers

tanker om hva som er viktig i et slikt team kan innhentes på ulike måter. Det er en fordel, men ikke nødvendig at det er personer som selv er i målgruppen som er med på å komme med innspill. Et forslag kan være å opprette et ungdomspanel. Målet med ungdomspanelet er å involvere ungdom som bruker en tjeneste eller er berørt i kraft av å være ungdom, og å gi dem innflytelse og mulighet til å delta i utviklingen av tjenesten. Det er en fordel å opprettholde ungdomspanelet etter at teamet er etablert for å få lære av ungdommen og at teamet kan tilpasse seg behov i ungdomsgruppa.

Det kan også være en mulighet å sende ut spørreundersøkelser på skoler og til organisasjoner for barn- og unge i nærmiljøet. Spørreundersøkelsene bør starte med en innledning om hva hensikten med et slikt team skal være, deretter bør det komme konkrete spørsmål om hva ungdommer tenker man kan trenge av et slikt team. Det er også mulig å oppsøke ungdommer på ungdomsklubber og andre lignende arenaer for å gjennomføre innsiktsarbeid. En annen måte å inkludere ungdommer i etableringsfasen på, er at kommunen selv fremmer forslag til hvordan et slikt team skal være, og at dette deretter tas opp til diskusjon blant ungdommer.

Prosjektgruppas erfaringer samsvarer med det ungdommene foreslår om involvering i etableringen av team. Vi vil understreke viktigheten av å rådføre seg med ungdommen så tidlig som mulig, det er viktig at man ikke går i gang med dette for sent, da det kan skape skjevheter i medvirkningen. Det vil også kunne være nyttig for initiativtageren til tjenesten å ha aktiv sparring med ungdomsgruppa lokalt i vurderingsfasen av behov for etablering. Det å snakke med ungdommen tidlig i prosessen kan være med på å bidra til at tilbudet blir mer treffsikkert og etter ungdommens behov.

1.2.6 Avslutning

En ungdomsvennlig velferdstjeneste kan defineres på følgende måte: *«...en tjeneste som er tilpasset ungdomsgruppens kulturelle uttrykk, livs- og modningsfase, individuelle helhetlige behov og menneskerettigheter slik de er uttrykt i Barnekonvensjonen og annet lovverk»*. Prosjektgruppen mener at de samme verdiene er gode grunnverdier for et FACT Ung team.

Ungdommer som er en del av et FACT Ung team har en rett til å medvirke. Dersom ungdommen skal ha mulighet for å medvirke kreves det at de har fått tilstrekkelig med informasjon om hvilke rettigheter og muligheter de har for å medvirke. Medvirkning i seg selv er ofte enklere enn man tror. Det handler om å møte ungdommen med respekt og anerkjennelse. I etableringen av FACT Ung vil medvirkning være en forutsetning for å lykkes. Det å la ungdom medvirke handler i stor grad om å skape en kultur innad i teamet hvor de ansatte gir rom for at ungdommene kan føle seg trygge nok til å dele sine tanker om eget liv, mål og drømmer. Det må etableres et trygt rom slik at ungdommen kan få gitt tilbakemelding til teamet uten frykt for at dette vil føre til negative konsekvenser. Ungdommenes tilbakemeldinger skal danne grunnlaget for videre tjenesteutvikling.

FACT Ung som modell har sine rammer for hvordan tilbudet ut til ungdommen skal se ut, likevel vil det være viktig å ta høyde for lokale behov for ungdomsgruppen. Man kan gjerne se på det som at tilbudet skal være i en dynamisk utvikling i takt med de behov som ungdommen til enhver tid har. Ungdommen som benytter seg av tilbudet skal kunne gi tilbakemelding på individ- og systemnivå. For at hjelpen skal oppleves som nyttig og relevant vil dette være bærebjelker for å justere det tilbudet som blir gitt tilbake til ungdommen.

1.3 Målgruppe og befolkningsgrunnlag FACT Ung

FACT Ung har som ambisjon å gi et tilbud til barn og unge som kjennetegnes av en rekke kriterier; alvorlige psykiske vansker, alvorlig funksjonssvikt, sammensatte vansker og behov som krever en langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester. I tillegg er det en ide om at ungdommens omsorgsbasis og de tilgjengelige tjenester ikke klarer å ivareta disse behovene og utfordringene.

Ulike rapporter de senere årene har pekt på hvilke barn og unge som strever med alvorlige utfordringer og ikke får tilstrekkelig hjelp i det tradisjonelle hjelpeapparatet, og flere initiativ

har blitt tatt for å imøtekomme disse (Barneombudet, 2020c; Hansen, Jensen, & Fløtten, 2020a; Line Melby et al., 2020; Ukom, 2020).

Det er viktig å avklare hvordan FACT Ung skal kunne bistå, og på hvilken måte disse ungdommene kan fanges opp og henvises på en god måte til FACT Ung-teamet. En arena hvor det kan antas at tiltagende funksjonssvikt blir synlig for instanser først, er på skolen, og skolen må vurderes som en viktig samarbeidspartner for tidlig å kunne fange opp og henvide ungdom som faller fra og som unnviker eller ikke får hjelp av ordinære tjenester.

1.3.1 Generelt om målgruppen

1.3.1.1 I randsonen mellom flere tjenester

Det er i målgruppeforståelsen viktig å fremheve at ungdommene som FACT Ung har som intensjon å hjelpe, er ungdommer som har «mange-punkts-kontakt» med ulike tjenestesektorer og -nivåer, og som får lite utbytte av den hjelpen de tilbys. Tjenestesektorene og -nivåene kan kjenne på frustrasjon i arbeid med denne målgruppen, både når det gjelder de utfordringene som oppleves i et komplekst og ressurskrevende arbeid med den konkrete innsatsen, og den til tider manglende oppfølging eller virkning som følger av denne innsatsen. Ungdommene vil trolig være, eller kunne bli, de velkjente «kasteballene» og «gjengangerne» i mange hjelpesystemer.

1.3.1.2 Inklusjonskriterier

De fire kriteriene under belyses utdypende i selve kapitlet, og for å få kompleksiteten i målgruppen framstilt fyldestgjørende henvises til dette.

a) Alder 12 til 24 år.

Aldersspennet fra 12 til 24 år er foreslått for å unngå at alder skal være synkront med aldersgrensene for en del andre tjenester, og gjør det dermed lettere for FACT Ung-teamet å ha en aktiv deltakelse i viktige overganger knyttet til f.eks. utdanning/arbeid, psykiske helseverntjenester og bosituasjon. Aldersspennet samsvarer også med barnevernstjenestens aldersgrupper, hvor det nå er utvidet til å kunne gis ettervernstiltak frem til fylte 25 år.

Et bredt aldersspenn for FACT Ungs målgruppe synes nyttig ut fra prinsippet om å sikre kontinuitet over tid og i viktige overganger. Den kan imidlertid også by på mulige utfordringer som bør belyses. For det første vil et slikt bredt aldersspenn stille større krav til den bredde av kompetanse som FACT Ung-teamet vil trenge. Videre innebærer den brede aldersgruppen at FACT Ung-teamet vil måtte ha samarbeidsrelasjoner til mange flere instanser og systemer, ettersom brukerne av disse teamene vil være i kontakt med både tjenesteapparatet for barn under 18 år, og unge voksne over 18 år. For brukere i aldersgruppen 18-24 år, vil det også være behov for prinsipielle avklaringer knyttet til inntak og oppfølging. Å definere aldersspennet for FACT Ung helt ned til 12 års alder kan ha sin hensikt for å kunne identifisere og hjelpe ungdom tidlig i forløpet av alvorlige psykiske lidelser. En bør imidlertid ha oppmerksomhet på i hvilken grad en skal tenke barn i så ung alder som kroniske pasienter, all den tid de er i utvikling.

b) Alvorlig funksjonssvikt, sammensatte vansker, og behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester.

Dette inklusjonskriteriet retter seg mot det kliniske tilstandsbildet som FACT Ung er ment å kunne avhjelpe. Det er naturlig at alvorlig funksjonssvikt er hovedfokus fordi dette er en felles faktor for psykiske lidelser, og i større grad enn symptomnivå og alvorlige symptomgrupper representerer alvorlighet, spesielt hos ungdom i utvikling. Hovedkjennetegnet ved inklusjon etter dette kriteriet vil dermed være at det skal være sammensatte vansker og behov for langvarig/sammensatt oppfølging kombinert med moderat til alvorlig funksjonssvikt på flere områder i livet: Utdanning/arbeid, psykisk helse og utvikling, familierelasjoner og sosial

fungering. Ungdommene i målgruppen er ment å ha flere problemer samtidig, og ofte mange risikofaktorer, høy belastning aktuelt og historisk, lite beskyttelse, svak ivaretagelse og alvorlig funksjonssvikt i kombinasjon.

Å fokusere primært på funksjonstap kan imidlertid medføre noen utfordringer. Det vil være viktig å avgjøre i hvilken grad FACT Ung også skal inkludere ungdom med utviklingsforstyrrelser og nedsatt evnenivå, og hvordan evt. grenseoppgang og samarbeid med habiliteringstjenester vil være. Tilsvarende vil det være viktig å avklare hvilken avgrensning det eventuelt skal være opp mot spiseforstyrrelsesproblematikk. En for stor bredde i målgruppen kan skape utfordringer med å etablere FACT Ung-team som har tilstrekkelig grad av kompetanse.

c) Ungdommens vansker er alvorlig utfordrende for omgivelsene og overstiger familiens bæreevne.

Dette kriteriet synes fornuftig som en indikator på alvorlighetsgraden av ungdommens funksjonssvikt. Kriteriet peker også på behovet for barnevernsfaglig kompetanse i FACT Ung-teamene, for å kunne vurdere omsorgsevnen i forhold til de alvorlige funksjonstapene ungdommen fremviser, og hva som skal til for at omsorgssituasjonen skal bli god nok og at foreldrene skal få den støtten de trenger for å klare dette.

Det kan imidlertid vurderes om dette kriteriet er overflødig ettersom det vel må forventes at den grad av alvorlig funksjonssvikt som beskrives i forrige kriterium, vil være alvorlig utfordrende og i perioder kunne overstige en families bæreevne.

Vi anbefaler å se dette kriteriet i sammenheng med to foreslåtte «eksklusjonskriterier» knyttet til om problemene ivaretas eller bør kunne ivaretas av det ordinære tjenesteapparatet. Det bør vurderes om disse tre kriteriene overlapper hverandres hensikt, og om det kan samles i ett eller to kriterier isteden. En slik tydeliggjøring og forenkling i antallet kriterier kan antas å gjøre informasjons- og inntaksarbeidet knyttet til FACT Ung enklere. Et alternativt forslag til kriterium kunne være: «Ungdommens vansker viser seg på flere arenaer og er svært utfordrende for omgivelsene å håndtere».

Flere forhold ved dette kriteriet peker på behovet for barnevernsfaglig kompetanse og organisatorisk tilknytning til barnevernstjenesten i FACT Ung-teamene, uavhengig av den endelige ordlyden i eller bruken av dette kriteriet.

d) Ungdommen har dårlig tilknytning til eller nytte av ordinære tjenestetilbud, eller at det er liten kontinuitet og samordning mellom de aktuelle tjenestene.

Dette foreslåtte kriteriet omhandler at hjelpen ungdommen har tilbud om per i dag ikke er god nok. Dårlig tilknytning til eller nytte av hjelpesystemet kan skyldes tidligere negative erfaringer på grunn av svakheter og svikt fra hjelpetjenestenes side, men det kan også skyldes ungdommens manglende erkjennelse av å ha et problem, frykt for negative roller eller stigma, eller skepsis til hva slags tiltak som kan bli aktuelle.

Det må imidlertid presiseres at *unnvikelse eller avvisning av hjelpetiltak* alene er ikke et selvstendig inklusjonsgrunnlag for FACT Ung, uten at de andre kriteriene for målgruppen er til stede. Det er likeledes viktig å presisere at mangel på tilbud eller kapasitet i ordinære tjenester ikke i seg selv gir grunnlag for inklusjon. Dette er viktig for å unngå at FACT Ung-teamet skal få et ansvar for ungdommer som burde fått et tilstrekkelig godt nok tilbud i det ordinære tjenesteapparatet.

1.3.2 Hva med prioriteringskriterier?

Det kan vurderes om det er nyttig for FACT Ung generelt, eller i den lokale forprosjekteringen, å definere kriterier for når henvisninger skal prioriteres til FACT Ung. Dette er spesielt aktuelt i områder hvor en kan anta at det i perioder kan komme flere henvisninger enn teamet har kapasitet til å ta inn. Slike prioriterings-kriterier kan hjelpe FACT Ung-teamene til å sikre fokus på å ta inn de ungdommene som har de største utfordringene og som FACT Ung har som intensjon å hjelpe.

Prioriteringskriterier bør gjennomgås og forankres gjennom forprosjektering, slik at det blant involverte samarbeidspartnere og interessenter skapes enighet om og støtte for disse i forkant av oppstart av teamet.

1.3.3 FACT Ung's mål for målgruppen

Et vel så viktig fokus som en definisjon av målgruppa er for FACT Ung, både sentralt og lokalt, vil være en tydeliggjøring av målene som FACT Ung skal ha for ungdommene de skal betjene. En slik avklaring av mål vil være en svært viktig forventningsavstemming som bør gjennomføres i en forprosjekteringsperiode.

Det anbefales derfor at det i beskrivelsen av målgruppen for FACT Ung, og i arbeidet med dette i forprosjekter før oppstart av team, samtidig utarbeides beskrivelser av de resultater som kan forventes av FACT Ung-team generelt. Disse bør tilpasses lokale forhold, f.eks. om man starter opp et lite pilotteam med relativt få deltidsansatte uten 24/7 tilgjengelighet, eller om det startes opp et fullt 10 personers team med mulighet for 24/7 tilgjengelighet. I kapitlet presenteres og drøftes en rekke potensielle mål for FACT Ung.

Utarbeidelse av både målkrav og definisjon av resultatparametere for FACT Ung må utarbeides av personer med god kjennskap til metoden, og gjerne med basis i tidligere dokumenterte effekter fra forskningsstudier eller evalueringer. Slike mål og resultatindikatorer bør bearbeides og tilpasses lokale forhold gjennom forprosjektering.

1.3.4 Hvor mange har omfattende og sammensatte problemer?

Det finnes flere relevante datakilder og dokumenter som gir viktig kunnskap om utsatte barn og unge i Norge, men disse er av begrenset relevans i forhold til å estimere størrelsen på målgruppen for FACT Ung. Dette henger blant annet sammen med at sentrale kriterier for deltakelse i FACT Ung er at ungdommen har sammensatte vansker, og behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester.

1.3.4.1 Beregninger av omfanget på utsatte unge i Norge - Oppsummering av særlig relevant statistikk

Barnevern

Rundt 3% av barn og unge i alderen 0-17 år mottar barnevernstjenester årlig. Tallene er noe høyere i tenårene, hvorav 4-5% av unge i alderen 16-19 år mottar barnevernstjenester årlig

Psykisk helsevern for barn og unge

Rundt 5% av barn og unge får oppfølging i psykisk helsevern for barn og unge. Dette utgjorde rundt 56,000 barn og unge i alderen 0-17 år i 2019.

Oppfølgingstjenesten i videregående skole

13,900 ungdommer / unge voksne i aldersgruppen 16-21 var i kontakt med oppfølgingstjenesten i 2019, noe som utgjør rundt 3.6% av befolkningsgrunnlaget. Herunder var 24% (omtrent 3,300) registrert i kategorier med særlig relevans for FACT Ung, eller totalt ca 0.9% av unge i alderen 16-21

Flertjenestebrukere

Rundt 23% av unge som mottar hjelp fra psykisk helsevern for barn og unge, mottar også barneverntjenester. Dette utgjorde ca 12,500 barn og unge i alderen 0-17 år i 2016-2017. Om vi legger til grunn at rundt 5% mottar hjelp fra psykisk helsevern for barn og unge, og herav rundt 23% har samtidig barnevernstjenester, utgjør denne gruppen omtrent 1% av befolkningsgrunnlaget.

Rusbruk/rusproblematikk

Rundt 5% av unge i videregående skole bruker regelmessig cannabis (målt som 11 ganger eller mer siste år). Gutter er overrepresentert i denne statistikken (kjønnsratio: omtrent 3:1 for gutter versus jenter).

Pilotteam FACT Ung

Pilotkommuner for FACT Ung estimerer potensiell målgruppe for FACT Ung svært forskjellig, med spennvidde fra 1.8% til 3.1%.

Brukerplan

Estimater fra Brukerplan i perioden 2018-2019 viser at rundt 0.49% av unge i alderen 18-23 år skåres på rød- eller blålys i dette verktøyet, som innebærer at de har kontakt med kommunens omsorgstjenester samt skårer lavt på Brukerplans levekårsindeks. Dette utgjør om lag 2,000 personer dersom tallene generaliseres til å gjelde på landsbasis. Videre er rundt 1.92% av unge i alderen 18-23 år som totalt sett er registrert i Brukerplan. Om disse tallene generaliseres til å gjelde på landsbasis summerer dette seg til rundt 7,700 personer i denne aldersgruppen.

MST

Estimater for målgruppen for MST varierer mellom 0,5% og 5,4%. Det vurderes at målgruppen for FACT Ung er mindre enn den for MST. Det er etablert 21 MST team i Norge som gir behandling til ca. 600 ungdommer i året, og tiltaket vurderes underdimensjonert i f.t. antallet ungdommer som potensielt er i målgruppen. Lokalitetene for MST-team vurderes som relevante for FACT Ung-team

1.3.5 Konklusjon målgruppe og befolkningsgrunnlag

I vurderingen av målgruppe og befolkningsgrunnlag for FACT Ung i Norge har utredningsarbeidet kommet frem til følgende vurderinger og anbefalinger som bør tas med i det videre planarbeidet for FACT Ung:

Målgruppe:

- Det kan være nyttig å gjøre et videre arbeid med å tydeliggjøre inklusjons- og eksklusjonskriteriene og sikre at det er gode grenseoppganger for hvem FACT Ung retter seg mot.
- Det bør vurderes om det er hensiktsmessig lokalt eller nasjonalt å utvikle prioriteringskriterier for hvilke saker FACT Ung-team helst skal tilby tjenester til
- Det bør vurderes om det skal utarbeides nasjonale eller lokale målkriterier for hva ungdom som mottar FACT Ung skal kunne få ut av tilbudet, og hvilken nytte dette gir for de involverte tjenestene. Dette vil kunne være med å støtte en etableringsprosess og at tilbudet beholdes over tid.

Befolkningsgrunnlag:

- Det finnes få egnede statistikker og oversikter til å vurdere andelen ungdommer som er i målgruppen for FACT Ung. Dette skyldes bl.a. manglende registrering av unge brukere av mange tjenester og med alvorlig problematikk, samt at målgruppe definisjonen for FACT Ung ikke gjenspeiles godt i de kategoriseringer som benyttes i ulike registre i psykisk helsevern, barnevern, etc. Basert på ulike statistikker kan imidlertid andelen anslås til å være 2%, med regionsvise forskjeller varierende fra 1%

til 3%. Dette anslaget må fortolkes med forsiktighet pga. det svake datagrunnlaget, og bør justeres når en har fått resultatene av en langt større andel lokale kartlegginger i forbindelse med etablering av FACT Ung.

- Målgruppestørrelse og antall ungdommer et team skal betjene vil ha store konsekvenser for hvor mange kommuner/bydeler som potensielt kan/bør etablere et FACT Ung team. Det er ikke datagrunnlag for å estimere målgruppen mer presist. Det må derfor være opp til de lokale kartleggingsprosessene, som ledd i forprosjekteringen, å etablere et faktisk bilde av hvor stor målgruppen er i det aktuelle området. Det vil også være nødvendig med en fornorsket normering av antall ungdommer hvert team skal gi et tilbud til, da også dette vil ha betydelige konsekvenser for befolkningsgrunnlaget ved etablering av team.
- Avhengig av målgruppestørrelse og antall ungdommer et team skal betjene vil antallet kommuner og bydeler i Oslo med stort nok befolkningsgrunnlag variere fra 14 (1% og 100 ungdommer i teamet) til 110 (3% og 50 ungdommer). Estimater på 2% og 50 ungdommer tilsier 80 kommuner, inkludert alle bydeler i Oslo.
- Geografi og bosetningsmønstrene i Norge vil flere steder kunne gi utfordringer knyttet til hvor store områder som må dekkes for å kunne ha et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for et FACT Ung-team. Det bør undersøkes hvordan alternative måter å organisere og drifte teamet, heriblant digitale tavlemøter og teamansatte med spredt bosetting, kan være måter å etablere team i utkantstrøk. Videre bør det vurderes om det skal utvikles en annen arbeidsmetodikk som er mer egnet for områder med spredt bosetting.
- Det bør legges stor vekt på grundig lokal kartlegging, planlegging og forankring ved etablering av FACT Ung-team i Norge. Det forventes å være lokale forskjeller knyttet til bl.a. tjenestetilbud som vil kunne innvirke på hvilken målgruppedefinisjon som er ønskelig i et område, samt dens omfang.

1.4 FACT Ung og barnevernet

En viktig målgruppe for FACT Ung team vil være ungdommer som er i kontakt med barnevernet. Underveis i utredningen er det avdekket at det er en del områder av faglig og juridisk art hvor samhandlingen mellom FACT Ung-teamet og barnevernet må tydeliggjøres.

I det videre arbeidet med å realisere hvordan dette best kan gjøres er det viktig å ivareta to hensyn samtidig:

- At FACT Ung-teamet gis mulighet til å jobbe helhetlig og integrert, og med den nødvendige fleksibilitet
- Å trygge/sikre barnevernets ansvar iht. lovgiving og forventninger

Utgangspunktet er at denne ungdommen har sammensatte vansker av et slik art at det er nødvendig med et bredt sett av tilbud. Det er i dag mange tilbud tilgjengelig, men de er verken innholdsmessig eller tidsmessig godt koordinert. FACT ung må derfor gjøre noe mer og noe annet enn tjenestene har gjort fram til nå.

Kapitlet om målgruppe og befolkningsgrunnlag beskriver en rekke grupper som er ekstra utfordrende, og som en må vurdere om kan få hjelp av et FACT Ung tilbud. Både FACT Ung teamet og Barnevernet har kompetanse til å identifisere disse, og aktuelle tiltak å iverksette. Hvordan bør en da tenke mht. overordnet ansvar, beslutninger og tiltaksoppfølging her? Og om arbeidsdeling og samarbeid mellom et FACT Ung-team og barnevernet ikke tydeliggjøres fra nasjonalt hold må en over tid utvikle en lokal praksis for det enkelte FACT Ung-team, en lokal praksis som muligens ikke ivaretar minst ett av de to hensynene listet opp over.

1.4.1 FACT Ung skal gi helhetlige og integrerte tjenester

FACT ung er en organisatorisk og faglig modell som gjennom å være et flerfaglig og tverretattlig team kan gi de fleste tjenester fra teamet. Det jobber i tillegg oppsøkende – på ungdommens arena.

FACT Ung er den organisatoriske modellen som i størst mulig grad legger til rette for helhetlige og integrerte tjenester:

- Rent organisatorisk er det lagt til rette for at tjenestene skal gis helhetlig og integrert (etableres gjennom forpliktende samhandlingsavtale mellom kommune og spesialisthelsetjenestene som forutsetning).
- Det er en rekke komponenter i FACT-modellen som legger til rette for helhetlige og integrerte tjenester (bred tverrfaglig sammensetning, daglige tavlemøter og behandlingsplan)

I evalueringen av FACT-team i Norge (Landheim & Odden, 2020) listes det avslutningsvis opp en del anbefalinger. I anbefaling 11 heter det:

For at brukerne skal få helhetlige og integrerte tjenester bør FACT-teamene ideelt sett gi de fleste tjenestene fra teamet. Alternativt må teamet ha et overordnet ansvar over hvilke tjenester som gis fra andre instanser. Teamet må da koordinere tjenestene for å oppnå helhetlige og integrerte tjenester for brukeren.

1.4.2 FACT Ung teamet og barnevernets ulike områder

Barnevernets områder kan for oversiktens skyld deles inn i tre:

1. Undersøkelse. Følge opp bekymringsmeldinger (eller foreta undersøkelser på eget initiativ)
2. Oppfølging. Her er det et bredt sett av tiltak, som kan gies til ungdommen og/eller familien. Disse kan både utføres i regi av det kommunale barnevernet, BUFetat eller andre tjenester/aktører.
3. Vedtak om, og realisering av, omsorgsovertakelse (institusjonsplassering, fosterhjem mv), om nødvendig tvangsplassering.

Grovt sett kan et FACT Ung team bidra inn på disse områdene på tre måter (som Informant, Bidragsyter, Beslutter), men her setter lovverket grenser for hvor man kan være hva. Å tydeliggjøre slike grenseoppganger må skje i må i en senere prosess (se også Høringsnotatet 2020).

Prinsipielt kan en tenke at det vil være rimelig at FACT Ung-teamet tar over deler av/hele **Oppfølgingen** – Rolle 2 - fra barnevernets side – både som bidragsyter og som beslutter. Dette kan blant annet begrunnes i at teamet vil ha større grad av fleksibilitet og oppsøkende arbeidsform, i tillegg til den tverrfaglige kompetansen. Det kan også begrunnes i forventningen om at FACT Ung teamet skal være et helhetlig og integrert tilbud. En tilsvarende problemstilling gjelder mulighetsrommet for et FACT Ung team til å vurdere behov (etter barnevernloven) og beslutte– gitt at FACT Ung har barnevernfaglig kompetanse. Dette reises videre under begrepet Klinisk ledelse.

1.4.3 Valg av modell

Denne tematikken er drøftet i ulike fora gjennom utredningen, og også drøftet i den samlede arbeidsgruppen i mai 2021. Det har vært enighet om at det eneste realistiske alternativet på kort sikt modell 2; dvs at man har barnevernfaglig kompetanse inn i FACT Ung-teamet, og at arbeidsdeling mv reguleres i en samarbeidsavtale. Dette begrunnes med at:

- Modell 1 vil mangle helt sentral kompetanse for å ivareta et helhetlig perspektiv på tilnærming til ungdommens sammensatte utfordringer

- Modell 3 har for store juridiske utfordringer knyttet til forskjellig lovverk og lovpålagte ansvarsområder. Dette vil det i beste fall at tid å få avklaringer på, og ikke nødvendigvis slik at modell 3 lar seg gjennomføre.

Som en del av det videre arbeidet med FACT Ung og barnevernet bør det jobbes for å synliggjøre hvor det er nødvendig/ønskelig med avklaringer og/eller lov- og regelverksendringer også på dette området.

Fordelene med modell 2 er at en forholder seg kun til ett lovverk og en sektor; den bør derfor være enklere å implementere og være bærekraftig. Den sikrer samtidig barnevernsfaglig system- og fagkompetanse i FACT Ung teamet. Både system- og fagkompetansen om barnevernet bør en anta reduserer utfordringene knyttet til faglige og kulturelle forskjeller mellom helsetjeneste og barnevernet.

1.4.4 Samarbeidsavtaler

I evalueringen av FACT-team i Norge (Landheim & Odden, 2020) anbefaler man blant annet at for at brukerne skal få helhetlige og integrerte tjenester bør FACT-teamene ideelt sett gi de fleste tjenestene fra teamet. Alternativt må teamet ha et overordnet ansvar over hvilke tjenester som gis fra andre instanser. Teamet må da koordinere tjenestene for å oppnå helhetlige og integrerte tjenester for brukeren.

Det synes åpenbart ut fra Samarbeidsrundskrivet og Høringsnotatet (2020) at det bør inngås en samarbeidsavtale mellom det lokale barnevernet og FACT Ung-teamet. En overordnet problemstilling er hvilket **innhold** (dvs. «hvem gjør hva») en ønsker å anbefale – og som så bør inngå i de lokale samarbeidsavtalene mellom barnevernet og et FACT Ung-team.

Kapittel 3.5 i Samarbeidsrundskrivet innleder med at *Samarbeidsavtaler er et viktig virkemiddel for å styrke og trekke opp strukturer for samarbeid. Det anbefales at samarbeidsavtalene regulerer utfyllende rammene for samarbeidet, som for eksempel møtestruktur, frekvens på møter, hva det skal samarbeides om (type tiltak) og rutiner for etablering og gjennomføring av samarbeid på individnivå.*

Hvis vi forutsetter at et FACT Ung team etableres i et forpliktende samarbeid mellom det psykiske helsevernet for barn og unge og kommunale psykisk helsetjenester for barn og unge vil innholdsbeskrivelsene i de fleste underkapitlene i kapittel 3.5 i dette rundskrivet være relevante som tema som bør spesifiseres.

1.4.5 Det er ønskelig med nasjonale føringer for samhandling mellom barnevernet og FACT Ung

At modell 2 bør realiseres gjennom en lokal samarbeidsavtale framstår som nødvendig. Samtidig er FACT Ung tenkt som en nasjonal satsing, og av ulike grunner vil det være ønskelig med nasjonale føringer når det gjelder innhold i avtalen. Å se hva det er mulig å avklare på nasjonalt nivå om samhandlingen mellom FACT Ung-teamene og barnevernet som del av forprosjekt FACT Ung har to formål:

- Å avlaste/forenkle lokale prosesser
- Å gi en mer planmessig avklaringsprosess på nasjonalt nivå (i og mellom de to involverte direktorat)

1.4.6 De viktigste områdene for slike nasjonale føringer

Utredningens arbeidsgruppe har drøftet både behovet for og områder for nasjonale drøftinger, men disse er ikke utredet i detalj som del av utredningsprosessen. Følgende tema utdypes kort i kapitlet:

- FACT Ung har klinisk ledelse for de ungdommer/familier de gir et tilbud til
- Håndtering av delte stillinger mellom FACT Ung og barnevernet
- Det strukturelle samarbeidet bør spesifiseres
- Utfordringer knyttet til ulike journalsystemer, og informasjonsdeling, utredes og løsninger spesifiseres
- Koordinering av tilbudet til ungdom/familie på tvers av tjenestene
- Sikre barnevernfaglig system- og fagkompetanse i FACT Ung teamene
- Å få en omforent forståelse mellom barnevernet og FACT Ung for hva som er målgruppen for FACT Ung
- Å få en omforent forståelse av hva som bør være innholdet i og føringer for en henvisning til FACT Ung – fra barnevernet
- FACT Ung-teamets geografiske tilknytning og konsekvenser av barnevernets omsorgsovertakelse
- Barnevernets behov for utredning av ungdommenes psykiske helse

1.4.7 Konklusjon og anbefalinger

Det er viktig med et tett samarbeid mellom FACT Ung og barnevernet. Samtidig utfordrer FACT Ung som et integrert og helhetlig tilbud nåværende lovverk og oppgaveforståelse.

Lokale samarbeidsavtaler med nasjonale føringer.

Det anbefales at det lokale samarbeidet mellom FACT Ung og barnevernet reguleres i en samarbeidsavtale.

Det anbefales at det gis nasjonale føringer for innholdet i slike samarbeidsavtaler. Anbefalingene må gi praktiske føringer for innholdet, ikke bare beskrive tematikk de må inneholde. Områder hvor det identifiseres behov for nasjonale føringer er beskrevet kort i kapitlet.

Nasjonale føringer må publiseres og implementeres

For å gi de nasjonale føringene for innhold i lokale samarbeidsavtaler den nødvendige status bør det vurderes om de kan inngå som del av en revidert versjon av Samhandlingsrundskrivet. Dette kan også begrunnes i at FACT Ung skal bli et nasjonalt tilbud, hvor svært mange barnevernstjenester vil bli involvert.

De nasjonale føringene bør også tas inn den bebudede etableringshåndboken for FACT Ung.

Det vil være rimelig at det faktiske implementeringsansvaret for de nasjonale føringene blir lagt til det nasjonale implementeringsteamet, jfr utredningens kapittel om Implementeringsstøtte.

FACT Ung og Bufetats ulike tjenester/tilbud

I dette kapitlet har vi primært drøftet samhandlingen mellom FACT Ung og det kommunale barnevernet. Hvorvidt det er nødvendig å gå mer inn i relasjonen mellom FACT Ung og Bufetat må avklares i den videre behandlingen av utredningen.

Mulig med tettere integrasjon mellom FACT Ung og barnevernet?

Modell 3 (jfr del om modellvalg) har store juridiske utfordringer knyttet til forskjellig lovverk og lovpålagte ansvarsområder. Som en del av det videre arbeid med FACT Ung og barnevernet bør det jobbes for å synliggjøre hvor det er nødvendig/ønskelig med avklaringer og/eller lov- og regelverksendringer også på dette området.

Dette vil også være avhengig av den videre prosessen som følge av Høringsnotatet (2020). Det er på andre samhandlingsarenaer for et FACT Ung team også slike avklaringsprosesser på gang, og det kan med fordel også koples mot prosesser av tilsvarende karakter for FACT voksne.

Videre prosess

Problemstillingene og temaene presentert i dette kapitlet bør behandles i en mer formell prosess mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. En slik prosess omfatter i stor grad både faglige og juridiske tema av til dels høy kompleksitet, gjerne tett vevd sammen, og prosessen bør derfor involvere tung juridisk og faglig kompetanse fra begge direktorat.

Avklaringene bør også skje i en tett dialog med det nasjonale implementeringsteamet, jfr. hvordan dette samarbeidet praktiseres både når det gjelder MST og FACT Voksen (se implementeringsstøttekapitlet i utredningen). Implementeringsteamet vil være tett på teamene, og dermed kunne gi mye substans til prosessene. Det vil av samme grunn også kunne adressere/føre inn til direktoratene tematikk med behov for avklaring/føringer. For å sikre at avklaringer av nasjonal interesse går ut til alle FACT Ung team bør disse også formidles via implementeringsteamet.

1.5 Anbefalinger fidelity FACT Ung

1.5.1 Hvorfor Fidelity?

Fidelityvurderinger er et virkemiddel for å sikre at ny praksis etableres og ikke forvitrer over tid – sammenlignet med en standard. I FACT Ung er hensikten å støtte utviklingen av teamene i realisering av modellen. FACT Ung modellen med de spesielle føringene som er gitt i Norge for forankring i to tjenestenivå og en sammensatt målgruppe vurderes som en komplisert og krevende modell. Imidlertid vurderes det som at kjernekomponentene er så godt begrunnet for formålet at det i liten utstrekning bør brukes lettere og forenklete varianter for å redusere utfordringene. Samtidig kan det være gode grunner til lokale tilpasninger, og det vil være viktig å både anerkjenne og konkretisere hvordan et team kan være underveis til å realisere modellen.

Fidelityvurdering i FACT Ung bør først og fremst ha som formål å understøtte implementeringen og utviklingsarbeidet av modellen. Det bør likevel også ha interesse for andre enn teamet selv, slik som tiltakseierne, tilsynsmyndigheter, oppdragsgivere, tilskuddsytere, brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

Fidelityvurderingen bør derfor både dokumenteres og munne ut i en utviklingsplan som er utarbeidet i samarbeid mellom evaluatorer og teamet. Fokuset i tiltaksplan bør være hvordan en kan utvikle styrke og øke mestring i den utøvende virksomheten for å forbedre fidelity.

1.5.2 Paradigmer i fidelityvurderinger av FACT Ung

Når det gjelder fidelityvurdering av FACT Ung er flere tolkningsparadigmer aktuelle. I både internvurderinger og ekstern fidelityvurdering vil en kombinert positivistisk og tolkende tilnærming være nødvendig, tilpasset det sammensatte informasjonsgrunnlaget som anbefales. En positivistisk tilnærming er aktuell basert på virksomhetsstatistikk og skåring av kvantifiserte spørsmål i fidelityinstrumentet, samtidig som totalevalueringen som kombinerer de mange informasjonsgrunnlagene må utvides til å være kvalitativt fortolkende, særlig når

det kommer til nødvendigheten av lokal tilpasning og når implementeringen har kommet langt. Det innebærer at underveis i implementeringen og etter initial og/eller full implementering vil en tolkende tilnærming bli mer dominerende: For å forstå hvorfor deler av modellen ikke er på plass, hvorfor og hvordan noe har gått galt, å avdekke faresignaler på utglidning og forvitring, eller diskrepans mellom informanter og informasjonskilder.

1.5.3 Hvilken skala bør brukes?

Fidelityvurdering og utviklingsarbeid med opplegget for den i FACT Ung bør i størst mulig grad gjøres på samme måte og koordinert med FACT for voksne.

Modellbeskrivelsen for FACT Ung Norge bør være normen for både teametableringer og fidelityvurderinger. Den er operasjonalisert i to skåringsverktøy for fidelityvurdering av FACT Ung som er tilpasninger av tilsvarende verktøy for FACT voksne: en tidlig **versjon1** fra 2010/2014 og en nyere **versjon2** fra 2017/2020 (FACT/FACT Ung).

Disse er skåringsverktøy for en ekstern evaluator, basert på et bredt vurderingsgrunnlag av intervjuer med informanter innenfor teamet (for versjon 2 også utenfor teamet), og forskjellig dokumentasjon.

Vår anbefaling er at Versjon1 brukes i internvurderingen det første året, før faktisk virksomhet har fått et volum, og at Versjon2 deretter legges til grunn for både eksternvurderinger og internvurderinger.

1.5.4 Anbefalt fidelityvurdering FACT Ung

Det anbefales at det etableres to strukturerte opplegg for fidelityvurdering av FACT Ung i Norge: 1) et opplegg for internvurdering som kan gjennomføres oftere, med involvering av færre deltagere og et mer begrenset informasjonsgrunnlag, for å redusere kostandene ved å evalueres hyppig. 2) Et opplegg for ekstern evaluering beregnet på å gjennomføres sjeldnere, men med flere involverte og et bredere informasjonsgrunnlag, beregnet på å gjennomføres relativt sjelden.

For å gjøre egenvurderingen enklest mulig å gjennomføre bør det utvikles en elektronisk versjon for selvutfylling av alle teammedlemmer, og at disse oppsummeres som gjennomsnitt og standardavvik på items og eventuelle sumskårer. Dette vurderingsgrunnlaget brukes i en evaluering internt i teamet støttet av en ekstern evaluator i diskusjon av teamets utviklingsbehov i neste periode.

Etter å ha fått en del erfaringer med denne vekslingen mellom egenvurdering og ekstern fidelityvurdering, bør dette evt. revideres.

Selv om digitale eksternvurderinger er kostnadsbesparende, reduserer de datakvaliteten og læringseffekten for teamene betydelig. Vi vil derfor anbefale at de eksterne fidelityvurderingene for FACT Ung gjennomføres fysisk.

1.5.5 Informanter og informasjonsgrunnlag i fidelityvurderinger FACT Ung

Fidelityinstrumentet utgjør grunnstrukturen for en fidelityvurdering, men evalueringen må tilføres et faktagrunnlag som bør være standardisert. Et FACT Ung team bør derfor samle virksomhetsstatistikk løpende, bruke egenvurdering, kollegavurderinger og bruker- og pårørendetilfredshet i monitorering av virksomheten.

1.5.6 Brukeres, pårørendes og samarbeidspartneres opplevelse

De fleste av fidelityoppleggene presentert tidligere har en eller annen form for vurdering av hvordan brukerne opplever tilbudet, enten i form av evalueringsskjema eller intervjuer. Dette bør være en del av vurderingsgrunnlaget i en bred ekstern fidelityvurdering.

Vi vil derfor sterkt anbefale at det norske miljøet ansvarlig for fidelityvurderinger av FACT Ung søker nasjonalt (NKROP/NAPHA) og internasjonalt samarbeid for å få utviklet et opplegg for innhenting av ungdoms/pårørendes opplevelse av FACT Ung-tilbudet som del av en ekstern fidelityvurdering.

1.5.7 Fidelity-skalaen og prosedyrene bør evalueres over tid

De tilgjengelige skalaene for FACT/FACT Ung er beregnet på å være et vurderingsverktøy for evaluator(-team) basert på et sammensatt vurderingsgrunnlag, de er i sin nåværende form ikke beregnet for selvutfylling fra FACT Ung teammedarbeidere.

Fidelityvurderinger av ACT-team støttes av en omfattende skåringsmanual (TMACT). En tilsvarende er utviklet for de to instrumentene for FACT og FACT Ung i Danmark. I den videre utviklingen av FACT Ung som modell vil vi anbefale at det norske miljøet ansvarlig for fidelityvurderinger av FACT Ung vurderer etablering av en skåringsmanual på norsk.

Det vil være nødvendig at fidelityinstrumentets versjon1 harmoniseres med versjon2 på alle kvantitative spørsmål om bemanning osv. Det er behov for å utvikle tilhørende instrumenter for selvrappport fra teammedlemmer, og for opplevelser fra brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

1.5.8 Ansvar for FACT Ung fidelityvurdering

Vi anbefaler at ansvaret for eksterne fidelityvurderinger, og utvikling av system for internvurdering, legges til ett senter i nettverkssamarbeid med flere andre. Det er ønskelig at «evaluatorpoolen» både har kompetanse i FACT Ung som tjenestemodell og kompetanse på barn, unge og unge voksne. Ingen av kompetansemiljøene har dette samlet i 2021. Senteret som har hovedansvar bør derfor bygge opp evaluatorpoolen som et nettverk mellom flere miljøer som kjenner FACT som modell og har relevant kompetanse når det gjelder aldersgruppen og de aktuelle problemområdene og tiltakselementene (NKROP, NAPHA, NUBU, RKBUR/RBUP).

1.5.9 Opplæring av evaluatorene

Det er nødvendig at de som skal gjennomføre de eksterne fidelityvurderingene – evaluatorene - får opplæring i i fidelityvurderingen (datakilder og skåringsmetodikk). I opplæringen og i driften av evalueringstjenesten vil reliabilitet og samsvar mellom evaluatorene være sentralt for at fidelityvurderinger skal kunne sammenlignes mellom team og over tid. Dette bør bygges inn som en jevnlig kvalitetsutvikling av evalueringene.

Opplæringen må gis av noen som kjenner FACT Ung som modell og som faktisk tjenestetilbud, som kjenner fidelityinstrumentene for FACT Ung og som har erfaring i å gjennomføre fidelityvurderinger. Ingen miljøer har så langt bygget opp kompetanse i alt dette, og vi vil derfor anbefale at en det samarbeides i nettverk den første perioden for å få tilstrekkelig tyngde.

1.5.10 Ressursbehov

Det har ikke vært mulig innen utredningens tids- og ressursramme å gjøre en grundig vurdering av ressursbehovet for vårt forslag til fidelitygjennomføring. Men basert på erfaringstall fra andre fidelityprosesser (MST, DUÅ, IPS mv) presentert tidligere settes følgende premisser for ressurser per fidelityvurdering:

Gitt at FACT Ung rulles ut nasjonalt vil behovet for fidelityvurderinger kunne bli betydelig. I dagens tilskuddsordning kreves det at FACT Ung team skal fidelityvurderes etter ett års drift, og deretter hvert andre år. Hvis en i løpet av få år får en gradvis oppbygging til 30-40 team vil det bety at man må ha kapasitet til å foreta 20-30 vurderinger årlig. Det vil også være

avhengig av hvilken frekvens man til slutt bestemmer på hhv. Interne (egenvurdertype) og eksterne fidelityvurderinger.

Et estimat kan basere seg på at man i løpet av 2022 vil ha 5-10 team som har hatt ett driftsår, og over noen år i størrelsesorden 30-40 team.

Dette peker mot et eksternt finansieringsbehov for ca ½ årsverk i 2022 til ca 2 årsverk i 2024/25. I tillegg kommer reiseutgifter, grovt estimert til 36000.- i snitt per team for hver ekstern fidelityvurdering og 6000.- i snitt for hver intern fidelityvurdering. Disse vurderingene må justeres når frekvens og type fidelityvurdering landes, samt basert på erfaring etter hvert som man gjennomfører fidelityvurderinger.

1.5.11 Sertifisering

Nederland har et senter for sertifisering av FACT-team (CCAF), delvis begrunnet i at dette er noe institusjonseiere/forsikringsselskap ønsker. Vi argumenterer for at fidelityvurderinger brukes som et verktøy for å stimulere til økt modelltrofasthet samt lokal utvikling, uavhengig av om man har høy nok skåre til å bli sertifisert. Både implementeringsstøtten og det foreslåtte fidelityregimet vil bidra til teamenes utviklingsmotivasjon. Vi kan ikke se at sertifisering vil bidra ytterligere til det, snarere heller framstå som en ekstern kontroll av teamene som ikke er påkrevd med den norske finansieringsmodellen. Vår anbefaling er derfor at dette ikke etableres i Norge.

1.6 Hvordan bør opplæringsprogrammet for FACT Ung legges opp?

For FACT Ung teamene beskrives målgruppen ungdom fra 12 -24 år med komplekse og sammensatte alvorlige problemer som ikke får adekvat hjelp i det ordinære hjelpeapparat.

I utviklingen av et opplæringsprogram for FACT Ung har vi valgt å ta utgangspunkt i opplæringsprogrammet for FACT voksne, RBUP sitt spesialistundervisningsprogram og opplæringsprogrammet for Multisystemisk terapi (MST). Både RBUP- og MST-opplæringsprogrammene er sentrale på barn og ungefeltet og dermed naturlige å trekke inn i oppbygging av et FACT Ung program. Opplæringsprogrammet for FACT voksne har vært etablert siden 2015 og erfaringer herfra anses som vesentlige når en skal etablere et opplæringsprogram for FACT Ung.

I det følgende beskrives et opplæringsprogram som er vesentlig mer omfattende enn FACT Voksen programmet. Både antall samlinger og temaer er utvidet. Vi har videreført viktigheten av veiledning fra spesialistundervisningsprogrammet og MST når en skal jobbe med meget komplekse saker i et tverrfaglig miljø. Vi foreslår også å få den enkelte ansatte til å reflektere over egen praksis og rolleutøvelse i teamet gjennom 2 refleksjonsoppgaver. Dette er hentet fra RBUPs modell og kommer i stedet for MSTs avsluttende eksamen. Opplæringen inkluderer også lesing av relevant forskning på FACT Ung som tjenestemodell og på de meste sentrale områdene for klinisk tilnærming for et FACT Ung team.

Et FACT Ung team er satt sammen av tverrfaglig kompetanse, og teamet representerer kompetansen til flere tjenestemråder og tjenestenivå. Et FACT Ung team skal i utgangspunktet yte de aller fleste tjenester målgruppen har behov for fra teamet selv. Teamet bør derfor ha en bred kompetanse som møter målgruppes meget uensartede behov. Alle ansatte i teamet bør derfor få tilbud om opplæringsprogrammet i FACT Ung, og fortrinnsvis i samme tidsrom der det er mulig. Dette for å ivareta ambisjonen om felles kunnskapstilfang og gjensidig utbytte av erfaringsdeling, men også for å utvikle et felles verdigrunnlag i teamet.

Hensikten med opplæringen i FACT Ung er å etablere og utvikle gode team gjennom å fremme kunnskaper om FACT Ung modellen. Alle ansatte må ha god kunnskap om hvilken målgruppe modellen og teamet har. Å få kunnskap om ulike kunnskapsbaserte metoder og å utvikle den enkelte ansatte i teamet som teammedlem og samarbeidspartner overfor andre aktører er essensielt i opplæringsprogrammet.

Erfaringsdeling innad i teamet er av stor betydning for å utvikle et felles verdigrunnlag, bygge en god kultur og lagånd i teamet. Samtidig vil stor variasjon i faglig kompetanse være en utfordring. Kompetansen i teamet vil bestå av ulike profesjoner med ulik formell- og ulik erfaringskompetanse. Denne ulikheten er det viktig å ta hensyn til i utarbeidelsen av opplæringsprogrammet.

Opplæringen løfter inn smakebiter av sentral kunnskap som teamene er i behov av. Mer strukturert opplæring i kunnskapsbaserte metoder og praksiser vil hvert team måtte tilegne seg i etterkant. Dette er delvis blitt bygget inn i de regionale samlingene gjennom samarbeid med KoRus og RVTS. Det bør vurderes om dette har fungert tilstrekkelig godt som en struktur for kompetanseheving i FACT Voksen team, eller om det trengs en annen type implementeringsstøtte omkring konkret kompetanseheving i behandlingsmetodikk for FACT Ung team.

Grunnopplæringen vil ikke evne å gå i dybden på sentrale kunnskapsområder teamene er i behov av. Mer strukturert opplæring i kunnskapsbaserte metoder og praksiser, og utvikling av spisskompetanse i teamet, vil hvert team måtte tilegne seg i etterkant. Dette kan skje enten i form av egne kurs eller videreutdanninger knyttet til spesifikke lidelser og/ eller behandlingsmetoder. For å realisere dette vil det på sikt være nødvendig å etablere et samarbeid med de regionale kompetansesentrene RVTS og KoRUS og andre relevante kompetansemiljø. Her kan en bruke erfaringene som er gjort gjennom regionale samlinger for FACT voksne, og basert på disse vurdere om det er nødvendig med andre grep for FACT Ung.

Tema for hver av de sju samlingene er foreslått, men en mer detaljert timeplan for opplæringsprogrammet må utarbeides når rammene er endelig besluttet. Flere kompetansemiljøer vil ha kunnskap som er viktige bidrag inn i denne opplæringen, og endelig innhold i opplæringen må involvere de aktuelle kompetansemiljøer som skal gjennomføre opplæringen.

1.6.1 Innholdet i regional veiledning

Systematisk veiledning bør få en sentral plass i etablering av opplæringsprogrammet. I utgangspunktet vil ansatte i teamet vil ha behov for ulike typer veiledning.

For det første har de behov for veiledning som har som mål å styrke implementeringen av FACT modellen og fidelitetskalaen. Denne metodeveiledningen bør iverksettes mellom samling en og to og mellom samling to og tre. Begrunnelsen for å etablere denne formen for veiledning er at teamene har liten kunnskap om modellen og fidelitetskalaen når de etablerer teamet og begynner i opplæringsprogrammet. En mulig organisering er å ta utgangspunkt i ulike områder i fidelitetskalaen og reflektere over/diskutere hvordan de implementeres i teamet. For å sikre god implementering av modellen foreslås det en dags veiledning til det enkelte team (kan deles opp i to halve dager). Som metodeveiledere kan man engasjere teamledere/ ansatte fra etablerte team (FACT voksne) i regionen som har solid kompetanse i modellen og betydningen av modelltrofasthet.

Når teamet har fått mer kunnskap om FACT Ung og har jobbet med egen implementering og organisering, vil det være behov for veiledning på teamets eget arbeid som team og i den enkelte sak. Temaet i denne veiledningen, som vil starte opp mellom fjerde og femte samling i andre semester, vil handle om hvordan de ansatte i teamet utnytter hverandre i de ulike sakene og hvordan de jobber opp mot øvrige tjenester lokalt. Hvilke dilemmaer står de i arbeidet sitt, både på saksnivå og i det tverrfaglige og tverretattlig samarbeid? Også denne veiledningen kan organiseres som to halve dager eller som en hel dag mellom samlingene (digitalt eller fysisk), og med en fast prosessveileder. Denne veiledningen bør gis av en annen fagperson enn teamleder/ansatte fra FACT voksne, ettersom barne- og ungdomsrelaterte temaer vil ha større plass her. Personen som skal gi denne prosessorienterte veiledningen bør ha solid kjennskap til barn og unges (unge voksne) psykiske helse, fortrinnsvis fra flere tjenester/ behandlingsnivåer og ha god kjennskap til ambulant arbeid spesielt. Det vil være en stor fordel for teamene om veileder også har inngående kjennskap til FACT Ung som metodikk.

FACT Ung bør ta sikte på å tilknytte seg flere fagpersoner som kan drive veiledning i de ulike regionene, og at disse også kan bistå som ressurspersoner inn i de regionale samlingene (se under). Basert på veiledningen de har med teamene i regionen, vil de kunne samle et knippe behov og erfaringer som kan deles og jobbes videre med i regionale samlinger.

1.6.2 Regionale samlinger

Som en del av opplæringsprogrammet for FACT Ung teamene foreslår vi at det i september måned det andre året i opplæringsprogrammet arrangeres regionale samlinger. Innholdet i samlingene bør handle om erfaringsutveksling mellom teamene etablert i den enkelte region. Disse samlingene foreslår vi at kompetansemiljøene i den enkelte region tar ansvar for, sammen med de regionale veilederne. Hensikten med en slik samling vil være at teamene drar veksler på hverandre både med henblikk på kompetanse, på det som fungerer bra, men også på områder hvor teamene har utfordringer. De regionale samlingene foreslås obligatorisk for teamene som følger utdanningsprogrammet. Det anbefales at team som er ferdig med utdanningsløpet også stiller med representanter, eller at de bidrar med innlegg. Gjennom dette bidrar en til regional nettverksbygging for FACT Ung.

1.6.3 Innhold i FACT Ung opplæringen – de sju samlingene

Opplæringsprogrammet for FACT Ung har et omfang på 21 kursdager og strekker seg over sju samlinger à tre dager. Det totale programmet strekker seg over en toårsperiode. På slutten av det andre året gjennomføres regionale samlinger med erfaringsutveksling på tvers av team i september og veiledning av teamet i oktober og desember. Opplæringsprogrammet tar utgangspunkt i relevant teori og forskning, fagkunnskap og erfaringskunnskap. Arbeidsmetodene på samlingene vil variere mellom presentasjon av fagstoff, diskusjon i grupper og plenum og arbeid i det enkelte team. For å sikre tilføring av kompetanse og erfaring i realisering av FACT-modellen vil ansatte i etablerte team bli invitert som innledere/foredragsholdere.

I selve kapitlet beskrives hovedinnretningen for hver samling, og hvilke tema som blir belyst i den enkelte samling. Her gis også et eksempel på et to-årig opplæringsløp med oppstart januar 2022.

1.6.4 Øvrige krav

1.6.4.1 Pensum

Når det gjelder FACT Ung som tjenestemodell bør pensumkravene først og fremst bestå av å skaffe seg nødvendig kjennskap til aktuelle håndbøker og fidelityskalaen. I tillegg bør man skaffe seg oversikt over den løpende forskningen på FACT i Norge.

Når det gjelder FACT Ung som behandlingstilbud bør pensumkravene bestå av utvalgte publikasjoner som omtaler de spesifikke kompetanseområdene listet opp tidligere.

I tillegg til en samlet oversikt over pensumkravene for FACT Ung som tjenestemodell/behandlingstilbud bør det utarbeides en kort litteraturliste til hver samling bestående av artikler, bokkapitler eller ulike nettkurs med utgangspunkt i samlingens tema.

1.6.4.2 Skriftlige refleksjonsoppgaver

Det legges opp til bruk av skriftlige refleksjonsoppgaver (3-5 sider) om sin egen rolle i teamet. Relevante tema i disse refleksjonsoppgavene vil være utnyttet potensiale, utviklingsmuligheter som teammedarbeider, egen rolle som hjelper, hindringer på veien mv. Den første leveres etter første semester, den andre etter tredje semester. Disse leses av prosessveilederne til teamet, og det gis tilbakemelding.

1.6.5 Gjennomføringsmåte

I tilskuddet til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester skal tilskuddet blant annet benyttes til opplæring av teamansatte og annen implementeringsstøtte.

Vi anbefaler at gjennomføring av opplæringsprogrammet for FACT Ung i hovedsak bør foregå ved fysiske samlinger, hvor alle deltakerne er på samme geografiske sted. Anbefalingen baserer seg på erfaringer gjort i både opplæringsprogrammet for FACT voksne, RBUPs spesialistundervisningsprogram og MSTs opplæring. Den største fordelene er at team på ulike steder i landet, både fra urbane og spredtbygde strøk, møtes for å dele erfaringer med hverandre. På slike samlinger økes mulighetene til å lære av hverandre i formelle og uformelle situasjoner, og både når det gjelder etablerings- og samhandlingsutfordringer, samt gi og få andre råd og tips til bruk i en klinisk hverdag. Både de formelle og mer uformelle møtene deltakerne seg imellom får meget god evaluering og anses som en nødvendig betingelse, i likhet med de faglige innleggene.

Samtidig har pandemien medført at mye av undervisningstilbudet det siste året har blitt flyttet til digitale løsninger. God undervisning på Zoom eller andre digitale plater fordrer mer tradisjonell foredragsundervisning med Powerpoint. Erfaringene med disse har på flere områder vært gode, og deltakerne gir tilbakemelding om godt utbytte av innlegg/foredrag. Særlig deltakerne med lang reisevei setter pris på å spare en del tid, og kan lettere kombinere undervisningen med omsorgsoppgaver på kveldstid. Samtidig blir den uformelle læringen og det å bli bedre kjent med andre i samme rolle på tvers av regioner skadelidende.

Det er viktige grunner for å gjennomføre opplæringen fysisk, dette gjelder særlig det mer uformelle læringsutbytte, tilstedeværelse og det å etablere FACT Ung som et faglig fellesskap på tvers av team og regioner. Tilsvarende er det gode grunner for å gjennomføre opplæringen digitalt, særlig gjelder dette kostnader og mulighet for deltakelse (reiseavstand/omsorgsoppgaver mv). En mulighet i opplæringsprogrammet for FACT Ung er å vurdere en hybridløsning, hvor en kombinerer fysiske og digitale samlinger. En tilsvarende hybridløsning kan også etableres for veiledningen. En bør evaluere alternativene underveis (både fra deltakere og de som står for gjennomføringen), og justere opplegg hvis evalueringene tilsier det.

1.6.6 Hva bør være omfanget?

Opplæringsprogrammet for FACT Ung arrangeres over fire semestre med sju samlinger à tre dager og ca 20 timer undervisning og erfaringsutveksling per samling. Total undervisningstid ligger på ca 140 timer. I tillegg kommer en regional samling, samt sju veiledningsdager der teamet får veiledning på sin fidelity med utgangspunktet i enkeltsaker. De to første veiledningsdagene med utgangspunkt i metodikk, øvrige veiledningsdager på prosess.

1.6.7 Kursbevis

Når deltakerne har gjennomført opplæringsprogrammet for FACT Ung får de et kursbevis. Kriteriene for kursbevis er at deltakerne har gjennomført 80% av opplæringsprogrammet. De deltakerne som ikke får gjennomført samlingene vil ha en mulighet for å delta på den neste opplæringsrunden for samlinger de mangler. Arrangør for opplæringsprogrammet søker de ulike fagorganisasjoner for godkjenning.

1.6.8 Overordnet organisering av veiledning

Det bør finnes minimum en FACT Ung-veileder per region, avhengig av størrelsen på regionen. FACT Ung veilederne i regionen får utdelt hver sine team hvor de har ansvaret for å følge veiledningen under utdanningsløpet. Dette innebærer totalt to veiledninger om modellen, fidelity og implementering lokalt og fem prosessveiledninger. I tillegg kreves det lesing og kort tilbakemelding på to refleksjonsnotater per deltaker i løpet av 2 år.

FACT Ung veilederne bør møtes halvårlig, etter hvert semester, med de kunnskaps-/kompetansemiljø som skal drifte opplæringsprogrammet. De regionale veilederne vil ha gode forutsetninger for å uttale seg om mangler ved programmet og peke på eksisterende utfordringer i feltet. I tillegg vil de sammen kunne bistå de som skal drifte opplæringsprogrammet med å sette agendaen for de regionale samlingene, komme med innspill til forelesere, aktuelle innlegg og kunne sette i gang nødvendige diskusjoner knyttet til FACT Ung i de ulike regionene.

1.7 Anbefalinger for implementeringsstøtten til FACT Ung team

I dette avsnittet vil vi fremheve de anbefalingene vi har kommet frem til for implementeringsstøtten til FACT Ung i Norge. Den teoretiske og empiriske bakgrunnen og drøftelsene som ligger til grunn for disse anbefalingene er beskrevet i selve kapitlet. Som det fremgår av drøftingen der vil implementering av FACT Ung forventelig vil være krevende, ettersom «det som skal gjøres» (dvs. det som skal implementeres):

- går delvis på tvers av de etablerte strukturer i hjelpetjenestene
- retter seg mot en målgruppe med alvorlige og sammensatte problemer med lav motivasjon for hjelpsøking
- bygger på en bredde av faglige tilnærminger
- involverer tverretatlige funksjoner
- berører ulike lovverk for tjenesteutøvelse

Tilgjengelig og høykvalifisert implementeringsstøtte ansees derfor som avgjørende for vellykket implementering.

1.7.1 Om bemanning – opptrapping og heltid/deltid

To spørsmål knyttet til bemanning er helt sentrale å avklare; gradvis opptrapping og bruk av heltid/deltid.

i etableringen av FACT Ung teamet er det viktig å avklare om det skal skje i en gradvis og oppbyggende prosess, eller om det er ønskelig å etablere et fullt FACT Ung team med en gang. Pilotteamene så langt synes å basere seg på en «gradvis» oppbygging, hvilket skaper noen begrensninger i teamets kapasitet og kompetansebredde, og dermed hva teamet kan levere til brukerne. Gradvis etablering er også anbefalt av NAPHA og NKROP med bakgrunn i erfaringer fra ACT/FACT. En godt planlagt trinnvis modell for oppbyggingen av FACT Ung team

- som tydeliggjør hvordan teamet bygges og utvides,
- og hvilken kapasitet og kompetanse teamet vil ha igjennom ulike faser av denne perioden, vil hjelpe til bedre å avklare forventninger og muliggjøre at teamet kan etterleve disse i den krevende perioden de tilegner seg FACT Ung kompetansen og bygges opp personalbreddemessig over tid.

Flere av pilotene i satsingen på FACT Ung har utstrakt bruk av deltidsstillinger, og har erfart en rekke utfordringer med dette (se over). Bruk av deltidsstillinger vil ofte være en konsekvens av ambisjonsnivået på kort tid (jfr. gradvis oppbygging) og ditto tilgang på relevant kompetanse. Stillingsandel er en del av fidelityvurderingen av FACT Ung; at ansatte i gjennomsnitt har 80% av et årsverk gir full skåre. I de teambaserte behandlingsmodellene MST, FFT og TFCO som retter seg mot ungdom med atferdsvansker, er det en forutsetning for oppstart og drift av et team at det er fullt bemannet i henhold til normeringen. Behovet for fleksibilitet i tjenesteutøvelsen formodes å være større for FACT Ung enn flere av modellene nevnt, og burde således tilsi et fokus på heltidsstillinger i teamet i størst mulig grad.

1.7.2 Etablere et nasjonalt implementeringsteam for FACT Ung

Erfaringene fra implementering av nasjonale modeller som MST og FACT for voksne er entydige; det krever kompetanse, er tids- og ressurskrevende og må ledes nasjonalt. Det

anbefales derfor at det avsettes tilstrekkelig med ressurser til å drifte et nasjonalt implementeringsteam for FACT Ung. Etableringen av **implementeringsteam** som innehar en slik spisskompetanse og har et definert mandat til å lede og konsultere implementeringsprosesser, er pekt på som en nyttig implementeringsstrategi. Å sikre kommuner og spesialisthelsetjenesten adgang til en slik implementeringskompetanse som kan bistå i alle faser av implementeringen, antas å bli en viktig faktor for at etablering av FACT Ung teamene skal kunne bli vellykket og vedvarende.

Teamet må bestå av personer med inngående kjennskap til FACT/ACT som metodikk og implementeringskunnskap, sistnevnte gjerne kombinert med implementeringserfaring. Implementerings-teamet bør også ha kompetanse på tilstøtende grensefelt for FACT Ung arbeidet (barnevern, skole og NAV), samt også god kjennskap til juridiske utfordringer knyttet til innsyn, taushetsplikt og ulike samtykkeproblemer i aldersspennet 12-18 år innen ulike tjenester, for eksempel psykisk helsevern.

Et nasjonalt implementeringsteam vil ha som hovedoppgave å:

- Utarbeide informasjonsmateriell for ulike kommunikasjonsplattformer som gjør det lett for kommuner og spesialisthelsetjenesten å forstå hva FACT Ung er, og hva som kreves for å lykkes med å starte og drive FACT Ung team
- Konsultere kommuner og spesialisthelsetjenester med interesse for FACT Ung omkring hva FACT Ung er og hvordan det kan startes opp
- Bistå lokale FACT Ung initiativer i planleggingsprosessen frem mot oppstart.
 - Rekrutteringsarbeid
 - Sikre at praktiske organisatoriske rammer er på plass
 - Sikre at samarbeid omkring henvisninger og inntak etableres godt
- Koordinere opplæring og overordnede kompetanseplaner for FACT Ung team
- Koordinere, planlegge og gjennomføre ulike faglige samlinger (ledere, team, nasjonalt og regionalt)
- Gjennomføre jevnlig gjennomgang av FACT Ung team, hvor en ser på om rammebetingelsene for drift er på plass, om teamet følger FACT Ung metoden (fidelity) og om teamet oppnår ønskede resultater.

Det var i arbeidsgruppen ulike vurderinger knyttet til hvilken rolle implementeringsteamet skulle har i forprosjekteringsarbeidet (lede eller bistå). Noen vurderte det som mer effektivt og ressursbesparende at personer med god kjennskap til både metodikk og implementering, står for et slikt planarbeid, enn at det lokalt ansettes en prosjektmedarbeider til oppgaven som mangler kjennskap til metodikken og FACT Ungs særegne implementeringsutfordringer (lede). Mot dette ble det framhevet at det var viktig å bygge opp lokalt eierskap til implementeringsprosessen tidlig. Det var derfor viktig at det var en lokal prosjektleder som var kjent lokalt, og hvor implementeringsteamet ga tett bistand til denne (bistå).

Lokalt er det trolig teamleder for FACT Ung som får en viktig rolle i å sikre at implementerings- og etableringsplaner følges og blir en nær samarbeidspartner for implementeringsteamet i dialog med alle lokale «stakeholders»/interessenter. Det er derfor viktig at teamleder ivaretas og støttes av en nasjonal «implementeringsinstans» i sitt lokale arbeid ovenfor ledere og tjenester i alle implementeringsfaser.

Det anbefales at et nasjonalt implementeringsteam sikres god, stabil og langsiktig finansiering, slik at den nødvendige kompetansen kan etableres og bibeholdes over tid. Den spesialkompetansen som etableres i slike implementeringsteam etableres og forbedres over år.

1.7.2.1 Implementeringsteamets arbeid

I kapitlet om implementering er fasene i implementering; «Eksploreringsfase», «Planleggingsfase», «Aktiv implementeringsfase» og «Vedlikeholdsfase» beskrevet utførlig. Disse beskrivelsene vil danne et godt grunnlag for det pågående arbeidet med praktiske råd og en senere etableringshåndbok for FACT Ung.

1.7.3 Hvem kan gi implementeringsstøtte til FACT Ung team

Det er i det ovenstående beskrevet hvilke kompetanser som tenkes relevante for implementeringsstøtte til FACT Ung team. Dette kan ytterligere nyanseres ved at implementering av FACT Ung representerer to områder, som kan støttes av ulike faginstanser:

- Det ene gjelder FACT Ung som samordningsmodell. I en norsk sammenheng er det klart at fagmiljøene knyttet til ACT/FACT (NAPHA og NKROP) har de beste forutsetninger for å ivareta dette, både grunnet kjennskap til modellens faglige innhold og implementeringserfaringer for modellen i en norsk kontekst.
- Det andre gjelder de mer behandlingsrettede innholdselementene omkring den behandling som FACT Ung skal gi til ungdommen i målgruppen. Her vil de ulike kompetansesentre på barn og unge området (R-BUP, RKBU, NUBU, etc.) ha bedre forutsetninger. Særlig vil også den barnevernfaglige kompetansen være viktig å bringe inn i teamene, både når det gjelder lovverk (rettigheter og plikter) og relasjonell, omsorgs- eller terapeutisk kompetanse (jobbe for varig endring).

I tråd med FACT-modellens mulighet for å skape god samhandling, kan en modell for implementeringsstøtte for FACT Ung være at ulike kompetansesentra bidrar på ulike områder. Det bemerkes imidlertid at samhandling og koordinering på tvers av kompetansesentra forutsetter gode forventnings- og rolleavklaringer og tydelige samarbeidsavtaler for å fungere. I en utviklingsfase av FACT Ung i Norge, hvor pilotteam allerede er startet, kan dette synes som den mest nærliggende løsning for å sikre implementeringsstøtte på begge ovennevnte områder.

I en mer langsiktig plan for implementeringsstøtte for FACT Ung team i Norge, bør det vurderes om de etablerte kompetansesentrene på FACT skal opparbeide seg nødvendig kompetanse på barne- og ungdomsfeltet, eller om det er mer hensiktsmessig å kunne overføre kunnskap omkring FACT Ung til et av de etablerte kompetansemiljøene på barne- og ungdomsfeltet.

Utredningen har ikke i detalj vurdert fordeler og ulemper mellom ulike former for organisering. Vi ser at det kan bli ressurs- og tidkrevende både å sikre samhandling mellom flere ulike kompetansemiljøer, og det å etablere en samlet FACT Ung kompetanse ett sted. Ulempene knyttet til samordning og samarbeid på tvers av kompetansesentra bør imidlertid følges tett, og gjennom erfaringer med en samhandlingsmodell vil det etter tiden a) overføres kjennskap og en del kompetanse mellom FACT-sentrene og barne-/ungesentra og b) tydeliggjøres om det ville være mer nærliggende å plassere ansvaret for implementeringsstøtten mer tydelig definert til et kompetansesenter. På bakgrunn av dette vil en videre god rolle- og ansvarsfordeling for implementeringsstøtte til FACT Ung i Norge kunne avtales. Det anbefales at det settes av ressurser til å vurdere dette underveis og i oppbyggingen av implementeringsteam/ implementeringsstøtteinstans for FACT Ung i Norge.

Uavhengig av organiseringen av implementeringsstøttetilbudet for FACT Ung i Norge, anbefales det å ha en uavhengig faglig instans som står som implementeringsstøtte og kan holde fast i at det gjøres vanskelige og utfordrende avklaringer med realistiske perspektiver. Kompetansemiljøet med kjennskap til både metodikk og implementering må konsultere i de ulike implementeringsfasene uten å «glatte over» disse for å kunne komme i gang eller unngå nedleggelse av team. Implementeringsteamet må orke å «være et hår i suppa» til tider, med fokus på at dette er nødvendig arbeid for at brukerne av FACT Ung skal få et så godt tilbud som mulig.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn for arbeidet

I det siste ti-året har det blitt etablert mange samhandlingsteam etter ACT- og FACT-modellene i Norge. Målgruppen for disse teamene har i all hovedsak vært voksen med alvorlige psykiske lidelser, omfattende tilleggsproblemer og lavt funksjonsnivå, som ikke har hatt nytte av det eksisterende hjelpetilbudet i verken førstelinjetjenesten eller annenlinjetjenesten. Helsedirektoratet, og senere Statsforvalteren, har hatt ansvaret for implementeringsstøtte for slike team, og denne støtten tildeles etter kriterier som knytter seg nært til modellene. Det er i dag omkring 8 ACT-team og 65 FACT-team i Norge, og flere team er under planlegging og etablering.

Dette kan man gjøre fordi både internasjonal og nasjonal forskning viser at ved å organisere tjenestetilbudet slik at det oppfyller kravene i ACT og FACT-modellene gir dette et kvalitativt løft i tjenestetilbudet til pasienter som er inkludert. Siden modellene viser seg å ha stor nytteverdi, jf. forskningen, utprøves modellene for nye grupper. For gruppen barn/unge har det vært lagt ned et utredningsarbeid for å kunne gi et bedre beslutningsgrunnlag for ta stilling til om FACT-modellen er en egnet måte å organisere arbeidet på.

I likhet med ACT- og FACT modellene for voksne er også FACT Ung modellen utviklet og tatt i utlandet. Det er Nederland som leder an i denne modellutviklingen. I 2018 startet det opp forprosjekter for å se om det var grunnlag for å starte FACT Ung team. Forprosjektet besøkte blant annet team i Nederland for å lære mer om organisering, og Helsedirektoratet fikk tillatelse til å oversette den nederlandske FACT Ung modellen til norsk. Fire team har siden vært pilotteam for FACT Ung i Norge, og har skaffet verdifulle erfaringer til blant annet dette utredningsarbeidet.

Forprosjektet for FACT Ung-satsningen i Norge ble etablert i 2018. Arbeidet er forankret i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 der Helsedirektoratet ble bedt om å utrede hvordan tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge bør innrettes, implementeres og evalueres (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019). Arbeidet er også forankret i Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) der vi finner mål om utvikling av felles tiltak og strategier for bedre koordinering av statlige innsatser og virkemidler på tvers av de ulike departementenes oppgaver, som velferd gjennom felles innsats på områdene helse, utdanning og arbeid. Gjennom mål om bedre samarbeid og koordinering i lokale tjenester, settes tjenestene i stand til å tidligere oppdage risiko og problemutvikling, samt heve handlingskompetansen i de ulike tjenestene (Departementene, 2017). I dette ligger det at tjenestene skal bli bedre til å yte de riktige tjenestene til rett tid. Videre beskrives det hvordan en forbedring av horisontalt og vertikalt samarbeid mellom ulike tjenester er en avgjørende faktor for å lykkes med dette. Forprosjektet for FACT Ung er også et delprosjekt i satsingen «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet» der en skal utvikle modeller og systemer som sikrer at barn i barnevernet blir tidlig utredet og får nødvendig helsehjelp for psykiske vansker og lidelser i kombinasjon med tiltak fra barnevernet (Helsedirektoratet & Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2016).

Helsedirektoratet gav i 2019 RKBU-Midt oppdraget med å utarbeide håndbok/modellbeskrivelse, samt en etableringshåndbok for FACT Ung. Resultatet av dette arbeidet er i stor grad integrert og videreført i det foreliggende utredningsarbeidet. Håndbok/modellbeskrivelse for FACT-Ung vil ferdigstilles utenfor dette utredningsarbeidet, og ansvaret for dette er lagt til NKROP.

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet for 2020 er det vist til Nasjonal helse- og sykehusplan, og direktoratet får her i oppdrag:

«Helsedirektoratet skal, i oppfølgingen av ny nasjonal helse- og sykehusplan, utrede hvordan tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge, som FACT-ung, bør innrettes, implementeres og evalueres, herunder aktuelle målgrupper for slike team og hvilken kompetanse de bør ha.»

Også Barne-, unge- og familiedirektoratet har fått oppdrag i tilknytning til utredning av FACT-Ung.

2.2 Organiseringen av utredningsarbeidet

Helsedirektoratet ga oppdraget med utredning av FACT Ung i Norge til Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). Denne kompetansetjenesten har vært sentral i både i forskningen og i utrulling av ACT- og FACT-modellene i Norge, sammen med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Disse to tjenestene/sentrene representerer den fremste kunnskapen om ACT- og FACT-modellene i Norge. Begge tjenestene/sentrene er imidlertid mest orientert mot målgrupper i voksenbefolkningen, og det har derfor vært svært viktig at det i utredningsarbeidet har vært deltagere fra fagmiljøer, kompetansemiljøer og personer med egen erfaring fra barn og unge-feltet.

Våren 2020 ble de første avklarende møtene med oppdragsgivere Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet avholdt. Her ble fremdriftsplan bestemt, og premissene for utredningsarbeidet ble fastsatt. Et grunnleggende premiss var at utredningsarbeidet måtte inkludere fagpersoner fra barn- og unge-feltet.

I brev av 30.07.20 inviterte Helsedirektoratet en lang rekke miljøer til å delta i arbeidet med utredningsoppdraget om FACT-ung. De inviterte miljøene svarte positivt på dette, og arbeidsgruppen for utredning av FACT Ung i Norge ble bredt sammensatt. Den har bestått av representanter for Helsedirektoratet, Barne-, unge- og familiedirektoratet, NKROP, NAPHA, NUBU, RBUP Øst og Sør, RKBV-vest, midt og nord, BUF-etat, KS, kommunal barnevernstjeneste, brukerorganisasjoner, brukerrepresentanter, FACT-ung pilotteam og RHF.

Prosjektleder for utredningen har vært faglig rådgiver Trond Hatling fra NAPHA, og rådgiver Lars Håvard Bakke fra NKROP har ut april 2021 vært prosjektmedarbeider. Han ble fra mai 2021 erstattet av rådgiver Jan Aasen fra NKROP.

Utredningsarbeidet ble konkretisert til å særlig skulle omhandle følgende områder:

1. Befolkningsgrunnlag og målgruppe
2. Ungdommers erfaringer og anbefalinger til FACT-ung
3. Utvikle en Fidelity evaluering
4. Barnevernet og FACT Ung
5. Utvikle et opplæringsprogram for FACT-ung teamene
6. Hvilken implementeringsstøtte er nødvendig når teamene er i drift.
7. Utvikle en etablerings guide/håndbok for nye team.

Etableringshåndbok etter modell av den som er skrevet for ACT og FACT for voksne vil kunne skrives når tilstrekkelig mange team er etablert og har skaffet seg erfaringer som kan deles med andre på en systematisk måte. I påvente av dette inngår det i utredningsarbeidet i stedet utarbeidelse av praktiske råd i forbindelse med forprosjektering av teametablering.

Arbeidsgruppen har møtes månedlig fra september 2020 til mai 2021 for å gjennomføre utredningen. På grunn av pandemien ble bare det første møtet i arbeidsgruppen gjennomført fysisk, alle møter siden har vært digitale.

Det ble tidlig avklart at den mest hensiktsmessige arbeidsformen var å dele deltagerne i arbeidsgruppen inn i mindre undergrupper med særskilt fokus på enkeltområder som er viktige temaer for utredningen. Disse undergruppene har vært selvorganiserende, men prosjektleder

Trond Hatling har vært deltager i alle undergruppene for å bidra til avklaringer underveis, kunne ha oversikt over fremdrift, kunne unngå at flere grupper jobber med samme problemstilling og sikre en helhet i det felles utredningsarbeidet som undergruppene arbeid ledet frem til. Hver undergruppe har selv hatt ansvaret for å levere utkast til de enkelte områder innen 31.3.2021.

Underveis har arbeidsgruppen i sine månedlige plenumsgrupper drøftet problemstillinger som har kommet frem i de ulike undergruppene, eller som har hatt allmenn interesse for å bli avklart. Arbeidsgruppemøtene har vekslet mellom plenum med foredrag og diskusjoner, og gruppearbeid på tvers av undergruppeinndelingen hvor konkrete problemstillinger har blitt drøftet, med tilbakemelding til arbeidsgruppen. Denne arbeidsformen har fungert godt, og bidratt til å sikre å få frem synspunkter på problemstillinger som kan ha unngått den dedikerte undergruppens oppmerksomhet. Alle elementer i utredningen har underveis i prosessen vært oppe i arbeidsgruppen, men mer på innspills- og drøftingsnivå enn for å komme fram til enighet i denne settingen.

Problemstillinger knyttet til kapitlet om barnevernet og FACT Ung har vært drøftet i møter mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og prosjektleder. Modellvalg og behovet for nasjonale føringer har vært drøftet i samlet arbeidsgruppe.

Utredningens delkapitler – og dermed utredningen som helhet - har to hovedkomponenter

- En utdyping av det enkelte delområde – særlig knyttet til praksis fra andre relevante «modeller» når en skal vurdere hvordan en gjør det for FACT Ung.
- En anbefaling/konklusjon – «med bakgrunn i utdypingen bør det gjøres slik for FACT Ung»

I de to siste møtene drøftet arbeidsgruppen konklusjonene, og disse drøftingene er tatt inn i sammendraget av prosjektleder som substans, ikke som votering over enkeltpunkt. Momenter framsatt her som utdyper/»motsier» anbefalingene/konklusjonene er innarbeidet i sammendraget.

Prosjektleder har sydd undergruppene utkast sammen til en enhetlig rapport. Dette innebærer også justeringer i språk og tematikk fra den enkelte undergruppe, slik at rapporten fremstår mest mulig enhetlig og representativ for utredningsarbeidet. Følgelig er det også prosjektleder som er ansvarlig for utredningen og dens innhold.

2.3 Arbeidsgruppens medlemmer – og utredningens bidragsytere

2.3.1 Arbeidsgruppens medlemmer

Tanja Dideriksen, Teamleder, FACT Ung Grünerløkka

Hege Fikke, Fagutvikler/spesialkonsulent, Nittedal barneverntjeneste.

Heidi Fjeldheim, Studieleder, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP)

Sturla Fossum, Førsteamanuensis, Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Nord)

Ove Heradstveit, Forsker II, Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge (RKBU-Vest)

Kari Hurum, Rådgiver, Landsforeningen for barnevernsbarn (måtte av kapasitetshensyn trekke seg tidlig i utredningsarbeidet)

Cecile Fronth Nyhus, Prosjektleder, FACT Ung Grünerløkka

Kari Nysveen, Opplæringsansvarlig, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse (NKROP)

Marius Pettersen, Erfaringskonsulent, Bydel Gamle Oslo

Jon Qvortrup, Spesialrådgiver, KS

Tormod Rimehaug, Førsteamanuensis, Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge) - NTNU.

Kari Hoel Stavne, Seniorrådgiver Fagstøtte, Bufetat Midt-Norge
Gaute Strand, faglig rådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
Dagfinn Mørkrid Thøgersen, Fagdirektør, Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)
Ragnhild Tranøy, Avdelingssjef, Helse Sør-Øst RHF
Hanne Os Wold, Erfaringskonsulent, FACT Ung Grünerløkka

Silje Louise Nord-Baade, Faglig rådgiver, har hatt hovedansvaret for å skrive utkast til Håndbok/modellbeskrivelse, og har deltatt i arbeidsgruppemøtene.
Olav Oxholm og Stig Herman Nygård, seniorrådgivere i Helsedirektoratet, har deltatt i alle arbeidsgruppemøter.
Elin Horsdal og Trine Staer, seniorrådgivere i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, har deltatt i de fleste arbeidsgruppemøtene.

2.3.2 Utredningens bidragsyttere

Arbeidsgruppen er underveis i prosessen også blitt supplert med ytterlige kompetanse for å belyse enkelttema i utredningen:

I arbeidet med kapitlet om Unge og medvirkning:

Martine Antonsen, Landsleder/President, Mental Helse ungdom
Juni Raak Høiseth, Prosjektkoordinator, KBT kompetanse
Alexander Sommerseth, Erfaringskonsulent, Barne- og familieetaten, Oslo kommune

I arbeidet med Opplæringskapitlet

Stine Løvereide, opplæringsansvarlig, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP)

I arbeidet med kapitlet om Fidelity

Hanne Clausen (måtte tre ut av gruppen etter kort tid grunnet sykdom)

Deltakere/forfattere i de ulike undergruppene:

Unge og Medvirkning

Martine Antonsen, Juni Raak Høiseth, Marius Pettersen, Alexander Sommerseth

Implementering:

Tanja Dideriksen, Kari Hoel Stavne, Gaute Strand, Dagfinn Mørkrid Thøgersen, Ragnhild Tranøy

Målgruppe og befolkningsgrunnlag

Hege Fikke, Heidi Fjeldheim, Ove Heradstveit, Dagfinn Mørkrid Thøgersen

Fidelity

Sturla Fossum, Trond Hatling, Tormod Rimehaug

Opplæring

Cecilie Fronth Nyhus, Kari Nysveen, Stine Løvereide, Hanne Os Wold

Barnevernet og FACT Ung

Trond Hatling

2.4 Møter med ledere for kunnskaps- og kompetansemiljøene

Vinteren/våren 2021 har det vært møter mellom ledelsen for RKBU (Midt-Norge, Vest og Nord), RBUP Øst og Sør, NUBU, NKROP, NAPHA og prosjektleder for å drøfte disse sentrenes rolle i oppfølgingen av utredningen.

3 Unge og medvirkning

3.1 Innledning og metode

Dette kapittelet omhandler ungdom og medvirkning. Det tar for seg hva ungdom som selv har erfaring med psykisk helseutfordringer mener er gode tjenester, hva medvirkning innebærer og hva de ønsker av et FACT Ung team.

Prosjektgruppen som har utarbeidet kapittelet er satt sammen av personer som selv har en egenerfaring med bruk av tjenester innen psykisk helse, og som nå jobber profesjonelt med brukervedvirkning for barn og unge. Gruppen har bestått av to unge erfaringskonsulenter fra Oslo kommune, representant fra Mental Helse Ungdom og to ansatte fra Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling – KBT.

I forbindelse med dette utredningsarbeidet er det gjennomført en undersøkelse der vi har utført semistrukturerte, kvalitative intervjuer med 13 ungdommer i alderen 13 – 24 år. Alle har erfaringer med bruk av ulike tjenester innen psykisk helse, rus, barnevern, PPT, NAV og lignende. Ingen av ungdommene hadde selv vært brukere av et FACT Ung team, men de hadde mange tanker om hva de selv kunne trenge av et slikt team. Undersøkelsen er gjennomført som en Bruker Spør Bruker undersøkelse (BSB), hvilket vil si at personene som har intervjuet selv har en egenerfaring som brukere av tilsvarende tjenester. Denne metoden blir sett på som et godt alternativ til standardiserte brukerundersøkelser (Helsedirektoratet, 2014). Informantene opplever at de som intervjuer dem har en dypere forståelse av problematikken, noe som gjør det lettere og tryggere å komme med tilbakemeldinger. Metoden har tidligere blitt prøvd ut på ungdommer med svært gode erfaringer (Høiseth, 2016). Dette kapittelet bygger på empiri fra disse intervjuene, erfaringer, tanker og anbefalinger fra ungdommer innhentet gjennom tidligere forskning og undersøkelser, samt prosjektgruppas egne erfaringer og tanker om aktuelle tema. Den første delen tar for seg ulike definisjoner av medvirkning, lovverk og tidligere forskning som vi mener er relevant i denne forbindelse. De andre delene går mer spesifikt inn på ungdommenes og prosjektgruppas tanker og anbefalinger som vil være viktig i etablering og drift av et FACT Ung team.

3.2 Hva er medvirkning og hvorfor er det viktig?

«Brukervedvirkning er et verdistandpunkt. I argumentasjonen for å inkludere brukerne ligger tre grunnleggende premisser: Gjensidig respekt og anerkjennelse mellom brukerne og helsepersonell, dialog med gjensidig utveksling av informasjon, beslutningsprosesser basert på felles forståelse»

(Westerlund, 2012, p. 18)

Det finnes flere ulike definisjoner av brukervedvirkning, eller medvirkning som vi velger å kalle det i dette kapittelet. Medvirkning kan deles inn i tre ulike nivå: individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Med unntak av siste del som omhandler selve etableringen av FACT Ung team er det hovedsakelig medvirkning på individnivå som vil bli belyst i dette kapittelet.

Helsedirektoratet definerer brukermedvirkning som:

Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.

(Helsedirektoratet., 2017)

Innholdet i brukermedvirkning er for mange et ukjent og det finnes flere ulike definisjoner, ofte skaper dette barrierer for medvirkning. Prosjektgruppa ønsker å formidle at medvirkning ikke trenger å være vanskelig. Vi viser til Mental Helse Ungdom, som skriver dette om medvirkning:

*Medvirkning handler om at de som bruker en tjeneste, er med på å påvirke hvordan tjenesten skal være. Medvirkning er å **bli tatt på alvor**. Medvirkning er en **rettighet**, men først og fremst er medvirkning **samarbeid**.*

(Mental Helse Ungdom Prinsipprogram 2021-2022., 2021)

Det er denne definisjonen vi i all hovedsak forholder oss til når vi snakker om medvirkning i dette kapittelet.

Medvirkning som rettighet

Medvirkning er en rettighet. Dersom ungdommen skal ha mulighet for å medvirke kreves det at de har fått tilstrekkelig med informasjon om hvilke rettigheter og muligheter de har for å medvirke (Olsen et al., 2019, s. 130). Retten til medvirkning er rettslig uttrykt på følgende måte: «Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester», jf. pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd. Retten til medvirkning gjelder også barn, og utdypes ytterligere i lovens § 4-4 femte ledd. Bestemmelsene er ikke formulert som en plikt til å medvirke, hvilket vil si at pasienter og brukere selv kan velge hvor langt de ønsker å medvirke (Molven, 2015, p. 196). Barns rett til medvirkning er også forankret i Barnekonvensjonen artikkel 12 «Barnets rett til å gi uttrykk for sin mening» (*FNs konvensjon om barnets rettigheter*, 1989). I den nevnte artikkelen står det at partene skal garantere at barna kan gi uttrykk for synspunkter. Dette uttrykket gir ikke rom for skjønn og innebærer dermed en forpliktelse til å innfri denne retten (E. Pedersen, 2019, s. 122).

Medvirkning som samarbeidsform

Mye tyder på at inkludering av pasienter og brukeres perspektiv, og dialog og samarbeid i beslutningsprosesser om behandling, gir både bedre diagnostikk og behandling. Det øker også muligheten for individuelt tilpassede løsninger, samtidig som pasienttilfredsheten og tilliten til helsetjenesten styrkes (Pedersen, 2019, p. 94). Ungdommer som har fått tilstrekkelig informasjon om ulike behandlingsmetoder og hvordan disse fungerer, og som selv har fått deltatt i utarbeidelse av behandlingsplaner, rapporter om at dette har gjort dem mer motivert for terapien og ført til et bedre behandlingsutfall (J. R. Høiseth, Kildal, C., Moe, J. B., Nynes, L. E. M., & Evensen, E. E., 2020).

Ungdommer vektlegger viktigheten av å bli holdt informert om alt som omhandler deres eget behandlingsforløp. Det er særlig viktig for dem å vite hvem som vet hva om dem, og behovet for at taushetsplikten blir ivarettatt står sterkt. Dersom taushetsplikt må brytes og meldeplikten setter inn, ved at det for eksempel må sendes en bekymringsmelding, er det viktig at ungdommen blir informert om dette og at de selv får være med i prosessen med å utforme meldingen (Sanner, 2014; Ungdomsvennlig, 2018).

Det skal være rom for å komme med tilbakemeldinger

For at ungdommene skal få mulighet til å medvirke på tjenestene de mottar både på individ-, tjeneste- og systemnivå, kreves det at det er rom for å komme med tilbakemeldinger og innspill. Både kommune og spesialisthelsetjeneste har i økende grad tatt i bruk ulike former for standardiserte feedbackverktøy som legger til rette for samvalg og behandlingsmål som defineres av ungdommen selv. Dette kan bidra til at brukernes preferanser og ønsker for behandlingen kommer tydeligere fram (R. Øhlckers, 2019). Ungdom som selv har brukt feedbackverktøy har ulike erfaringer med dette. Enkelte har ikke sett nytten av det for sin egen del, men syntes det var greit å bruke det dersom det kunne være til hjelp for tjenesten. Andre gir eksempler på at slike tilbakemeldingsverktøy kan være nyttige dersom man ikke er så verbal av seg. Da kan det være bedre å fylle ut et skjema som gjør det lettere å formidle eventuelle ting som hindrer fremgang i behandlingen (J. R. Høiseth, Kildal, C., Moe, J. B., Nynes, L. E. M., & Evensen, E. E., 2020). Det er riktignok viktig å merke seg maktskjevheten som ligger i forholdet mellom hjelperen og den hjelpetrequende, der hjelperen lett blir sett på som en autoritetsfigur (R. Øhlckers, 2019). Ungdommer som har egenerfaring med bruk av psykisk helsetjenester forteller om utfordringer med å gi ærlige tilbakemeldinger til behandlere fordi de er redde for å såre behandlerens følelser, miste tilbudet sitt eller fordi føler de må være takknemlige for at vedkommende forsøker å hjelpe dem (J. R. Høiseth, Kildal, C., Moe, J. B., Nynes, L. E. M., & Evensen, E. E., 2020; J. R. Høiseth, Kildal, C., Moe, J. B., Nynes, L. E. M., & Evensen, E. E., 2020; Neverdal, 2021; Sanner, 2014).

Medvirkning handler om å bli tatt på alvor

Når det snakkes om at medvirkning dreier seg om å bli tatt på alvor, innebærer dette blant annet at ungdommene føler at behandlere tar problemene deres seriøst. Ungdom ønsker stødige og støttende voksenpersoner som ser, hører, forstår og som anerkjenner deres initiativ og drømmer, og som fokuserer på ressurser og styrker framfor sykdom. De verdsetter hjelpere som er personlige og ærlige, og som ikke er redde for å dele ting fra sitt eget liv (Halås, Follesø, & Anvik, 2016; Ungdomsvennlig, 2018). Opplevelsen av å bli tatt på alvor bidrar også til å skape trygghet, noe som igjen blir sett på som en forutsetning for at ungdom skal kunne åpne seg for behandleren sin (J. R. Høiseth, Kildal, C., Moe, J. B., Nynes, L. E. M., & Evensen, E. E., 2020).

3.3 Et ungdomsvennlig FACT Ung team

De følgende delkapitlene bygger på empiri innhentet fra ungdommene som har blitt intervjuet, samt prosjektgruppas egne erfaringer og refleksjoner om de aktuelle temaene som blir belyst. Vi vil først presentere ungdommenes erfaringer og anbefalinger før vi avslutningsvis i hvert kapittel oppsummerer og supplerer med våre synspunkter.

...et ungdomsvennlig team er et team som består av folk som ungdommen selv har fått valgt, tillitspersoner som ungdommen selv kan si at: «her er en person som jeg faktisk er komfortabel med å fortelle ting til og som jeg vet faktisk tar meg seriøst.

-Gutt 22-

3.3.1 Forutsigbart og trygt

Et godt fungerende og ungdomsvennlig FACT Ung team er et team som oppleves forutsigbart og trygt. Forutsigbarhet i dette tilfellet handler om at ungdommene vet at de kan benytte seg av teamet over lengre tid. Det bør bestå av en stabil ansattgruppe med stødige behandlere som holder avtaler, og som viser at de ikke forsvinner eller forlater ungdommen selv i ekstra vanskelige perioder.

3.3.2 Effektivitet

Forutsigbarhet kan knyttes opp mot flere ting, blant annet at det er et effektivt team, at ting skjer når det skal skje og at det da skjer raskt. Flere ungdommer som har vært i behandling tidligere har i møte med systemet opplevd å måtte vente lenge for å få hjelp fra ulike tjenester når de har hatt behov for det. Deres erfaringer er da at de har blitt dårligere, og troen på velfungerende tjenester har blitt svekket. For å bygge opp tilliten til tjenesten igjen er det derfor viktig at et FACT Ung team jobber for å snu tidligere dårlige erfaringer til gode erfaringer ved å gi tett oppfølging og unngå eventuelle opphold i behandling som gjør at ungdommen må vente lenge på å få hjelp.

3.3.3 Relasjonsbygging

Der forutsigbarhet og trygghet på den ene siden dreier seg om at tjenesten er effektiv og at ting skjer raskt, er ungdommens opplevelse av trygghet i stor grad knyttet opp mot kvaliteten på relasjonen til de ansatte i teamet. Når det gjelder relasjonsbygging vektlegges det at det kan ta lang tid å bygge gode og trygge relasjoner. Fokuset på effektivitet i dette tilfellet vil derfor være feil. De ansatte i teamet må være bevisste på at det tar tid å etablere trygge relasjoner, og at det må brukes mye tid på å bli kjent med ungdommen. Gode, trygge og tillitsfulle relasjoner skapes også ved at de ansatte i teamet inntil en viss grad deler ting fra sitt eget liv. Det å være åpen om egne utfordringer i livet kan gjøre det lettere for ungdommen å åpne seg. Samtidig som det verdsettes at de ansatte skal være personlige og nære, finnes det også de som er klare på at behandlere skal være behandlere og ikke omsorgspersoner. For mye omsorg og ivaretagelse kan for enkelte føre til at relasjonen blir for tett og at det vil være vanskelig å avslutte den.

3.3.4 Relasjon til hvem?

De fleste ungdommene ønsker i større eller mindre grad å ha en viss relasjon til alle de ansatte i teamet, men at det er én til to personer de har mest kontakt med. Så langt det lar seg gjøre, bør det være ungdommene selv som får velge hvem de ønsker kontakt med. Det er hensiktsmessig at de har kontakt med flere i teamet fordi det da ikke vil være like sårbart dersom primærkontakten ikke har mulighet til å følge opp lenger. Det er også viktig at alle i teamet er godt nok informert om ungdommens bakgrunn og nåværende situasjon slik at ungdommen slipper å gjenta den samme informasjonen om igjen til nye personer hele tiden. Samtidig skal ungdommen ha kjennskap til hva som deles.

3.3.5 Kvaliteter hos ansatte

Ansatte i et FACT Ung team bør bestå av trygge, forutsigbare, stødige og omsorgsfulle personer. Det viktigste for ungdommene er at det er ansatte som viser en genuin interesse for hvordan de har det, slik at de opplever at de både blir sett og hørt. Dette gjør det lettere for ungdommene å åpne seg og snakke om det som er vanskelig. De må møte ungdommene med et åpent sinn og ikke ha for høye forventninger til at ungdommene skal «få til ting» med en gang. Det er viktig at de er åpne for å arbeide i ungdommens tempo, samtidig som de heller ikke må være redde for å stille krav og utfordre dem på ting de synes er vanskelig. De ansatte må fremstå som ekte, empatiske, forståelsesfulle og ærlige. Det er ønskelig at behandlere er like ærlige og direkte med ungdommene som det det forventes at ungdommen er med dem. Det er også viktig at de som jobber i teamet evner å sette tydelige grenser når det trengs. Dette er noe som bidrar til å skape trygghet. Bakgrunn og yrkesgruppen til vedkommende er av liten betydning så lenge det er en person ungdommen opplever å kunne snakke fritt med.

3.3.6 Erfaringskonsulent

Det skal være ansatt en erfaringskonsulent i FACT Ung team. Det blir sett på som verdifullt å ha erfaringskonsulenter inn i teamet siden de tar med seg erfaringer fra eget liv og møte med

tjenestene. Det kan være svært motiverende å møte andre som har blitt friske eller lever et godt liv med de eventuelle utfordringene vedkommende måtte ha. Erfaringskonsulentene bør ha en avklart livssituasjon og evne til å utføre det arbeidet som kreves i stillingen. Det er viktig at erfaringskonsulentene har gjort seg opp erfaringer i livet som ikke bare dreier seg om sykdom og behandling, men som også kan vise til hva som er viktig i en bedringsprosess. Enkelte ungdommer påpeker at erfaringskonsulentene bør være eldre enn ungdommen selv, da det kan være utfordrende å snakke med noen som er like gammel som en selv.

3.3.7 Arenafleksibilitet

De ansatte i et team bør møte ungdommene der ungdommen selv ønsker at de skal møtes og på det tidspunktet de opplever at de har behov for det. Mange ungdommer opplever det som vanskelig å snakke på et kontor og ønsker heller og møtes andre steder. Hvor man ønsker og møtes er individuelt, men det å gå tur, møtes på skolen, i skateparken eller kjøre turer sammen er eksempler på ting som kan være bra. Det samme gjelder deltakelse på ulike former for aktiviteter som er viktige for ungdommen. Det er lettere å bygge tillit og skape en god relasjon til noen når man gjør uformelle ting sammen. Det er viktig å ta hensyn til ungdommens personvern når man møtes på arenaer utenfor kontoret. For enkelte kan det være god trening å delta i ulike former for gruppeaktiviteter i regi av teamet. Det kan også være god trening i å lære seg å snakke om vanskelige temaer og følelser i forskjellige situasjoner og på ulike steder, slik at man ikke tror at dette er noe som bare kan tas opp i tradisjonell terapi. For noen ungdommer vil det være naturlig at et FACT Ung team oppsøker dem hjemme, mens andre opplever dette som invaderende og ønsker at hjemmet skal være et fristed. Dette må i stor grad respekteres.

3.3.8 Tilgjengelighet og fleksibilitet

For at et team skal oppleves som forutsigbart er det viktig at de er lett tilgjengelige. Det bør være mulig å ha kontakt med teamet utover ordinær arbeidstid etter klokka fire. Dette begrunnes både med at ungdommen skal slippe eventuelt fravær fra skole, og at det er ønskelig at ansatte i teamet kan delta på aktiviteter som foregår på ettermiddag og kveldstid. Ungdommene forventer ikke at teamet nødvendigvis skal sitte klar på kontoret og være tilgjengelig hele døgnet, men påpeker at det vil være en fordel dersom det er mulig å ta kontakt på telefon eller eventuelt gjennom andre digitale kommunikasjonsplattformer som for eksempel Messenger, Snapchat eller andre former for sosiale medier. Det at teamet er lett tilgjengelig og formidler at ungdommen er velkommen til å ta kontakt dersom de har behov oppleves som god omsorg.

3.3.9 Bruk av digitale tjenester

Videokonsultasjoner kan gjerne brukes i behandling, men helst bare som et supplement til fysiske møter. Fordelen med videokonsultasjoner er at man kan ha kontakt selv om man befinner seg langt unna hverandre. For enkelte kan videokonsultasjon være en trygg måte å møte ansatte fra teamet for første gang. Det er også gunstig i krisesituasjoner når det haster med å få kontakt. Ulempen ved bruk av videokonsultasjoner kan være at det bidrar til økt ensomhet og isolasjon. Det vil blant annet kunne være ugunstig for ungdom som har behov for sosial kontakt og trening. Ungdommen påpeker også at det kan være ubehagelig og utrygt når man ikke kan lese kroppsspråket til den man snakker med. For enkelte kan det være lettere å uttrykke vanskelige tanker og følelser skriftlig. SMS, sosiale medier eller e-post kan med fordel benyttes i slike tilfeller. Sosiale medier, og da særlig Snapchat, er en kommunikasjonsplattform som vil være godt egnet til å kommunisere med ungdommen på. Det at både ansatte og ungdommen selv kan dele bilder, tekst og små videosnutter fra hverdagen sin kan være en fin måte å dele opplevelser på. Det kan også være med på å styrke relasjonen ved at de ansatte sender små hilsener til ungdommen.

3.3.10 Prosjektgruppas oppsummering av et ungdomsvennlig FACT Ung team

Prosjektgruppa støtter i all hovedsak opp under ungdommenes tanker og anbefalinger om hva som er viktig i et FACT Ung team. Vi anser det som svært viktig at teamet oppleves som trygt, effektivt, og forutsigbart. Det er viktig å arbeide etter ungdommens mål og drømmer i teamet. I tillegg er det viktig at det formidles til ungdommene at de vil bli fulgt opp både i gode og dårlige perioder over lengre tid. Når det gjelder ansatte i teamet gir ungdommene uttrykk for at det er de ansattes personlige egenskaper som er viktigst. Vi vil riktignok utfylle dette ved å påpeke viktigheten av at det er et team som også består av ansatte som har god og variert faglig kompetanse på aktuelle problemstillinger. Det er viktig at det er ansatte som ungdommen kan identifisere seg med gjennom egenskaper som rollemodell eller delte interesser/hobbyer for å lettere bygge gode og trygge relasjoner. Når det gjelder bruk av digitale tjenester og kommunikasjonsplattformer vil vi understreke at det må utarbeides klare retningslinjer for hva som kan eller skal deles mellom de ansatte og ungdommene på de ulike plattformene. Det er viktig å spørre ungdommen hvilke plattformer de ønsker å ha kontakt på, på samme måte som man spør hvor ungdommen vil møtes fysisk. Det er viktig at personvern blir ivaretatt og at relevant informasjon og kommunikasjon mellom de ansatte og ungdommen kan dokumenteres.

3.4 Involvering og medvirkning i samarbeid, behandling og oppfølging

... det viktigste er nå å starte med å finne ut hva som er ungdommens mål med samarbeidet, hvor ungdommen vil hen. Og så høre med de forskjellige instansene som er med i samarbeidet om hva de kan gjøre for å hjelpe ungdommen med å komme seg dit, og høre om hvorvidt ungdommen synes at det er greit å gjennomføre det.

-Gutt 22 år-

3.4.1 Hva vil ungdommene medvirke på?

Ungdommene ønsker stor sett å medvirke i alt som omhandler deres eget liv og behandling. Noe av det viktigste de ønsker å medvirke på er hvem de skal snakke med, hvor de skal møtes og hva det skal snakkes om. Medvirkning innebærer ikke at ungdommene nødvendigvis skal få bestemme hva som skal skje og gjøres til enhver tid. I enkelte tilfeller må behandlere ta beslutninger som strider imot ungdommenes ønsker. Det kan for eksempel dreie seg om problemstillinger som omhandler bruk av rusmidler, alvorlige spiseforstyrrelser og lignende. Medvirkning kan likevel ivaretas ved at ungdommene for eksempel blir spurt om hva behandlerne kan gjøre for at det skal bli lettere for dem å spise eller slutte å ruse seg. Uansett hvilke beslutninger som blir tatt bør ungdommene alltid informeres om grunnen til at ulike beslutninger eller eventuelle tiltak blir iverksatt.

3.4.2 Informasjon ved inntak i teamet

Ved inntak i teamet er det viktig at ungdommen får tilstrekkelig informasjon både om hvordan teamet fungerer, hvem som jobber der og hvilke rettigheter de har som pasienter. Slik informasjon bør gis både skriftlig og muntlig. Skriftlig informasjon kan for eksempel gis i form av en brosjyre som blir utarbeidet av hvert enkelt team. Brosjyren bør, i tillegg til en beskrivelse av hva teamet tilbyr, også inneholde bilde og en kort og uformell presentasjon av de ansatte. Det at ungdommene har fått et bilde av de ansatte kan bidra til å gjøre det tryggere å møte dem for første gang. Brosjyren må skrives i et språk som er tilpasset ungdommens alder, modenhet og bakgrunn. Det er også mulig å lage korte videosnutter med informasjon og presentasjon av ansatte. Det vil være hensiktsmessig at teamet oppretter en egen nettside eller lignende der de kan legge ut informasjon.

3.4.3 Samarbeid

Et godt samarbeid både mellom de ansatte i teamet, pårørende, ungdommene selv og eksterne blir sett på som helt essensielt for at ting skal oppleves som trygt og forutsigbart. Et godt samarbeid kjennetegnes ved at ved at alle snakker sammen og at ungdommen selv opplever å være en del av samarbeidet. Det er riktignok viktig å påpeke at det ikke er ungdommens ansvar at samarbeidet skal fungere godt, eller at de blir satt i en situasjon der det er de som ender opp med å koordinere de ulike tjenestene. Utover de som er ansatt i teamet er det ønskelig at det er et samarbeid med andre eksterne personer og tjenester som ungdommen selv ønsker å inkludere. Eksempler på dette kan være barnevern, NAV, skole, andre type behandlere som for eksempel fysioterapeuter, musikkterapeuter, leger, ernæringsfysiologer osv.

3.4.4 Involvering av pårørende

I og med at man i et FACT Ung team gjerne jobber med ungdom som fortsatt er bosatt hos familien sin vil det være naturlig at familien er involvert i behandlingen. Det er likevel viktig at dette så langt det lar seg gjøre skjer på ungdommens premisser. Flere ungdommer påpeker at det bør være frivillig hvorvidt de ønsker å involvere pårørende eller ikke. I enkelte tilfeller kan hjemmesituasjonen være anspent og muligens også noe av årsaken til at ungdommen sliter. Det kan da oppleves som vanskelig å snakke åpent med pårørende til stede.

3.4.5 Plan for behandling

I all hovedsak anbefales det at det lages en plan for behandlingen i samarbeid med ungdommen. Involvering og medvirkning i å lage sin egen plan kan bidra både til at man får et økt eierskap til egen behandling og at man blir mer motivert for å jobbe mot konkrete mål. Dersom det er mange ulike personer som er aktivt involvert i ungdommens behandling er det hensiktsmessig at alle deltar i utarbeidelsen av planen, og at det er avklart hvem som har ansvar for hva. En plan bør bestå av hva som er problemet, langsiktig mål/ drøm, kortsiktig mål/ drøm og eventuell metode eller tiltak som skal til for å nå målet. Planens varlighet må tilpasses ungdommens situasjon, ønsker og behov, og bør evalueres og justeres jevnlig. For at planen ikke skal virke for formell, og for at ungdommen skal få et eierskap til den, kan det være fint om de får mulighet til å sette et personlig preg på den for eksempel i form av bilder, tegninger osv. Ulike former for planer kan også gjerne være digitale, for eksempel i form av en app der ungdommene selv kan skrive inn egne mål, ønsker og drømmer.

3.4.6 Betydningen av mål

Flere ungdommer påpeker at det er bra å ha konkrete mål man kan jobbe mot, men understreker at det er viktig at arbeidet med å nå målet må skje i deres tempo. Det kan være vanskelig å lage planer og å sette seg mål dersom de ikke klarer å forholde seg til mer enn en dag av gangen. I slike tilfeller er det hensiktsmessig at vedkommende ikke skal trenge å forholde seg hverken til planer eller mål i en periode. Enkelte kan også oppleve at for mye medvirkning gir dem opplevelsen av at de står alene med ansvaret for at behandlingen skal gå bra. Det er derfor viktig at det hele tiden er et samarbeid og en god dialog der ungdommene opplever de står sammen om valg, mål og beslutninger som angår behandlingen. I de tilfellene der ungdommen synes det er vanskelig å sette ord på hva den ønsker og trenger, kan det være hensiktsmessig at de ansatte i teamet legger fram ulike forslag til ting de tenker at er viktig for ungdommen, og at ungdommen deretter får ta stilling til det.

3.4.7 Hvordan møter man de som ikke vil ha hjelp?

Dersom ungdommen av ulike grunner ikke ønsker å ha kontakt med teamet, gjelder det å forsøke å fange interessen deres på en eller annen måte. Det er viktig at de ansatte viser at de virkelig ønsker å ha kontakt med ungdommen. I slike perioder bør fokuset ikke ligge på

behandling. De ansatte bør være på tilbudssiden og invitere ungdommene til å delta på uformelle og ufarlige ting på deres arena. For å opprettholde kontakten i slike perioder er det også mulig å benytte seg av digitale kommunikasjonsplattformer.

3.4.8 Dokumentasjonsutveksling og taushetsplikt

Så langt ikke ungdommene motsetter seg, anbefales det at alle i teamet er informert om ungdommens tilstand, slik at alle har mulighet til yte best mulig hjelp når det trengs. Enkelte ungdommer kan riktignok ha ønsker om at det bare er enkelte personer som har tilgang til deler av informasjonen som deles om dem. Ungdommene vi har intervjuet mener at dette så langt det lar seg gjøre må respekteres. Flere ungdommer har dårlige erfaringer med at taushetsplikt tidligere ikke har blitt overholdt. Dette kan føre til at de tilbakeholder viktig informasjon til fagpersoner. Det er derfor viktig at ungdommene er informert om reglene for taushetsplikten og at de blir informert dersom foreldre eller andre må få tilgang til taushetsbelagt informasjon. Ungdommen bør også få mulighet til å være med å bestemme på hvilken måte informasjonen skal overbringes. Enkelte synes at det er ubehagelig at ting blir skrevet ned og ønsker heller at ting kan bli tatt opp muntlig i samarbeidsmøter slik at de kan sikre at det ikke oppstår misforståelser ved at folk tolker skriftlig informasjon ulikt. Dersom ungdommene ønsker det, bør de også få tilbud om å lese og å være med å skrive journal.

3.4.9 Tilbakemeldinger/ feedback

... tilbakemeldinger er jo gull, for da vet man kanskje hvor man skal, på en måte endre ting, eller hvis det er noe som kan forbedres da. Å gi tilbakemeldinger er alltid vanskelig, i hvert fall når man er i en sårbar situasjon og føler at det er litt sånn livsviktig å stole på og å snakke med en behandler. -Jente 24-

Ungdommene i denne undersøkelsen mener at standardiserte feedbackverktøy i form av KOR/FIT og lignende i enkelte tilfeller kan være nyttig, men at det må drøftes med ungdommen om hvorvidt de ønsker å bruke det eller ikke, da måten man ønsker å gi tilbakemeldinger på er svært individuelt. Fordelen med den type verktøy er at det er lettere å få en pekepinn på hvordan ting er. Flere ungdommer påpeker at det kan være vanskelig å komme med reelle tilbakemeldinger da man er redd for å såre behandlerens følelser eller miste tilbudet sitt dersom man kommer med kritikk. Måten man stiller forespørselen om tilbakemeldinger på har mye å si for hvor vanskelig det blir å komme med den tilbakemeldingen på. Det er derfor viktig at behandler formidler at det er ønskelig for dem å få tilbakemeldinger slik at de kan gjøre en best mulig jobb, og at de legger opp til at ungdommen kan svare så ærlig som mulig. Det anbefales at behandlere aktivt etterspør tilbakemeldinger, og at det blir stilt konkrete spørsmål slik at man ikke bare snakker fritt. Det er også en mulighet at tilbakemeldinger blir gjort via en tredjeperson. Dette kan for eksempel være en erfaringskonsulent eller en annen i teamet som kan bringe informasjonen videre.

3.4.10 Prosjektgruppas oppsummering om involvering og medvirkning

Ungdommene gir klart uttrykk for at det er viktig å få muligheten til å medvirke på alle områder som omhandler deres eget liv, behandling og oppfølging. Vi i prosjektgruppen vil understreke at dette ikke bare er viktig, men også en lovfestet rettighet. De ansatte i et FACT Ung team har selv et ansvar for å spørre ungdommene om hva som er viktig for dem og hva de tenker er best for dem i ulike situasjoner. Man må ta i betraktning at ungdommene kan ha andre mål og drømmer enn hva de ansatte tenker er realistiske eller hensiktsmessige. Det er likevel viktig at ungdommene får utforske disse målene og at det blir gitt rom for prøving og feiling.

For at et team skal oppleves forutsigbart og trygt er det viktig at det til enhver tid blir gitt tilstrekkelig informasjon. Dette gjelder både i forbindelse med inntak i teamet og underveis i behandlingen. Informasjon kan gis på ulike måter og i ulike former. Vi har erfaring med at enkelte ungdommer ikke ønsker seg skriftlig informasjon i form av brosjyre eller lignende. Vi

mener likevel at det er viktig at det utarbeides noe skriftlig informasjon som blant annet inneholder informasjon om pasientrettigheter. I tillegg til skriftlig og muntlig informasjon bør relevant informasjon om ungdommenes rettigheter, teamets arbeidsmetodikk og eventuelle andre retningslinjer også være tilgjengelig digitalt. Vi i prosjektgruppa har erfaring med at viktig informasjon bør formidles flere ganger, da det ikke alltid er like lett å få med seg hva som blir sagt. Informasjon er ikke gitt før man har sikret at ungdommen har mottatt den.

I og med at FACT Ung skal være et team som gir integrerte tjenester vil det vanskelig la seg gjøre at det kun er en person som skal få informasjon og at denne informasjonen ikke skal kunne deles videre. Det er ikke noe i veien for at ungdommen selv bare deler informasjon med en person, men det må sikres at ungdommen er klar over teamets arbeidsmetodikk, og at de til enhver tid har kjennskap til hvilken informasjon de andre ansatte i teamet har. Når informasjon skal deles videre til andre i teamet skal det gjøres i samarbeid med ungdommen. Ungdommen må få dele sine tanker om at informasjonen som ungdommen har gitt vurderes å bli delt med andre. Hvis det er noe ungdommen ikke ønsker at skal gå videre er det viktig å finne ut hvorfor ungdommen ikke ønsker at informasjonen skal deles videre.

Ungdommene vi snakket med i denne undersøkelsen ga uttrykk for at det er viktig at deres ønsker om graden av pårørende involvering respekteres. Ut fra deres besvarelser kan det se ut til at de ønsket liten grad av pårørendeinvolvering. Vi vil nyansere dette ved å si at det finnes flere eksempler på ungdommer som ønsker mer involvering av pårørende enn hva de tidligere har fått. Flere har opplevd at tjenesten ikke har spurt dem om dette etter at de har fylt 16 år (J. R. Høiseth, Kvisle, I. M., Kildal, C., & Bjørgen, D., 2015). Ønske om pårørendeinvolvering i behandling kan forandre seg underveis, det er derfor viktig at spørsmål om involvering blir gjentatt flere ganger (Norvoll, 2017; Åndanes, 2021). Dersom ungdommen ikke ønsker direkte involvering av pårørende, kan det være hensiktsmessig at pårørende får tilbud om hjelp, støtte og veiledning for sin egen del. Ivaretagelse og støtte av pårørende er viktig for at de igjen skal kunne være en støtte for den de er pårørende til (Åndanes, 2021).

3.5 Etablering av team

For å sikre at opprettelsen av nye team blir så «ungdomsvennlige» som mulig, skal ungdom i den aktuelle kommunen selv inkluderes og rådføres i etableringen av teamet. Ungdommers tanker om hva som er viktig i et slikt team kan innhentes på ulike måter. Det er en fordel, men ikke nødvendig at det er personer som selv er i målgruppen som er med på å komme med innspill. Et forslag kan være å opprette et ungdomspanel. Målet med ungdomspanelet er å involvere ungdom som bruker en tjeneste eller er berørt i kraft av å være ungdom, og å gi dem innflytelse og mulighet til å delta i utviklingen av tjenesten. Det er en fordel å opprettholde ungdomspanelet etter at teamet er etablert for å få lære av ungdommen og at teamet kan tilpasse seg behov i ungdomsgruppa. Det kan også være en mulighet å sende ut spørreundersøkelser på skoler og til organisasjoner for barn- og unge i nærmiljøet. Spørreundersøkelsene bør starte med en innledning om hva hensikten med et slikt team skal være, deretter bør det komme konkrete spørsmål om hva ungdommer tenker man kan trenge av et slikt team. Det er også mulig å oppsøke ungdommer på ungdomsklubber og andre lignende arenaer for å gjennomføre innsiktsarbeid. En annen måte å inkludere ungdommer i etableringsfasen på, er at kommunen selv fremmer forslag til hvordan et slikt team skal være, og at dette deretter tas opp til diskusjon blant ungdommer.

3.5.1 Ansettelses

Det kan være hensiktsmessig at ungdommer til en viss grad er med i teamets ansettelsesprosess. Dette kan blant annet gjøres ved at de er med på å skrive stillingsannonse, er med på å utvikle spørsmål til jobbintervju, eventuelt at de også er med på selve intervjuet. I Storbritannia har man med gode erfaringer prøvd ut metoden med brukerpanel der ungdommer innlagt i en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling har vært med i rekrutteringsprosessen av nye ansatte (Allan Ms & Travers-Hill Dr, 2019).

3.5.2 Prosjektgruppas oppsummering rundt etablering av team

Prosjektgruppas erfaringer samsvarer med det ungdommene foreslår om involvering i etableringen av team. Vi vil understreke viktigheten av å rådføre seg med ungdommen så tidlig som mulig, det er viktig at man ikke går i gang med dette for sent, da det kan skape skjevheter i medvirkningen. Det vil også kunne være nyttig for initiativtageren til tjenesten å ha aktiv sparring med ungdomsgruppa lokalt i vurderingsfasen av behov for etablering.. Det å snakke med ungdommen tidlig i prosessen kan være med på å bidra til at tilbudet blir mer treffsikkert og etter ungdommens behov.

3.6 Avslutning

En ungdomsvennlig velferdstjeneste kan defineres på følgende måte: «...en tjeneste som er tilpasset ungdomsgruppens kulturelle uttrykk, livs- og modningsfase, individuelle helhetlige behov og menneskerettigheter slik de er uttrykt i Barnekonvensjonen og annet lovverk» (Ungdomsvennlig, 2018). Prosjektgruppen mener at de samme verdiene er gode grunnverdier for et FACT Ung team.

Ungdommer som er en del av et FACT Ung team har en rett til å medvirke. Dersom ungdommen skal ha mulighet for å medvirke kreves det at de har fått tilstrekkelig med informasjon om hvilke rettigheter og muligheter de har for å medvirke (Olsen et al., 2019, s. 130). Medvirkning i seg selv er ofte enklere enn man tror. Det handler om å møte ungdommen med respekt og anerkjennelse. I etableringen av FACT Ung vil medvirkning være en forutsetning for å lykkes. Det å la ungdom medvirke handler i stor grad om å skape en kultur innad i teamet hvor de ansatte gir rom for at ungdommene kan føle seg trygge nok til å dele sine tanker om eget liv, mål og drømmer. Det må etableres et trygt rom slik at ungdommen kan få gitt tilbakemelding til teamet uten frykt for at dette vil føre til negative konsekvenser. Ungdommenes tilbakemeldinger skal danne grunnlaget for videre tjenesteutvikling.

FACT Ung som modell har sine rammer for hvordan tilbudet ut til ungdommen skal se ut, likevel vil det være viktig å ta høyde for lokale behov for ungdomsgruppen. Man kan gjerne se på det som at tilbudet skal være i en dynamisk utvikling i takt med de behov som ungdommen til enhver tid har. Ungdommen som benytter seg av tilbudet skal kunne gi tilbakemelding på individ- og systemnivå. For at hjelpen skal oppleves som nyttig og relevant vil dette være bærebjelker for å justere det tilbudet som blir gitt tilbake til ungdommen.

4 Målgruppe og befolkningsgrunnlag FACT Ung

Kapitlet har innledningsvis en del betraktninger omkring hvem som kan være i målgruppen, og peker på noen grupper man har erfart er ekstra utfordrende å hjelpe i dagens system. Deretter ser en mer generelt på målgruppen, og drøfter ulike foreslåtte inklusjonskriterier, kjennetegn, eksklusjonskriterier og mulige prioriteringskriterier. I en egen del drøfter man, med utgangspunkt i MST, hva som kan/bør være FACT Ung sine mål for målgruppen. Deretter ser man på muligheten for å identifisere hvor mange som har omfattende og sammensatte problemer, og dermed er i målgruppen for FACT Ung. For å belyse dette gjennomgås en rekke ulike datakilder. I de neste delene drøfter man mulighetene for å beregne størrelsen på FACT Ung målgruppen, og betydningen av geografi når man skal gjøre slike beregninger. Betydningen av lokale tilpasninger utdypes i det neste avsnittet, før kapitlet konkluderes.

4.1 Målgruppen

4.1.1 Betraktninger rundt målgruppen

FACT Ung har som ambisjon å gi et tilbud til barn og unge som kjennetegnes av en rekke kriterier; alvorlige psykiske vansker, alvorlig funksjonssvikt, sammensatte vansker og behov som krever en langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester. I tillegg er det en ide om at ungdommens omsorgsbasis og de tilgjengelige tjenester ikke klarer å ivareta disse behovene og utfordringene.

Ulike rapporter de senere årene har pekt på hvilke barn og unge som strever med alvorlige utfordringer og ikke får tilstrekkelig hjelp i det tradisjonelle hjelpeapparatet, og flere initiativ har blitt tatt for å imøtekomme disse (Barneombudet, 2020c; Hansen et al., 2020a; Line Melby et al., 2020; Ukom, 2020).

P.t er det flere program til utprøving som søker å adressere dette og gi langvarig, helhetlig og arenafleksibel hjelp. I forbindelse med utredningen av FACT Ung vil det i tillegg til å se til tidligere rapporter på slike tverrgående / sektorovergrepende initiativer, også være nyttig å dra veksler på arbeidsgruppens erfaringer fra så vel barnevernfeltet som spesialisthelsetjenesten for å utfylle dette bildet. Vi har stilt oss følgende spørsmål:

Hvem har vi erfart gjennom mange år i barnevern og spesialisthelsetjenesten at vi ikke klarer å hjelpe? Hvem er det vi tenker på som aktuelle for FACT Ung ut fra vår erfaring?

Vi har alle våre erfaringer med de vi ikke klarte å hjelpe. Erfaringer som har gjort oss interessert i å jobbe annerledes, lete etter bedre tiltak eller doble innsatsen. Diskusjonen om hva som har vært behovene for å bedre praksis har kretset rundt følgende spørsmål:

- Handler det om manglende spisskompetanse på enkelte fenomen?
- Er det mangelen på koordinert innsats av de ulike tjenestetilbudene og tjenestenivåene?
- Handler det om varighet, intensitet, kreativitet eller mangel på systematikk?
- Er det alliansevariabler eller teamvariabler som kan forklare at man ikke lykkes med enkelte?
- Eller kan det handle om vansker med å holde tydelig nok fokus på både barnet/ungdommen og foreldreskapet?

Vi har ulik erfaring, men vil nevne noen særlige grupper som er ekstra utfordrende, og som en må vurdere om kan få hjelp av et FACT Ung tilbud. Så hvem er de og hvilke veier inn til FACT Ung kan man tenke seg ut fra praksisfeltet?

1. For noen peker de "gamle sjelene i unge kropp" seg ut som målgruppe. Unge mennesker fra familier med store vansker hos foreldre og kanskje også besteforeldrene. Disse ungdommene har tålt mye og klart mye alene gjennom oppveksten, men kan i ungdomsårene får svært varierende fungering og svinger mellom høy grad av refleksjon, innsikt og handlekraft og motløshet, alvorlige psykiske symptomer, isolasjon, motløshet og retningsløshet. Dette er ungdom som kanskje trekker vekk fra egen familie fordi det er så krevende å leve tett på dem, men som også strever med å stå på egne bein. Det er ungdom med ressurser og potensiale, men som trenger en voksenstøtte de ofte ikke får i egen familie. Disse vil tradisjonelt fanges opp av barneverntjeneste i tidlig ungdomstid og kan ha udiagnostiserte psykiske vansker som forblir ubehandlet.
2. En annen gruppe er på mange måter motsatsen til de som har "gått litt under radaren", nemlig de som har vært lenge i systemet/ene og har fått mange tilbud og tiltak, men uten ønsket effekt. Det som kan kjennetegne disse forløpene er at det er vanskelig å få en stabil allianse og godt terapeutisk endringsarbeid. Det er mye avlysninger, vanskelige å få til kontinuitet over tid, mye krisepreget arbeid og lite systematikk. Det er ungdom det skjer mye med, men som det er vanskelig å gi utviklingsstøtte som skaper endring. Det er ulike kombinasjoner av skolevansker, rus, kriminalitet, psykiske lidelser og sosiale vansker, som gjør at flere ulike tjenester og instanser blir oppmerksomme på disse ungdommene, men de kan streve med å få gitt god nok hjelp.
3. En tredje gruppe er barn og unge som står midt i alvorlige, langvarige og fastlåste foreldrekonflikter som spiller ut hjelpesystemer og hjelpere fra ulike tiltakskjeder. Foreldre som er i så stor og dyp konflikt at de "krangler seg gjennom" utredninger og møter uten å rette blikket mot barnet/ungdommen og dets behov og som munner ut i veldig lite endring for barnet/ungdommen. Disse ungdommene kan vise skolevansker, psykiske vansker og også somatiske symptomer.
4. En fjerde gruppe er barn og unge som lever i lukkede familiesystem som ikke åpner opp for hjelpeapparatet og lar andre få bidra inn og hjelpe når det er fastlåst og vanskelig. Familiene unndrar seg, isolerer seg og stenger andre ute og dermed også stopper ungdom fra å kunne bruke andre når de har behov for det. Erfaringene fra arbeidet med denne gruppen er at det er krevende å bygge allianse, skape tillit, bli en som kan komme i posisjon til å forstå og bidra til å skape endring fordi det er så lukket. Det er tidkrevende og relasjonskrevende og følelsene av at man ikke får vite hva som egentlig skjer, at de glipper unna og av og til også flytter fysisk rundt gjør at det er svært vanskelig å komme til barnet og ungdommen som trenger hjelp.
5. En femte gruppe er barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser som overføres til kommunen etter langvarig og intensiv behandling i ambulante eller inneliggende tilbud, som ofte har et høyt symptomtrykk, mye ustabilitet og skaper stor uro i egne rekker. Overgangen til kommunen kan bli vanskelig både fordi det er store hjelpebehov som skal dekkes og fordi alvorlighetsgrad og kompleksitet er så stor. Å leve livet med alvorlige symptomer og finne måter å gjøre det på i egen familie, på skolen og blant venner er krevende for alle og setter alle på prøve. For mange familier og kommuner blir det å "få tilbake ansvaret" skremmende og utrygt og vanskelig å håndtere.
6. En sjette gruppe er ungdom som tidlig dropper ut av skolen og blir liggende hjemme. Noen diagnostisert med ulike lidelser og andre udiagnostisert, men med store sosiale og skolefaglige vansker. De strever med å møte opp på tilbud som kan gis lokalt og kan være svært krevende å skape gode allianser til som de kan bruke til å komme seg opp og ut i livet igjen. Det møysommelige arbeidet med å skape tillit, komme i posisjon

og gradvis gjenvinne eller opparbeide kompetanse til å delta på linje med de andre igjen er krevende.

7. En sjuende gruppe er unge med gryende rusmisbruk med høyt skolefravær, lite faglig utbytte, og ofte med milde/ moderate symptombilder. Mange av disse står utenfor organiserte fritidsaktiviteter og søker seg til, eller blir fanget opp av miljøer med eldre ungdom med tyngre og mer etablert rusbruk og/ eller kriminalitet. Disse ungdommene oppleves ofte som «problemelever» i skolen, hvor atferdsvansker som regel er mest fremtredende. I disse miljøene er blandingsmisbruk og kriminalitet, normativ atferd og brutal voldsbruk vanlig. Denne gruppa står også i svært høy risiko for å droppe ut av skolen og begå ulovlige handlinger som kan føre til langvarig straffereaksjoner og alvorlige konsekvenser senere i livet. Mange av disse har grunnlidelser som aldri har vært utredet eller behandlet, og ender ofte opp i rus- og/eller kriminalomsorg som voksne.

Oppsummert om ulike konstellasjoner av unge i målgruppen for FACT Ung

- *Unge fra familier som har opplevd betydelige problemer over flere generasjoner.*
- *Unge som har vært under oppfølging av hjelpetjenester i mange år, men uten ønsket effekt.*
- *Unge fra familier med alvorlige, langvarige og fastlåste familiekonflikter.*
- *Unge fra familier som lever i lukkede familiesystemer.*
- *Unge med alvorlige psykiske lidelser som tilbakeføres til kommunen etter langvarig og intensiv behandling i spesialisthelsetjenesten.*
- *Unge som tidlig dropper ut av skolen og som blir værende hjemme uten målrettet aktivitet*
- *Unge med gryende rusmisbruk med høyt skolefravær, lite faglig utbytte, og ofte med milde/ moderate symptombilder.*

For hver av disse gruppene som mulige brukere av FACT Ung, er det viktig å avklare hvordan FACT Ung skal kunne bistå, og på hvilken måte disse ungdommene kan fanges opp og henvises på en god måte til FACT Ung-teamet. En arena hvor det kan antas at tiltagende funksjonssvikt blir synlig for instanser først, er på skolen, og skolen må vurderes som en viktig samarbeidspartner for tidlig å kunne fange opp og henvise ungdom som faller fra og som unnviker eller ikke får hjelp av ordinære tjenester.

4.1.2 Kasuseksempler

Nedenfor følger eksempler på unge i alderen 12 til 24 år med behov for innsats fra flere tjenester og tjenestenivåer hvor god samhandling mellom tjenesteytere antas avgjørende for at det kan gis god hjelp.

Anna er 18 år. Hun har flyttet i egen leilighet. Hun har oppfølging fra barneverntjenesten økonomisk og via en tiltaksperson som kommer hjem til henne 2 ganger i uken. Hun ønsker å gå på skole, men det blir ofte med planene. Hun strever med variabel form, sover lite, ruser seg noe og har mye angst. Hun er kognitivt sterk, men har levd store deler av livet under svært vanskelige betingelser og har opplevd ulike former for vold og omsorgssvikt. Hun ble oppdaget sent av hjelpeapparatet og hadde strukket seg langt for å klare livet sitt på tross av alle vanskene i oppveksten. Da det først ble klart hvor krevende hun hadde det både familiemessig og psykisk ble det slått alarm og flere tjenester ble koblet inn. Anna var da 14 år. Utekontakt, helsesøster, BUP og barnevern ble koblet inn for å hjelpe henne og det fungerte bedre en tid. Det var tunge tiltak inne som jobbet parallelt med foreldrene og Anna og hun klarte å beholde en skjær tilknytning til skolen med mye hjelp utenfra. To av de voksne som hjalp familien ble særlig viktige for Anna, og hun fikk for første gang en opplevelse av at voksne tåler hennes strev, kan være til å stole på og nyttige i forhold til det som var viktig for henne. Uroen og angsten hennes dempet seg, og hun fikk sove bedre igjen.

Da hun var 16 flyttet imidlertid familien, og tilbudet på det nye stedet klarte ikke å matche Anna sine behov. Familiens fungering ble stadig dårligere. Konfliktnivået økte, og det var lite utviklingsstøtte å hente. Anna orket ikke tanken på å knytte seg til nye voksne og savnet den støtten hun hadde hatt tidligere. Hun trakk seg mer og mer vekk fra de rundt seg og isolerte seg, sluttet delvis å følge opp skolen og virket stadig mer preget av indre strev. Da Anna ble 17 kom en ny tiltaksarbeider inn fra barneverntjenesten som sakte men sikkert klarte å nå inn til henne. Hun jobbet tålmodig og langsomt og i takt med Anna sitt behov for å skjerme seg. Anna åpnet motvillig opp for tiltaksarbeideren om alvoret i livet sitt. Hvor lite hun sov, marerittene som gjorde at hun våknet angstfylt og sliten, hvor vanskelig det var å spise og ta vare på seg selv og følge opp skolen når hun aldri visste hvordan formen var. Anna har ikke blitt utredet eller diagnostisert, men tiltaksarbeideren tenker hun har PTSD og tilknytningsvansker ut fra hvordan hun beskriver sitt strev og fungeringen hennes. Selv om hun har omfattende vansker med fysisk og psykisk helse, delvis har falt ut av skolen og opplever konflikter i forhold til foreldre og kjæreste, er det relativt få som følger henne tett og over tid. De fleste instansene på det nye stedet har gitt henne litt opp, fordi oppmøtet hennes er så variabelt og de opplever at hun ikke stoler på dem. Tiltakspersonen blir den som må få henne opp, trygge henne og hjelpe henne i møte med skolen og PPT. Av og til går det ikke fordi hun er for sliten eller angstfylt.

Anna har store drømmer for livet sitt, men klarer ikke å stå i noe over tid. Hun begynner på mange ting, men dropper raskt ut og blir liggende hjemme. Livet går sakte fra henne og de på samme alder begynner å bli klare for videre utdanning og jobb. De få vennene hun har, strever med sine egne liv og det er mye konflikter og brudd. Kjæresten hennes er den eneste stabile over tid i all sin ustabilitet, men relasjonen preges av kranling, beskyldninger, mistillit og sjalusi. Anna trenger flere voksne å spille på i en kritisk fase av livet, hvor hun skal utvikle seg til å bli en selvstendig voksen. Hun trenger stabile, trygge og robuste voksne som kan utrede og behandle henne fleksibelt og ambulant. Hun trenger at noen forstår at hun strever med tillit og svingende fungering og ikke avskriver henne som lite motivert når hun har det som verst. Hun trenger noen som kan kombinere høy faglig kompetanse med fleksibilitet, og som har tid til å være i livet hennes i de kritiske årene som ligger foran henne.

Oppsummering Anna

- Oppfølging fra barnevernstjenesten
- Angstproblemer; høyt symptomtrykk, men manglende utredning og behandling
- Svak tilknytning til skolen
- Mange tjenester inne i saken, men manglende nytte av disse
- Belastende oppvekstvilkår og familiesituasjon
- Relasjonsproblemer

Petter er 17 år. Han bor sammen med sin mor og to eldre søstre. Han har ikke kontakt med sin biologiske far.

Familien har hatt kontakt med barneverntjenesten i flere perioder i oppveksten. Mor har mottatt veiledning og Petter hadde en støttekontakt da han gikk på barneskolen. I tillegg har han hatt vedtak fra PPT om spesialpedagogisk hjelp på barne- og ungdomskolen. For tre år siden var Petter til utredning hos BUP og fikk diagnosen ADHD.

Petters mor har psykiske vansker og oppveksten hans har båret mye preg av dette. Mor har i perioder hatt et stort alkoholforbruk, samt at hun har hatt mange ulike samboere i Petters oppvekst. En av disse har også utsatt mor og Petter for vold. Han har i stor grad vært overlatt til seg selv, han har liten tillitt til at voksne er til å stole på.

Petter bodde i en periode på 6 måneder på en barneverninstitusjon på grunn av hans atferd, samt store konflikter mellom han og mor. Petter var da 14,5 år. Han bor nå hjemme. Verken han eller mor samtykket til videre hjelpetiltak fra barneverntjenesten etter at han fylte 15 år. Dette er derfor avsluttet, da barneverntjenesten har vurdert at det ikke er grunnlag for å fremme forslag om tiltak uten samtykke. Petter har tilbud om samtaler med utekontakten, men han møter i liten grad opp til disse.

Petter reiser ofte inn til Oslo sentrum hvor han stadig kommer opp i konflikter med andre ungdommer. Han har ved flere anledninger kommet i kontakt med politiet på grunn av konflikter og rusbruk. Han ruser seg på cannabis, i tillegg til alkohol. Petter har en skoleplass på videregående skole, men har et høyt fravær. Han har fra han var liten kjent på manglende mestring på skolen, og unngår gjerne situasjoner han ikke føler at han får til. Han fikk lavt karaktersnitt på ungdomsskolen og kom ikke inn på sitt førstevalg på videregående. Han omgås i liten grad medelever og søker til bekjente i Oslo.

I samtale med voksne hjelpere gir Petter uttrykk for å ønske en endring. Han har lyst til å fullføre skolegang og bli mekaniker. Han samtykker til planer som lages for han, men klarer ikke å følge opp de avtalene som gjøres. Han er en sjarmerende gutt som hjelpere får tro på at skal kunne klare dette, men så oppnås likevel ikke de målene som blir satt. Det er lite støtte å få fra mor, og han blir dermed i stor grad overlatt til seg selv.

Petter har nå ingen fast kontakt med noe hjelpeapparat. Hans skolegang preges av manglende motivasjon, han har ingen oppfølging fra barneverntjenesten og i forhold til hans psykiske helse har det ikke vært kontakt med BUP siden han fikk diagnosen ADHD. Hans sporadiske kontakt med utekontakt og skole er ikke tilstrekkelig til at han skal få en positiv utvikling. Han har heller ikke en omsorgsbasis som gir han den støtte og hjelp han trenger.

Oppsummering Petter

- Kontakt med barnevernstjenesten – ingen tydelig plan for videre oppfølging
- Familieproblemer; har bodd på barnevernsinstitusjon
- ADHD-diagnose og atferdsproblemer
- Høyt fravær fra skolen
- Flere tjenester inne i saken, men manglende nytte av hjelpen
- Begynnende rusproblemer

4.2 Generelt om målgruppen

4.2.1 I randsonen mellom flere tjenester

Saks- og kasusbeskrivelsene over illustrerer hvordan sammensatte problemer hos ungdom kan se ut. De gir eksempler på ungdom som på grunn av deres sammensatte og alvorlige vansker blir hjelpetrengende på mange livsarenaer; på skolen, hjemme, i forhold til venner og fritid. De vil komme i kontakt med mange ulike hjelpende instanser og tjenestesystemer grunnet dette, f.eks. PP-tjeneste, oppfølgingstjenesten, skolehelsetjenesten, psykisk helsevern, kommunal rus- og psykisk helsetjeneste og barneverntjenesten. Dette fordi problemene varer over tid og det skaper bekymring for ungdommens utvikling på mange arenaer.

Beskrivelsene over understreker derfor at målgruppen for FACT Ung i Norge ofte vil falle inn under ansvarsområdene for mange ulike tjenestesektorer og -nivåer, hvor kontakt med og oppfølging fra både skole, psykisk helsevern for barn og unge og barnevern er sannsynlig.

Det er i målgruppeforståelsen derfor viktig å fremheve at ungdommene som FACT Ung har som intensjon å hjelpe, er ungdommer som har «mange-punkts-kontakt» med ulike tjenestesektorer og -nivåer, og som får lite utbytte av den hjelpen de tilbys. Tjenestesektorene og -nivåene kan kjenne på frustrasjon i arbeid med denne målgruppen, både når det gjelder de utfordringene som oppleves i et komplekst og ressurskrevende arbeid med den konkrete innsatsen, og den til tider manglende oppfølging eller virkning som følger av denne innsatsen. Ungdommene vil trolig være, eller kunne bli, de velkjente «kasteballene» og «gjengangerne» i mange hjelpesystemer. I den videre gjennomgang av foreslåtte inklusjons- og eksklusjonskriterier for FACT Ung, vil vi derfor belyse i hvilken grad disse kriteriene (og kriterier generelt) vil gi gode nok retningslinjer for å identifisere målgruppen av ungdommer i både forprosjektering, oppstart og drift av FACT Ung-team i Norge. Det vil også nevnes ideer til hvilke lokale tilpasninger av målgruppen for et FACT Ung-team som kan være aktuelt ut fra lokale særtrekk ved befolkningen, samfunnsutviklingen, eller tjenesteapparatet.

4.2.2 Inklusjonskriterier

Et forslag til inklusjonskriterier for FACT Ung i Norge er beskrevet i dokumentet «Modellbeskrivelse for FACT Ung Norge» (RKBU Midt, 2020). Dette dokumentet har tatt utgangspunkt i en foreløpig oversettelse av «Modelbeschrijving FACT Jeugd» (Hendriksen-Favier, 2013b) – men tilpasset norske forhold og kombinert med ACT/FACT-håndbøkene på norsk (f.eks. A. Landheim, Hoxmark, Aakerholt, & Aasbreen, 2017). Forslaget knytter seg til fire konkrete kriterier som vil her bli belyst og drøftet i forhold til intensjonen med en FACT Ung satsning i Norge.

Foreslåtte inntakskriterier for FACT Ung i Norge

- Alder 12 til 24 år
- Alvorlig funksjonssvikt, sammensatte vansker, og behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester
- Ungdommens vansker er alvorlig utfordrende for omgivelsene og overstiger familiens bæreevne.
- Ungdommen har dårlig tilknytning til eller nytte av ordinære tjenestetilbud, eller at det er liten kontinuitet og samordning mellom de aktuelle tjenestene.

a) Alder 12 til 24 år.

Aldersspennet fra 12 til 24 år er foreslått for å unngå at alder skal være synkront med aldersgrensene for en del andre tjenester, og gjør det dermed lettere for FACT Ung-teamet å ha en aktiv deltakelse i viktige overganger knyttet til f.eks. utdanning/arbeid, psykiske helseverntjenester og bosituasjon. Aldersspennet samsvarer også med barnevernstjenestens aldersgrupper, hvor det nå er utvidet til å kunne gis ettervernstiltak frem til fylte 25 år.

Et bredt aldersspenn for FACT Ungs målgruppe synes nyttig ut fra prinsippet om å sikre kontinuitet over tid og i viktige overganger. Den kan imidlertid også by på mulige utfordringer som bør belyses. For det første vil et slikt bredt aldersspenn stille større krav til den bredde av kompetanse som FACT Ung-teamet vil trenge. Kompetanse knyttet til kartlegging og behandling/innsats for barn tidlig i tenårene, vil på noen områder skille seg vesentlig fra den kompetansen som er best egnet til å arbeide med unge voksne i alderen 20-24 år. Dette gjelder kanskje tydeligst i forhold til utdanning og arbeid, hvor lovverk, tilbud og oppfølging er vesensforskjellig mellom grunnskole, videreutdanning, arbeidsrettede tiltak og arbeid. Det gjelder også i forhold til i hvilken grad alvorlige psykiske vansker klart kan diagnostiseres og vurderes som kroniske tilstandsbilder. Hvis aldersgruppen for FACT Ung velges så bredt, må det derfor fokuseres på hvordan sikre tilstrekkelig kompetanse i teamet i forhold til både barn i tidlig tenår og unge voksne.

Videre innebærer den brede aldersgruppen at FACT Ung-teamet vil måtte ha samarbeidsrelasjoner til mange flere instanser og systemer, ettersom brukerne av disse teamene vil være i kontakt med både tjenesteapparatet for barn under 18 år, og unge voksne over 18 år. Dette vil innebære et større arbeid under både forprosjektering, oppstart og drift av FACT Ung-team for å involvere, koordinere og sikre støtte og godt samarbeid med de mange ulike instansene. For brukere i aldersgruppen 18-24 år, reiser det også prinsipielle spørsmål knyttet til om FACT Ung-teamet skal være drevet av samarbeidsavtaler som også involverer voksentjenestene; psykisk helsevern for voksne institusjoner gjennom formelle, organisatoriske (gjennom de ansatte i teamet) og økonomiske (i forhold til betaling for innsatsen rettet mot brukerne i dette aldersspennet) knytninger. Det samme vil gjelde for de ulike skole-, utdannings- og arbeidsinstanser som er aktuelle for personer i aldersspennet 12-24 år.

For brukere i aldersgruppen 18-24 år, vil det også være behov for prinsipielle avklaringer knyttet til inntak og oppfølging. Det kan være nærliggende å tenke at et FACT Ung-team ikke tar inn ungdom over 18 år, og at målgruppedefinisjonen opp til 24 år skal brukes på samme måte som ettervern i barnevernet for de ungdommer som tas inn til FACT Ung behandling før fylte 18 år, som har behov for oppfølging etter myndighetsalder er nådd. En slik tilgang risikerer imidlertid å forhindre en gruppe unge voksne å få et tilbud som kunne vært til stor nytte. Erfaringer fra FACT for voksne kan tyde på at dette tilbudet ikke fanger opp de helt unge voksne godt nok. FACT Ung kan således være fleksibelt og tilgjengelig nok til å fange opp ungdommer og unge voksne, uavhengig av hvilken side de er av 18 års fødselsdagen. Videre

kan FACT Ung-team etableres i områder hvor FACT for voksne ikke finnes. FACT Ung-team må således ha kompetanse, rutiner og samarbeid med voksentjenester slik at det sikres god overgang til videre oppfølging etter 24 år. Vi vurderer det slik at intensjonene knyttet til fleksibilitet og tilgjengelighet derfor bør følges også i forhold til at inntak ikke er mulig etter fylte 18 år, og at overgang til videre tjenester skal skje ved 24 år. Det bør slik vurderes for hver enkelt ungdom/ung voksen hva som på det aktuelle tidspunktet er det beste sted å få et tilbud i det lokale området, og også på hvilket tidspunkt det er best for den unge voksne å bli overført helt til voksentjenestene.

Å definere aldersspennet for FACT Ung helt ned til 12 års alder kan ha sin hensikt for å kunne identifisere og hjelpe ungdom tidlig i forløpet av alvorlige psykiske lidelser. En bør imidlertid ha oppmerksomhet på i hvilken grad en skal tenke barn i så ung alder som kroniske pasienter, all den tid de er i utvikling. Det bør kunne forutsettes at kompetansen fagpersonene i et FACT Ung-team besitter, og modellens prinsipper og arbeidsform, danner et godt nok grunnlag for at arbeidet med de helt unge har oppmerksomhet på å unngå begrepsbruk og holdninger knyttet til at barnas problemer er kroniske.

Videre gjøres det oppmerksom på den endrede status som følger ved fylte 16 år i psykisk helsevern, hvilken skaper endrede rammer for å drive oppsøkende arbeid og inkludere andre personer enn ungdommen selv i dette, når det ikke foreligger samtykke.

FACT Ung pilotene i Norge ser ut til å ha lagt seg på at inklusjonskriteriet knyttet til alder ved inntak begrenser seg til 12-18 år. Ovennevnte problemstillinger antas å ha bidratt til dette. Dette kan indikere at utfordringene og barrierene med å ha et team som jobber på tvers av tjenestesystemene for barn/ungdom og voksne, og ha tilgang til nødvendig kompetanse for et bredt aldersspenn, er større enn det lokalt initierte FACT Ung prosjekter kan løse. Hvis målsetningen om at FACT Ung skal sikre kontinuitet i tjenester i overgangen fra barn til voksen ved fylte 18 år, er det derfor viktig å se på i hvilken grad det er behov for systemiske og strukturelle endringer knyttet til lovverk, retningslinjer og finansieringsmekanismene, evt. kompetanseheving, for å fjerne de barrierene som hindrer en slik mer sømløs overgang.

b) Alvorlig funksjonssvikt, sammensatte vansker, og behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester.

Dette inklusjonskriteriet retter seg mot det kliniske tilstandsbildet som FACT Ung er ment å kunne avhjelpe. Det er naturlig at alvorlig funksjonssvikt er hovedfokus fordi dette er en felles faktor for psykiske lidelser, og i større grad enn symptomnivå og alvorlige symptomgrupper representerer alvorlighet, spesielt hos ungdom i utvikling. Mange ungdommer som har store vansker, vil også være vanskelig å utrede poliklinisk. Grad av sammensatthet og variasjon i fungering vil kreve en spesialisert form for dobbeltkompetanse i utredning, samt ambulante former for utredningspraksis. Utredning av denne gruppen vil ofte være en viktig del av arbeidet til et FACT Ung team som ledd i en helhetlig tilnærming, og ikke en forutsetning for inklusjon. Det vil derfor være en styrke for FACT Ung å inkludere ungdom på bakgrunn av en mistanke om funksjonssvikt som antas grunnet i alvorlige psykiske problemer, fremfor bekreftede diagnoser eller spesifikke symptomgrupper som for eksempel fare for psykose. Psykosefare er ikke i seg selv et kriterium for alvorlighet i denne sammenhengen. Likeledes kan en argumentere for at alvorlig suicidalitet primært er et kriterium for sikring, ikke for alvorlighet, men det kan også være en del av grunnlaget for å anse en tilstand for alvorlig. *Mangel på bekreftede psykiatriske diagnoser* er også tydeliggjort som ikke værende et eksklusjonskriterium, så lenge det er mistanke om alvorlige psykiske problemer som en del av de sammensatte vanskene.

Hovedkennetegnet ved inklusjon etter dette kriteriet vil dermed være at det skal være sammensatte vansker og behov for langvarig/sammensatt oppfølging kombinert med moderat til alvorlig funksjonssvikt på flere områder i livet: Utdanning/arbeid, psykisk helse og utvikling, familierelasjoner og sosial fungering. Ungdommene i målgruppen er ment å ha flere problemer samtidig, og ofte mange risikofaktorer, høy belastning aktuelt og historisk, lite beskyttelse, svak ivaretagelse og alvorlig funksjonssvikt i kombinasjon.

De mest aktuelle psykiske lidelsene som kan antas å ligge bakenfor den type alvorlig funksjonssvikt som forventes er de traumerelaterte problemer, tilknytnings- og

personlighetsforstyrrelser, spesifikke og generelle kognitive vansker, i tillegg til rusproblemer og psykoselidelser. Tilstandsbildet vil også forventelig være preget av angst- og depresjonssymptomer og eksternaliserende problematferd. Det typiske for målgruppen vil nok være at de kan ha et uklart og varierende tilstandsbilde med innslag av mange ulike symptomer, og en lang historie der tidligere diagnostisering har kommet ut med forskjellige konklusjoner. Det er derfor urealistisk å komme fram til en klar forståelse og diagnostisk vurdering tidlig, og det er heller bruk for å følge ungdommens utvikling og å utføre prosessdiagnostikk med et tverrfaglig og integrert perspektiv på både ungdommen, utviklingshistorien og familien. En slik tenkning vil også være i tråd med nyere forskning som peker på behovet for transdiagnostiske tilnærminger for psykiske lidelser (Dalglish, Black, Johnston, & Bevan, 2020).

Det vurderes således som en styrke at FACT Ung inkluderer ungdom med fokus på funksjon og ikke diagnoser. Det vil kunne gjøre informasjonsarbeidet knyttet til tilbudet, samt henvisning og inklusjon, enklere ved å unngå tidkrevende diagnostiseringsprosedyrer. Å fokusere primært på funksjonstap kan imidlertid medføre noen utfordringer. Det vil være viktig å avgjøre i hvilken grad FACT Ung også skal inkludere ungdom med utviklingsforstyrrelser og nedsatt evnenivå, og hvordan evt. grenseoppgang og samarbeid med habiliteringstjenester vil være. Tilsvarende vil det være viktig å avklare hvilken avgrensning det eventuelt skal være opp mot spiseforstyrrelsesproblematikk. Jo bredere en gjør gruppen av ungdommer som kan inkluderes i FACT Ung med bakgrunn i funksjonstap, jo større blir kravene til bred og spesialisert kompetanseprofil i teamet når det gjelder kartlegging og behandling av en rekke ulike psykiske problemer. En for stor bredde i målgruppen kan skape utfordringer med å etablere FACT Ung-team som har tilstrekkelig grad av kompetanse.

c) Ungdommens vansker er alvorlig utfordrende for omgivelsene og overstiger familiens bæreevne.

Dette foreslåtte kriteriet omhandler at ungdommens vansker skal være alvorlig utfordrende for omgivelsene og at byrden for omsorgsbasen deres kan være større enn bæreevnen. Dette innebærer ikke nødvendigvis at det foreligger alvorlig omsorgssvikt og at annen omsorg er nødvendig. Omsorgsbasen kan trenge avlastning og deling av arbeidsbyrden med flere andre – profesjonelle, eller i det private nettverket, eller de kan trenge støtte og opplæring i ekstraordinære foreldreferdigheter eller å bruke strategier som ligner behandling i hverdagen med ungdommene. Omsorgspersonene kan være alvorlig belastet og mindre i stand til å fylle foreldrerollen på grunn av andre forhold (som for eksempel egne økonomiske eller psykiske problemer).

Dette kriteriet synes fornuftig som en indikator på alvorlighetsgraden av ungdommens funksjonssvikt. Kriteriet peker også på behovet for barnevernsfaglig kompetanse i FACT Ung-teamene, for å kunne vurdere omsorgsevnen i forhold til de alvorlige funksjonstapene ungdommen fremviser, og hva som skal til for at omsorgssituasjonen skal bli god nok og at foreldrene skal få den støtten de trenger for å klare dette.

Det kan imidlertid vurderes om dette kriteriet er overflødig ettersom det vel må forventes at den grad av alvorlig funksjonssvikt som beskrives i forrige kriterium, vil være alvorlig utfordrende og i perioder kunne overstige en families bæreevne. Dersom den ikke gjør det, vil det trolig være mindre sannsynlig at en familie er hjelpesøkende eller vil takke ja til et så intensivt tilbud som FACT Ung. Kriteriet kan være nyttig dersom en vil innrette inklusjon til FACT Ung med en form for sosial profil, ved at mer ressurssterke familier som er bedre i stand til, gjennom aktivt samarbeid og oppfølging med det ordinære tjenesteapparatet, å få tilstrekkelig hjelp for sine utfordringer. Dette kan imidlertid også være en forskjellsbehandling, hvor en stiller for høye krav til hva enkelte foreldre/familier skal kunne klare selv, sammenlignet med andre. Kriteriet slik det nå er formulert kan på den andre side bidra til en form for stigmatisering av foreldrene, hvor deres bæreevne vurderes for dårlig, og som en underkjennelse av deres foreldreevner. Igjen peker dette på behovet for barnevernsfaglig kompetanse i teamet, og evne til å møte foreldre som kan ha vært i en svært vanskelig situasjon i lang tid.

Vi anbefaler å se dette kriteriet i sammenheng med to foreslåtte «eksklusjonskriterier» knyttet til om problemene ivaretas eller bør kunne ivaretas av det ordinære tjenesteapparatet (disse gjennomgås nærmere nedenfor). Det bør vurderes om disse tre kriteriene overlapper hverandres hensikt, og om det kan samles i ett eller to kriterier isteden. En slik tydeliggjøring og forenkling i antallet kriterier kan antas å gjøre informasjons- og inntaksarbeidet knyttet til FACT Ung enklere. Et alternativt forslag til kriterium kunne være: «Ungdommens vansker viser seg på flere arenaer og er svært utfordrende for omgivelsene å håndtere».

Det bemerkes at hverken dette kriteriet eller andre presiserer noe om bosted. Det forstås videre slik at hvorvidt en ungdom bor i eller utenfor sin familie, eller har fosterhjem eller barnevernsinstitusjon som omsorgsbasis, ikke alene gir grunnlag for hverken inklusjon eller eksklusjon i FACT. Dette er viktig ettersom undersøkelser peker på at barn og ungdom som bor i fosterhjem eller på institusjon har høyere forekomst av psykiske lidelser og i liten grad får oppfølging av psykisk helsevern for sine vansker (Jozefiak & Kayed, 2015; Lehmann, Havik, Havik, & Heiervang, 2013). Ungdom som barnevernet i utgangspunktet setter inn tiltak for kan i noen tilfeller motta et adekvat helhetlig tilbud koordinert av barnevernet. Men det kan også være behov for at FACT Ung gir tilbud til en ungdom som bor i en midlertidig eller annen omsorgsbasis enn sin opprinnelige familie. Barnevernets omsorgsovertagelse eller tiltak kan være tidsavgrenset eller avsluttes/oppheves. Behovene for sammensatt, langvarig og kontinuerlig støtte dekkes dermed ikke av rammene for barnevernstiltak for ungdommene som hører til målgruppen for FACT Ung. Det er nylig igangsatt ulike tiltak og prosjekter som søker å bedre både kartlegging og behandling av psykiske vansker for ungdom i fosterhjem og på institusjoner. Det er derfor viktig å få frem at FACT Ung

1. kan være en tjeneste også for barn i fosterhjem og på institusjon
2. sikrer lokalt samarbeid rundt evt. andre initiativer/tjenester som etableres spesifikt med fokus på å ivareta psykisk helse hos disse ungdommene.

Flere forhold ved dette kriteriet peker på behovet for barnevernfaglig kompetanse og organisatorisk tilknytning til barnevernstjenesten i FACT Ung-teamene, uavhengig av den endelige ordlyden i eller bruken av dette kriteriet.

d) Ungdommen har dårlig tilknytning til eller nytte av ordinære tjenestetilbud, eller at det er liten kontinuitet og samordning mellom de aktuelle tjenestene.

Dette foreslåtte kriteriet omhandler at hjelpen ungdommen har tilbud om per i dag ikke er god nok. Dårlig tilknytning til eller nytte av hjelpesystemet kan skyldes tidligere negative erfaringer på grunn av svakheter og svikt fra hjelpetjenestenes side, men det kan også skyldes ungdommens manglende erkjennelse av å ha et problem, frykt for negative roller eller stigma, eller skepsis til hva slags tiltak som kan bli aktuelle.

Evnen til å nyttiggjøre seg egne ressurser må forventes å være redusert i denne målgruppen, og det kan ofte være oppdragelsesproblemer og/eller relasjonsproblemer i familien. Det er også grunn til å forvente rusproblematikk, aggressiv atferd eller kriminalitet, skolefravær, arbeidsledighet eller uførhet hos ungdommene i målgruppen. Som indikert i tidligere kriterier har ungdommene en kombinasjon av alvorlighet, kompleksitet og vedvarenhet i sine vansker som gjør at ordinære tjenester ikke vil være tilstrekkelige. Sannsynligheten for å ha behov for langvarige og koordinerte tiltak må vurderes for den enkelte ungdom ut fra om vanskene realistisk kan overvinnes eller ikke i løpet av noen måneder med intensiv innsats (jfr eksempelvis MST).

Det må imidlertid presiseres at *unnvikelse eller avvísning av hjelpetiltak* alene er ikke et selvstendig inklusjonsgrunnlag for FACT Ung, uten at de andre kriteriene for målgruppen er til stede. Det er likeledes viktig å presisere at mangel på tilbud eller kapasitet i ordinære tjenester ikke i seg selv gir grunnlag for inklusjon. Dette er viktig for å unngå at FACT Ung-teamet skal få et ansvar for ungdommer som burde fått et tilstrekkelig godt nok tilbud i det ordinære tjenesteapparatet.

4.2.3 Mulige kjennetegn

I forarbeidet til FACT Ung er det også spesifisert noen kjennetegn som forventes hos unge som er aktuelle for dette tilbudet (RKBU Midt, 2020):

TYPISKE KJENNETEGN

1. **Sykelighet eller utviklingsforstyrrelse.** *Bekymring for psykiatrisk eller somatisk sykkelighet, gjennomgripende forsinkelse eller forstyrrelse av utviklingen.*
2. **Frafall fra utdanning eller arbeid.** *Redusert eller bortfall av deltagelse eller ytelse i utdanning eller arbeid.*
3. **Sosial tilbaketrekning** og svak sosial ansvarstaking i familie, nettverk og lokalsamfunn.
4. **Bekymring for rus, vold eller kriminalitet.** *Bekymring for misbruk eller avhengighet av rus, gambling eller gaming, eller for kriminalitet, vold og tyrannisering mot familie eller lokalmiljø.*
5. **Bekymring for omsorgssituasjonen.** *Bekymring for at ungdommen er utsatt for omsorgssvikt, mishandling, overgrep eller inadekvat stimulering.*

Det fremstår noe uklart hva denne listen av kjennetegn skal brukes til, sett opp imot de foreslåtte inklusjonskriteriene. Undergruppen har drøftet om dette punktet kan utgå i sin helhet, da det kan skape mer forvirring enn klargjøring omkring målgruppen. Nedenfor følger noen betraktninger knyttet til dette.

Punktene 1-4 gir eksempler på ulike typer funksjonsfall på flere arenaer eller psykisk uhelse, som må forventes å ligge i inklusjonskriterium b) som gjennomgått ovenfor. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å tydeliggjøre at disse punktene er eksempler på funksjonsfall, og dermed en konkretisering av inklusjonskriterium b), eller om disse kjennetegnene representerer områder hvor det er forventelig eller ønskelig at FACT Ung skal kunne skape positiv endring/utvikling (eller begge deler). Det vil trolig være typisk at ungdommene har behov for en kombinasjon av medisinske, psykiatriske, psykologiske, sosiale, pedagogiske eller relasjonelle endringsprosesser for å lykkes med en tilfriskning fra sin sammensatte funksjonssvikt. I disse prosessene kan det også være nyttig å få konkretisert de områder hvor en jobber mot å se bedring, og gjøre målsetninger med oppfølgingen så konkret og målbar som mulig for både brukeren, de FACT Ung ansatte og de samarbeidende instansene.

I punkt 1 gis somatisk sykdom som et eksempel, og det må vurderes og tydeliggjøres hvorvidt somatisk sykdom isolert sett (uten samtidig alvorlig psykisk lidelse som ikke er relatert til den somatiske sykdommen) skal være tilstrekkelig for å kunne få tilbud om FACT Ung. Det må i den forbindelse vurderes hvorvidt det er grunn til å tro at FACT Ung-team kan bistå med et bedre og mer koordinert tjenestetilbud enn det arbeidet som allerede gjøres for ungdom med alvorlig somatisk sykdom.

Punkt 5 vedrører bekymring for omsorgssituasjonen, og gjør dermed barnevernfaglig kompetanse og den organisatoriske tilknytningen til barnevernstjenesten relevant. Det må tydeliggjøres i FACT Ung-teamene hvordan de skal forholde seg til bekymringer knyttet til omsorgssituasjonen, både i en henvisnings- og kartleggingsfase og underveis i oppfølgingen av ungdommene i FACT Ung, og ved avslutning.

En inkludering av barnevernet i FACT Ung-teamene, eller et svært tett samarbeid med barnevernstjenesten, synes derfor nødvendig å få etablert. Prosedyrer for ivaretagelse av meldeplikten må etableres.

Det nevnes også i modellbeskrivelsen at det vil være typisk at denne tilstanden opprett holdes av flere underliggende tilstander som er ukjent, mistenkt eller påvist. Igjen er det uklart om dette skal forstås som et inklusjonskriterium, eller som en generell målgruppebeskrivelse for et bredere publikum av lesere.

Undergruppen anbefaler derfor at det vurderes hva hensikten med beskrivelser av typiske kjennetegn for målgruppen er. Dersom dette angis i modellbeskrivelsen eller andre FACT Ung dokumenter, må det ikke skape utydelighet eller uklarhet om hva som er målgruppen for FACT Ung. En tydelig målgruppedefinisjon er fremhevet som en viktig faktor i vellykket implementering av FACT (for voksne) i gamle Oslo, og skriftlig og annet informasjonsmaterieil om FACT Ung bør derfor søke å formidle en klarhet i dette. Kjennetegnsbeskrivelsene slik de er foreslått kan skape en uklarhet om dette.

4.2.4 Hvem målgruppen ikke er

Det er presentert forslag til eksklusjonskriterier for FACT Ung (RKBU Midt, 2020):

EKSKLUSJONSKRITERIER

- 1. Ungdom som har EN dominerende vanske som bør kunne ivaretas av ordinære tjenester.** Dette kan gjelde både utviklingsforstyrrelser, rusproblemer, kriminalitet, psykisk lidelse, mishandling eller omsorgssvikt som opptrer alene eller som den dominerende faktoren i tilstandsbildet, eventuelt med bare moderate sekundære vansker.
- 2. Ungdom med funksjonssvikt på bare en arena** (hjem, skole, arbeid, fritid) bør kunne ivaretas av ordinære tjenester, og fokuset bør rettes mot utløsende og opprettholdende faktorer i denne konteksten. Behovet for oppsøkende arbeid i seg selv er ikke tilstrekkelig indikasjon for FACT Ung, men representerer en generell utfordring til ordinære tjenester.
- 3. Ungdom som får et adekvat tilbud** gjennom samordning av ordinære tjenester på tross av sammensatte vansker og behov for langvarig/sammensatt oppfølging hører heller ikke til målgruppen for FACT Ung.

Disse tre eksklusjonskriteriene fremstår på en måte som logiske motsatser til de foreslåtte inklusjonskriteriene. Det kan være nyttig å ha slike eksklusjonskriterier for å tydeliggjøre noen grenseoppganger og unngå misforståelser i hvem FACT Ung retter seg mot. Slike tydelige eksklusjonskriterier kan bidra til å fremme forståelsen for at FACT Ung ikke skal ta inn ungdommer som burde kunne fått et godt tilbud ved andre tjenester, og unngå at FACT Ung-teamet skal kompensere for dårlig fungering av andre tilbud. Det kunne kanskje vært hensiktsmessig om eksklusjonskriteriene ble presentert som en kontrast til deres respektive inklusjonskriterium (som en utdypende forklaring til inklusjonskriteriet). F.eks. kan eksklusjonskriteriene 1 og 3, sees i sammenheng med inklusjonskriteriene b) og d).

Eksklusjonskriteriene slik de er beskrevet i det ovenstående inkluderer en grad av skjønnsmessige vurderinger, som kan gjøre det uklart i forprosjektering og oppstart av FACT Ung-team. Eksempelvis vil det kunne være ulike oppfatninger blant ulike tjenester og instanser om hva som «bør kunne ivaretas av ordinære tjenester», hvor terskelen går for at en viser seg på mer enn en arena, og hva som utgjør et «adekvat tilbud». I enkelte tilfeller er det mulig å forestille seg at ungdom har fått tilbud om FACT Ung og fått god oppfølging og etablert noe stabilitet i tjenestene, og det kan være en vanskelig avveining av om de da ikke lenger er i FACT Ungs målgruppe og tilbudet avsluttes, eller om de skal fortsette i en form for lav-intensiv oppfølging. Det er lagt frem forslag til kriterier og rutiner for avslutning av FACT Ung tilbudet ved bedring hos ungdommen, men den skjønnsmessige vurderingen vil alltid være til stede.

Alternative måter å formidle målgruppe:

I henvisningsskjemaet til FACT Ung i Nesodden kommune er målgruppen for FACT Ung beskrevet slik:

«Målgruppen er barn og unge mellom 12 – 18 (25) år og deres familier, hvor det er mistanke om moderat til alvorlig psykiske helseutfordringer hos den unge. Utfordringene skaper vanskeligheter på flere områder av livet - sosial fungering, skole/fritid/arbeid, rus, bostituasjon, familie og rus. Den psykiske helsen og funksjonsvanskene oppleves belastende og gir lav hverdagsmestring og lav livskvalitet, både for ungdommen selv og for familien.

Andre hjelpetiltak i kommunens tjenester for barn, unge og familier skal være prøvd ut før FACT Ung er riktig instans. FACT Ung skal gjennom hele oppfølgingen skal ha tett samarbeid med øvrige tjenester og hjelpetiltak rundt barnet/ungdommen/familien, samt skolene.

Det er kun ungdom som er i behandling hos FACT Ung før fylte 18 år vi har anledning til å følge inntil 25 år. Om ungdommen er fylt 18 år ved innsøking er FACT voksen rett tjeneste å søke oppfølging fra.»

En slik enklere fremstilling inneholder essensen av inklusjons- og eksklusjonskriterier beskrevet ovenfor og kan være en nyttig måte å enkelt formidle målgruppen. Det må presiseres her at FACT Ung-teamet i Nesodden er kommunalt forankret, og således kun har avgrenset seg opp mot at andre hjelpetiltak i *kommunen* skal være prøvd først, mens at det bør spesifiseres generelt at andre hjelpe tiltak i både *kommunen, spesialisthelsetjenesten og spesialiserte hjemmebaserte tjenester i statlig barnevern (f. Eks. MST, FFT)* skal være prøvd eller som minimum vurdert før FACT Ung.

I den grad det er ønskelig, mulig eller det ligger forskningsmessig støtte for tydeligere og mer konkret avgrensning av FACT Ungs målgruppe, bør dette vurderes. Det kan imidlertid være slik at den videre konkretisering av målgruppen skjer best gjennom lokale forprosjekt der de aktuelle instanser og samarbeidende aktører ser på behovene de ser blant ungdommene i deres område opp mot de tilbudene som allerede finnes. Inklusjons- og eksklusjonskriterier kan således være et grunnlagsdokument for en lokal avveining omkring målgruppeavgrensning, som kan gjennomføres med bistand fra regionale eller nasjonale FACT Ung konsulenter. Konsultativ bistand i denne prosessen kan sikre at det ikke velges lokale avgrensninger som er i strid med FACT Ung modellen, eller som inkluderer målgrupper som FACT Ung ikke er ment for. Et mulig redskap i en slik forprosjektering vil være et kartleggingsskjema for å identifisere ungdommer med sammensatte vansker som tjenestene p.t. er kjent med og som kan være mulige for FACT Ung. Det er kommet frem at flere FACT Ung etableringer har gjort slike kartlegginger med bruk av egenutviklede spørreskjema.

Som nevnt tidligere under avsnittet med inklusjonskriterier, er det viktig å ta stilling til om gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, nedsatt evnenivå, spiseforstyrrelser og eventuelt andre alvorlige problematikker (heriblant somatiske tilstander) er relevante eksklusjonskriterier for FACT Ung.

4.2.5 Hva med prioriteringskriterier?

Det kan vurderes om det er nyttig for FACT Ung generelt, eller i den lokale forprosjekteringen, å definere kriterier for når henvisninger skal prioriteres til FACT Ung. Dette er spesielt aktuelt i områder hvor en kan anta at det i perioder kan komme flere henvisninger enn teamet har kapasitet til å ta inn. Eksempelvis er slike kriterier etablert for Multisystemisk terapi (MST), hvor man skal prioritere inntak av de ungdommene hvor det er a) umiddelbar fare for plassering utenfor hjemmet, b) større alvorlighetsgrad, omfang, hyppighet og varighet av problematferden og c) høy risiko for videre negativ utvikling. Slike prioriterings-kriterier kan hjelpe FACT Ung-teamene til å sikre fokus på å ta inn de ungdommene som har de største utfordringene og som FACT Ung har som intensjon å hjelpe. MST-kriteriene kunne danne grunnlag for et utkast til slike prioriterings-kriterier i FACT Ung:

- a) umiddelbar fare for innleggelse eller plassering utenfor hjemmet
- b) større alvorlighetsgrad, omfang, hyppighet og varighet av funksjonssvikt
- c) høy risiko for videre negativ utvikling

Prioriteringskriterier bør gjennomgås og forankres gjennom forprosjektering, slik at det blant involverte samarbeidspartnere og interessenter skapes enighet om og støtte for disse i forkant av oppstart av teamet. Hensikten vil være å ikke bruke opp kapasiteten på «lettere saker» som egentlig ikke hører hjemme i FACT Ung. Det konkrete arbeidet med dette kan også skje gjennom inntaksprosedyren og i en vurdering av f.eks. hvor lenge noen skal måtte vente. Ventetid kan ofte utfordre et samarbeid når en tjeneste ber en annen tjeneste om hjelp fordi nåværende tilbud ikke er godt nok. I psykisk helsevern og barnevern skal det gis tilbud til de som oppfyller kriteriene i prioriteringsveilederen, selv om det er lite kapasitet eller andre alvorlige pasienter der. Det samme vil gjelde for FACT Ung. Et FACT Ung team må da ta inn de som fyller kriteriene, evt. med en viss vente tid. I en vurdering rundt intensitet av oppfølgingen kan FACT Ung-teamene kan ha et handlingsrom ved å tilpasse intensitet for å gi økt kapasitet i perioder med press. Prinsipper og retningslinjer for slike vurderinger bør sikres god forankring i de ulike tjenestene på et tidlig tidspunkt.

4.3 FACT Ung's mål for målgruppen

Et vel så viktig fokus som en definisjon av målgruppa er for FACT Ung, både sentralt og lokalt, vil være en tydeliggjøring av målene som FACT Ung skal ha for ungdommene de skal betjene. En slik avklaring av mål vil være en svært viktig forventningsavstemming som bør gjennomføres i en forprosjekteringsperiode. Når nye satsninger for utsatte målgrupper iverksettes kan det lett skje at det skapes en forventning om at «det nye skal løse alt». For å sikre forankring og finansiering til oppstart, kan det innledningsvis være et stort fokus på hvor flott et nytt tilbud er, og hvor mye det vil kunne hjelpe, uten at disse forventningene er klart definert og operasjonalisert i konkrete termer. I en oppstart av FACT Ung som forholder seg til mange ulike instanser, kan det således skapes for høye og til dels ulike forventninger om hva FACT Ung kan skape av konkrete resultater, både på kort og lang sikt. I FACT Ung pilotene fortelles det om at de skulle ønsket at det var foretatt en slik avklaring av forventninger til FACT Ungs resultater før oppstart. Dette for å forhindre at det ble skapt urealistiske høye forventninger til hva teamet skulle kunne få til av endring med ungdommene de tok inn.

Det anbefales derfor at det i beskrivelsen av målgruppen for FACT Ung, og i arbeidet med dette i forprosjekter før oppstart av team, samtidig utarbeides beskrivelser av de resultater som kan forventes av FACT Ung-team generelt. Disse bør tilpasses lokale forhold, f.eks. om man starter opp et lite pilotteam med relativt få deltidsansatte uten 24/7 tilgjengelighet, eller om det startes opp et fullt 10 personers team med mulighet for 24/7 tilgjengelighet.

I forprosjektering for oppstart av MST-team utarbeides et såkalt «Goals and guidelines»-dokument hvor det klargjøres:

- en definisjon av målgruppen
- avgrensning av det geografiske området
- henvisningskilder og -rutiner for det nye teamet

SAMT: beskriver de resultatmessige mål som kan forventes for teamet.

For MST-team dreier de resultatmessige målene seg om:

- Behandlingslengde på mellom 90 og 150 dager
- Andel fullførte behandlinger på 85% eller høyere
- Andel avbrutte behandlinger grunnet manglende motivasjon på mindre enn 5%
- Andel ungdommer som plasseres på mindre enn 10%
- Løpende antall behandlinger pr terapeut: 3-5
- Innsamling av metodeintegritetsmål: 70%
- Gjennomsnittlig mål på metodeintegritet: minimum .61
- Andel ungdommer som angir metodeintegritet over .61 skal være 80% eller over
- Alle ungdommer skal ha besvart minst ett intervju omkring metodeintegritet

Videre dokumenteres følgende resultater i for behandlingen som en del av kvalitetssikringen i MST:

- Bor ungdommen hjemme
- Er ungdommen i skole/arbeid
- Er ungdommen uten nye lovbrudd
- Er ungdommen rusfri
- Avstår ungdommen fra vold og trusler om vold
- Risikovurdering for videre kriminalitet (Youth Level of Service – YLS/CMI)
- Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)
- Tilfredshet med behandlingen.

For FACT Ung er det nærliggende å ta utgangspunkt i de utfallsmål som har vært knyttet til FACT for voksne:

- Etablert kontakt med hjelpeapparatet
- Redusere innleggelser
- Øke livskvaliteten
- Økt deltakelse i samfunnet

De to nederste punktene kan det være nyttig om det settes mer konkrete og målbare kriterier for, og at de knyttes til barn og ungdoms normalutvikling, eventuelt at dette gjøres konkret for den enkelte ungdom som tilbys FACT Ung.

Videre kan FACT Ung med utgangspunkt i MST-mål lage egne mål som f.eks.:

- Andel henviste ungdommer som samtykker til oppfølging innenfor 3 måneder: XX%
- Andel ungdommer hvor psykiatrisk vurdering og behov for medikamentell behandling avklart innen XX etter samtykke: XX%
- Andel ungdommer med behandlingsplan utarbeidet innen X måneder: XX%
- Antall ungdommer som følges opp i teamet: X-Y høyintensitet, Z-W lavintensitet
- ++?

Resultatdokumentasjon for FACT Ung kunne også benytte noen av de samme kriteriene som MST, som blant annet:

- Bor ungdommen hjemme (eller egen bolig) (evt. Har ikke vært innlagt siste 6 måneder)
- Er ungdommen i tilpasset oppfølging for utdanning og/eller arbeid
- Er ungdommen rusfri
- Avstår ungdommen fra vold og trusler om vold
- Tilfredshet med oppfølgingen
- Antall ungdommer overført til oppfølging i ordinære tjenester

I tillegg til vil det være viktig å avklare hvordan eventuelle andre mål på positiv utvikling over tid kan inngå som en del av målene man følger for ungdommene i FACT Ung. Dette spesielt siden de fleste forventes å være i kontakt med FACT Ung i lang tid og evt. overføres til FACT voksen.

Utarbeidelse av både mål krav og definisjon av resultatparametere for FACT Ung må utarbeides av personer med god kjennskap til metoden, og gjerne med basis i tidligere dokumenterte effekter fra forskningsstudier eller evalueringer. Slike mål og resultatindikatorer bør bearbeides og tilpasses lokale forhold gjennom forprosjektering.

4.4 Hvor mange har omfattende og sammensatte problemer?

Vi vil nå se nærmere på spørsmålet rundt hvor mange unge i Norge som vi kan anta at er aktuelle for deltakelse i FACT Ung. Dette er et vanskelig spørsmål å svare på av flere grunner.

Kriteriet knyttet til at familien og eksisterende tjenester ikke gir ungdommen god nok støtte/oppfølging/behandling, gjør det ekstra krevende å anslå hvor mange barn og unge som faktisk trenger et tilbud som FACT Ung. Spørsmålet blir dermed hvilke barn og unge som i dag står på sidelinjen i eget liv og ser jevnaldrende gå videre, på grunn av egne alvorlige sammensatte vansker som overgår omsorgsbasen og hjelpeapparatets bæreevne.

Det pekes gjentatte ganger på at barn og unge som har behov for hjelp fra både barnevern og psykisk helsevern er særlig utsatt. For disse er det ofte krevende å samordne og skreddersy **spesialiserte tilbud fra begge tjenester parallelt**. Det er viktig å fremheve behovet for 24/7 tilgjengelighet for de mest utsatte i denne gruppen. Noe av det som gjør at eksisterende tilbud ikke er tilstrekkelige er mangelen på 24/7-tilgjengelighet. Dette gjør at det overgår familiers bæreevne. Det samme gjelder også mangelen på kontinuitet i overgangen mellom hjem/innleggelse. Det anses viktig at et FACT Ung team dekker dette behovet på en meningsfull måte. Det bør ikke bli en «forsterket utekontakt» for grupper med behov, og som ikke kan hjelpe de aller vanskeligst tilgjengelige gruppene med de mest sammensatte og krevende behovene. Det er i denne sammenheng viktig å sikre at 24/7-tilgjengelighet blir en reelt opplevd del av FACT Ung tilbudet for ungdommene og deres familier.

Videre synliggjør både saks- og kasusbeskrivelsene innledningsvis at målgruppen som FACT Ung potensielt retter seg mot, er sammensatt, kan ha funksjonssvikt på grunn av mange ulike bakenforliggende faktorer, og få oppfølging og hjelp i mange ulike tjenester. Dette gjør arbeidet med å estimere befolkningsgrunnlaget for FACT Ung-team i Norge krevende.

4.4.1 Begrenset kunnskap om flertjenestebrukere

Det finnes flere relevante datakilder og dokumenter som gir viktig kunnskap om utsatte barn og unge i Norge, men disse er av begrenset relevans i forhold til å estimere størrelsen på målgruppen for FACT Ung. Dette henger blant annet sammen med at sentrale kriterier for deltakelse i FACT Ung er at ungdommen har sammensatte vansker, og behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester.

I rapporten «Trøbbel i grenseflatene» (Hansen et al., 2020a) står det skrevet om dette.

«Det finnes mye statistikk som handler om utsatte barn og unge og andel som erfarer ulike levekårsproblemer. Vi har identifisert noe statistikk som sier noe om enkeltgruppers bruk av tjenester, men det er lite tilgjengelig statistikk som sier noe om hvor mange barn og unge som mottar flere tjenester, altså barn og unge som er det vi kan definere som flertjenestebrukere» (s. 129).

4.4.2 Beregninger av omfanget på utsatte unge i Norge

I rapporten «Trøbbel i grenseflatene» (Hansen et al., 2020a) skrives (s. 129):

«Gjennom flere år har det vært stor offentlig oppmerksomhet om utsatte barn og unge, og det er laget flere kunnskapsoppsummeringer og kunnskapsoversikter som på ulike måter dreier seg om dette. Disse dekker temaer som fattigdom og lavinntektsfamilier, barnevern, frafall fra videregående skole, risikofaktorer, boligforhold og nærmiljø (...) På oppdrag fra 0–24-samarbeidet har Krane mfl. (2017) utarbeidet en oversikt over nasjonal kunnskap om faktorer som påvirker samhandling mellom velferdssektorene om barn og unge. Kunnskapsoversikten har sett på norsk forskning i perioden 2010 til 2017, og det er gjennomført et omfattende litteratursøk.»

Blant estimatene som angis i av rapporten «Trøbbel i grenseflatene» (Hansen et al., 2020a) er følgende (s. 39–41). Her har vi også lagt til egne punkter (angitt med *):

Svak tilknytning til skole / arbeidsliv

- 9 prosent av alle unge i alderen 15–29 år er såkalte NEET-ere, det vil si at de verken er i utdanning, arbeid eller opplæring (OECD, 2018).

Psykisk helse- / rusproblemer i familien

- Folkehelseinstituttet har anslått at 115 000 barn (10.4% av barnebefolkningen) lever med foreldre med alvorlige tilstander av psykiske lidelser, mens 30 000 (2.7%) lever med foreldre som har alvorlige former for rusmisbruk. Totalt gjelder dette 135 000 barn (12.2%) (Torvik & Rognmo, 2011)

Rus / begynnende rusproblemer

- Ifølge forskning basert på Ungdata rapporterer 2.8% av gutter og ca 1% av jenter i alderen 13 til 19 år en regelmessig cannabisbruk, målt som cannabisbruk minst 11 ganger i løpet av siste år (Heradstveit et al., 2021).
- En eldre undersøkelse fra Sirius anslo at mellom 0,5 og 2 prosent av unge mellom 15 og 20 år hadde forsøkt tyngre stoffer som heroin, GHB eller LSD (Vedøy & Skretting, 2009).

Lavinntekt

- Over 10 prosent av barn i alderen 0–18 år bor i en familie med vedvarende lavinntekt (statistikkbanken til Statistisk sentralbyrå, lest 10.8.2019).

Bruk av tjenester

- Nesten 5 prosent av barn og unge under 18 år fikk behandling i psykisk helsevern i 2013 (Folkehelseinstituttet, 2018).
- *Tallet er forholdsvis uendret for 2019. På landsbasis ble 56,000 pasienter behandlet i psykisk helsevern for barn og unge dette året, noe som tilsvarer 5 prosent av befolkningen under 18 år (Indergård & Krogh, 2020)
- I 2017 var det 55 623 barn som hadde barnevernstiltak. Av disse hadde 45 587 hjelpetiltak og 10 036 omsorgstiltak (www.ssb.no/barnevern/, lest 8.10.2019).

- *Ifølge nasjonal statistikk, mottar rundt 3% av barnebefolkningen i Norge barnevernstjenester årlig (SSB, 2019). Tallet er noe høyere blant ungdom. Rundt 4-5% av 16-19 åringer i Norge mottar barnevernstjenester årlig (SSB, 2019).

Selv om disse undersøkelsene hver for seg gir verdifull informasjon, er undersøkelsene likefullt av begrenset relevans med tanke på å anslå størrelsen på målgruppen for FACT Ung. Vi vil her derfor legge særlig vekt på noen utvalgte datakilder som kan hjelpe oss i å anslå omfanget på målgruppen for FACT Ung i Norge.

4.4.2.1 Samtidig bruk av psykisk helsevern for barn og unge og barnevernstjenester

I rapporten for NOU 2019:24 (Magnussen et al., 2019) ble det brukt et datasett som koblet data fra Norsk pasientregister (informasjon om bruk av psykisk helsevern for barn og unge) og SSB (informasjon om bruk av barnevernstjenester).

Av individene med forbruk av psykisk helsevern for barn og unge hadde omtrent 24% også kontakt med barnevern i løpet av samme år (det ble ikke skilt mellom hjelpetiltak og omsorgstiltak). Av de det var registrert barnevernstjenester på, hadde ca 23% forbruk av tjenester fra psykisk helsevern for barn og unge. Analysene var fra årene 2016-2017, og det var omtrent 12,500 individer som hadde overlapp mellom både barnevernstjenester og psykisk helsevern for barn og unge i gjennomsnitt av disse to årene.

I analysene i NOU2019:24 ble det imidlertid gjort en tilpasning i data som kan påvirke dette estimatet noe. Alt forbruk innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for individer i alderen 0-17 år ble automatisk definert som psykisk helsevern for barn og unge. Dermed kan det være en ørliten gruppe med for eksempel nyfødte med abstinenser som blir gruppert som psykisk helsevern for barn og unge med høy sannsynlighet for barnevern, men uten reelt bruk av tjenester fra psykisk helsevern for barn og unge.

4.4.2.2 Brukerplan – data om unge med behov for kommunale omsorgstjenester

Brukerplan er et kommunalt kartleggingsverktøy for kommuner som ønsker å kartlegge sine brukere fra 18 år og eldre som har en problematisk bruk av rusmidler og (fra 2015) psykiske helseproblemer (Hustvedt, Bosnic, & Emmerhoff, 2020). Brukerplan-kartlegginger kan imidlertid først anvendes fra de unge er 16 år. Kartleggingen fanger ikke opp alle unge med psykiske vansker/rusvansker, ettersom en forutsetning for å bli kartlagt i Brukerplan-verktøyet er at en person er i kontakt med kommunens omsorgstjenester. Videre er det ikke alle kommuner i Norge som anvender Brukerplan per i dag.

Unge med omfattende levekårsutfordringer

Tall fra Brukerplan viser at i perioden 2018 til 2019 var det registrert 925 brukere i alderen 18-23 år i kategoriene rød- og blålys, som vil si at de har omfattende vansker i henhold til levekårsindeksen anvendt i Brukerplan. Som følge av manglende dekning fra barnevern og NAV kan tallet skaleres opp til 1,233. Med utgangspunkt i en totalbefolkning i denne aldersgruppen innenfor områdene som tallene er hentet fra på rundt 254,000, anslås det dermed at rundt 0.49% av aldersgruppen 18-23 år er registrert i Brukerplan på kategoriene rød- og blålys. Ettersom den reelle totalbefolkningen i aldersgruppen 18-23 år i Norge ligger på om lag 400,000, innebærer dette at et endelig estimat på 1,944 personer i denne alderen antas å utgjøre gruppen som vil kunne skåres på rød- og blålys i Brukerplan dersom verktøyet ble brukt i hele landet.

Det totale tallet på unge registrert i Brukerplan

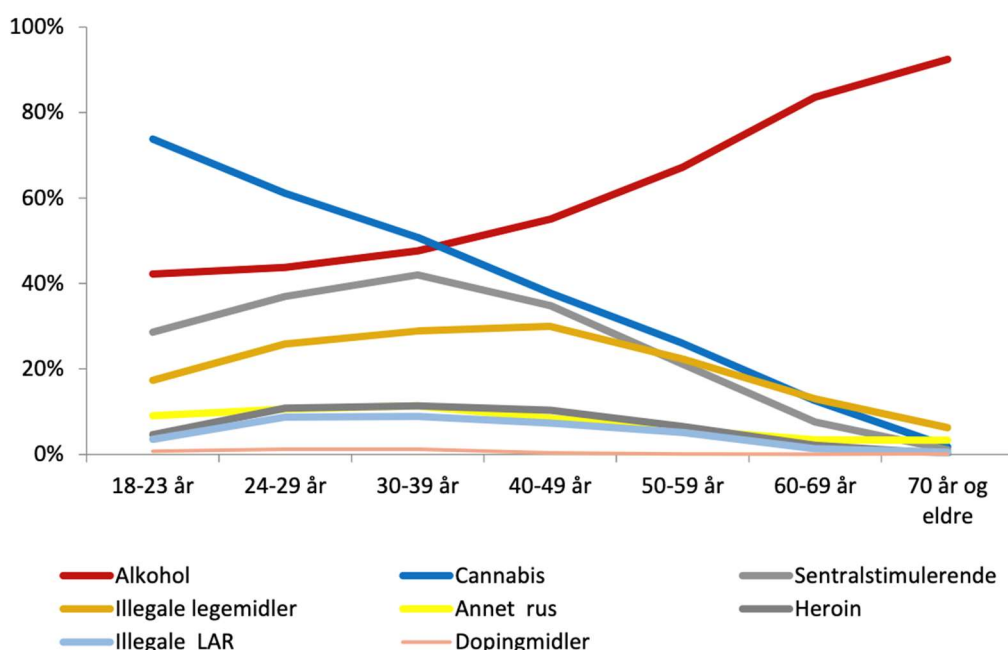
Dersom man tar utgangspunkt i alle unge i alderen 18-23 år som er registrert i Brukerplan, dvs. på tvers av kategoriene grønt-, gult-, rødt, og blålys, så blir tallene en del høyere. Dette er dermed snakk om unge som mottar kommunale omsorgstjenester uavhengig av hvordan de skårer på levekårsindeksen. Tall fra Brukerplan i perioden 2018 til 2019 viser at dette utgjorde 3,655 personer i alderen 18-23 år. Også her skaleres tallet opp som følge av

manglende dekning fra barnevern og NAV, til 4,873. Totalt estimeres det dermed at om lag 1.92% av unge i alderen 18-23 år er registrert i Brukerplan. Ettersom den reelle totalbefolkningen i aldersgruppen 18-23 år i Norge ligger på om lag 400,000, innebærer dette at et endelig estimat på 7,683 personer i denne aldersgruppen antas å motta kommunale omsorgstjenester.

Ytterligere informasjon fra Brukerplan

Tall fra Brukerplan viser at mottakernes bruk av rusmidler varierer med alder (Hustvedt et al., 2020) (Figur 1). I aldersgruppen 18-23 år har mellom 70 og 80% (av de som er registrert med et rusproblem) en betydelig eller svært betydelig bruk av cannabis, mens rundt 40% i denne gruppen har en betydelig eller svært betydelig bruk av alkohol. Til sammenligning synker andelen som har en omfattende cannabisbruk lineært med økende alder, til nær 0% i den eldste aldersgruppen (dvs 70 år og eldre). Samtidig øker andelen med økende alder i forhold til hvem som har en betydelig eller svært betydelig bruk av alkohol, til nær 100% i den eldste aldersgruppen. Disse tallene tyder på at omfattende cannabisbruk er en viktig indikator for unge som kan være i målgruppen for FACT Ung grunnet rusproblematikk.

Figur 1. Mønstre i rusproblematikk blant brukere i Brukerplan med et registrert rusproblem fordelt på alder



Figur 1: Betydelig eller svært omfattende bruk av rusmidler på aldersgrupper. Prosentandeler av mottakere med betydelig eller svært omfattende bruk av minst ett rusmiddel (N= 13 225). Kilde: (Hustvedt et al., 2020)

4.4.2.3 Oppfølgingstjenesten

I juni 2020 var 13,900 ungdommer registrert i oppfølgingstjenesten, som er 3,6% av befolkningen i aldersgruppen (16-21 år) som tjenesten retter seg mot (Utdanningsdirektoratet, 2020). Blant underregistreringen i denne statistikken er det kategoriene syke eller i institusjon (11%), ukjent status (7%) og takket nei til oppfølging (6%) som synes mest relevante for målgruppen for FACT Ung. Til sammen utgjør disse kategoriene da 24% av de som er i kontakt med oppfølgingstjenesten, hvilket tilsvarer 0,86% av befolkningen i aldersgruppen.

Det må presiseres at dette anslaget er basert på kategorier som ikke er direkte indikasjoner på funksjonssvikt som følge av alvorlig psykisk uhelse.

For eksempel kan det dreie seg om annen type sykdom og omsorgsinstitusjoner, samt avslag om oppfølging og ukjent status som ikke skyldes gjennomgripende problematikk. Samtidig kan også ungdommer i FACT Ung målgruppen i prinsippet havne i noen av de andre underkategoriene knyttet til forskjellige tiltak i registeret (oppfølging/veiledning, arbeidspraksis/NAV-tiltak, ikke-formell opplæring, fylkeskommunalt tiltak, kombinasjonstiltak).

Det bemerkes også at det er stor variasjon mellom fylkene både når det gjelder andelen ungdommer de ikke har fått tak i (ukjent status) og andelen som har kommet i aktivitet. Eksempelvis er andelen ungdommer med ukjent status 36 prosent i Oslo og 15 prosent i Troms og Finnmark, mens den er på under 5 prosent i flere av de resterende fylkene. På samme vis har 56 prosent av ungdommene i Vestfold og Telemark kommet i aktivitet i løpet av skoleåret, mens andelen kun er 16 prosent i Oslo. Slike lokale variasjoner kan være uttrykk for at behovet for FACT Ung varierer på tvers av fylker.

4.4.2.4 Pilotundersøkelser fra FACT Ung-kommuner

Nesodden: I forprosjektet for pilotutprøving av FACT Ung i Nesodden ble det gjennomført en undersøkelse i tjenestene for barn opp til 18 år, hvor en vurderte at 30-40 ungdommer kunne være aktuelle for FACT Ung basert på en uformell vurdering oppimot modellbeskrivelsen for FACT Ung (Bergstø, 2021). Ifølge SSB (kilde: <https://www.ssb.no/kommunefakta/nesodden>) er det 1931 unge i alderen 12-19 år (summere aldersgruppene 10-14 (halvert) og 15-19. De 35 ungdommene som da er vurdert som aktuelle for FACT Ung utgjør da 1.8 % av denne ungdomsbefolkningen.

Grünerløkka: FACT Ung Grünerløkka - I forundersøkelsen her ble det av et befolkningsgrunnlag på ca 2200 ungdommer i alderen 13-18 år, innsamlet et aktuelt behov kjent av ulike instanser i bydelen til omkring 70 ungdommer (dvs. omtrent 3,1% av befolkningsgrunnlaget). Dette øyeblikksbildet av kjente ungdommer på et gitt tidspunkt innsamlet gjennom spørreskjemaer til tjenestene, anslås å være en underestimert av behovet.

Styrker og svakheter ved estimatene

Estimatene fra pilotkommuner varierer fra 1.8% til 3,1%, med tanke på hvor mange ungdommer som blir vurdert som potensielt aktuelle for FACT Ung. Disse estimatene illustrerer at størrelsen på målgruppen til FACT Ung varierer enormt utfra hvilke kriterier som legges til grunn/ikke legges til grunn for estimatene. De nevnte undersøkelsen har vært uformelle, og tallene må tolkes med stor varsomhet.

4.4.2.5 Befolkningsgrunnlag og dimensjonering for MST-tilbudet i Norge

Multisystemisk terapi (MST) er en familie- og nærmiljøbehandling for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. Forekomsten av denne type problemer er undersøkt i ulike studier og estimatene varierer mellom 0,5% og 5,4% avhengig av hvilke diagnostiske kriterier som er benyttet og trolig også karakteristika ved utvalget, f.eks. land (Costello, Erkanli, Fairbank, & Angold, 2002; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003; Heiervang et al., 2007; Kessler et al., 2012; Roberts, Kuncel, Shiner, Caspi, & Goldberg, 2007; Wichstrøm et al., 2012). Et anslag midt i dette området på 3% vil i Norge utgjøre ca. 11.500 ungdommer i alderen 12-17 år. Hvis Oslo holdes utenfor (i og med at MST ikke er et tilbud i Oslo) utgjør 3% ca 10.300 ungdommer.

MST-tilbudet i Norge ble etablert i 2001 og hadde som målsetning å være et landsdekkende tilbud. Det ble derfor opprettet MST-team i hvert fylke og disse ble i 2004 overført til Bufetat. Det er p.t. 21 MST-team i Norge og disse gir årlig et tilbud til ca. 600 ungdommer, noe som tilsvarer en god kapasitetsutnyttelse for teamene. Det gjennomføres et kontinuerlig informasjonsarbeid opp mot samarbeidende instanser og henvisende barnevernstjenester for å sikre kjennskap til og bruk av behandlingstilbudet.

En sammenligning av estimatene for alvorlige atferdsvansker og antallet ungdommer i MST-behandling viser klart at det kan antas å være vesentlig flere ungdommer i målgruppen, enn

de som mottar tilbud om MST. Disse kan motta andre kommunale tilbud, andre spesialiserte tilbud (som FFT ca. 160 årlig og TFCO ca 10 årlig), få oppfølging i psykisk helsevern, bli flyttet til institusjonsopphold, eller ikke motta eller ta imot behandlingstilbud. Det vurderes imidlertid at en behandlingskapasitet på omkring 600 ungdommer i året i hvert fall ikke er en overdimensjonering av MST-tilbudet i Norge. Flere Bufetat regioner har nylig gjennomført eller planlagt utvidelser i behandlingskapasiteten gjennom utvidelser av team eller etablering av nye team.

Det vurderes at den type alvorlig og sammensatt problematikk som FACT Ung retter seg mot, har mindre forekomst enn atferdsvansker. Samtidig vil FACT Ung-team ha oppfølging av ungdom over lengre tid enn MST-behandling, slik at antallet ungdommer som FACT Ung-teamet følger vil akkumuleres over tid. Med disse «motsatt rettede» faktorene kunne en tenke seg at det vil være en passende dimensjonering av FACT Ung-team i Norge å etablere team i de områdene hvor det er MST-team per i dag (Kristiansand, Hamar, Gjøvik, Sunnmøre, Bodø, Haugesund, Stavanger, Tromsø, Levanger, Trondheim, Tønsberg, Bergen, Drammen, Lillestrøm, Sandvika, Sarpsborg, Ski) samt bydeler i Oslo. MST-teamene dekker da et opptaksområde innenfor 90 minutters kjøring (en vei), og tilbyr tilpasset oppfølging (MST Geografisk) for familier som bor mer enn 90 minutters kjøring fra teamet. Ca. 10% av behandlingene har en slik tilpasset MST Geografisk oppfølging. Det bemerkes at utfordringene knyttet til spredt geografisk og lav bosetning i Finnmark og Sogn og Fjordane, må forventes å også gjelde for FACT Ung, jfr også estimatene gjort for etablering av ACT og FACT for voksne (NAPHA, 2017). Det bør derfor vurderes hvilke tilpasninger som kan gjøres for å imøtekomme dette. Bufetat region Vest etablerte et FFT-team i Sogn og Fjordane, hvor de bredere inklusjonskriteriene i FFT sammenlignet med MST gjorde det mulig å sikre et godt nok befolkningsgrunnlag for dette tjenestetilbudet og gi et tilbud til målgruppen.

Ved etablering av FACT Ung-team, er det viktig at det etableres godt samarbeid og gode rutiner for dette ovenfor de spesialiserte hjemmebaserte tjenestene i statlig barnevern (MST, FFT og TFCO). Det vil for noen ungdommer i perioder kunne være noe overlapp i inklusjonskriteriene for disse tilbudene, hvor MST vil kunne gi intensivt tilbud i en avgrenset periode, mens FACT Ung vil kunne tilby en mer koordinerende og langtfølgende oppfølging av ungdommen med spesielt fokus på alvorlig psykisk uhelse. Det vil også være hensiktsmessig å sikre at de ungdommene som kan få god nok hjelp gjennom et MST-tilbud, nyttiggjør seg dette, slik at MST bør være vurdert og forsøkt (hvis ungdommen er i målgruppen) før FACT Ung starter opp. Dette i henhold til det foreslåtte eksklusjonskriteriet om at en kan få god nok oppfølging i ordinære tjenester.

Videre vil lokale MST-team vil også kunne bistå i forprosjektering knyttet til hvilket kjennskap de har til ungdommer i opptaksområdet som kan være i målgruppen for FACT Ung.

4.4.2.6 FACT Ung i Nederland

I en nederlandsk forskningsrapport som baserte seg på et FACT Ung-utvalg, ble det funnet at gjennomsnittsalder for deltakerne var 18.6 år, med spennvidde fra 12-24 år, men hvor de fleste var i spennet fra 15 til 22 år (M. Broersen, N. Frieswijk, H. Kroon, A. A. Vermulst, & D. H. Creemers, 2020). De vanligste psykiske lidelsene var traume-relaterte lidelser som PTSD (27%), stemningslidelser som depresjon og bipolare lidelser (27%), autismspekterforstyrrelser (26%), angstlidelser (24%) og ADHD (22%). Omtrent to-tredjedeler av disse hadde to eller flere komorbide (dvs. samtidige) psykiske lidelser.

Herunder ble det identifisert fire undergrupper av deltakere i FACT Ung-oppfølgning: 1) En gruppe med betydelige eksternaliserende vansker (dvs. vansker knyttet til utagerende atferd); 2) en gruppe med betydelige internaliserte vansker (dvs vansker knyttet til emosjonelle vansker som angst og depresjon); 3) en impulsiv gruppe preget av et svært høyt rusmisbruk; og 4) en uspesifikk gruppe (som blant annet inkluderte unge med autisme eller psykose).

Studien gav ikke noen prevalens på hvor vanlige denne typen vansker er i den generelle befolkningen. Studien understreket at det er viktig at FACT Ung-team innehar kompetanse på

alle disse områdene nevnt over, inkludert utviklingsforstyrrelser som autisme, samt i forhold til psykose.

Oppsummering av særlig relevant statistikk:

BARNEVERN

- Rundt 3% av barn og unge i alderen 0-17 år mottar barnevernstjenester årlig. Tallene er noe høyere i tenårene, hvorav 4-5% av unge i alderen 16-19 år mottar barnevernstjenester årlig.

PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

- Rundt 5% av barn og unge får oppfølging i psykisk helsevern for barn og unge. Dette utgjorde rundt 56,000 barn og unge i alderen 0-17 år i 2019.

OPPFØLGINGSTJENESTEN

- 13,900 ungdommer / unge voksne i aldersgruppen 16-21 var i kontakt med oppfølgingstjenesten i 2019, noe som utgjør rundt 3.6% av befolkningsgrunnlaget. Herunder var 24% (omtrent 3,300) registrert i kategorier med særlig relevans for FACT Ung, eller totalt ca 0.9% av unge i alderen 16-21.

FLERTJENESTEBRUKERE

- Rundt 23% av unge som mottar hjelp fra psykisk helsevern for barn og unge, mottar også barneverntjenester. Dette utgjorde ca 12,500 barn og unge i alderen 0-17 år i 2016-2017. Om vi legger til grunn at rundt 5% mottar hjelp fra psykisk helsevern for barn og unge, og herav rundt 23% har samtidig barnevernstjenester, utgjør denne gruppen omtrent 1% av befolkningsgrunnlaget.

RUSBRUK / RUSPROBLEMATIKK

- Rundt 5% av unge i videregående skole bruker regelmessig cannabis (målt som 11 ganger eller mer siste år). Gutter er overrepresentert i denne statistikken (kjønnsratio: omtrent 3:1 for gutter versus jenter).

PILOTUNDERSØKELSER FRA FACT UNG-KOMMUNER

- Pilotkommuner for FACT Ung estimerer potensiell målgruppe for FACT Ung svært forskjellig, med spennvidde fra 1.8% til 3.1%.

BRUKERPLAN

- Estimer fra Brukerplan i perioden 2018-2019 viser at rundt 0.49% av unge i alderen 18-23 år skåres på rød- eller blålys i dette verktøyet, som innebærer at de har kontakt med kommunens omsorgstjenester samt skårer lavt på Brukerplans leveårsindeks. Dette utgjør om lag 2,000 personer dersom tallene generaliseres til å gjelde på landsbasis. Videre er rundt 1.92% av unge i alderen 18-23 år som totalt sett er registrert i Brukerplan. Om disse tallene generaliseres til å gjelde på landsbasis summerer dette seg til rundt 7,700 personer i denne aldersgruppen.

MST

- Estimer for målgruppen for MST varierer mellom 0,5% og 5,4%. Det vurderes at målgruppen for FACT Ung er mindre enn den for MST. Det er etablert 21 MST team i Norge som gir behandling til ca. 600 ungdommer i året, og tiltaket vurderes underdimensjonert ifht antallet ungdommer som potensielt er i målgruppen. Lokaltetene for MST-team vurderes som relevante for FACT Ung-team.

4.4.3 Beregninger omkring størrelsen på målgruppen for FACT Ung

Basert på refleksjonene over er vår vurdering at det per i dag ikke er realistisk å kunne gi et presist estimat av størrelsen på målgruppen for FACT Ung i Norge.

Vår hovedkonklusjon er at det per i dag ikke finnes en samlende datakilde som pålitelig kan angi størrelsen på målgruppen for FACT Ung i Norge.

Med utgangspunkt i nevnte statistikk, med alle forbehold og begrensninger, antar vi at rundt 2% av unge i aldersgruppen 12-24 år vil kunne ha behov for oppfølging fra FACT Ung.

Tallet vil kunne være noe lavere i kommuner/områder med godt utbygde tjenester som når ut til unge med svært komplekse og sammensatte behov, og vil kunne være noe høyere i andre områder. På tross av slike lokale variasjoner anser vi det som lite sannsynlig at behovet vil være mindre enn 1% eller høyere enn 3%.

Videre vil dette estimatet kunne variere på tvers av alder. Tallene over vil kunne anvendes for aldersgruppen 12-18, mens det er sannsynlig at behovet vil være lavere i aldersgruppen 18-24 år, da denne gruppen også vil kunne ivaretas av FACT-team for voksne og andre tilbud på voksenfeltet. I aldersgruppen 18-24 år anser vi det derfor sannsynlig at behovet vil ligge på rundt 1,5%, men også her med lokale variasjoner.

I det pågående revisjonsarbeidet av Fidelityskalaen for FACT voksen foreslås en halvering av antall brukere. Selv når en foreslår noe mindre team, som også er i tråd med realiteten i FACT for voksne i Norge, vil en få en betydelig reduksjon i caseload sammenlignet med den nederlandske. Reduksjonen i antall brukere er primært grunnet forskjeller i reiseavstand mellom de to landene. For å få etablert FACT Ung i størstedelen av Norge vil det være helt nødvendig å gjøre tilsvarende tilpasninger i Norge også for FACT Ung.

Og til sammenligning har den enkelte behandler i MST en caseload på 3-5 familier, noe i underkant av den caseload som her foreslås for FACT Ung i Norge.

Estimatene over antall kommuner/bydeler som vil være aktuelle for FACT Ung team vil variere betydelig avhengig av hvilke forutsetninger mht. prevalens og antall ungdommer i teamet som legges til grunn. Dette kan illustreres med tre regneeksempler:

- Hvis vi legger til grunn en prevalens på 1% og 100 ungdommer i hvert team vil 14 kommuner ha et befolkningsgrunnlag på over 10000 i målgruppen. Ingen bydeler i Oslo faller inn under denne gruppen.
- Hvis vi legger til grunn en prevalens på 1% og 50 ungdommer i hvert team vil 32 kommuner/bydeler ha et befolkningsgrunnlag på over 5000 i målgruppen, herunder 12 bydeler i Oslo.
- Hvis vi legger til prevalens på 2% og 50 ungdommer i hvert team vil 80 kommuner/bydeler ha et befolkningsgrunnlag på over 2500 i målgruppen, herunder alle bydeler i Oslo. Dette tallet stiger til 110 kommuner med en prevalens på 3% og samme teamstørrelse.

Som eksemplene over viser har målgruppestørrelse og antall ungdommer et team skal betjene store konsekvenser for hvor mange kommuner/bydeler som potensielt kan/bør etablere et FACT Ung team. Det er ikke datagrunnlag for å estimere målgruppen mer presist, og det må derfor være opp til de lokale kartleggingsprosessene som ledd i forprosjekteringen å få et faktisk bilde av hvor stor målgruppen er i det aktuelle området.

Pilotene har startet opp med et mindre antall årsverk enn det som er skissert i etableringshåndboken. I den videre utprøvingen av FACT Ung i Norge er det derfor viktig å avklare hvilken størrelse på FACT Ung-teamene som er nødvendig for at teamene skal kunne etterleve FACT Ung modellen. Dette vil informere hvilken nedre grense for befolkningsgrunnlag i en kommune som vil ha et befolkningsgrunnlag for å drifte sitt eget FACT Ung-team. Det vil også klargjøre når det vil være relevant å tenke i retning av et interkommunalt samarbeid for å sikre et stort nok befolkningsgrunnlag for et FACT Ung-team. I disse avgjørelsene vil geografi selvsagt også spille en stor rolle.

4.5 Geografi

Det må forventes at FACT Ung-team som etableres utenom de største byene i Norge, vil måtte ha relativt store geografiske opptaksområder for å sikre et tilfredsstillende befolkningsgrunnlag. FACT Ung er utviklet i Nederland som har en helt annen befolkningstetthet i Norge, og rurale områder i Nederland er ikke sammenlignbare med rurale områder i Norge på dette området. Det er derfor ikke naturlig å direkte sammenligne hva som er passende saksmengde for et FACT Ung-team i Nederland med hva det skal være i Norge. Dette påvirker selvsagt betraktningene knyttet til hvor stort et opptaksområde for FACT Ung skal være for at det har et tilstrekkelig antall ungdommer i målgruppen.

Vurderinger omkring geografi er også gjort i andre behandlingsmodeller fra utlandet som skal gi høyintensiv behandling. For MST-teamene i Norge er det satt en grense for kjøreavstand på 90 minutter hver vei for standard behandling, og hvor det for kjøreavstander på over 90 minutter gjøres særlige tilpasninger til hvordan og med hvilken hyppighet kontakter og behandlingsmøter gjennomføres. Familier som mottar MST geografisk, fullfører behandlingen i like høy grad som familier som mottar MST standard. Det bør arbeides videre med hvordan slike tilpasninger kan gjøres for FACT Ung, og erfaringer med bruk av digitale løsninger for ulike typer behandlinger under Corona-pandemien, bør her tas med som inspirasjon. Det gjøres p.t. et arbeid rundt dette for MST-teamene i Norge det kan være relevant å få kjennskap til. Det er også gjort mye arbeid med digitale geografiske løsninger innenfor telemedisin, som det kan være relevant å dra nytte av.

Slike tilpasninger til FACT Ung arbeidet må følges nøye og utvikles med jevnlig tilbakemelding fra brukerne, samarbeidende instanser og resultatmåling. Enkelte områder i Norge er så tynt befolket at det kan være vanskelig å se for seg etablering av FACT Ung-team. Det har vist seg vanskelig å få etablert MST team i Sogn og Fjordane og Finnmark fylke på grunn av manglende befolkningsgrunnlag, og det vil være naturlig å tro at det samme vil gjøre seg gjeldende for FACT Ung her og lignende steder. Det bør i disse områdene vurderes om det er andre modeller for samhandling eller oppfølging som er bedre egnet. Alternativ organisering av teamet kan være måter å imøtekomme dette fleksibelt på. Ved at teamets ansatte er bosatt spredt geografisk, og kan håndtere det meste av oppfølgingen av FACT Ung brukere i sin geografiske nærhet, kan et større område dekkes. Mye av teamets samhandling internt vil kunne gjennomføres digitalt, og gjøre at teamet kan ha et større geografisk opptaksområde. Det er viktig å kunne utvikle slike tilpasninger som kan fungere uten at det utvanner arbeidsformen i FACT Ung. Alternativt må det jobbes i egne prosjekter for å utvikle modeller for godt samhandlingsarbeid for de områdene i Norge hvor FACT Ung modellen ikke kan benyttes.

4.6 Betydningen av lokale tilpasninger

Med utgangspunkt i at flere av kriteriene for FACT Ung sannsynligvis varierer lokalt i Norge, f.eks hvor mange utsatte unge som det lokale hjelpeapparatet i praksis klarer å ivareta, vil sannsynligvis også størrelsen på målgruppen for FACT Ung variere lokalt.

Det er mange grunner til at ungdom havner på utsiden og livet stopper opp, og det er store lokale variasjoner på tilbud og tiltak som de kan tilbys og nyttiggjøre seg. Enkelte steder er det godt utbygde tyngre tiltak i regi av barneverntjenesten for en del av barna og ungdommene i målgruppen, som MST (som gjennom tilpasningen MST-Geografisk i prinsippet dekker hele Norge) og andre mer lokalt tilgjengelige arenafleksible, skreddersydde tiltak. Felles for disse er at de har behov for å knytte seg til eller samarbeide med spesialisthelsetjenesten med tanke på utredning og behandling av de psykiske lidelsene.

Det finnes videre en variasjon i hvor omfattende tilbud som finnes i regi av psykisk helsevern for barn og unge. Noen steder finnes det ambulante team og ulike kombinasjoner av inneliggende og ambulante tjenester for de med alvorlige psykiske lidelser. Disse er imidlertid avhengig av å kunne knytte seg til eller samarbeide med barnevern, skole, oppfølgingstjeneste/NAV og andre for å tilby et helhetlig tilbud til de ungdommene som har behov for oppfølging i både psykisk helsevern og barnevern.

Dersom FACT Ung skal være svaret på utfordringen med å hjelpe enkelte unge som i dag ikke får god nok hjelp, vil det være viktig å kartlegge hva som finnes av tilbud i et område før en setter inn et tiltak som skal toppe eller utkonkurrere dette. Mange steder kan det være tilbudene finnes, men er dårlig koordinerte, andre steder kan det mangle tilbud som har nok kompetanse på de mest alvorlige og komplekse vanskene. Sånn sett vil det være viktig å kjenne til de lokale forholdene, sikre seg lokalt forankrede prosesser og også tenke at et viktig kriterium at andre ting skal være prøvd uten tilstrekkelig effekt. Dette viser også erfaringene fra Nederland (Marieke Broersen et al., 2020). Ungdom er ikke kronikere på samme måte som man kan argumentere for at pasientene til ACT tydet på å være. Det er tidlig å peke ut hvem som vil ha behov for langvarig og sammensatt hjelp fra mange instanser så tidlig i livet.

Grunnet stor usikkerhet i vårt estimat av størrelsen på målgruppen for FACT Ung i Norge, anbefaler vi at lokale kartlegginger av antatt størrelse på målgruppen gjennomføres lokalt – før eventuelle utrulling av FACT Ung team.

En slik lokal kartleggingsprosess bør inngå som en del av forprosjektering og implementeringsstøtte som kan mottas fra et nasjonalt kompetansemiljø for FACT Ung. Elementene i en slik lokal kartleggingsprosess knyttet til målgruppe og befolkningsgrunnlag kan bl.a. være:

- Identifisering og kontakt med nøkkelinstanser og nøkkelpersoner bredt i områdets eksisterende tjenestetilbud (kommunalt (inkl. Psykisk helsetjeneste, barnevern, skole, utdanning og NAV), spesialisthelsetjeneste (BUP), statlig-regionalt barnevern (MST, FFT))
- Kartlegge hva som allerede er satt i verk knyttet til BTI (Bedre tverrfaglig innsats)?
- Gjennomgang og evt. lokale tilpasning av inklusjons-, eksklusjons- og prioritets-kriterier med nøkkelinstansene, vurdere overlap med andre BTI-satsninger.
- Gjennomgang av kjent ungdomspopulasjon i fra ulike tjenester og registre for estimering av målgruppens størrelse i området basert på f.eks. siste års henvisninger. Spørreskjema er anvendt av FACT Ung Nesodden og Grünerløkka, men det må vurderes om disse ligger for tett opp til «henvisningsskjema» og om det er bedre at hver tjeneste rapporterer antallet ungdommer de kjenner som «helt sikkert» eller «trolig» kan ha behov av FACT Ung.
- Avklare hvilke tjenester som FACT Ung vil «ta» klienter/pasienter fra. Tydeliggjøre mulig endring i praksis, ansvar, samarbeid og evt. finansiering for disse tjenestene når FACT Ung etableres. Fokus på å skape støtte til dette og unngå at det FACT Ung oppstart forstås som kritikk eller konkurranse.
- Avklare behovet for geografiske tilpasninger dersom tilbudet skal gis i et stort geografisk område for å sikre befolkningsgrunnlag for teamet. Geografiske tilpasninger godkjennes med nasjonalt kompetansemiljø for FACT Ung.
- Lokalt informasjonsarbeid omkring målgruppe, mål og henvisningsrutiner for FACT Ung.

Slike lokale prosesser kan være viktige for å forhindre den type av uklarheter og misforståelser om tilbudets målgruppe som noen av informantene rapporterer om i evalueringen av FACT for voksne (Landheim & Odden, 2020). Denne lokale kartleggingsprosessen omkring målgruppe inngår som en del av det oppstarts- og implementeringsarbeidet som også utredes (se Implementeringskapitlet).

I evalueringen av FACT for voksne (Landheim & Odden 2020) det at det er variasjon i inklusjonskriteriene blant de undersøkte FACT teamene. Den viste seg at urbane team oftere hadde psykoselidelser som inklusjonskriterium, mens rurale team hadde en mer variert målgruppe. Evalueringen anbefaler at FACT kan brukes som en samhandlingsmodell for en bredere målgruppe. Det er imidlertid p.t. en mangel på kunnskap om hvordan ulike typer av ungdommer med sammensatte og alvorlige problemer i en bredt sammensatt målgruppe for FACT Ung, har nytte av FACT Ung oppfølging. Det vil derfor være avgjørende å samle erfaringer og kunnskap om dette gjennom pilotutprøvinger av FACT Ung-team i Norge.

4.7 Konklusjon

I vurderingen av målgruppe og befolkningsgrunnlag for FACT Ung i Norge har utredningsarbeidet kommet frem til følgende vurderinger og anbefalinger som bør tas med i det videre planarbeidet for FACT Ung:

Målgruppe:

- Det kan være nyttig å gjøre et videre arbeid med å tydeliggjøre inklusjons- og eksklusjonskriteriene og sikre at det er gode grenseoppganger for hvem FACT Ung retter seg mot.
- Det bør vurderes om det er hensiktsmessig lokalt eller nasjonalt å utvikle prioriteringskriterier for hvilke saker FACT Ung-team helst skal tilby tjenester til
- Det bør vurderes om det skal utarbeides nasjonale eller lokale målkriterier for hva ungdom som mottar FACT Ung skal kunne få ut av tilbudet, og hvilken nytte dette gir for de involverte tjenestene. Dette vil kunne være med å støtte en etableringsprosess og at tilbudet beholdes over tid.

Befolkningsgrunnlag:

- Det finnes få egnede statistikker og oversikter til å vurdere andelen ungdommer som er i målgruppen for FACT Ung. Dette skyldes bl.a. manglende registrering av unge brukere av mange tjenester og med alvorlig problematikk, samt at målgruppe definisjonen for FACT Ung ikke gjenspeiles godt i de kategoriseringer som benyttes i ulike registre i psykisk helsevern, barnevern, etc. Basert på ulike statistikker kan imidlertid andelen anslås til å være 2%, med regionsvise forskjeller varierende fra 1% til 3%. Dette anslaget må fortolkes med forsiktighet pga. det svake datagrunnlaget, og bør justeres når en har fått resultatene av en langt større andel lokale kartlegginger i forbindelse med etablering av FACT Ung.
- Målgruppestørrelse og antall ungdommer et team skal betjene vil ha store konsekvenser for hvor mange kommuner/bydeler som potensielt kan/bør etablere et FACT Ung team. Det er ikke datagrunnlag for å estimere målgruppen mer presist. Det må derfor være opp til de lokale kartleggingsprosessene, som ledd i forprosjekteringen, å etablere et faktisk bilde av hvor stor målgruppen er i det aktuelle området. Det vil også være nødvendig med en fornorsket normering av antall ungdommer hvert team skal gi et tilbud til, da også dette vil ha betydelige konsekvenser for befolkningsgrunnlaget ved etablering av team.
- Avhengig av målgruppestørrelse og antall ungdommer et team skal betjene vil antallet kommuner og bydeler i Oslo med stort nok befolkningsgrunnlag variere fra 14 (1% og 100 ungdommer i teamet) til 110 (3% og 50 ungdommer). Estimater på 2% og 50 ungdommer tilsier 80 kommuner, inkludert alle bydeler i Oslo.
- Geografi og bosetningsmønstrene i Norge vil flere steder kunne gi utfordringer knyttet til hvor store områder som må dekkes for å kunne ha et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for et FACT Ung-team. Det bør undersøkes hvordan alternative måter å organisere og drifte teamet, heriblant digitale tavlemøter og teamansatte med spredt bosetting, kan være måter å etablere team i utkantstrøk. Videre bør det vurderes om det skal utvikles en annen arbeidsmetodikk som er mer egnet for områder med spredt bosetting.
- Det bør legges stor vekt på grundig lokal kartlegging, planlegging og forankring ved etablering av FACT Ung-team i Norge. Det forventes å være lokale forskjeller knyttet til bl.a. tjenestetilbud som vil kunne innvirke på hvilken målgruppedefinisjon som er ønskelig i et område, samt dens omfang.

5 FACT Ung og barnevernet

5.1 Innledning

En viktig målgruppe for FACT Ung team vil være ungdommer som er i kontakt med barnevernet. Underveis i utredningen er det avdekket at det er en del områder av faglig og juridisk art hvor samhandlingen mellom FACT Ung-teamet og barnevernet må tydeliggjøres.

To sentrale dokument som er førende for hvordan barnevernet og FACT ung skal samhandle er pakkeforløpet *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge* og det reviderte rundskrivet nr 21/2015 *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste* (Arbeids- og sosialdepartementet, 2020). Mer overordnet vises det også til fem departements høringsnotat om *Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud Samarbeid, samordning og barnekoordinator* fra 2020. Felles for alle disse er påpekningen av at samarbeidet er for dårlig med nåværende organisering og lovverk, og at det særlig går ut over tjenestene til barn og unge som har sammensatte problemer over tid. Dette følges i høringsnotatet kapittel 6 med forslag til en rekke lovendringer for å styrke velferdstjenestenes plikt til å samarbeide med hverandre, og i kapittel 7 forslås å utvide ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler.

I Samarbeidsrundskrivets innledning (s. 7) heter det blant annet: *Tjenestene har ulike ansvarsområder og oppgaver. I praksis har det vist seg at det kan være utfordrende å enes om hvilke tjenester barnet/ungdommen har behov for, og hvem som har ansvar for å tilby tjenestene. Særlig gjelder dette barn og unge som har behov for døgnbaserte tjenester. ...*

FACT Ung har stort potensiale for å være et nyttig og relevant tilbud for ungdom i barnevernet, blant annet ved å forebygge og redusere kriser og forhindre akutt plasseringer. Realiseringen av anbefalingene i dette kapitlet bør ha som mål å styrke FACT Ung som relevant aktør for barnevernet.

I det videre arbeidet med å realisere hvordan dette best kan gjøres er det viktig å ivareta to hensyn samtidig:

- At FACT Ung-teamet gis mulighet til å jobbe helhetlig og integrert, og med den nødvendige fleksibilitet
- Å trygge/sikre barnevernets ansvar iht. lovgiving og forventninger

Utgangspunktet er at denne ungdommen har sammensatte vansker av et slik art at det er nødvendig med et bredt sett av tilbud. Det er i dag mange tilbud tilgjengelig, men de er verken innholdsmessig eller tidsmessig godt koordinert. FACT ung må derfor gjøre noe mer og noe annet enn tjenestene har gjort fram til nå.

5.1.1 Noen målgruppebeskrivelser – med særlig relevans for barnevernet

Vi vet at barn og unge som har behov for barneverntiltak har økt risiko for å utvikle emosjonelle eller atferdsmessige problemer. Forskning viser at barn som mottar hjelp fra barnevernet har høyere forekomst av psykiske vansker enn barn og unge ellers i befolkningen. Når det gjelder barn og unge som bor på barneverninstitusjon viser en undersøkelse at en stor andel har en eller flere psykiske lidelser (Samarbeidsrundskrivet s. 7).

Kapitlet om målgruppe og befolkningsgrunnlag beskriver en rekke grupper som er ekstra utfordrende, og som en må vurdere om kan få hjelp av et FACT Ung tilbud. Her vises tre som eksempler på hvor en kan forvente både involvering av et FACT Ung team og barnevernet.

8. For noen peker de "gamle sjelene i unge kropp" seg ut som målgruppe. Unge mennesker fra familier med store vansker hos foreldre og kanskje også besteforeldrene. Disse ungdommene har tålt mye og klart mye alene gjennom

oppveksten, men kan i ungdomsårene få svært varierende fungering og svinger mellom høy grad av refleksjon, innsikt og handlekraft og motløshet, alvorlige psykiske symptomer, isolasjon, motløshet og retningsløshet. Dette er ungdom som kanskje trekker vekk fra egen familie fordi det er så krevende å leve tett på dem, men som også strever med å stå på egne bein. Det er ungdom med ressurser og potensiale, men som trenger en voksenstøtte de ofte ikke får i egen familie. Disse vil tradisjonelt fanges opp av barneverntjeneste i tidlig ungdomstid og kan ha udiagnostiserte psykiske vansker som forblir ubehandlet.

9. En annen gruppe er på mange måter motsatsen til de som har "gått litt under radaren", nemlig de som har vært lenge i systemet/ene og har fått mange tilbud og tiltak, men uten ønsket effekt. Det som kan kjennetegne disse forløpene er at det er vanskelig å få en stabil allianse og godt terapeutisk endringsarbeid. Det er mye avlysninger, vanskelige å få til kontinuitet over tid, mye krisepreget arbeid og lite systematikk. Det er ungdom det skjer mye med, men som det er vanskelig å gi utviklingsstøtte som skaper endring. Det er ulike kombinasjoner av skolevansker, rus, kriminalitet, psykiske lidelser og sosiale vansker, som gjør at flere ulike tjenester og instanser blir oppmerksomme på disse ungdommene, men de kan streve med å få gitt god nok hjelp.
10. En tredje gruppe er barn og unge som står midt i alvorlige, langvarige og fastlåste foreldrekonflikter som spiller ut hjelpesystemer og hjelpere fra ulike tiltakskjeder. Foreldre som er i så stor og dyp konflikt at de "krangler seg gjennom" utredninger og møter uten å rette blikket mot barnet/ungdommen og dets behov og som munner ut i veldig lite endring for barnet/ungdommen. Disse ungdommene kan vise skolevansker, psykiske vansker og også somatiske symptomer.

Både FACT Ung teamet og Barnevernet har kompetanse til å identifisere disse, og aktuelle tiltak å iverksette. Hvordan bør en da tenke mht overordnet ansvar, beslutninger og tiltaksoppfølging her? Og om arbeidsdeling og samarbeid mellom et FACT Ung-team og barnevernet ikke tydeliggjøres fra nasjonalt hold må en over tid utvikle en lokal praksis for det enkelte FACT Ung-team, en lokal praksis som muligens ikke ivaretar minst ett av de to hensynene listet opp over.

5.1.2 Hvilket barnevern?

Kapitlet skiller ikke mellom det kommunale barnevernet og Bufetat, en stor del av samhandlingen mellom FACT Ung og barnevernet skjer mellom det kommunale barnevernet og FACT Ung. Det bør i oppfølgingen av utredningen sees mer på samhandlingen mellom Bufetat og FACT Ung, herunder institusjonsplassering og tiltak som MST.

5.1.3 Oppbygging av kapitlet

I del 2 presenteres viktige problemstillinger. Del 3 drøfter FACT Ung i forhold til barnevernets ulike roller. Del 4 presenterer kort valg av modell for samhandling mellom FACT Ung og barnevernet. I del 5 utdypes hvordan den valgte modell forutsetter samarbeidsavtaler som svar på samhandlingsutfordringene, det argumenteres her for behovet for nasjonale føringer for innholdet i de lokale samarbeidsavtaler, og en lister opp områder/tematikk hvor det er særlig ønskelig. I den siste delen konkluderes det, og foreslås hvordan utredningsarbeidet kan tas videre.

5.2 Viktige problemstillinger

5.2.1 Noen identifiserte utfordringer knyttet til samhandling mellom et FACT Ung team og barnevernet

Flere rapporter har sett på samhandlingsutfordringene (Barneombudet, 2020a; Hansen et al., 2020a; Line Melby et al., 2020; Ukom, 2020).

Hansen et al (2020) lister eksempelvis opp utfordringene slik:

Det er manglende kjennskap til hva andre tjenester og profesjoner i kommunen kan bidra med, og til hvilken kompetanse de har. Det er manglende oppmerksomhet om helhetlige behov, og vegring mot å ta ansvar for koordinering. Nye strukturer ikke tilstrekkelig for å lykkes med bedre samarbeid, det må også utvikle samarbeidskultur og -praksis. Lovverket (eksemplifisert med taushetsplikt) legger begrensninger på arbeidet med tidlig identifisering av utfordringer, og forsterkes av manglende rutiner for å melde bekymring. Behovet for samordning blir særlig tydelig i grenseflatene mellom tjenestene. Når ingen opplever at et barns eller en ungdoms utfordringer ligger tydelig innenfor deres ansvarsområde, er det lett å vise til andre. Dette medfører at ingen har eller tar ansvaret, eller at tjenestene setter inn parallelle tiltak som i verste fall ødelegger for hverandre. De påpeker også at den organisatoriske siloinnrettingen kan forsterkes av mål- og resultatstyring.

Statens undersøkelseskommisjon (2020) påpeker at det er stort tilfang av styrende dokumenter, foreslåtte modeller og organiseringsformer, noe som viser at kompleksiteten er stor på barn- og ungefeltet og som speiler en utydelig normering og oppgavefordeling.

5.2.2 Sektoransvar - i et helhetlig og integrert tilbud?

I kapittel 3 i Samarbeidsrundskrivet tematiseres tjenestenes plikt til å samarbeide, og det slås fast at tjenestene har en plikt til å samarbeide både på system- og individnivå. Samtidig presiseres et sektoransvar (s. 11):

Det er presisert i forarbeiden til barnevernloven § 3-2 at medvirknings- og samarbeidsplikten for barneverntjenesten innebærer at de skal oppfordre vedkommende sektor til å gjøre det som er nødvendig, men det er ikke meningen at barneverntjenesten selv skal overta noe av det ansvar som hviler på andre sektorer. Barneverntjenesten skal ved dette ikke selv levere for eksempel helsetjenester, men plikter å medvirke og samarbeide med helsetjenesten slik at barn og unge får nødvendig helsehjelp. På samme måte er det i helselovgivningen forutsatt at barneverntjenester i utgangspunktet faller utenfor helsehjelpsbegrepet.

Hvilke konsekvenser bør et slikt sektoransvar få når FACT Ung samtidig er tenkt å ha gi et helhetlig og integrert tilbud til «sine» ungdommer i barnevernet? Dette sektoransvaret blir ikke like tydelig når man ser på kapittel 8 (døgnopphold), og kopler det mot ambulante løsninger (som FACT Ung). Her heter det om samarbeid ved behov for døgnopphold at også mulighet for ambulante løsninger må avklares, fremfor en innleggelse i institusjon (s. 30), dvs slik FACT Ung noen ganger vil være en løsning.

På samme side heter det også at: *Selv om formålet med døgnopphold i det psykiske helsevernet er spesialisert utredning og behandling i forhold til psykisk helse, vil man likefullt ha ansvar for å ivareta og utøve den daglige omsorgen for barnet i den perioden døgnoppholdet varer. Det vil si å sikre at barnet får nødvendig stimulering, trygghet, pleie og stell under oppholdet, uavhengig av døgnoppholdets varighet.*

Hvilke konsekvenser bør dette få for FACT Ungs samlede tilbud overfor barnevernpopulasjonen mht beslutninger om og utførelse av typer tiltak?

Målgruppen for FACT ung får tjenester fra en lang rekke instanser, og opplever for ofte enten at disse tjenestene i for liten grad/ikke koordineres, eller at de i for stor grad må koordinere tjenestene selv. Det er med andre ord behov for at noen tar et fastere grep om koordinering av tjenestene – på vegne av og sammen med ungdommen (og evt familie/pårørende).

For ungdom i barnevernet som er i et FACT Ung team gjøres vurderinger av ungdommens omsorgsbehov, samt fattes beslutninger om hva som bør gjøres, og til dels faktisk gjennomføring av tiltakene av to ulike instanser og etter to ulike lovverk (barnevern og FACT Ung). Samtidig gjøres de samme vurderinger/beslutninger når det gjelder ungdommens psykiske helsebehov i de aller fleste tilfeller av en instans (FACT Ung). Denne «arbeidsdelingen» har et innebygget potensiale for perspektivkonflikter, noe som gjør at en tydelig samarbeidsavtale er nødvendig.

Overordnet peker dette også på et mulig spenningsfelt mht. faglig tilnærming, her hentet fra utkast til Praktiske råd for forprosjektfasen i etablering av et FACT Ung-team:

Det er viktig at man i denne fasen får frem at dette handler om å utrede en idé om faglig behandlingstilnærming nærmere. Mange ledere kan mangle forutsetninger for å forstå det faglige konseptet, noe som gjør at det er ekstra viktig å trekke dem inn i prosessene for å få det forankret.

Et spørsmål i forlengelsen av dette blir; hvilke forventninger til behandlingstilnærming i et FACT Ung team vil potensielt kunne utfordre det lokale barnevernets omsorgstilnærming? Og hvordan skal dette beskrives/reguleres i en samarbeidsavtale?

Tilsvarende vil forventningen til et FACT Ung-team om at det skal være forpliktende samhandling som fundament for etablering potensielt utfordre eksisterende kulturer – og muligens lovverk: *Også konseptet om forpliktende samhandling kan være vanskelige å gripe på en enkel måte. I korthet innebærer det at hver av de samhandlende aktørene må gi fra seg noe makt, styring og kontroll over ressurser (personell og/eller budsjettmidler) til fordel for et team som skal operere på tvers av tjenestenivåer og tjenestetilbud.*

Et spørsmål i forlengelsen av dette blir; på hvilke områder ser man for seg at barnevernet skal gi fra seg noe makt, styring og kontroll over ressurser til et FACT Ung team?

5.2.3 FACT Ung skal gi helhetlige og integrerte tjenester

FACT ung er en organisatorisk og faglig modell som gjennom å være et flerfaglig og tverretattlig team kan gi de fleste tjenester fra teamet. Det jobber i tillegg oppsøkende – på ungdommens arena.

FACT Ung er den organisatoriske modellen som i størst mulig grad legger til rette for helhetlige og integrerte tjenester:

- Rent organisatorisk er det lagt til rette for at tjenestene skal gis helhetlig og integrert (etableres gjennom forpliktende samhandlingsavtale mellom kommune og spesialisthelsetjenestene som forutsetning).
- Det er en rekke komponenter i FACT-modellen som legger til rette for helhetlige og integrerte tjenester (bred tverrfaglig sammensetning, daglige tavlemøter og behandlingsplan)

I evalueringen av FACT-team i Norge (Landheim og Odden (red. 2020) listes det avslutningsvis opp en del anbefalinger. I anbefaling 11 heter det:

For at brukerne skal få helhetlige og integrerte tjenester bør FACT-teamene ideelt sett gi de fleste tjenestene fra teamet. Alternativt må teamet ha et overordnet ansvar over hvilke tjenester som gis fra andre instanser. Teamet må da koordinere tjenestene for å oppnå helhetlige og integrerte tjenester for brukeren.

5.2.3.1 hva betyr det at FACT Ung skal gi et helhetlig og integrert tilbud for ungdom i barnevernet?

Dette er kjernespørsmålet, og veien til å definere dette går via hva som er barnevernets roller og oppgaver. At tilbudet er integrert har to dimensjoner; at tilbudet er integrert innad i teamet, og at teamets tilbud er integrert med øvrige tjenester. At tilbudet skal være integrert kan sees

på som et paraplybegrep. At tilbudet er helhetlig kan sees på som et av elementene som må være til stede for at tilbudet skal være integrert.

At et FACT Ung team gir helhetlige tjenester innebærer ideelt sett at teamet skal yte og legge til rette for nødvendige helse-, omsorgs- og sosiale tjenester. Det er også viktig at tjenestene dekker de behov som brukeren har, dvs at tjenestetilbudet blir komplett ut fra brukerens behov. Et helhetlig perspektiv innebærer at teamet må ha god kjennskap til brukerens behov og ressurser, på tvers av livsområder (skole, familie, nettverk, aktiviteter mv.) og «tilstander» (psykisk og somatisk helse, omsorg, vold og aggresjon, traumer etc etc).

Helhetlig betyr ikke at alle tjenester skal leveres fra teamet. Typiske elementer som andre instanser drifter vil være institusjonsopphold i det psykiske helsevernet for barn og unge, institusjonsopphold i barnevernet, somatiske undersøkelser, ofte fra fastlege, og økonomiske ytelser fra NAV.

Viktige komponenter for å oppnå integrerte tjenester

- Tjenesteaktørene vet om hverandre
- Informasjonsutveksling mellom tjenesteaktørene
- Felles kommunikasjonssystemer mellom tjenesteaktørene
- Tjenestene gis i en samlet plan
- Tjenesteaktørene har felles mål
- Tjenestene skal være komplette og komplementære

Virkemidler for å oppnå integrerte tjenester:

- Ansvarsgrupper
- Samarbeidsavtaler
- Felles behandlingsplan
- Individuell plan
- Pakkeforløp

5.3 FACT Ung teamet og barnevernets ulike områder

5.3.1 Innledning

Barnevernets områder kan for oversiktens skyld deles inn i tre:

4. Undersøkelse. Følge opp bekymringsmeldinger (eller foreta undersøkelser på eget initiativ)
5. Oppfølging. Her er det et bredt sett av tiltak, som kan gies til ungdommen og/eller familien. Disse kan både utføres i regi av det kommunale barnevernet, Bufetat eller andre tjenester/aktører.
6. Vedtak om, og realisering av, omsorgsovertakelse (institusjonsplassering, fosterhjem mv), om nødvendig tvangsplassering.

Grovt sett kan et FACT Ung team bidra inn på disse områdene på tre måter (som Informant, Bidragsyter, Beslutter), men her setter lovverket grenser for hvor man kan være hva. Å tydeliggjøre slike grenseoppganger må skje i må i en senere prosess (se også Høringsnotatet 2020).

5.3.1.1 Som informant

Dette bidraget kan deles inn i to hovedgrupper; melde bekymringssaker og informere barnevernet om observert utvikling hos ungdom, pårørende og/eller familie man begge gir et tilbud til.

Helsepersonellens opplysningsplikt overfor barnevernet omtales i kapittel 5 i Samarbeidsrundskrivet. Slik den er beskrevet er denne opplysningsplikten tett knyttet til bekymringssaker. Det omtales i mindre grad hvilke forventninger det er til informasjonsflyt

mellom barnevernet og andre tjenester mht observert utvikling. Taushetsregler omtales utdypende i Samarbeidsrundskrivets kapittel 7, og derfor ikke videre her.

5.3.1.2 Som bidragsyter – helt eller delvis - inn i barnevernets tiltak/tilbud

En dimensjon i dette er hvordan tiltakene utformes – utformes de av barnevernet alene eller i (tett?) samhandling med FACT Ung-teamet? Og er det mulig å beskrive ønskede prosesser rundt hvordan tiltakene utformes?

En annen dimensjon i dette er utøvelse/gjennomføring av tiltakene, enten ved at det gjennomføres sammen med barnevernet, eller av FACT ung alene. Her kan det beskrives mer utdypende hva å gjennomføre sammen med betyr – og hva som skal til for at et FACT Ung-team kan gjennomføre barnevernstiltak alene. Et konkret eksempel på dette vil være hvordan FACT Ung-teamet og barnevernet samhandler rundt å etablere en støttekontakt for ungdommen.

5.3.1.3 Som beslutter

Dvs. den som bestemmer – i hvert fall delvis – hvilke tilbud barnet/familien skal få fra barnevernet. Dette synes det ikke å være åpning for, jfr. Samarbeidsrundskrivets kapittel 8.3.2: *Det er den kommunale barneverntjenesten som vurderer om barnet har behov for tiltak etter barnevernloven. Barneverntjenesten bør i sin vurdering av behovet for tiltak etter barnevernloven ta hensyn til de innspill som kommer fra det psykiske helsevernet i utskrivningsfasen, uavhengig av om barnet skal hjem til foreldrene eller til ett alternativt plasseringssted utenfor hjemmet (s. 32).*

Dette kommer vi tilbake til senere under behov for nasjonale føringer og begrepet klinisk ledelse.

5.3.1.4 Oppsummering

Prinsipielt kan en tenke at det vil være rimelig at FACT Ung-teamet tar over deler av/hele **Oppfølgingen** – Rolle 2 - fra barnevernets side – både som bidragsyter og som beslutter. Dette kan blant annet begrunnes i at teamet vil ha større grad av fleksibilitet og oppsøkende arbeidsform, i tillegg til den tverrfaglige kompetansen. Det kan også begrunnes i forventningen om at FACT Ung teamet skal være et helhetlig og integrert tilbud. En tilsvarende problemstilling gjelder mulighetsrommet for et FACT Ung team til å vurdere behov (etter barnevernloven) og beslutte– gitt at FACT Ung har barnevernfaglig kompetanse. Dette reises i del 5 videre under begrepet Klinisk ledelse.

5.3.2 Lærdommer fra FACT voksen med relevans for barnevernet og FACT Ung

5.3.2.1 Akuttinnleggelser i det psykiske helsevernet - Manglende mulighet til å ha myndighet over andres ressurser

På tross av at et FACT-team vil ha langt bedre kjennskap til – og dermed bedre grunnlag for å kunne vurdere - behovet for akutt innleggelse i en døgnavdeling er det så langt få (om noen) FACT team i Norge som er gitt denne muligheten til å disponere en seng i en akuttavdeling. Dette er langt mer vanlig, men ikke standard, i Nederland.

5.3.2.2 NAV som samarbeidspart

Svært mange brukere har ytelser fra NAV, og det er derfor nødvendig med et tett samarbeid mellom FACT-teamet og NAV.

Det er vel kun ett team hvor en ansatt fra et interkommunalt NAV-kontor har sitt daglige arbeid i teamet (deltar på tavlemøter, i behandlingsmøter, i daglig planlegging) og saksbehandler alle NAV-ytelser til brukerne i teamet.

Det er ikke anledning for vedkommende til å skrive sine observasjoner og sin saksbehandling inn i DIPS.

Fordelen med en slik modell er at et NAV-perspektiv blir tettere knyttet opp mot teamets øvrige virksomhet som tavlemøter og behandlingsmøter. Det er ressursbesparende, ved at teamansatte slipper å kjøre/følge brukere til NAV. Det er også grunn til å anta at NAV-beslutninger blir basert på mer inngående kjennskap til brukeren, både gjennom teamtilhørigheten og den utadrettede virksomheten.

Det er samtidig noen ulemper ved en slik modell. Den medfører to ledere (NAV og teamleder). Den har samtidig et potensiale for glidning i vedtakspraksis, men det kan kompenseres for gjennom regelmessige møter i div relevante faglige fora i NAV.

5.4 Modellvalg

Charlotte Stokstad, jurist i BUFDIR, holdt et innlegg i arbeidsgruppen i november 2020, og presenterte her tre modeller for barnevernets rolle i forhold til FACT Ung.

5.4.1 Modell 1 – FACT Ung som et helsetjenestetilbud til barn i barnevernet

Når det gjelder de rettslige rammer mv ble disse presentert slik:

- Rett til helsehjelp etter pasientrettighetsloven (kommunal eller statlig helsetjeneste?). Helselovgivningen gjelder fullt ut; helsehjelp, pasientrettigheter, faglig forsvarlighetskrav i helselovgivningen, tilsyn, taushetsplikt mv.
- Rett til et koordinert tilbud (IP) der FACT Ung og barneverntjenesten (kommunalt, statlig, privat) inngår i samarbeidet om tilbudet til ungdommen. Barnevern og helse yter sine respektive tjenester, og tjenestene koordineres slik at tjenestene samlet sett gir et helhetlig tilbud.

5.4.2 Modell 2: FACT Ungteamet består av også barnevernfaglig kompetanse, der barnevernfaglig kompetanse er ansatt i helsetjenesten

Når det gjelder de rettslige rammer mv ble disse presentert slik:

- Helsetjenestetilbud. Ivaretar ansvaret for å gi tilpasset hjelp gitt barnets behov, for eks. barn i barnevernets behov ved at teamet har barnevernfaglig kompetanse.
- De rettslige rammene blir som over.

5.4.3 Modell 3: FACT Ungteamet består av teammedlemmer som er ansatt i ulike tjenester/sektorer

Når det gjelder de rettslige rammer mv ble disse presentert slik:

- Både barnevern og helsetjenesten. Barnevernstiltak, hjemlet i barnevernloven? Helsetjenestetiltak hjemlet i helselovgivningen? –Litt trøblete.
- Rettssikkerhet –hvilke lovverk har barnet rettigheter etter? Er det barneverntjeneste eller helsetjeneste?
- Avtalebasert modell –krevende balansekunst.
- Økonomi
- Utfordringer knyttet til hvilke aktivitet som hører inn under de ulike regelverkene (forsvarlighetskravet i helse og barnevern, taushetsplikt, tilsyn og rettighet.)
- Eksempel: Institusjon for barn i barnevernet med behov for både barnevern- og helsetjenester.

5.4.4 Valg av modell

Denne tematikken er drøftet i ulike fora gjennom utredningen, og også drøftet i den samlede arbeidsgruppen i mai 2021. Det har vært enighet om at det eneste realistiske alternativet på kort sikt modell 2; dvs at man har barnevernfaglig kompetanse inn i FACT Ung-teamet, og at arbeidsdeling mv reguleres i en samarbeidsavtale. Dette begrunnes med at:

- Modell 1 vil mangle helt sentral kompetanse for å ivareta et helhetlig perspektiv på tilnærming til ungdommens sammensatte utfordringer
- Modell 3 har for store juridiske utfordringer knyttet til forskjellig lovverk og lovpålagte ansvarsområder. Dette vil det i beste fall at tid å få avklaringer på, og ikke nødvendigvis slik at modell 3 lar seg gjennomføre.

Som en del av det videre arbeidet med FACT Ung og barnevernet bør det jobbes for å synliggjøre hvor det er nødvendig/ønskelig med avklaringer og/eller lov- og regelverksendringer også på dette området.

Når en så anbefaler modell 2 er det nødvendig å gå nærmere inn i hva som er fordeler og ulemper ved denne modellen, og med bakgrunn i disse vurderingene drøfte hvordan en fra sentralt nivå kan forsterke/bygge opp under fordelene og minimere ulempene. At modell 2 bør realiseres gjennom en lokal samarbeidsavtale framstår som nødvendig. Dette belyses under.

Fordelene med modell 2 er at en forholder seg kun til ett lovverk og en sektor; den bør derfor være enklere å implementere og være bærekraftig. Den sikrer samtidig barnevernsfaglig system- og fagkompetanse i FACT Ung teamet. Både system- og fagkompetansen om barnevernet bør en anta reduserer utfordringene knyttet til faglige og kulturelle forskjeller mellom helsetjeneste og barnevernet.

Utfordringene knyttet til modellen, og da særlig til samarbeidsavtalens innhold, utdypes senere i kapitlet.

5.5 Samarbeidsavtaler

I evalueringen av FACT-team i Norge (Landheim & S. r. Odden, 2020) anbefaler man blant annet at for at brukerne skal få helhetlige og integrerte tjenester bør FACT-teamene ideelt sett gi de fleste tjenestene fra teamet. Alternativt må teamet ha et overordnet ansvar over hvilke tjenester som gis fra andre instanser. Teamet må da koordinere tjenestene for å oppnå helhetlige og integrerte tjenester for brukeren.

Det synes åpenbart ut fra Samarbeidsrundskrivet og Høringsnotatet (2020) at det bør inngås en samarbeidsavtale mellom det lokale barnevernet og FACT Ung-teamet. En overordnet problemstilling er hvilket **innhold** (dvs. «hvem gjør hva») en ønsker å anbefale – og som så bør inngå i de lokale samarbeidsavtalene mellom barnevernet og et FACT Ung-team.

Kapittel 3.5 i Samarbeidsrundskrivet innleder med at *Samarbeidsavtaler er et viktig virkemiddel for å styrke og trekke opp strukturer for samarbeid. Det anbefales at samarbeidsavtalene regulerer utfyllende rammene for samarbeidet, som for eksempel møtestruktur, frekvens på møter, hva det skal samarbeides om (type tiltak) og rutiner for etablering og gjennomføring av samarbeid på individnivå.*

Hvis vi forutsetter at et FACT Ung team etableres i et forpliktende samarbeid mellom det psykiske helsevernet for barn og unge og kommunale psykisk helsetjenester for barn og unge vil innholdsbeskrivelsene i de fleste underkapitlene i kapittel 3.5 i dette rundskrivet være relevante som tema som bør spesifiseres.

5.5.1 Det er ønskelig med nasjonale føringer for samhandling mellom barnevernet og FACT Ung

Erfaringene fra etablering av FACT-team for voksne er at det brukes veldig mye ressurser på slike avklaringer lokalt i prosjekt- og etableringsfasen. Pga kompleksiteten i mange saksområder har en lokalt også bedt regionale (Statsforvalter) og nasjonale (særlig Helsedirektoratet) myndigheter om slike avklaringer: «Hva har vi lov til/hvor langt kan vi gå?», og ønsket om avklaringer har da gjerne kommet fra flere steder – over tid.

Å se hva det er mulig å avklare på nasjonalt nivå om samhandlingen mellom FACT Ung-teamene og barnevernet som del av forprosjekt FACT Ung har derfor to formål:

- Å avlaste/forenkle lokale prosesser
- Å gi en mer planmessig avklaringsprosess på nasjonalt nivå (i og mellom de to involverte direktorat)

At modell 2 bør realiseres gjennom en lokal samarbeidsavtale framstår som nødvendig. Samtidig er FACT Ung tenkt som en nasjonal satsing, og av ulike grunner vil det være ønskelig med nasjonale føringer når det gjelder innhold i avtalen. Manglende nasjonale føringer kan potensielt gi betydelig variasjon i hvordan FACT Ung-tilbudet samhandler med barnevernet. Ungdom i barnevernet vil dermed i ulik grad dra nytte av at det etableres et FACT Ung-team avhengig av hvordan de lokale samarbeidsavtalene utformes. Nasjonale føringer vil derfor være viktige både for å sikre kvalitet på tilbudet, hindre for store lokale variasjoner, ivareta rettssikkerheten samt bistå i å unngå ansvarsdiffusjon. De vil også kunne bidra til lettere implementering lokalt, det blir tydeligere hvilke forventninger de ulike tjenestene skal ha til et FACT Ung team.

Graden av nasjonale føringer må balanseres mot det lokale selvstyret, hvor tydelige de kan være vil blant annet være avhengig av resultatet av Høringsnotatet (2020). Det er også viktig at de nasjonale føringene utformes slik at de lokale tjenestene selv eier sine samarbeidsavtaler. Føringene må med andre ord stimulere til grundige lokale prosesser, slik at en unngår «lært hjelpeløshet» lokalt. I utviklingen av de lokale samarbeidsavtalene vil også det nasjonale implementeringsteamet ha en sentral rolle i å sikre at de nasjonale føringene ivaretas innen den lokale konteksten.

5.5.2 De viktigste områdene for slike nasjonale føringer

Utredningens arbeidsgruppe har drøftet både behovet for og områder for nasjonale drøftinger, men disse er ikke utredet i detalj som del av utredningsprosessen.

I Samarbeidsrundskrivets kapittel 3 beskrives **hva** som bør omtales i samarbeidsavtaler mellom barnevernet og ulike deler av det psykiske helsetilbudet. Derimot sies det lite om **innholdet** i samarbeidet. I samme rundskrivs kapittel 8.2 presenteres dog to innholdskomponenter, men da i relativt vage former:

- *I enkeltsaker vil det være naturlig at personalet ved institusjonen inngår i det løpende samarbeidet rundt eventuell utredning og behandling ved BUP.*
- *Dersom det er behov vil også BUP kunne gi veiledning til personalet i barneverninstitusjonen med hensyn til ivaretagelsen av barnets psykiske helse.*

Disse formuleringene kan tas som utgangspunkt for en drøfting av hvilket innhold en på nasjonalt nivå mener det bør være mellom det lokale barnevernet og et FACT Ung-team:

- Hva betyr det rent faktisk at barnevernet inngår i det løpende samarbeidet rundt utredning og behandling av ungdommens psykiske lidelse i et FACT Ung-team?
- Hvem definerer at barnevernets personale har et behov for veiledning for å ivareta ungdommens psykiske lidelse, og hvordan og med hvilket innhold denne veiledningen skal tilbys?

5.5.2.1 FACT Ung har klinisk ledelse for de ungdommer/familier de gir et tilbud til

Klinisk ledelse er en forutsetning for at MST skal kunne etableres i et område. Begrunnelsene for at det bør være slik også for FACT Ung:

- FACT Ung har kompetanse på både psykisk helse og omsorg, og ved å ha barnevernfaglig kompetanse kunne ivareta begge sektorenes omsorgsbegrep.
- FACT Ung har de mest fleksible måtene å jobbe på
- FACT Ung har mest ressurser å sette inn, med en langt lavere caseload enn barnevernet
- FACT Ung har mer og tyngre tverrfaglig kompetanse
- FACT Ung har et langt bredere metodetilfang, inkludert mht. psykisk helse

Så langt vi kjenner til er hva klinisk ledelse faktisk innebærer ikke skriftliggjort i detalj når det gjelder MST, så det er nødvendig at det beskrives hvordan dette skal forstås når det gjelder FACT ung og tiltak i barnevernet.

Sentrale spørsmål her vil være om kliniske ledelse betyr at FACT Ung-teamet kan ta over deler av/hele **Oppfølgingen** – Rolle 2 - fra barnevernets side – både som bidragsyter og som beslutter. En tilsvarende problemstilling gjelder mulighetsrommet for et FACT Ung team til å vurdere behov (etter barnevernloven) og beslutte, når FACT Ung har barnevernfaglig kompetanse.

5.5.2.2 Håndtering av delte stillinger mellom FACT Ung og barnevernet

Ett av pilot-teamene har en ansatt som både er ansatt i FACT Ung-teamet og i det lokale barnevernet. Dette er et eksempel på at lokale initiativ etablerer ordninger hvor en på sentralt nivå ser betydelige utfordringer; Lokalt har en utviklet en forståelse for hvordan dette skal håndteres, men det krever mye arbeid å få på plass – og beskrive/forankre.

5.5.2.3 Det strukturelle samarbeidet bør spesifiseres

Samarbeid på systemnivå omtales i Samarbeidsrundskrivets pkt. 3.4:

Samarbeidsavtaler er et viktig verktøy for samarbeid mellom tjenester på systemnivå. Det bør utarbeides samarbeidsavtaler på alle nivåer mellom relevante aktører i barneverntjenesten og helsetjenesten. ... Samarbeidsavtalene bør inneholde rammene for samarbeidet mellom tjenestene, samt hva tjenestene skal samarbeide om og på hvilken måte.

Eksempler på tydeliggjøring av innholdet i det strukturelle samarbeidet mellom FACT Ung og barnevernet vil være å beskrive:

- Om det bør være regelmessige samarbeidsmøter på ledernivå?
- Hvilken deltakelse en ser for seg fra barnevernet i styringsgrupper i forprosjekt og drift av FACT Ung?
- Om barnevernet bør inngå i inntaksteam for FACT Ung?

5.5.2.4 Utfordringer knyttet til ulike journalsystemer, og informasjonsdeling, utredes og løsninger spesifiseres

Dette er også en utfordring for FACT Voksen, jfr. anbefaling 10 i Landheim og Odden (2020):

Lovverk og journalløsninger må utvikles slik at de fremmer god samhandling i teamet

Det vil være rimelig at dette sees i sammenheng med oppfølging av Høringsnotatet (2020).

5.5.2.5 Koordinering av tilbudet til ungdom/familie på tvers av tjenestene

I Høringsnotatet (2020, pkt. 6.3.4.) heter det at *Samarbeid i enkeltsaker handler om samarbeid mellom velferdstjenestene i oppfølgingen av et konkret barn eller ungdom. Formålet*

med et slikt samarbeid er at den enkelte skal få rett hjelp til rett tid og i rett omfang, og at de tjenestene som gis skal være helhetlige og samordnet.

På individnivå blir en samarbeidsavtale for overordnet for å sikre helhetlige og samordnede tjenester. I dag bruker FACT Ung behandlingsplan som sitt viktigste verktøy til planlegging av tilbudet til den enkelte ungdom, mens barnevernet bruker tiltaksplaner. Eksempler på hvordan dette i større grad kunne koordineres vil være:

- Økt bruk av Individuell plan
- At FACT Ungs behandlingsplan og barnevernets tiltaksplan samkjøres
- At Klinisk ledelse som begrep tydeliggjøres

Det bør gis nasjonale føringer for hvordan behovet for styrket koordinering kan ivaretas. Dette må også sees i sammenheng med det tilsvarende koordineringsbehovet et FACT Ung team vil ha mot andre instanser, som skole og NAV.

5.5.2.6 Sikre barnevernfaglig system- og fagkompetanse i FACT Ung teamene

Dette er ikke begrep som umiddelbart gir mening i en tilsettingsprosess, særlig når den gjennomføres av personer/instanser uten inngående kjennskap til barnevernet. Når FACT Ung teamene skal tilsette barnevernfaglig kompetanse i teamet hadde det derfor vært ønskelig med en viss tydeliggjøring av hva som ligger i system- og fagkompetanse. Denne kan igjen av teamene brukes både i stillingsutlysninger og i selve tilsettingsprosessen.

Som del av dette bør det også lages en rollebeskrivelse for denne i teamet, som så kan inngå i Håndbokens beskrivelse av roller og profesjoner. Skal denne være en form for spesialistrolle, på linje med rus- og arbeidsspesialistene?

5.5.2.7 Å få en omforent forståelse mellom barnevernet og FACT Ung for hva som er målgruppen for FACT Ung

I utredningen kapittel om Målgruppe og befolkningsgrunnlag er det en inngående drøfting av hvem som bør være målgruppe for FACT Ung. Man legger her stor vekt på lokale prosesser for å bestemme det enkelte teams målgruppe. Samtidig vil det være ønskelig med nasjonale føringer når det gjelder enkelte grupper, eksempelvis grenseoppgangen mellom habiliteringstjenesten og FACT Ung. Gjennom det arbeidet som skal gjøres med å nedfelle målgruppebeskrivelsen i Håndbok kan man påvirke dette, og så vurdere grad av tilslutning til denne ut mot det kliniske feltet. Å bidra i å utvikle prioriteringskriterier for FACT Ung (jfr. kapitlet om Målgruppe og befolkningsgrunnlag) vil være en del av dette.

5.5.2.8 Å få en omforent forståelse av hva som bør være innholdet i og føringer for en henvisning til FACT Ung – fra barnevernet

Eksempler på dette vil være at det utarbeides en «standard» for henvisning – og en veiledning til denne. I denne bør inngå hvilke kriterier/forventninger bør ligge til grunn for en slik henvisning, ut over at det er ønskelig med et tilbud som også ivaretar ungdommens behov for hjelp til sine psykiske helseutfordringer.

5.5.2.9 FACT Ung-teamets geografiske tilknytning og konsekvenser av barnevernets omsorgsovertakelse

Et FACT Ung-team vil ha en geografisk tilknytning til en eller noen få kommuner (i nær geografisk tilhørighet). Samtidig vil barnevernets omsorgsovertakelse av ungdom med et tilbud fra FACT Ung-team i noen tilfeller ha som konsekvens at barnet/ungdommen blir flyttet til et tilbud utenfor FACT Ung-teamets geografiske nedslagsfelt. Og denne flyttingen kan ha lang varighet. Bør FACT Ung teamets ansvar avsluttes, og i så fall under hvilke omstendigheter?

5.5.2.10 Barnevernets behov for utredning av ungdommenes psykiske helse

Ungdommer i barnevernet er i for liten grad utredet for sine psykiske helseproblemer, og de har en overhyppighet av psykiske lidelser (jfr. utredningens målgruppekapittel). Slike utredninger vil være arbeidskrevende. Samtidig vil bare en mindre del av de som har et tilbud fra barnevernet, og hvor en har en mistanke om psykisk lidelse, være i målgruppen for FACT Ung. Det er derfor viktig å unngå at et FACT Ung-team blir en utredningsinstans for det lokale barnevernet pga potensielt lett tilgang til spesialistkompetanse.

Her kan en i en nasjonal føring anbefale at det i samarbeidsavtalen står at FACT ung bare skal utrede mulig psykisk lidelse hos de ungdommene teamet gir eller sannsynligvis vil gi et tilbud til.

5.6 Konklusjon og anbefalinger

Det er viktig med et tett samarbeid mellom FACT Ung og barnevernet. Samtidig utfordrer FACT Ung som et integrert og helhetlig tilbud nåværende lovverk og oppgaveforståelse.

5.6.1 Lokale samarbeidsavtaler med nasjonale føringer.

Det anbefales at det lokale samarbeidet mellom FACT Ung og barnevernet reguleres i en samarbeidsavtale.

Det anbefales at det gis nasjonale føringer for innholdet i slike samarbeidsavtaler. Anbefalingene må gi praktiske føringer for innholdet, ikke bare beskrive tematikk de må inneholde. Områder hvor det identifiseres behov for nasjonale føringer er beskrevet kort i kapitlet.

5.6.2 Nasjonale føringer må publiseres og implementeres

For å gi de nasjonale føringene for innhold i lokale samarbeidsavtaler den nødvendige status bør det vurderes om de kan inngå som del av en revidert versjon av Samarbeidsrundskrivet. Dette kan også begrunnes i at FACT Ung skal bli et nasjonalt tilbud, hvor svært mange barnevernstjenester vil bli involvert.

De nasjonale føringene bør også tas inn den bebudede etableringshåndboken for FACT Ung.

Det vil være rimelig at det faktiske implementeringsansvaret for de nasjonale føringene blir lagt til det nasjonale implementeringsteamet, jfr utredningens kapittel om Implementeringsstøtte.

5.6.3 FACT Ung og Bufetats ulike tjenester/tilbud

I dette kapitlet har vi primært drøftet samhandlingen mellom FACT Ung og det kommunale barnevernet. Hvorvidt det er nødvendig å gå mer inn i relasjonen mellom FACT Ung og Bufetat må avklares i den videre behandlingen av utredningen.

5.6.4 Mulig med tettere integrasjon mellom FACT Ung og barnevernet?

Modell 3 (jfr. del om modellvalg) har store juridiske utfordringer knyttet til forskjellig lovverk og lovpålagte ansvarsområder. Som en del av det videre arbeidet med FACT Ung og barnevernet bør det jobbes for å synliggjøre hvor det er nødvendig/ønskelig med avklaringer og/eller lov- og regelverksendringer også på dette området. Dette vil også være avhengig av den videre prosessen som følge av Høringsnotatet (2020). Det er på andre samhandlingsarenaer for et FACT Ung team også slike avklaringsprosesser på gang, og det kan med fordel også koples mot prosesser av tilsvarende karakter for FACT voksne.

5.6.5 Videre prosess

Problemstillingene og temaene presentert i dette kapitlet bør behandles i en mer formell prosess mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. En slik prosess omfatter i stor grad både faglige og juridiske tema av til dels høy kompleksitet, gjerne tett vevd sammen, og prosessen bør derfor involvere tung juridisk og faglig kompetanse fra begge direktorat.

Avklaringene bør også skje i en tett dialog med det nasjonale implementeringsteamet, jfr. hvordan dette samarbeidet praktiseres både når det gjelder MST og FACT Voksen (se implementeringsstøttekapitlet i utredningen). Implementeringsteamet vil være tett på teamene, og dermed kunne gi mye substans til prosessene. Det vil av samme grunn også kunne adressere/føre inn til direktoratene tematikk med behov for avklaring/føringer. For å sikre at avklaringer av nasjonal interesse går ut til alle FACT Ung team bør disse også formidles via implementeringsteamet.

6 Fidelityvurderinger av FACT Ung team

6.1 Innledning

Det er ingen selvfølge at en tjenestemodell eller behandlingsmetode utføres slik at den har den forventede effekten, verken på kort sikt eller lengre sikt. Når en ny tjenestemodell skal tas i bruk er det et åpent spørsmål om den tas i bruk på rett måte, og om den nye praksisen opprettholdes over tid. Fidelityvurderinger (Fidelity-tester) er kjent fra effektforskning som kontroll av at tiltak utføres rett, fra politisk/administrativ orientert programevaluering og som verktøy for å følge implementering av ny praksis. Hensikten med fidelityvurderinger utenfor forskningsprosjekter er å vurdere og dokumentere implementeringen av ny praksis eller å vurdere full drift for å finne avdrift, forvitring eller mangelfull implementering. En fidelityvurdering er godt egnet som grunnlag for å utarbeide en tiltaksplan med sikte på forbedring eller videreutvikling i kombinasjon med lokale tilpasninger.

Vi bruker her systematisk begrepet vurdering knyttet til fidelity, da begrepet evaluering også kan fortolkes til å omfatte en mer kvalitativ vurdering av teamets kvalitet ut over det å følge modellen.

6.1.1 Normer for fidelity

Fidelityvurdering må bygge på beskrivelser og kriterier for hva som skal kjennetegne den aktuelle praksisen. Hva er det kvalitative særpreget, kjerneaktivitetene og tallmessige forventninger til aktiviteten?

Uansett informasjonsgrunnlag og metode for å samle inn dette bør evalueringen forholde seg til de samme kriteriene for modellfidelity. Disse kriteriene og skaleringsen av dem kan utformes slik at de kan besvares både som et spørreskjema, som en intervjuguide, eller som en oppsummering av et multiinformant informasjonsgrunnlag. Disse kriteriene bør så langt som det er mulig / meningsfullt være internasjonale og ikke knyttet til nasjonale særtrekk.

6.1.2 Kjent bruk av vurdering av fidelity i implementering

Opplysninger om fidelity kan framskaffes med selvrapport, intervju, observasjon eller måling. Det innebærer at det må gjøres valg av hvem som skal evaluere, hvilket informasjonsgrunnlag de trenger for evalueringen, og hva slags vurderingsparadigme som er mest aktuelt.

Når det gjelder psykisk helse er fidelityvurdering best kjent fra effektforskning på spesifikke behandlingsmetoder, og i bredere implementering av dem etter at effekt og effektivitet er etablert. Det er stor variasjon i hvordan dette gjøres, fra sjekklister som fylles ut av behandlerne selv, kollegaobservasjon, skåring av videoopptak av praksis, intervjuer med behandlere og brukere gjennomført av implementerings/forskningspersonell, eller spørreskjema til brukere og pårørende. Eksempler på bruk av disse tilnærmingene i norske implementeringer følger senere.

6.1.3 Informanter og informasjonsgrunnlag i fidelityvurderinger

Interne informasjonskilder

består av virksomhetsstatistikk, egenvurderinger, kollegavurderinger og ledervurderinger. Slike vurderinger er vanligvis basert på aggregert erfaring over tid og på tvers av mange brukere og tiltak. Evalueringsenheten er teamet som samlet enhet. Disse kan samles inn jevnlig med fastsatte tidsintervall for bruk både i internvurderinger, og som grunnlag i ekstern styrt evaluering.

BPS-informanter.

Brukere, pårørende og samarbeidspartnere (BPS-informanter) vil hver for seg ha en mer avgrenset kjennskap til virksomheten, og ha mer grunnlag for kvalitative enn kvantitative beskrivelser av virksomheten. BPS-vurdering vil vanligvis fokusere på tiltakene for en enkelt (eller noen få) brukere aggregert over tid, og vil derfor være en casebasert evaluering. Dette kan samles inn rutinemessig for alle brukere eller for et utvalg, spesifikt for bruk i fidelityvurdering, eller rutinemessig hver tredje eller tolvte måned, eller ved avslutning.

Journal- og refusjonsbaserte vurderingsgrunnlag.

Mer objektive vurderingsgrunnlag kan være statistikk basert på journal- og refusjonssystemer som føres løpende i utøvende virksomhet. Dersom det etableres pakkeforløp som er direkte relevant for et nytt tiltak bør kodesystemet for pakkeforløpet utformes slik at mest mulig av de tallfestede spørsmålene i fidelityvurderingene kan besvares med virksomhetsstatistikk fra disse systemene.

Deltagende observasjon

i enkelttiltak eller i løpet av en sammensatt dag kan være egnet som vurderingsgrunnlag. Dette kan gjøres systematisk med spørreskjema eller som en åpen narrativ vurdering. Dette kan leveres av en ekstern ekspert (f.eks. fra et annet team eller fra kompetanseenhet), kolleger i teamet eller deltagende pårørende eller bruker. Dette kan gjøres basert på tilstedeværelse, eller videofilming av tiltaket.

Å bruke flere typer informanter og informasjonsgrunnlag vil alltid være en styrke, men det vil også være både kostnadsdrivende og føre til merarbeid for de impliserte. Et kompromiss kan være å bruke enklere og rimeligere tilnærminger flere ganger, kombinert med sjeldnere supplement av de mer arbeidskrevende tilnærmingene.

6.1.4 Hvem vurderer fidelity?

Fidelityvurdering kan vurderes internt i en virksomhet. Fordelene er god kjennskap til virksomheten, uformell kjennskap til hvordan den fungerer til daglig, det er mindre truende for teamet og det koster mindre. Ulempen med internvurdering kan være at den kan påvirkes av nærhet, lojalitet eller «blinde flekker» for hvordan teamets arbeid oppleves utenfra og av brukere.

Eksterne profesjonelle kan gis i oppdrag å evaluere, noe som kan være mer objektivt, bidra med nye perspektiver og bringe inn kritiske synspunkter og observasjoner som er vanskeligere å se innenfra. Eksterne evaluatorene kan innebære spesiell ekspertise i evaluering, sammenligningsgrunnlag fra flere evalueringsoppdrag, og erfaring i å gjøre en bredere og mer systematisk informasjonsinnsamling. Ulempene er at eksterne evaluatorene har svakere kjennskap til virksomheten, må bruke lengre tid på å bli kjent med virksomheten og å innhente et eget vurderingsgrunnlag. Ekstern evaluering er dermed betydelig dyrere.

Brukerorganisasjoner og andre interesse-organisasjoner kan også brukes til å vurdere modellfidelity som et oppdrag. Oppdraget kan da også omfatte å hente inn informasjon fra eksterne kilder og levere en sammenfatning av dem, eller også delta i/gjennomføre evalueringsprosesser med teamet.

6.1.5 Hva skal fidelityvurderinger brukes til i implementering?

Fidelityvurdering kan brukes av både interne og eksterne interessenter og til ulike formål underveis i implementering og drift. Hovedformålet er å sammenligne med normer for virksomheten, og å vurdere om lokale tilpasninger gir tilfredsstillende måloppnåelse som standarden. De kan brukes til å informere forbedringsarbeid i en etablert virksomhet, eller til å analysere en mislykket implementering og eventuell utforming av revitalisering av virksomhet som har stoppet opp eller står i fare for vesentlig avdrift fra normene.

Disse ulike formålene kan ha betydning for hvem en velger til fidelityvurderingen, hva slags metode og hvilke informanter og vurderingsperspektiv som brukes. For FACT Ung er det mest aktuelt å kvalitetssikre fidelity i implementeringsprosessen og videre drift, og å evaluere om lokale tilpasninger av modellen gir måloppnåelse. Noen år fram i tid kan det bli bruk for å fange opp avdrift og forvitring, vurdere årsaker til avdrift og opphør og foreslå tiltak for eventuell revitalisering.

Konklusjonene fra disse vurderingene vil kunne ha verdi både for teamet selv, for BPS, for team-eierne, og for myndigheter og andre som har gitt oppdraget eller gitt tilskudd til etablering. Fokuset i tiltaksplan som blir resultatet av fidelityvurderingen bør være hvordan en kan utvikle styrke og øke mestring i den utøvende virksomheten for å forbedre fidelity.

Fidelityvurderinger kan ikke automatisk munne ut i en handlingsplan, fordi det kan være gode lokale grunner til avvik fra normen. Det kan kreve dialog mellom teamet og eierne. Det kan være nødvendig å gjøre prioriteringer mellom aktuelle forbedringer, og i spesielle tilfelle dempe enkelte kvalitetskrav for å prioritere andre som anses viktigere.

6.1.6 Fidelity i ulike implementeringsfaser

Fidelityvurderinger har ulik i rolle og funksjon i etappene fra planlegging til langsiktig drift. Dette har betydning for hva slags metoder for fidelityvurdering som vil være best egnet. I den første fasen; planleggingen og den første oppstarten – som Fixsen (2005) kaller «Exploration and adaptation» og «Program installation» er det ikke aktuelt å gjøre brede fidelityvurderinger. Dette fordi virksomheten bare delvis er kommet i gang, og ikke kan forventes å tilfredsstille alle krav. Virksomheten har heller ikke et volum som gjør det meningsfullt å evaluere på grunnlag av virksomhetsstatistikk, dokumentasjon og brukererfaringer, og teamets organisering, sammensetning og arbeidsmåte er planlagt, men ikke fullt realisert. Forholdet mellom modellkjennetegnene og planen for teamet vil være det meningsfulle grunnlaget for å diskutere lokal tilpasning og utvikling av modellen.

I neste fase «Initial implementation» når virksomheten er etablert, men enda ikke har nådd fullt volum og gjennomstrømning av brukere, er det aktuelt å gjøre en delvis vurdering av modell-fidelity. Denne vil naturlig legge større vekt på bemanning, organisering, rutiner, seleksjon av brukere og faglig kultur, mens prosessene og tjenesteytingen til brukere ikke kan forventes å være fullt etablert.

Når et team er kommet i full drift (Fixsen et al., 2005) vil det være grunnlag og behov for mer omfattende fidelityvurdering. Egenvurdering kan brukes avvekslende med eksternevurdering. Eksternevurdering er viktig for å avdekke svakheter som kan være vanskeligere å se innenfra enn utenfra.

Fidelityvurderinger har en særlig viktig rolle i den siste fasen av implementering; av Fixsen (2005) kalt «Innovation» og «Sustainability», hvor avdrift og forvitring må forventes. Innovasjon og endringer i strukturer og prosesser kan noen ganger representere forbedringer, men står også i fare for å resultere i avdrift fra modellens intensjoner og kjernekomponenter. Dette er særlig viktig å vurdere ved hjelp av eksterne perspektiver, både fra et modellperspektiv og et resultatperspektiv (brukere, pårørende og omgivelser).

6.1.7 Vurderingsgrunnlag

Det er vanlig å prioritere ett vurderingsgrunnlag, variere mellom eller kombinere ulike typer informasjon i vurderinger av fidelity. Når det gjelder evalueringsmetode anses det generelt som bedre å ha flere typer informanter og bruke flere typer informasjon, gjøre repeterte vurderinger, og å kombinere kvalitativ og kvantitativ informasjon, men disse ideelle kravene er sterkt kostnadsdrivende, slik at det er ønskelig å utvikle et kompromiss mellom idealer og ressurser.

Å bruke strukturerte metoder og å basere seg på observasjon av praksis (direkte eller med video) regnes generelt som et bedre vurderingsgrunnlag fordi det er mer objektivt og kan få

øye på forhold som er vanskeligere å observere innenfra. Men eksterne observatører er en dyr metode for å observere i stort omfang. Et alternativ kan være å bruke observasjon av kolleger eller brukerobservasjoner, basert på å likevel være til stede i aktivitetene som skal vurderes.

De fleste andre metoder for å samle vurderingsgrunnlag, hovedsakelig spørreskjema og intervjuer, baserer seg på aggregerte og hukommelsesbaserte rapporter fra ulike aktører og posisjoner. Selv om disse samles inn og analyseres av eksterne profesjonelle inneholder disse metodene mange svakheter og feilkilder. Skreddersydde og standardiserte spørreskjema og intervjuguider vil styrke slike informasjonsgrunnlag.

Generelt bør ikke kvantitative grunnlag være den eneste kilden til fidelityvurderinger. De bør suppleres med kvalitative perspektiver, og det kan være aktuelt å analysere diskrepans mellom fidelitybildene de ulike informantene og informasjonskildene gir. Generelt bør gjentatte fidelityvurderinger være konkret fokusert og enkle å gjennomføre, mens det noe sjeldnere gjøres bredere og dyptgående fidelityvurderinger som er ressurs- og metodekrevenne.

Skalaene kan dersom ønskelig omlegges til supplerende selvutfyllingsversjoner for å innhente synspunkter fra brukere, pårørende og samarbeidspartnere (BPS-informanter) ut fra subjektiv oppfatning.

6.1.8 Paradigmer for analyse av fidelityinformasjon

Vurderingsgrunnlag kan sammenfattes fra et positivistisk perspektiv, der en fester mest lit til observasjoner og kvantitative opplysninger, og går ut fra at det er mulig å få fram en objektiv vurdering av virksomheten, inkludert både behovsvurdering, programteori, prosessvurderinger, påvirkning og effektivitet (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). En positivistisk tilnærming er vanligst i implementering og effektforskning, hvor målsetningen er klart definert, ikke omstridt i forbindelse med evalueringen, og antakelig på rett vei.

Det andre paradigmat for å sammenfatte et vurderingsgrunnlag er en tolkende tilnærming (Desai & Potter, 2006) Der vurderer en opplysningene om virksomheten i lys av konteksten den fungerer i, og perspektivene til ulike interessenter og informanter utenfor og innenfor virksomheten, og hvordan deres forventninger og forutinntatthet kan påvirke opplysningene. Intensjonen med en tolkende tilnærming er å forstå bedre kompleksiteten i vurderingsgrunnlaget. Metodene for en tolkende vurdering er mindre standardiserte, vurderer alternative tolkninger, strekker seg gjerne over lengre tid, og bruker mer kvalitativ informasjon som intervjuer, fokusgrupper og deltagerberetninger.

Et tredje vurderingsperspektiv er en verdibasert sammenfatning og tolkning som for eksempel kritisk-emansipatorisk evaluering eller aksjonsforskning, som har sosial endring som formål, styrt av sosial aktivisme. Der vektlegges den sosialpolitiske konteksten av ideologiske, sosiale og politiske agendaer. Brukerstyrte brukerevalueringer og politisk drevne undersøkelser hører hjemme i denne kategorien. Slik evaluering egner seg best til å fokusere spesielt på eksterne forventninger til virksomhetens overordnede fungering, og vil typisk vekte noen aspekter av fidelity og kvalitet tyngre enn andre.

6.2 Norske eksempler på gjennomføring av Fidelityvurdering

6.2.1 Introduksjon

I denne delen gjennomgås hvordan ulike metoder og modeller for tjenesteyting av relevans for FACT Ung praktiserer prosesser for gjennomføring av fidelityvurderinger. Alle de valgte eksemplene er i bruk i Norge i dag; Multisystemisk terapi (MST), Individuell jobbstøtte (IPS), De utrolige årene (DUÅ), Housing First (HF) og FACT for voksne.

6.2.2 Multisystemisk terapi (MST)

MST rettes mot ungdom fra 12 til 18 år med alvorlige atferdsvansker, ofte med bekymringsfull rusbruk og kriminalitet. Målet for behandlingen for mange av ungdommene er blant annet å forebygge plassering på barneverninstitusjon. MST ytes fra et team som behandlere og terapeuter er tilgjengelige 24/7. MST-behandlingen gjennomføres av et team bestående av tre-fire terapeuter og en leder/veileder. Veileder, teamleder og terapeuter i MST-teamene er ansatt i Bufetat. Terapeutene jobber direkte i forhold til ungdommenes familie og nærmiljø. Teamene samarbeider med kommunale barneverntjenesten, skole og andre i det formelle og uformelle nettverket til en ungdom. MST drives av Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), og det gis støtte til implementering av nye team som egne «driftsenheter» av Bufetat. Bufetat stiller med ressurser og legger til rette for gjennomføringen av behandlingen, mens Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) som en ekstern aktør har det øverste faglige ansvaret for innholdet i programmet. NUBU har også det overordnede ansvaret for opplæringen av MST-teamene og for kvalitetssikring av arbeidet. NUBU er tiltakseier og innehar lisensen for MST i Norge.

6.2.2.1 Fidelityvurdering i MST

NUBU har systematisk monitorering av kvaliteten på utøvelsen av tiltaket, samt oppfølging av tjenestene basert på dette. Kvalitetssikringen av trofastheten til programmet består blant annet av at det innhentes informasjon fra foresatte, terapeuter og veiledere i hver enkelt sak. Det gjøres også lyd- og videoopptak av MST-terapeutene i møte med familiene, av MST-veilederne i sin veiledning, og av MST-konsulentene i sine konsultasjoner. Det benyttes også flere skjemaer som er utviklet av tiltakseier. Disse inkluderer Therapist Adherence Measure - Revised (TAM-R), Supervisor Adherence Measure - Revised (SAM-R), og Consultant Adherence Measure (CAM). For å sikre uavhengighet, er det merkantilt personale som distribuerer TAM-R til de foresatte (se under).

Terapeut:

- TAM-R er et 28 ledd spørreskjema som fylles i av ungdommenes primære omsorgspersoner hver fjerde uke for å kartlegge om behandler faktisk følger MST-modellen.
- Skjemaet fylles i når en familie har mottatt MST i to uker.
- Deretter fylles skjemaet i hver fjerde uke.
- MST-leder/veileder er ansvarlig for gjennomføringen
- Informasjonen fra TAM-R danner også et viktig grunnlag for de individuelle utviklingsplanene

Leder/veileder:

- SAM-R er et 36 ledd langt spørreskjema som fylles i av MST-terapeutene.
- Hensikten med kartleggingen er å sikre at leder/veileder følger MST.
- Skjemaet fylles i første gang etter at teamet har vært i drift i en måned. Deretter fylles det i annen hver måned.

Konsulent:

- CAM er et 23 ledd langt spørreskjema for å kartlegge i hvilken grad MST konsulenten overholder MST-modellen.
- MST veilederen og MST-terapeutene er respondenter.
- Cam fylles i etter at et team har vært i drift i en måned.
- Når i drift benyttes skjemaet annenhver
- Ikke direkte deltaker i teamet. Gjennomfører kartlegging av programevalueringene hver fjerde måned i samarbeid med MST-veilederen og NUBU. Månedlige samtaler (ofte pr telefon) med MST veilederne. Ansatt i Bufetat.

I de månedlige (eller hyppigere) oppfølgingssamtaler mellom MST-konsulenten og veilederen er det fokus på behandlingsmengde, skjemaene TAM-R og SAM-R, individuelle utviklingsplaner

(for hver terapeut og veileder) og tilbakemelding på lyd- eller videoopptak av veiledning og terapisesjoner.

Hele teamets gjennomsnittlige TAM-R skårer inngår i tertialsviser rapporter for teamene. Disse sendes til ledelsen i MST-teamet av vertsorganisasjon (personlig kommunikasjon med Thøgersen, 2021 kl 2015).

6.2.2.2 Ressursbehov ved gjennomføring av fidelityvurdering etter MST-modellen

Fidelityvurderingene av MST er ressurskrevende, både i forhold til økonomi og personalressurser. For hvert team beregnes ca 20% av et merkantilt årsverk til administrasjonen av fidelity vurderingene.

6.2.3 Individuell jobbstøtte (IPS)

Målet med tjenesten Individuell jobbstøtte (IPS) er å hjelpe personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og personer med rusmiddelproblemer, som ønsker å delta i arbeidslivet, ut i ordinært, lønnet arbeid. Metodikken bygger på et forpliktende samarbeid mellom helsetjenestene og NAV. Arbeidsdeltakelse integreres som en del av behandlingen.

6.2.3.1 Fidelityvurdering for IPS

Arbeidet ledes fra NAV sentralt, hvor det er en egen organisering for dette. De har rekruttert 49 evaluatorene fra tjenestene, både NAV og Helsevesenet, flest fra NAV (koordinatorer/metodeveiledere - ikke ansatte i IPS-team), som har gjennomført ca. 100 fidelityvurderinger (noen team to ganger). Det skal nå ansettes 13 regionale IPS-rådgivere, og de vil stå for mye av fidelityvurderingene framover (de 49 vil delta som 2.evaluator).

6.2.3.2 Hvordan gjennomføres fidelity for IPS?

Det sendes ut et infoskriv til IPS-teamet som skal fidelityvurderes i forkant av besøket. I dette spesifiseres hvilken informasjon de ønsker tilgang til i forkant av besøket, hvilken informasjon de ønsker tilgang til under besøket, en timeplan for gjennomføring av besøket (over to dager) og en sjekkliste for forberedelser til evalueringsmøtet.

Evalueringen gjennomføres gjennom besøk der to evaluatorene og en observatør besøker tjenesten, går gjennom dokumentasjon, gjennomfører intervjuer og observerer for å danne seg et helhetsbilde og få underlag til vurderingene.

Nå under pågående korona skjer datainnsamling til evalueringene digitalt, noe som gjør at en går glipp av viktig informasjon (om IPS-deltakerne, de uformelle situasjonene mv). I denne sammenheng har de utviklet hjelpemidler for egenvurdering som finnes tilgjengelig digitalt. Egenvurderingen kan gi en god oversikt over de forskjellige elementene. Erfaringen er at team da skårer seg høyere enn hvis det gjennomføres en ekstern fidelityvurdering.

I denne sammenheng har de utviklet hjelpemidler for egenvurdering som finnes på Temasidene på NAPHA.no. Egenvurderingen kan gi en god oversikt over de forskjellige elementene.

6.2.3.3 Opplæring av evaluatorene IPS

Utdanningen består av et grunnkurs samt å være med som observatør på minst tre evalueringer. En har fram til nå hatt et todagers kurs hvor en har gått gjennom hvordan alle elementer i fidelityskalen skal skåres. En ønsker nå å gå over til mer eksempelbasert opplæring; hvordan skårer en ved disse «situasjonene/disse data» (mer praktisk/analytisk)?

6.2.3.4 Hvor ofte gjennomfører en fidelityvurdering i IPS?

Frekvensen reguleres i Fidelityskalaen; tjenester før de er godt implementert gjennomfører evalueringer hvert halvår (fram til de har 100 i skåre), mens godt implementerte tjenester gjør det årlig.

Det har vært raskere vekst når det gjelder antall IPS-tjenester enn antall evaluatorene, så per i dag klarer en ikke helt å levere på dette (knappt nok årlig). Dette er ikke ønskelig, evalueringen oppleves viktig for tjenesten når det gjelder implementering av IPS-modellen.

6.2.3.5 Datakilder/informanter ved måling av fidelity – IPS

De ber om tilgang til følgende dokumenter i forkant av besøket:

- **Organisasjonskart** for hele IPS organisasjonen (inkluder alle samarbeidende parter) gjerne med utgangspunkt i Helseorganisasjonen der IPS tjenesten er tilknyttet.
- **Informasjonsmateriell** (brosjyrer eller beskrivelser) om arbeidsrettede tjenester som organisasjonen tilbyr.
- En kopi av **organisasjonens IPS-handlingsplan** etter sist evaluering.
- Oversikt over **mål, resultater og oppfølging** av disse.
- **Møtereferater** fra styringsgruppen/eierne av forsøket og jobbspesialistteamet. Også andre møtereferat fra for eksempel arbeidsgrupper eller lignende kan være til nytte ved evalueringen.
- Dokumentasjon relatert til **rutiner og praksis** for jobbspesialistene.

Under besøket ber de om tilgang til følgende dokumentasjon:

- 15 **komplette deltakerjournaler** tilgjengelige for gjennomgang. Journaler for deltakerne som skal intervjues, fem journaler for deltakere som er i arbeid, eller som har vært i arbeid nylig, deltakere som er avsluttet av jobbspesialist og minst to journaler for deltakere som ikke har kommet til avtalte møter. Journaler for to deltakere hvis noen i tjenesten deltar i opplærings- eller utdannelsesprogrammer. Deltakerjournaler fra samtlige jobbspesialisters porteføljer. OBS!! Samtykke fra deltakere og/eller anonymiserte journaler.
- **Oversikt over deltakerporteføljer** for alle jobbspesialistene med status for alle deltakerne som får oppfølging – aktiv jobbsøk/i jobb/annet samt tilknytning til behandlingsteam.
- **Oversikt over ulike datoer/tidspunkt:**
 - Henvisningsdato
 - Første møte med jobbspesialist
 - Dato for første ansikt-til-ansikt arbeidsgiverkontakt
 - Avsluttet hos jobbspesialist
- Liste over **deltakere som er i jobb og/eller som har begynt å jobbe** i løpet av de seks siste månedene med informasjon om:
 - Startdato i jobb
 - Arbeidsgiver
 - Stillingsbetegnelser
 - Stillingsstørrelser og ansettelsesform
 - Ansettelsesdatoer og evt. sluttdatoer)
 - Bruk av NAV sine virkemidler
- En liste over **deltakere som midlertidig ikke har jobbspesialist** av ulike årsaker (passive/«på is»/venteliste) samt antall måneder på listen.
- Minst to komplette logger over **jobbutvikling/jobbsøking og arbeidsgiverkontakt** for åtte uker fra hver enkelt jobbspesialist.

- Dokumentasjon som viser **hvor jobbspesialistene har utført sine tjenester** (f.eks. på kontoret, ute i nærmiljøet) og hva de har gjort. Dette kan f.eks. være utskrift fra Outlook (8 uker) hvis denne informasjonen kommer tydelig frem her, eller journalnotater.
- **Feltveiledningslogger** fra siste seks måneder.

Det gjennomføres en rekke intervjuer under besøket:

- Medlemmer av styringsgruppen
- Behandlere i hvert behandlingsteam
- Teamledere i Helse
- Metodeveileder for jobbspesialistene
- Individuelle intervjuer med jobbspesialistene
- En liten gruppe deltakere (ca fem personer) som er i og har mottatt tilbud fra jobbspesialist
- Intervju med familiemedlemmer til personer som mottar IPS-tjenesten
- Gruppeintervju med NAV-veiledere

I tillegg observeres møter i jobbspesialistteam og man observerer jobbspesialister i kontakt med arbeidsgiver – jobbutvikling (minst to møter, første og andre møte).

6.2.3.6 Ressursbehov fidelityvurderinger IPS

Samlet bruker en om lag ett ukeverk per evaluator, totalt 3 ukeverk, pr fidelityvurdering av det enkelte IPS-team. Dette finansieres av de ulike tjenestene hvor evaluatorene er ansatt. Så langt har Arbeids- og velferdsdirektoratet finansiert reisekostnader for evaluatorene.

6.2.3.7 Noen erfaringer/råd

Vi har fått formidlet følgende synspunkt: For å få lokal støtte til behovet for å gjennomføre fidelityvurderinger er det viktig å synliggjøre læringsperspektivet. Samtidig bør fidelityvurderinger primært sees på som sentrale for å vurdere i hvilken grad IPS-modellen er implementert, og i mindre grad som en kvalitetsvurdering av teamet.

6.2.4 De utrolige årene (DUÅ)

DUÅ-tiltakene består av flere delprogrammer med ulike målgrupper (foreldre-grupper eller barne-grupper) og problemnivå (forebygging eller behandling) som har som felles endringsfokus på foreldrefunktering og atferdsvansker hos barn. Fidelityvurderinger er konsentrert om gruppeledere, veiledere og mentorer i praksis, ikke på virksomhetsnivå eller brukernivå. Det er egen godkjenning basert på opplæring/praktisering og personlig sertifisering for hver av disse tre personalgruppene. Opplæringen av gruppeledere består av tre introduksjonsdager og deretter lokal veiledning på praksis.

Sertifisering av alle tre grupper baserer seg på skåring av videoopptak fra praksis kombinert med sjekkliste/evalueringsskjemaer. Evalueringsskjema fylles ut av foreldre, og sjekklister er selvutfylt av gruppeledere, veiledere og mentorer. Disse fylles ut jevnlig også i videre praktisk drift, men oppsummeres og brukes primært i lokal kvalitetssikring. De inngår altså ikke i noen sentralisert fidelityvurdering

Etter sertifisering (godkjent i USA basert på norsk vurdering) forventes gruppeledere å delta på minst to «mentorveiledninger» pr. år som inneholder veiledning i større grupper og oppdatering på fornyelser i programmet.

Kommuner som driver DUÅ-tiltak har jevnlig kontakt på ledelses-nivå med DUÅ-organisasjonen (Fordelt på RBUP/ RKBUSentrene).

6.2.4.1 Fidelity i implementering av DUÅ

Etter den innledende implementeringsfasen og opplæringen følger fasen med innarbeiding fram mot sertifisering og etter hvert oppretthold av kvalitet, hvor fidelityperspektivet får økende relevans:

- **Veiledning**
Nye gruppeledere får tett oppfølging i form av 4-5 veiledninger pr. gruppeløp av kollegaveileder og mentor frem til sertifisering. I veiledningen brukes videoopptak fra eget arbeid, og ulike typer fidelityredskap (f.eks sjekklister og evalueringer fra deltakere).
- **Sertifisering** anses som avslutning av opplæringen, og fornyes ikke, men både mentorer, veiledere og gruppeledere deltar i kompetanse-fornyelse i fortsettelsen.
- **Veiledning av mentor.** I hver region tilbys fire mentorveiledninger i året. Dette er veiledninger i større gruppe, Dette for å støtte gruppeledere i deres arbeid med programmet, samt sikre at de blir oppdatert på ny utvikling i programmet. Det forventes at alle gruppeledere deltar på minst to av disse hvert år.
- **Oppfølging av kommuner/organisasjoner** på ledernivå så lenge programmet er implementert i kommunen.
- **Årlig DUÅ konferanse.** Denne er organisert som en fagdag med tema knyttet til DUÅ. Det kan være både internasjonale og nasjonale foredragsholdere, i tillegg til presentasjon av arbeid som gjøres omkring i landet.
- **Sertifisering** fornyes ikke. Men de som driver med DUÅ må komme på veiledning 2-4 dager i året etter sertifisering. Så de er den del av et fagmiljø og må vise frem arbeidet sitt.

6.2.4.2 Drift – grunnlag for løpende kvalitetssikring

- Gruppeledere fyller ut sjekklister etter hvert gruppemøte, altså ett i uka.
- Foreldrene fyller ut et evalueringsskjema etter hvert gruppemøte (ett i uka).
- Foreldrene fyller ut et omfattende evalueringsskjema etter at hele tilbudet er ferdig.
- Ingen systematisk bruk av kollegaveiledning, men gruppeledere samarbeider to og to i driften

6.2.5 FACT Voksne

De norske helsemyndighetene ønsket allerede i 2009 å stimulere til utprøving av ACT-team. De første FACT-teamene i Norge ble etablert i 2013. Per januar 2021 var det etablert ca 70 FACT- og 7 ACT-team.

6.2.5.1 Gjennomføring av fidelity

To eksterne evaluatorene gjennomfører fidelityvurderingen. En undersøkelse av FACT påpeker dette oppleves som positivt, at det bidrar til både videreføring av opplæringen i praksis, og harmonisering av skåringspraksis. Det er varierende praksis når det gjelder om evaluatorparene er faste eller varierer mellom oppdragene.

6.2.5.2 Opplæring av eksterne evaluatorene

I forkant av evalueringen fikk teamet som skulle gjennomføre FACT-evalueringen opplæring av CCAF, to dager hos CCAF i Nederland og to dager på Hamar med Remmers van Veldhuizen, en av grunnleggerne av FACT-modellen. De seks personene fra NKROP/NAPHA som skulle gjennomføre øvrige Fidelityvurderinger gjennomførte en todagers opplæring i Norge med det norske evalueringsteamet.

6.2.5.3 Bruk av FACT skala

I Norge har 2010-skalaen vært brukt til som del av fidelityvurderingen av de sju teamene som inngikk i evalueringen av FACT-team (Landheim og Odden 2020). Den har også vært brukt i de få fidelityvurderingene NKROP/NAPHA fikk gjort før pandemien slo inn medio mars 2020. Beskrivelsen under gjelder disse samlet.

Vurdering av modelltrofasthet i FACT-teamene gjøres for å undersøke i hvilken grad FACT-modellen er implementert i teamene, det vil si i hvilken grad de jobber i tråd med modellen. Modelltrofasthet forutsetter en klart definert modell, og nederlandske FLEXIBLE ACT scale 2010 (FACTs 2010) er brukt for å vurdere teamene som deltok i evalueringen. Den nederlandske skalaen er brukt uten å gjøre noen tilpasninger til norske forhold, for også å kunne belyse forskjeller mellom FACT i Nederland og Norge.

6.2.5.4 Måleinstrumentet FLEXIBLE ACT scale (FACTs)

Teamenes fidelity mot FACT-modellen er vurdert med bruk av FLEXIBLE ACT scale (FACTs). Det nederlandske sertifiseringssenteret CCAF, som har ansvaret for sertifiseringen av ACT- og fleksible ACT-team, har opphavsrettighetene til FACT 2010-skalaen. Skalaen ble oversatt til norsk fra den engelske versjonen fra 2010, og den er presentert som vedlegg i den norske ACT-håndboka (Aakerholt, 2013).

FACT-2010-skalaen for voksne er i all hovedsak videreført mht oppbygging og innhold i FACT Ung-skalaen fra 2014. Det er ingen erfaring i Norge med å vurdere FACT-teamene etter ny skala (versjon2 2017 for FACT voksne, versjon2 2020 for FACT Ung).

6.2.5.5 Datainnsamling / Fidelitygjennomføring FACT

Både i FACT-evalueringen og øvrige fidelityvurderinger gjennomført i Norge fram til nå er fidelityvurderingene gjennomført av eksterne personer, dvs personer uten tilknytning til et FACT-team.

I tillegg til å sette av tid til besøket i teamet, har det enkelte FACT-team gjort en betydelig jobb i forkant av fidelitybesøket. Teamet har gitt informasjon om teamet og brukerne i teamet i form av svar på spørreskjema i løpet av ukene før fidelitygjennomføringen.

Fidelity-målingen bygger på følgende datakilder:

- 1) Observasjon av ett FACT-tavlemøte
- 2) Observasjon av ett behandlingsmøte
- 3) Intervju med teamleder
- 4) To gruppeintervju med teamansatte
- 5) Behandlingsplaner (seks tilfeldig utvalgte fra brukere med samtykke)
- 6) Spørreskjema fylt ut i forkant av fidelitybesøk. Skjemaet inneholder:
 - a. Informasjon om teamet og organisering av teamet
 - b. Informasjon om ansatte, deres yrkesbakgrunn og opplæring
 - c. Antall brukere, rekruttering og utskrivning av brukere
 - d. Opplysninger om de ti siste sykehusinnleggelser og -utskrivelser
 - e. Tjenester fra teamet og hvor stor andel av brukerne som får ulike intervensjoner
 - f. Omfang av lokalbaserte tjenester (oppsøkende virksomhet, samarbeid med andre)
- 7) Basert på utvalgte journaler med informasjon om;
omfang av delt caseload i teamet, kontaktfrekvens, oppsøkende kontakter, kontakter med brukers nettverk, behandlingsplan, kriseplan, rehabiliteringsmål og ROM (rutinemessig resultatmåling).

6.2.5.6 Skåringsprosess – prosess for tilbakemelding - FACT

To personer har gjennomført fidelityvurderingene av det enkelte team. De har vært til stede i hvert team en arbeidsdag, og i etterkant gjort skåringer hver for seg før de ble enige om felles skåringer. Teamene fikk resultatene presentert i en rapport med begrunnelse for hver av skåringene. Det er et oversatt skjema – på item-nivå – som brukes til dette. Denne rapporten

var utgangspunktet for en dialog med teamet for å få fram eventuell utfyllende informasjon og sikre riktig tolking av innsamlede data. Da endelige skåringene var fastsatt, var evalueringsteamet tilbake i teamet og presenterte resultatene. Resultatene ble diskutert med FACT-teamene.

6.2.5.7 Erfaringer med fidelityvurdering

Tilbakemeldinger fra teamene i FACT-evalueringen tydet på at teamet opplevde å bli sett, og at det var relevante perspektiver i målingen. Teamene ga tilbakemeldinger på at fidelityvurderingene ble opplevd som nyttig for diskusjon om hvordan teamet jobber, og hvordan det bør jobbe framover. Det er viktig å ta med i vurderingen av fidelitymålingene at vi brukte den nederlandske modellen uten tilpassing til norsk kontekst. Det er mange ulikheter i den nederlandske og norske konteksten som påvirker forhold som ligger til grunn for skåringene. I arbeidet med vurdering av modelltrofasthet ble det derfor understreket at det ikke nødvendigvis var et mål å skåre høyest mulig på alle deler av skalaen. Avvik fra modellen kan bidra til å si noe om hvilke deler av modellen som er lite egna i norsk sammenheng, og må ses i sammenheng med hvilke erfaringer de norske teamene har med å arbeide etter modellen. For å kunne vurdere hvor relevant og nyttig modellen er for norske forhold, må resultater fra fidelitymålingene ses i sammenheng med erfaringer sentrale aktører har med FACT-modellen.

6.2.5.8 Ressursbehov ved gjennomføring av fidelityvurdering etter FACT-modellen

Det brukes om lag to ukeverk for de to evaluatorene per team, samt ca 2 administrative ukeverk på å organisere og koordinere den årlige fidelityaktiviteten på landsbasis. Når fidelityvurderingen og tilbakemeldingen gjøres fysisk anslås reiseutgiftene til ca 24000.- per fidelityvurdering.

Ved ekstern fidelityvurdering av 10 team vil det årlige ressursbehovet bli om lag ½ årsverk og reise- og oppholdskostnader om lag 240 000.-.

I tillegg kommer kostnader til opplæring av evaluatorene.

6.2.6 Housing First (HF)

Housing First er en modell for varig bosetting av bostedsløse med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske helseproblemer. Modellen bygger på prinsipper om at tilgang til bolig er en grunnleggende menneskerett og at bruker skal ha reell medbestemmelse knyttet til valg av bolig og hvilken type oppfølging han/hun skal få. I Norge brukes den blant annet av en rekke FACT team.

6.2.6.1 Hvordan gjennomføres fidelityvurdering for Housing First?

Det fylles ut et selvevalueringskjema av ansatte (minimum fire med minst seks mnd. erfaring fra HF). Disse gjennomgås i et møte som ledes av eksterne. Ansattes skårer på hver av item'ene sammenlignes, og der hvor det er konsensus regnes dette som skåre. På item hvor det er avvikende skåre drøftes dette, hvoretter det reskåres. Majoritetsskåren regnes da som den endelige fidelityskåre på det item.

Det er utviklet en egen skåringstabell, hvor skåren for hver item er inndelt. Basert på denne identifiseres item og områder med hhv høy og lav fidelity.

NAPHA gjennomfører etter dette intervju med nøkkelpersoner i programmet, for å følge opp selvevalueringen. Disse intervjuene er basert på gjennomgang av selvevalueringen, og hvor en i intervjuene er særlig opptatt av de item's hvor HF-tilbudet har høy eller lav fidelity.

Etter konsensumøtet, hvor teamet har kommet frem til «en besvarelse», skårer og analyserer NAPHA etter en manual. NAPHA tar et oppsummeringsmøte med teamet og leverer også en rapport / analyse.

6.2.6.2 Gjennomføringsinstans

Det er NAPHA som gjennomfører fidelityvurderingene (intervjuene) i Housing First. Selv om det på sikt er ønskelig at også ansatte fra teamene deltar i fidelityvurderingene, tenkes det at NAPHA vil ha ansvaret for nasjonal gjennomføring (ansvar for planlegging, opplæring, kvalitetssikring mv).

6.2.6.3 Opplæring av de som gjennomfører fidelity

Det er ingen formell opplæring, bortsett fra veiledning fra internasjonale Housing First-nestorer. Det er på sikt ønskelig å ha en gruppe av ansatte fra teamene som kan læres opp, da vil NAPHA stå for opplæring.

6.2.6.4 Hvor ofte gjennomføres en fidelityvurdering?

Så langt har Norge bare så vidt startet med dette, så kun to steder er fidelityvurdert to ganger. Det tenkes årlig fidelityvurdering for alle team.

6.2.6.5 Datakilder/informanter ved måling av fidelity

Det er primært to datakilder ved en fidelityvurdering av Housing first; ansattes selvevalueringsskjema og intervju med nøkkelpersoner/ledere.

Ansattes selvevalueringsskjema

Dette er et skjema med 38 spørsmål (det siste er et åpent spørsmål) om fem tema knyttet til Housing First, og hvor hvert spørsmål er inndelt i flere verdier (den ansatte krysser av for en/flere verdier). De fem temaene er

- Beskrivelse av modellen som brukes i HF-prosjektet
- Hvordan bolig og tjenester er knyttet til hverandre i HF-prosjektet
- Filosofien som ligger til grunn for tjenestene i HF-prosjektet
- Bredden av tjenester
- Teamstruktur/personalressurser

Intervju med nøkkelpersoner/ledere

Intervjuet varer 1 ½-2 timer, og er primært ment som en hjelp til å forbedre tilbudet. I forkant av intervjuet går intervjuerne gjennom HF-teamets selvevalueringsskåring.

Intervjuet er semistrukturert, og en går gjennom område for område – item for item (starter med det som har høyest fidelity). En har særlig vekt på de item der teamet har skåret hhv lav eller høy fidelity; hva bidro til at HF-prosjektet oppnådde høy fidelity her/Hva er barrierer/hindringer som har bidratt til ditto lav fidelity her? Det er i tillegg en del spørsmål om hva en kan gjøre for å forbedre items/områder med lav fidelity, hvordan HF-prosjektet generelt fungerer og hvordan elementene i HF-prosjektet er forventet å gi effekt for brukerne av HF-tilbudet.

6.2.6.6 Ressursbehov ved gjennomføring av fidelityvurdering - Housing First modellen

Det er to personer som gjennomfører dette, og når det gjennomføres digitalt (vært nødvendig grunnet pandemien) er samlet ressursinnsats ca ½ ukesverk per team.

Det er anbefalt å gjennomføre med fysiske møter (konsensusmøte, intervjuene og tilbakemelding), også for å observere teamet i sitt arbeid. Dette vil både gi bedre grunnlag for fidelityvurderingene samt større læringseffekt for teamet. Ressursinnsatsen vil da øke til ca 1 ukesverk per team, samt reiseutgifter for 2 personer.

6.3 Fidelity-skalaer for FACT Ung

Fokuset i drøftingen her er på vurderingene knyttet til at det foreligger to forskjellige versjoner for å vurdere fidelity, eller modelltrohet fra henholdsvis 2010/2014 (Versjon1), og 2017/2020 (Versjon2) for FACT.

6.3.1 En sammenlikning av de to Fidelity versjonene

Begge versjonene har en del med konkrete målepunkter som scores etter en definert skala. Versjon 1 har bare denne skjematisk evalueringen, med 62 items som scores etter skjema fra 1-5 etter gitte kriterier på hvert item. Målingen vil her bli gitt i tall, og scoringene regnes etter er antall gitte poeng, med vurderingskriterier basert på cut off ut i fra antall poeng.

I den reviderte fidelityskalen i versjon 2 er det bare 17 items i den fidelityskalen vi kjenner fra versjon en. Disse itemene måles og scores på samme måte som i versjon 1, med tall, poengscoringer og tallbasert cut-off.

Fidelityskala versjon 1 barn og unge norsk oversettelse

Teamstruktur	Teamprosess
1.1. Liten caseload	16. teamtilnærming
2. Bemanning	17. Teamtilnærming ved intensiv oppfølging
3a. Stillingsandel i teamet («selvstendig team»)	18. Fact-tavlemøte
3b. Stillingsandel i teamet («sammensatt team»)	19. Deltakelse på fact-tavlemøte
4. Barne- og ungdomspsykiater	20. Behandlingsplan (deltakelse)
5. Familieterapeut	21. Behandlingsplan (bruker)
6. Barne- og ungdomspsykolog	22. Kriterier for å bli satt på fact-tavlen
7. Samlet stillingsandel for 3 behandlere (spesialister)	23. Prosedyre for når bruker skal på fact-tavlen
9. Sosionom, (vernepleiere,) og sykepleiere	24. Prosedyre for når bruker skal av fact-tavlen
10. Case manager	25. Kontaktfrekvens (brukere på tavlen)
11. Spesialist i rusbehandling	26. Kontaktfrekvens (brukere som ikke står på tavlen)
12.trajectbegeleider: rehabiliteringsspesialist?!?	27. Moderne kommunikasjon
13. Kunnskap om psykisk utviklingshemming	
14. Familieveileder	
15. Gjenspeile brukergruppen	
Diagnostikk, behandling Intervensjoner	Organisering av tjenester
28.diagnostikk (evt. Diagnostisk prosess)	40. Prosedyre for inklusjon i teamet
29. Flerfaglige, praktiske behandlingstjenester	41. Venteliste
30. Individuell behandlingsplan	42. 24-timers tilgjengelighet og krisetjenester
31. Individuell kriseplan	43. Sikkerhetsvurderinger
32. Personlige utviklings-/forbedringsmål	44. Ansvar for sykehusinnleggelse
33. Kopi av behandlingsplanen	45. Brukerstyrte senger
34. Medisinering	46. Besøk under innleggelse
35. Psykoedukasjon	47. Planlegging av utskrivelse
36. (psykologisk) spesialistbehandling	48. Gradvis overgang til andre tjenester
37. Familieterapi	49. Evaluering avslutning
38. Modell for integrert behandling av rus- og psykisk lidelse (f.eks. Iddt-modellen)	50. Ingen drop-out
39. Veiledning rettet mot utdanning og arbeidsrehabilitering	
Lokalbaserte tjenester	Monitorering
51. Oppsøkende	56. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) (innhold)
52. Kontakt med eksterne samarbeidspartnere	57. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) (bruk)
53. Kontakt med brukerens formelle nettverk	58. FORBEDRINGPROSESS FACT
54. Samarbeid med sosialt nettverk når brukere har behov for intensivt tjenestetilbud	
55. Samarbeid med sosialt nettverk når bruker har behov for mindre intensivt tjenestetilbud	Profesjonalisering
	59. Refleksjon rundt egen praksis
	60. Opplæring i fact og kunnskapsbaserte metoder
	61. Systematisk fokus på utvikling og empowerment
	62. Teamånd

I versjon 2 har man i tillegg lagt inn åtte fokusområder. Hvert av fokusområdene presenteres utfyllende i Fidelityveilederen der det også gis overordnede premisser for fidelityoppnåelse.

Til hvert fokusområde er det til sammen 24 definerte undertemaer, til sammen 54 kontrollpunkter. Disse kontrollpunktene scores også med tallkoder, men i en skala fra 1-8 med gitte kriterier slik:

Poeng	1-2	3-4	5-6	7-8
Kriterie	Finns ej	Under utveckling	Korrekt implementerat	Föredömligt implementerat

I scoringen av fokusområdene skal man også legge en vurdering av teamets ytre rammefaktorer (case-mix, ressurstilgang, kontekst, sammensetning) til grunn for scoringen.

Fidelityskala versjon 2 Voksen, Svensk versjon

Fidelity skala	
1.Liten caseload 2.Anställda teammedlemmar 3.psykiater 4.psykolog 5.sjuksköterska 6. Socialt arbete 7. Arbetsterapeut 8. Arbetsspecialist 9. Peer support (PSW)	10. Expertis Somatisk hälsa 11.Expertis beroandevård 12. Expertis kognitiv funktionsnedsättning 13 Självbestemmelse och autonomi 14.Flexibel vård 15.Team approach 16.Dagliga FACT-möten 17.Uppsökande verksamhet
Fokusområder	
Fokusområde 1 Flexibel vård 1.Flexibel vård är ett tydligt inslag vid FACT-mötet. 2.Stegvis vård återspeglas i vårdplan/samordnad individuell plan (SIP) och individuellt anpassad vård är implementerad. 3.Det finns en team-approach där flera teammedlemmar aktivt bidrar med kompetens. 4.Vårdinsatserna är anpassade till deltagarens individuella återhämtningsprocess. Vårdintensiteten kanökas och minskas efter behov och önskemål.	Fokusområde 2 Personlig domän 1.Teamet respekterar och bekräftar deltagaren som individ 2.Teamet utgår från deltagarens egna styrkor och resurser. 3.Teamet är medvetet om deltagarens kamp med sin egen kulturella, sexuella och andliga identitet och med känslor som smärta och sorg. Teammedlemmarna agerar gemensamt utifrån denna insikt. 4.Teamet är noga med att motverka stigmatisering från teamets sida och självstigmatisering hos deltagaren. 5.Teammedlemmarna är inte rädda för att ta risker. 6.Teamet har en optimistisk attityd och använder ett hoppfullt språk som ger en öppen och positiv bild av framtiden.
Fokusområde 3 Domän for delaktighet 3.1 Deltagarens delaktighet inom domänen egenomsorg och boende framgår tydligt. 3.2 Deltagarens delaktighet inom domänen socialt nätverk framgår tydligt 3.3 Deltagarens delaktighet inom domänen arbete och fritid framgår tydligt	Fokusområde 4 Symtomatisk domän 4.1 Psykiatriska vårdinsatser 4.2 Somatiska vårdinsatser 4.3 Psykologiska och pedagogiska insatser 4.4 Insatser mot missbruk
Fokusområde 5: Planering och uppföljning på individuell nivå 5.1 Planerings- och uppföljningsprocess 5.2 Integrerad ansvar	Fokusområde 6 Krise og sikkerhet 6.1 Ihärdiga insatser för att förebygga kris 6.2 Säkerhet och risker
Fokusområde 7 Samarbeid med nettverk 7.1 Kontakt och samarbeid med deltagarens sociala nätverk 7.2 Samarbeid med interna och externa professionella nätverk	Fokusområde 8: Kvalitet och innovation 8.1 Utbildning 8.2 Expertkunskap 8.3 Planering och uppföljning på teamnivå

6.3.2 Sammenlikning av innholdet i versjon 1 og 2

Versjon 1 for barn og unge er oversatt til norsk, men ikke ferdig utviklet og tilpasset. Versjon 2 for voksne er oversatt til norsk i en foreløpig utgave. Begge versjonen vil kreve bearbeiding og videreutvikling før de kan tas i bruk. Vurderingene av hvordan man skal drive fidelity-vurderingen, og hvilket verktøy man skal videreutvikle er det viktigste å få på plass nå. Ytterligere innholdsmessige sammenlikninger av versjonene er derfor mindre relevant på dette stadiet.

I Danmark er det utarbeidet både skåringsmanual for versjon2 og prosedyrer for informasjonsinnhenting. Der er tilbakemeldingen at informasjonsinnhenting er svært arbeidskrevende for både team og evaluatore. Det inkluderer informasjonsinnhenting med fokusgruppeintervjuer med brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

6.3.3 Selvrapporteringsversjoner for brukeres, pårørendes og samarbeidspartneres opplevelse

Det er ikke tidligere utarbeidet selvrapportversjoner for teammedlemmer, brukere, pårørende eller samarbeidspartnere, men det kunne forholdsvis enkelt utarbeides selvrapportversjoner basert på utvalg fra versjon2 som kan være nyttig. For noen informanter, særlig brukere og pårørende, kan selvutfylling være lite egnet eller realistisk, men da kan selvrapportversjoner brukes som intervjuguide. Skåringen for selvrapporter kan oppsummeres kvantitativt i en profil med gjennomsnitt og standardavvik. Ofte må det være mulig å sammenligne selvrapporter direkte med evaluatorskåring.

Dette er ikke en del av praksisen for FACT for voksne, men er integrert i dansk praksis som fokusgruppeintervjuer med disse aktørene. Dette bør utvikles som et fast element i vurderingsgrunnlaget for fidelity i FACT Ung. For å starte prosessen med dette er det laget et foreløpig utkast til en evaluering fra brukere, pårørende og samarbeidspartnere (BPS-informanter), basert på et utvalg item fra fidelityinstrument versjon2 for FACT Ung. Informanter som ikke ønsker eller har tilstrekkelig funksjonsnivå til å besvare det med selvutfylling kan intervjues av et teammedlem eller i en fokusgruppe.

6.3.4 Virksomhetsstatistikk som supplement til fidelityskalaen

Virksomhetsstatistikken kan tenkes integrert i journalsystem, i pasientadministrative systemer, tiltaksbasert inntektsgenerering eller pakkeforløpskodning.

Dette bør inneholde både hvem som er tjeneste-mottakere og deltakende samarbeidspartnere, personell-kategorier fra FACT Ung, innholdet i tjenesteytelsen, ambulant/reise, og tidsbruk/varighet.

Registreringen av daglig aktivitet må inkludere aktivitetsaspektene som etterspørres i fidelityinstrumentene. Dette bør koordineres nasjonalt og integreres i datasystemer, ikke utvikles som lokale varianter.

Dersom det etableres pakkeforløp for FACT Ung bør kodesystemet for pakkeforløpet utformes slik at mest mulig av de tallfestede spørsmålene i fidelityvurderingene kan besvares med virksomhetsstatistikk fra disse systemene. På casenivå bør det være systematisert å sørge for følgende; kartlegge startstatus for nye brukere: Funksjonsprofil, symptomnivå og livskvalitet. Instrumentvalget bør samordnes med de aktuelle instrumentene for monitorering av endring i behandlingsperioden. Denne monitoreringen bør gjentas årlig, og før brukere avsluttes. Resultatene fra dette inngår ikke i fidelityvurdering, men er et nødvendig grunnlag for løpende vurdering av brukernes nytte av tjenestetilbudet.

6.4 Organisering av fidelityvurderinger for FACT

6.4.1 Kompetansesentrene ansvarlig

Fidelityvurdering gjennomføres på svært ulike måter i eksemplene vi har beskrevet tidligere, og det er ingen etablert gullstandard for fidelityvurdering. De fire metodene vi har beskrevet, er alle betydelig "smalere" enn tilfellet er for FACT. FACT Ung beskrives som en modell for tjenesteytelse, som nok både er bredere og mer komplekst enn en spesifikk behandlingsmetode som MST og DUÅ.

Et sentralt valg er om fidelityvurderingene skal legges til ett/flere senter (slik som for MST, FACT for voksne eller Housing First), om det brukes eksterne evaluatorene fra et senter, fra andre tjenester i samme område (som for IPS) eller om man skal bruke teammedlemmer fra andre FACT Ung team.

Ved å konsentrere evaluatortroppen til noen få personer og fagmiljø vil man forholdsvis raskt kunne bygge opp erfaring og kompetanse i gjennomføringen. Det vil også sannsynligvis styrke reliabiliteten av vurderingene at et fåtall personer som er tett samordnet gjør dette. Revidering av fidelity-prosedyrer og instrumenter bør gjøres av de samme miljøene, slik det gjøres for FACT for voksne. En sentral fidelityfunksjon bør også være å holde oversikt over alle eksternvurderinger og koordinere behovene for det.

Organisering av et evaluatornettverk vil være mindre sårbart for utskiftninger i bemanning ved sentrene som bidrar. En sentral funksjon er også å vedlikeholde kalibreringen av samsvar mellom evaluatorene. Et virkemiddel i dette kan være at all eksternvurdering gjøres av to evaluatorene, og at sammensetningen veksler for å samordne praksisen i nettverket.

Basert på erfaringen med en slik organisering for FACT Voksne vil arbeidet med revisjon av fidelityinstrumenter styrkes. Planlegging av slike vurderinger lettes ved en slik organisering, også mht. å holde rede på hvilke team som bør vurderes ut fra stadie (i drift ett år/etter 3 år etc).

Samtidig vil et slikt opplegg være sårbart for utskiftninger i bemanning i disse sentrene. Med få personer som gjør vurderingene risikerer en at disse etablerer et personavhengig «vurderingsregime». Personer fra disse sentrene vil sannsynligvis i mindre grad ha praksis fra FACT Ung-teamene.

Som det framgår av gjennomgangen av de ulike fidelitypraksisene er det ulike måter å gjennomføre dette på. Et valg man står overfor er om man skal legge fidelityvurderingene til ett/flere senter (som FACT for voksne eller Housing First) eller om man skal rekruttere fra eksisterende tjenester (som IPS).

Pandemien har gjort at fidelityvurderinger i 2020/2021 har vært gjennomført utelukkende digitalt. Dette er kostnadsbesparende mht. reisetid og -kostnader, og lar seg gjennomføre. Samtidig er det en klar oppfatning at dette både reduserer datakvaliteten og læringseffekten for teamene.

6.4.2 «Kollegavurdering» mellom team

En slik løsning vil styrke teamenes kunnskap forståelse av og om innholdet i FACT Ung, og dessuten i større grad sikre et «klinisk blikk» i fidelityvurderingene. Ved at teammedlemmer får mulighet til å se grundig på hvordan andre team realiserer FACT Ung vil det også kunne gi overføringsverdi tilbake til eget team.

Den største ulempen er at det vil være vanskeligere å standardisere og kvalitetssikre en slik modell for fidelityvurdering. Dessuten vil en slik løsning trekke faglige ressurser ut av teamene i en viss periode. Selv om denne ressursbruken kompenseres vil vedkommende i en viss periode være borte fra teamets daglige drift.

6.4.3 Internvurdering

De eksterne fidelityvurderingene vil være ressurskrevende for både senteret å gjennomføre og for teamene å delta i, og kan derfor ikke gjennomføres hyppig. Det er derfor ønskelig med et opplegg for teamets egenvurdering av fidelity som med små ressurser kan gjennomføres forholdsvis hyppig (gjerne hvert halvår). På denne måten kan også prosessen underveis i etableringen av FACT Ung teamene ivaretas ved å bruke egenvurdering av fidelity aktivt i prosessen. Samtidig er det viktig at teamet får en ekstern respons på denne egenvurderingen, i tråd med det veiledningsprinsippet blant annet MST anvender. Vi er ikke kjent med at det er utviklet noe slikt for FACT Ung.

6.5 Anbefalinger fidelity FACT Ung

6.5.1 Hvorfor Fidelity?

Fidelityvurderinger er et virkemiddel for å sikre at ny praksis etableres og ikke forvitrer over tid – sammenlignet med en standard. I FACT Ung er hensikten å støtte utviklingen av teamene i realisering av modellen. FACT Ung modellen med de spesielle føringene som er gitt i Norge for forankring i to tjenestenivå og en sammensatt målgruppe vurderes som en komplisert og krevende modell. Imidlertid vurderes det som at kjernekomponentene er så godt begrunnet for formålet at det i liten utstrekning bør brukes lettere og forenklete varianter for å redusere utfordringene. Samtidig kan det være gode grunner til lokale tilpasninger, og det vil være viktig å både anerkjenne og konkretisere hvordan et team kan være underveis til å realisere modellen.

Derfor er det viktig å få på plass en systematisk vurdering av fidelity i både implementerings- og driftsfasen, for å understøtte oppbyggingen og sikre mot forvitring i drift.

Fidelityvurdering i FACT Ung bør først og fremst ha som formål å understøtte implementeringen og utviklingsarbeidet av modellen. Det bør likevel også ha interesse for andre enn teamet selv, slik som tiltakseierne, tilsynsmyndigheter, oppdragsgivere, tilskuddsytere, brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

Fidelityvurderingen bør derfor både dokumenteres og kunne ut i en utviklingsplan som er utarbeidet i samarbeid mellom evaluatorene og teamet. Fokuset i tiltaksplan bør være hvordan en kan utvikle styrke og øke mestring i den utøvende virksomheten for å forbedre fidelity.

For FACT Ung er det aktuelt både å kvalitetssikre fidelity i implementeringsprosessen og videre drift, og å evaluere om eventuelle lokale tilpasninger av modellen fører til måloppnåelse for brukerne. Det er viktig å fange opp avdrift og forvitring, vurdere mulige årsaker til dette og foreslå tiltak for eventuell revitalisering av virksomheten.

6.5.2 Paradigmer i fidelityvurderinger av FACT Ung

Når det gjelder fidelityvurdering av FACT Ung er flere tolkningsparadigmer aktuelle. I både internvurderinger og ekstern fidelityvurdering vil en kombinert positivistisk og tolkende tilnærming være nødvendig, tilpasset det sammensatte informasjonsgrunnlaget som anbefales. En positivistisk tilnærming er aktuell basert på virksomhetsstatistikk og skåring av kvantifiserte spørsmål i fidelityinstrumentet, samtidig som totalevalueringen som kombinerer de mange informasjonsgrunnlagene må utvides til å være kvalitativt fortolkende, særlig når det kommer til nødvendigheten av lokal tilpasning og når implementeringen har kommet langt. Det innebærer at underveis i implementeringen og etter initial og/eller full implementering vil en tolkende tilnærming bli mer dominerende: For å forstå hvorfor deler av modellen ikke er på plass, hvorfor og hvordan noe har gått galt, å avdekke faresignaler på utglidning og forvitring, eller diskrepans mellom informanter og informasjonskilder.

6.5.3 Hvilken skala bør brukes?

Fidelityvurdering og utviklingsarbeid med opplegget for den i FACT Ung bør i størst mulig grad gjøres på samme måte og koordinert med FACT for voksne.

Modellbeskrivelsen for FACT Ung Norge bør være normen for både teametableringer og fidelityvurderinger. Den er operasjonalisert i to skåringsverktøy for fidelityvurdering av FACT Ung som er tilpasninger av tilsvarende verktøy for FACT voksne: en tidlig **versjon1** fra 2010/2014 og en nyere **versjon2** fra 2017/2020 (FACT/FACT Ung).

Disse er skåringsverktøy for en ekstern evaluator, basert på et bredt vurderingsgrunnlag av intervjuer med informanter innenfor teamet (for versjon 2 også utenfor teamet), og forskjellig dokumentasjon.

Vår anbefaling er at Versjon1 brukes i internvurderingen det første året, før faktisk virksomhet har fått et volum, og at Versjon2 deretter legges til grunn for både eksternvurderinger og internvurderinger.

6.5.4 Anbefalt fidelityvurdering FACT Ung

Det anbefales at det etableres to strukturerte opplegg for fidelityvurdering av FACT Ung i Norge: 1) et opplegg for internvurdering som kan gjennomføres oftere, med involvering av færre deltagere og et mer begrenset informasjonsgrunnlag, for å redusere kostandene ved å evalueres hyppig. 2) Et opplegg for ekstern evaluering beregnet på å gjennomføres sjeldnere, men med flere involverte og et bredere informasjonsgrunnlag, beregnet på å gjennomføres relativt sjelden.

For å gjøre egenvurderingen enklest mulig å gjennomføre bør det utvikles en elektronisk versjon for selvutfylling av alle teammedlemmer, og at disse oppsummeres som gjennomsnitt og standardavvik på items og eventuelle sumskårer. Dette vurderingsgrunnlaget brukes i en evaluering internt i teamet støttet av en ekstern evaluator i diskusjon av teamets utviklingsbehov i neste periode.

Kravet om fidelityvurdering i nåværende tilskuddsordning kan ivaretas gjennom en kombinasjon av intern og ekstern fidelityvurdering slik:

- Hvert team foretar egenvurderinger, halvårlig i implementeringsfasen og årlig i permanent drift.
- Under implementering (Første tre år) Internvurdering av fidelity med versjon1, etter hvert overgang til versjon2, Ekstern fidelityvurdering annethvert år
- Ordinær drift – internvurdering og ekstern fidelityvurdering avvekslende annethvert år

Etter å ha fått en del erfaringer med denne vekslingen mellom egenvurdering og ekstern fidelityvurdering, bør dette evt. revideres.

Selv om digitale eksternvurderinger er kostnadsbesparende, reduserer de datakvaliteten og læringseffekten for teamene betydelig. Vi vil derfor anbefale at de eksterne fidelityvurderingene for FACT Ung gjennomføres fysisk.

6.5.5 Informanter og informasjonsgrunnlag i fidelityvurderinger FACT Ung

Fidelityinstrumentet utgjør grunnstrukturen for en fidelityvurdering, men evalueringen må tilføres et faktagrunnlag som bør være standardisert. Et FACT Ung team bør derfor samle virksomhetsstatistikk løpende, bruke egenvurdering, kollegavurderinger og bruker- og pårørendetilfredshet i monitorering av virksomheten.

Hvordan intern fidelityvurdering nøyaktig skal utføres kan avgjøres lokalt i hvert team, men det bør holde seg innenfor denne nasjonale anbefalingen:

- Det etableres tiltaksregistrering som et delgrunnlag for vurdering av både intern og ekstern fidelity.
- Internvurdering:

- Hovedgrunnlaget for internvurdering er virksomhetsstatistikk og teammedlemmenes egenbeskrivelser.
- En ekstern evaluator med erfaring i gjennomføring av eksterne fidelityvurderinger bør delta i oppsummering av egenrevisningen og utforming av tiltaksplan for fidelityutvikling.
- Eksternvurdering:
 - Vurderingsgrunnlaget for eksternvurdering skal omfatte både virksomhetsstatistikk, egenbeskrivelser fra teammedlemmer og teamledelse, journalutdrag, observasjoner og intervjuer samt evalueringer fra brukere, pårørende og samarbeidspartnere.
 - Tolkningen av vurderingsgrunnlaget drøftes i dialog med teamet for å utforme en tiltaksplan for fidelityforbedring.

6.5.6 Brukeres, pårørendes og samarbeidspartneres opplevelse

De fleste av fidelityoppleggene presentert tidligere har en eller annen form for vurdering av hvordan brukerne opplever tilbudet, enten i form av evalueringsskjema eller intervjuer. Dette bør være en del av vurderingsgrunnlaget i en bred ekstern fidelityvurdering.

Vi vil derfor sterkt anbefale at det norske miljøet ansvarlig for fidelityvurderinger av FACT Ung søker nasjonalt (NKROP/NAPHA) og internasjonalt samarbeid for å få utviklet et opplegg for innhenting av ungdoms/pårørendes opplevelse av FACT Ung-tilbudet som del av en ekstern fidelityvurdering.

6.5.7 Fidelity-skalaen og prosedyrene bør evalueres over tid

De tilgjengelige skalaene for FACT/FACT Ung er beregnet på å være et vurderingsverktøy for evaluator(-team) basert på et sammensatt vurderingsgrunnlag, de er i sin nåværende form ikke beregnet for selvutfylling fra FACT Ung teammedarbeidere.

Fidelityvurderinger av ACT-team støttes av en omfattende skåringsmanual (TMACT). En tilsvarende er utviklet for de to instrumentene for FACT og FACT Ung i Danmark. I den videre utviklingen av FACT Ung som modell vil vi anbefale at det norske miljøet ansvarlig for fidelityvurderinger av FACT Ung vurderer etablering av en skåringsmanual på norsk.

Det vil være nødvendig at fidelityinstrumentets versjon1 harmoniseres med versjon2 på alle kvantitative spørsmål om bemanning osv. Det er behov for å utvikle tilhørende instrumenter for selvrappport fra teammedlemmer, og for opplevelser fra brukere, pårørende og samarbeidspartnere.

6.5.8 Ansvar for FACT Ung fidelityvurdering

Vi anbefaler at ansvaret for eksterne fidelityvurderinger, og utvikling av system for internvurdering, legges til ett senter i nettverkssamarbeid med flere andre. Det er ønskelig at «evaluatorpoolen» både har kompetanse i FACT Ung som tjenestemodell og kompetanse på barn, unge og unge voksne. Ingen av kompetansemiljøene har dette samlet i 2021. Senteret som har hovedansvar bør derfor bygge opp evaluatorpoolen som et nettverk mellom flere miljøer som kjenner FACT som modell og har relevant kompetanse når det gjelder aldersgruppen og de aktuelle problemområdene og tiltakselementene (NKROP, NAPHA, NUBU, RKBUR/RBUP).

6.5.9 Opplæring av evaluatorene

Det er nødvendig at de som skal gjennomføre de eksterne fidelityvurderingene – evaluatorene - får opplæring i i fidelityvurderingen (datakilder og skåringsmetodikk). I opplæringen og i driften av evalueringstjenesten vil reliabilitet og samsvar mellom evaluatorene være sentralt for

at fidelityvurderinger skal kunne sammenlignes mellom team og over tid. Dette bør bygges inn som en jevnlig kvalitetsutvikling av evalueringene.

Opplæringen må gis av noen som kjenner FACT Ung som modell og som faktisk tjenestetilbud, som kjenner fidelityinstrumentene for FACT Ung og som har erfaring i å gjennomføre fidelityvurderinger. Ingen miljøer har så langt bygget opp kompetanse i alt dette, og vi vil derfor anbefale at en del samarbeides i nettverk den første perioden for å få tilstrekkelig tyngde.

Det bør også vurderes om de som skal inngå i slike evalueringsteam er med som observatører i noen evalueringer før man gjør egne fidelityvurderinger (for IPS har man satt som krav at man skal ha vært observatør i tre).

Prinsipielt bør en evaluator ha praksiserfaring med FACT Ung. I begynnelsen kan dette gjøres ved at evaluatorene hospiterer i et FACT Ung team (1-2 uker). Etter hvert kan evaluatornettverket også rekruttere blant (tidligere) teammedlemmer.

6.5.10 Ressursbehov

Det har ikke vært mulig innen utredningens tids- og ressursramme å gjøre en grundig vurdering av ressursbehovet for vårt forslag til fidelitygjennomføring. Men basert på erfaringstall fra andre fidelityprosesser (MST, DUÅ, IPS mv) presentert tidligere settes følgende premisser for ressurser per fidelityvurdering:

For oppsummering/drøfting av intern (egenvurdert) fidelity:

- Ett dagsverk evaluator, forøvrig egeninnsats fra teamet.

For bred eksternvurdering av fidelity:

- At det i hver fidelityvurdering deltar 2 evaluatorene og en observatør (opplæring)
- At det medgår 1 ukesverk per evaluator per team – til sammen 3 ukeverk per team
- At i hvert fall 1-2 evaluatorene deltar i tilbakemeldingen til teamet

Gitt at FACT Ung rulles ut nasjonalt vil behovet for fidelityvurderinger kunne bli betydelig. I dagens tilskuddsordning kreves det at FACT Ung team skal fidelityvurderes etter ett års drift, og deretter hvert andre år. Hvis en i løpet av få år får en gradvis oppbygging til 30-40 team vil det bety at man må ha kapasitet til å foreta 20-30 vurderinger årlig. Dette vil også være avhengig av hvilken frekvens man til slutt bestemmer på hhv. Interne (egenvurderte) og eksterne fidelityvurderinger.

Et estimat kan basere seg på at man i løpet av 2022 vil ha 5-10 team som har hatt ett driftsår, og over noen år i størrelsesorden 30-40 team.

Dette peker mot et eksternt finansieringsbehov for ca ½ årsverk i 2022 til ca 2 årsverk i 2024/25. I tillegg kommer reiseutgifter, grovt estimert til 36000.- i snitt per team for hver ekstern fidelityvurdering og 6000.- i snitt for hver intern fidelityvurdering. Disse vurderingene må justeres når frekvens og type fidelityvurdering landes, samt basert på erfaring etter hvert som man gjennomfører fidelityvurderinger.

6.5.11 Sertifisering

Nederland har et senter for sertifisering av FACT-team (CCAF), delvis begrunnet i at dette er noe institusjonseiere/forsikringsselskap ønsker. Vi argumenterer for at fidelityvurderinger brukes som et verktøy for å stimulere til økt modelltrofasthet samt lokal utvikling, uavhengig av om man har høy nok skåre til å bli sertifisert. Både implementeringsstøtten og det foreslåtte fidelityregimet vil bidra til teamenes utviklingsmotivasjon. Vi kan ikke se at sertifisering vil bidra ytterligere til det, snarere heller framstå som en ekstern kontroll av teamene som ikke er påkrevd med den norske finansieringsmodellen. Vår anbefaling er derfor at dette ikke etableres i Norge.

6.5.12 Konklusjon

For FACT Ung fidelityvurdering legges det opp strukturer for egenvurdering og for eksternvurdering, som brukes avvekslende i løpet av implementering og drift.

Egenvurdering i team baserer seg primært på internt vurderingsgrunnlag, men drøftes og vurderes sammen med en ekstern evaluator som rådgiver. I egenvurdering under implementeringsfasene brukes versjon 1 av FACT fidelity skalaen i den første oppbyggingsfasen, og at ved senere fidelityvurderinger brukes versjon 2.

Eksternvurdering gjøres av en ekstern instans (nasjonal/nettverk) i samarbeid med teamet, basert på et bredere vurderingsgrunnlag både utenfra og innenfra teamet, ved bruk av versjon 2 av FACT Ung Fidelity, samt observasjon, intervjuer og journalutdrag.

Fidelityvurdering av FACT Ung team bør legges som et oppdrag til et kompetansesenter (eller flere i nettverk), og omfatte utvikling og revidering av fidelity-prosedyrene og tilhørende instrumenter, samt å utføre ekstern-vurderinger og bidra til intern-vurderinger.

7 Opplæringsprogram for FACT Ung

Tema for dette kapitlet er hvordan man kan utforme et opplæringsprogram for ansatte i FACT Ung team. Innledningsvis begrunnes overordnet hvorfor bør det bør være et bredt anlagt opplæringsprogram. Deretter beskrives sentrale elementer ved FACT Ung som tjeneste- og behandlingsmodell som legger føringer for opplæringsinnholdet. I den neste seksjonen gjennomgås tre opplæringsprogram utredningen har tatt utgangspunkt i ved utarbeidelsen; det nasjonale opplæringsprogrammet for ACT/FACT, RBUPs spesialistprogram og undervisningsprogrammet for multisystemisk terapi (MST). Kapitlet avsluttes med et forslag til innhold og opplegg for et nasjonalt opplæringsprogram for FACT Ung.

7.1 Innledning

Vi vil argumentere for en mer omfattende opplæringsmodell for FACT Ung enn den vi kjenner fra voksenfeltet. Det er flere grunner til det. Målgruppa har et aldersspenn fra 12-24 år. Kompetanse knyttet til kartlegging og behandling/innsats for barn tidlig i tenårene, vil på noen områder skille seg vesentlig fra den kompetansen som er best egnet til å arbeide med unge voksne i alderen 20-24 år. Dette gjelder kanskje tydeligst i forhold til utdanning og arbeid, hvor lovverk, tilbud og oppfølging er vesensforskjellig mellom grunnskole, videreutdanning, arbeidsrettede tiltak og arbeid. Det gjelder også i forhold til i hvilken grad alvorlige psykiske vansker klart kan diagnostiseres og vurderes som kroniske tilstandsbilder. De befinner seg i kognitiv, psykisk, psykomotorisk og psykosial utvikling, og målgruppa for FACT Ung vil ofte ha manglende, forstyrret eller forsinket utvikling og manglende utviklingsstøtte. Mye vil dermed handle om å behandle/stoppe utviklingshemmede faktorer og prosesser og fremme/styrke/legge til rette for utviklingsfremmende prosesser. Dette tilsier svært forskjellige behov hos brukergruppa og følgelig bred kunnskap om (barne- og) ungdomstid, så vel som kunnskaper om overganger, og begynnelsen på et voksenliv. Slik tjenestene er organisert i Norge i dag, betyr det at man må ha kjennskap til flere ulike lovverk og mange ulike tjenester for de som skal jobbe med denne svært uensartede befolkningen. Målgruppas problematikk er kompleks og jobbingen rundt en slik heterogen gruppe fordrer systemisk tenkning og krever mange ulike samarbeidspartnere (jfr. kapitlet om Målgruppe og befolkningsgrunnlag for en utdyping).

12-åringene er i høyeste grad fremdeles i en rivende utvikling hvor miljøet rundt barnet/ungdommen er helt essensielt å ha med seg i endringsarbeidet. Grunnskolesystemet skal være en del av vedkommendes liv i mange år fremover og sammen med ulike fritidsaktiviteter er dette viktige arenaer hvor man lærer, knytter vennskap og bygger identitet. Foreldre og søsken, samt øvrig familie er fremdeles tett på og meget relevante samarbeidspartnere. Viktige støttesystemer vil være barneverntjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste, samt andre kommunale tjenester som tiltakskontor, utetjeneste og spesialisthelsetjenesten i form av BUP. Mot slutten av tenårene vil andre tiltak være gjeldende, mange vil fremdeles ha rett til videregående opplæring og behov for bistand fra tilhørende pedagogisk-psykologisk tjeneste for vgs. Noen vil være aktuelle for lære kandidatordning eller lærlingetid, og barneverntjenesten vil benytte seg av andre alternative omsorgsløsninger. Med økende alder vil den unge voksnes vansker bli tydeligere, og man vil i større grad kunne jobbe ut i fra en sikrere diagnose og følgelig prognose. I disse tilfellene vil man i noen grad måtte forholde seg til DPS i spesialisthelsetjenesten. For behandlerne vil mulighetene for individrettet jobbing utvides, alliansearbeidet og den enkeltes ansvar øker. NAV vil bli en stadig viktigere instans gjennom tiltak som økonomi, bolig og overgang til arbeidslivet.

Kompetansebehovet i teamet vil av flere grunner være omfattende. Behandlere har tradisjonelt sett en fot i barne- og ungdomsfeltet *eller* i voksenfeltet. Rekruttering fra begge tradisjoner vil være aktuelt, og FACT Ung opplæringen vil måtte bygge bro mellom de to

tradisjonene og sørge for å sikre kunnskap om modellen, så vel som bidra med kompetanse på bredden i målgruppas unike behov. Utfordringene knyttet til implementering av FACT Ung begynner også profil og omfang på opplæringsprogrammet:

- går delvis på tvers av de etablerte strukturer i hjelpetjenestene
- retter seg mot en målgruppe med alvorlige og sammensatte problemer med lav motivasjon for hjelpsøking
- bygger på en bredde av faglige tilnærminger
- involverer tverretatlige funksjoner
- berører ulike lovverk for tjenesteutøvelse

Ettersom målgruppen for FACT Ung er sammensatt og med et alvorlig utfordringsbilde vil det kreve den rette kompetansen (eller sammensetning av kompetansen) i teamet for å at det skal lykkes som innsats. Manglende oppmerksomhet eller fokus på hvilke medarbeidere (kompetanser og holdninger/verdier) som bør rekrutteres til et FACT Ung team, og hvordan disse kan få god og tilstrekkelig opplæring og veiledning, kan utgjøre en risiko for at «FACT Ung»-utøvelsen ikke blir god nok.

Active Implementation Frameworks (AIF; NIRN, 2021) beskriver en etter hvert velkjent oversikt over tre viktige områder og tilhørende faktorer som ansees betydningsfulle for vellykket implementering. Det første området omhandler «Kompetanse» og fokuserer på hvordan kompetansen til å utøve en bestemt innsats skal utvikles. Kompetanseområdet inkluderer et fokus på rekruttering (hva er de faglige krav til stillingene, hvilken innstilling, holdning, personlig egnethet kreves, hvordan skal det rekrutteres til stillingene), opplæring (hvordan gis det best mulig opplæring, øvelse og trening i utøvelse av innsatsen) og veiledning (hvordan kan det gis med mulig effektiv og metodestøttende veiledning, f.eks. observasjonsbasert veiledning av praksis).

7.2 Hva er Flexible Assertive Community Treatment (FACT) for unge?

I denne delen beskrives sentrale elementer ved modellen med konsekvenser for opplæringsinnholdet. FACT og FACT Ung bygger på den amerikanske modellen ACT, men i denne delen ser vi kun på FACT Ung.

Hensikten med FACT Ung modellen er å gi et samlet og helhetlig behandlings- og oppfølgingstilbud til personer med (mistanke om) alvorlig psykisk lidelse ofte i kombinasjon med ruslidelse og alvorlig svikt i sosial fungering. FACT Ung team skal ha en helhetlig og omfattende tilnærming, og ta ansvaret for de fleste av tjenestene. Modellen legger vekt på graden av funksjonsnedsettelse som inklusjonskriterium, og bygger på en recoveryorientert tilnærming.

FACT Ung modellen kombinerer case management med intensiv teambasert tilnærming. Erfaringer fra Nederland viser at ca 20% av FACT brukerne til enhver tid har behov for intensiv oppfølging, mens ca 80 % har behov for casemanager oppfølging fra teamet. Oppsøkende virksomhet står sentralt i modellen, enten det er hjemme, i ulike typer sosiale aktiviteter eller der brukeren befinner seg. Det å arbeide oppsøkende gir ett bedre grunnlag for å bygge allianse og utvikle relasjoner.

Etablering av behandlings- og oppfølgingstilbud i FACT Ung modellen i Norge er basert på et organisatorisk og økonomisk forpliktende samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Målsettingen er at en slik arbeidsform og organisasjonsmodell skal motvirke ansvarspulverisering, silotenkning, svingdørsproblematikk og svarteperspill. Et hovedmål er å gi ungdommer med alvorlige og sammensatte vansker et helhetlig og koordinert hjelpetilbud over tid. Avslutningen av hjelpetilbudet forberedes godt og skjer i dialog med ungdommene selv.

FACT Ung er en modell for tjenesteyting der man jobber etter bestemte kjerneelementer og grunnprinsipper. Dette er elementer og prinsipper som bør opprettholdes, uavhengig av målgruppe, lovverk, historisk situasjon eller varierende lokale forhold.

- Medvirkning, utvikling og tilfriskning. FACT Ung teamet tar utgangspunkt i ungdommenes egne ønsker, preferanser, mål (ungdommens prosjekt, recovery)
- Familie, nettverk (behandling, veiledning, konsultasjon knyttet til ungdommer i FACT Ung)

7.2.1 Sentrale elementer ved FACT Ung

Under beskrives kort sentrale elementer ved måten FACT Ung arbeider på. Disse er nøkkelementer i opplæringsprogrammet, og vil bli tematisert på ulike måter gjennom hele programmet. For utdypende beskrivelse henvises til utkast til håndbok for FACT Ung.

7.2.1.1 Aktivt oppsøkende virksomhet

Et hovedkjennetegn ved FACT Ungmodellen er at man arbeider aktivt oppsøkende. Dette innebærer noe mer enn å jobbe ambulant.

7.2.1.2 Delt caseload

Den delte caseload mellom team-medarbeiderne er en kjernefaktor i FACT Ung modellen. I alle faser av behandlingen og oppfølgingen av ungdommene har teamet et felles ansvar for behandlingen og oppfølgingen av ungdommene både når det kommer til kvalitetssikring og kontinuitet. Hele teamet skal kjenne til og kunne bidra i forhold til den enkelte ungdom, familie/nettverk og den faglige tilnærmingen er basert på tverrfaglighet.

7.2.1.3 Tavlemøtet og behandlingsmøtet

Fordi et av kjerneelementene i FACT Ung modellen er felles caseload er det avgjørende at man som team har en åpen felles oppdatert oversikt over ungdommene det arbeides intensivt med. Tavlemetoden er en konkretisering av prinsippet om felles ansvar og åpen deling av informasjon innen teamet. Tavlen brukes til en kort styrt daglig felles gjennomgang av den intensive innsatsen og til å kontinuerlig dele oppdatert oversikt over hva teamet arbeider med og hva som er i fokusdelt informasjon og tverrfaglighet i FACT Ung. Tavlen brukes som verktøy for å prioritere i møtet, dele felles oversikt i det daglige arbeidet og gi lett tilgang til løpende nøkkelinformasjon.

FACT Ung teamet bør i tillegg sette av tid til ukentlige behandlingsmøter for mer omfattende vurderinger av utvalgte ungdommer der alle teammedlemmer deltar

7.2.1.4 Fleksibel veksling i intensitet og fokus. To nivåer på behandlingsintensitet.

Den viktigste fleksibiliteten i FACT Ung som tjenestemodell er den langsiktige kontinuiteten med en fleksibel veksling mellom faser av intensiv innsats og faser med lavintensiv oppfølging. De intensive fasene kan ha ulikt fokus og ulike intensitet. Under intensive faser arbeider flere medarbeidere direkte med den enkelte ungdom (vesentlig oftere enn ukentlig) basert på hvilke behov som er prioritert og koordinert med andre enheter. I perioder med god tilfriskning eller stabilitet i funksjon og livskvalitet kan ungdommen overføres til lavintensiv og lavfrekvent oppfølging av fast kontaktperson i FACT teamet og en utpekt nr. 2 eller reserve.

7.2.2 Kompetansebehov i teamet

7.2.2.1 Tverrfaglig kompetanse

Et grunnleggende prinsipp er at FACT Ung teamet er tverrfaglig sammensatt og egnet til å kunne håndtere kompetansen til og samarbeide på flere tjenestoområder og tjenestenivå. For å arbeide med ungdom som har et komplekst og sammensatt vanskebilde, er det nødvendig at FACTs teammedlemmer evner å jobbe frem en helhetlig forståelse og se på

sammenhengene. Se ellers kapittel 3 i utkast til håndbok for FACT Ung for en gjennomgang av de aktuelle roller og profesjoner i et FACT Ung team.

Ansatte i FACT Ung må ha kunnskap om hva andre instanser og fagpersoner kan bidra med, samtidig som man har relasjonelle ferdigheter til å bidra til et godt samarbeidsklima. Strukturene i mange av tjenestene rundt barn og unge, gir fagpersonene en ekstra utfordring på veien mot god samhandling. Kompleksiteten i sakene og kravet til effektivitet setter mange tjenester på strekk. Samarbeid mellom instansene vil være avgjørende for å skape en god utvikling og et vellykket behandlingsforløp. Hvordan det enkelte FACT-team sørger for gode allianser og samarbeidsrelasjoner til andre tjenester vil være avgjørende for resultatet.

Teamet har et overordnet ansvar for å sørge for å koordinere samarbeidspartnere og unngå fragmentering. Behandlingsansvaret ligger hos FACT.

FACT Ung teamene trenger først og fremst å ha kunnskap om ungdommenes og den unge voksnes naturlige arenaer på hjemstedet, skole og fritidsaktiviteter. I tillegg trenger teamet god kjennskap til relevante kommunale støttetjenester for ungdom og deres familier og deres ulike mandat, herunder kommunalt og statlig barnevern, barnevernsinstitusjoner, pedagogisk-psykologisk tjeneste, oppfølgingstjenesten, skolehelsetjenesten, SALTO-koordinator og NAV, i tillegg til et pågående samarbeid med fastlegen m.v. Det kan også være aktuelt å innhente tjenester fra spesialisthelsetjenesten i form av samarbeid med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), Habiliteringstjenesten (HAB) eller Distriktpsykiatriske sentra (DPS).

7.2.2.2 Felleskompetanse i FACT Ung teamet

Alle teammedarbeidere må få grunnopplæring i FACT Ung som tjenestemodell. Flertallet av teammedarbeiderne bør ha relevant videreutdanning i forhold til målgruppen og spesifikk kompetanse og erfaring i undersøkelses- og behandlingsmetoder. Alle i teamet bør ha eller tilegne seg grunnkompetanse om psykiske lidelser hos barn og unge, utviklingspsykologisk kunnskap om barn og unge, normalutvikling og skjevutvikling, familierapeutisk tilnærming samt erfaringskompetanse.

Teamets medarbeidere trenger også inngående lokalkunnskap om de tjenestene som finnes, arbeidsform og tilgjengelighet, samt god kjennskap til lokal kultur, miljø og levekår for befolkningen.

Teammedarbeiderne i FACT Ung bør dele en faglig og personlig interesse og engasjement overfor målgruppen og ha prinsippene i FACT Ung som felles verdigrunnlag.

Både på samlingene og i veiledningen vil en gjennom hele opplæringsprogrammet tematisere elementer i felleskompetansen Forventningene til felleskompetanse er omfattende, og det vil innen rammene av opplæringsprogrammet likevel ikke være mulig å gå i dybden.

7.2.2.3 Spesifikke kompetanseområder

Disse skisseres kort for å vise hvilke spesifikke kompetanseområder opplæringen bør inneholde. Også her henvises til utkast til håndbok for FACT Ung for utfyllende beskrivelse. Det er for hvert av disse kompetanseområdene et rikelig kunnskapsgrunnlag. Det gjennomgås ikke her, men vil naturlig inngå som del av pensum i opplæringsprogrammet. Utarbeidelse av detaljert pensum forutsettes gjort i konkretisering av forslaget til opplæringsprogram.

Erfaringskompetanse

Det er essensielt for ungdom å opparbeide håp om tilfriskning, livskvalitet og selvstendighet. Å møte mennesker som selv har gått gjennom slike prosesser kan være med på å gi håp gjennom at de er levende bevis på at endring er mulig. I denne prosessen er kompetansen til erfaringskonsulenten i teamet av vesentlig betydning.

Kompetanse i psykopatologi

Det er naturlig at alvorlig funksjonssvikt er hovedfokus fordi dette er en felles faktor for psykiske lidelser, og i større grad enn symptomnivå og alvorlige symptomgrupper

representerer alvorlighet, spesielt hos ungdom i utvikling. Mange ungdommer som har store vansker, vil også være vanskelig å utrede poliklinisk. Grad av sammensatthet og variasjon i fungering vil kreve en spesialisert form for dobbeltkompetanse i utredning, samt ambulante former for utredningspraksis. Utredning av denne gruppen vil ofte være en viktig del av arbeidet til et FACT Ung team som ledd i en helhetlig tilnærming. Gjenkjenningskompetanse av komorbide tilstander av blant annet av mindre kognitive funksjonshemminger, spesifikke lærevansker og andre utviklingsforstyrrelse og forståelse for hva slags begrensninger dette representerer er en del av denne type kompetanse.

Tverrfaglig vurderingskompetanse

Vurderingskompetanse i et tverrfaglig perspektiv er viktig i prosessen frem til å etablere en helhetlig forståelse for ungdommenes sammensatte vansker, utviklingshistorie og livssituasjon. Denne prosessen skal kunne underbygge en langsiktig plan for behandling sammen med ungdommene selv og FACT Ung teamet. Dette innebærer kunnskap om, gjennom en analytisk prosess, å samle inn og sammenfatte informasjon om og integrere tverrfaglige perspektiver og forståelsesmodeller, inkludert diagnostiske kategorier/ diagnoser, risiko og ressursperspektiver og kunnskap om behandlingsmetoder og prognose.

Somatisk helse og psykofarmakologi

Også ungdom i målgruppen for FACT ung skal gjennom fysisk og kognitive endringer knyttet til pubertetsutvikling, som også innebærer behov for støtte og oppfølging av endringer i helsebehov. Disse ungdommene har ofte tilleggsbelastninger eller risikofaktorer ved somatisk helse. Noen av ungdommene i målgruppa har høy risiko for å forsømme egne behov knyttet til kroniske eller akutte somatiske sykdommer, omsorgssystemene ivaretar det heller ikke og ungdommene får dermed ikke relevant oppfølging og behandling. Flere av ungdommene har behov for behandling med medikamenter, og det er nødvendig at de følges med tanke på opprettholdelse, virkning og bivirkninger.

For flere psykiske lidelser er behandling med psykofarmaka et viktig element. FACT Ung bør ha muligheter til å vurdere, foreskrive og følge opp slik medikamentell behandling.

Sosialt arbeid

Bolig, utdanning, arbeid, økonomi og relasjoner til familie og nettverk vil være viktig å bygge opp under som del av tilfriskningsprosessen. Et FACT Ung team må derfor ha kompetanse i å arbeide med utvikling og samspill, kultur, miljøforhold, tjenestesystemet, rettigheter til ytelser og hjelp til økonomi, bolig og arbeid.

Familieterapi

Foreldre og foresatte vil ofte være en viktig del av behandlings- og rehabiliteringen som støtte og ressurs i tilfriskningen og/eller som risiko, da de også kan bidra til opprettholdelse av vanskene og være til hinder for ungdommens tilfriskning. Informasjon til og involvering av foreldre og foresatte gjennom veiledning og familieterapi er derfor en sentral del av FACT Ung teamets kompetanse og arbeidsområde.

Kunnskap om barnevern og totalinstitusjoner

Målgruppen har høy forekomst av foreldre- og familieproblemer som kan innvirke negativt på ungdommenes utvikling og fungering. Ungdommer i målgruppen kan belaste eller utfordre omsorgssystemet sitt mer enn vanlig. Dette gjør det nødvendig for FACT Ung å ha god kompetanse på det barnevernfaglige perspektivet og om hvordan å samarbeide med barneverntjenesten om tiltak.

Mange ungdommer vil dessuten i perioder oppholde seg på totalinstitusjoner som barnevernsinstitusjoner, ruskollektiver, behandlingsinstitusjoner eller i fengsel. FACT Ung teamet bør derfor ha kjennskap til hvordan slike institusjoner arbeider og fungerer slik at man kan opprettholde kontakt med ungdommene i disse periodene og får til et konstruktivt samarbeid med institusjonene om felles ungdommer.

Traumekompetanse

Mange ungdommer i målgruppen har vært utsatt for barndomstraumatisering. Disse kan ha gitt både utviklingsskader, relasjonelle skader og mer spesifikke posttraumatiske plager. Disse kan være opprettholdende for både eksternaliserte og internaliserte vansker. Denne type skade øker faren for å gå inn i nye potensielt traumatiserende relasjoner som kan hemme ungdommenes utvikling, og vil være et sentralt tema å samarbeide med ungdommen om i tilfriskningsprosessen.

Avhengighet.

Man forventer høy forekomst av avhengighetsproblematikk i målgruppen, både i form av rusavhengighet og annen avhengighet (gaming og gambling). Kombinerte vansker med avhengighet og psykiske lidelser er mer krevende å behandle enn hver av tilstandene alene, fordi de gjensidig kan gripe inn i hverandre og bør arbeides med samtidig og integrert. Kompetanse i aldersspesifikk behandling av avhengighetsproblematikk, og avhengighetsproblematikk i kombinasjon med psykisk lidelse, er derfor en nødvendig del av FACT Ung teamets kompetanse (Helsedirektoratet 2016).

Utdanning og arbeid

Utdanning og arbeid bygger opp under selvstendighetsutvikling, tilfriskning, god funksjon og livskvalitet og er derfor sentrale elementer i ungdommenes tilfriskningsprosess. Mange av ungdommene i målgruppen for FACT Ung har utfordringer i forhold til skole og arbeidsliv. Spesialkompetanse på disse områdene vil være ønskelig å ha inne i teamet. Alternativt må kompetansen være lett tilgjengelig gjennom samarbeidspartnere som tilbyr kompetansen integrert med FACT Ung teamet (jfr NAVs satsing på IPS Ung).

Risiko og sikkerhet

Et FACT Ung team har behov for kompetanse i strukturert vurdering av risiko av selvmordsfare, risiko for utsatthet for og utøvelse av vold samt risiko for seksuelle grenseoverskridelser. Det er også behov for kompetanse til å predikere, forebygge og håndtere vold og suicid. Kompetansen er videre nødvendig for å etablere behandlings- og sikkerhetsplaner i den daglige oppfølging og behandling, samt for etablering av beskyttelsesnett i nettverk og nærmiljø bla. i forbindelse med tilbakevending til hjemmet og lokalmiljø etter innleggelse eller soning.

Tilstandsspesifikke metoder

Disse bør brukes i samsvar med faglige retningslinjer når dette finnes. Kvaliteten i tilstandsspesifikke metoder inkluderer at de vurderes som gode fra et brukerperspektiv, at de adresserer mulig positive og negative bidrag fra omgivelsene og ut fra hvor godt dokumentasjonsgrunnlaget for effekt er. Ethvert behandlingstiltak skal bygge på individuelt tilpasset psykoedukasjon og veiledning til ungdom, foreldre og evt. nettverk. Formålet er å gi mulighet til å forstå de virksomme elementene i tiltakene, kunne foreslå for ungdommene å ta dem i bruk, trappe opp eller ned virkemiddelet eller avslutte aktivt endringsarbeid.

7.3 Ulike opplæringsmodeller

I forslaget til opplæringsprogram for FACT Ung har arbeidsgruppen tatt utgangspunkt i beskrivelsen av tre opplæringsprogram, jfr under;

- det nasjonale opplæringsprogrammet for ACT/FACT Voksne,
- RBUPs spesialistundervisningsprogram
- undervisningsprogrammet for multisystemisk terapi (MST).

7.3.1 Det nasjonale opplæringsprogrammet i ACT/FACT for voksne

Hensikten med det nasjonale opplæringsprogrammet i ACT/FACT er å fremme deltakernes kunnskaper om ACT- og FACT-modellene og deres ferdigheter som ansatt i teamet, både som

tjenesteutøver, teammedlem og samarbeidspartner. Opplæringen har videre som mål å styrke tilbudet til personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov slik at pasienter/bruker i målgruppen får et helhetlig behandlings- og tjenestetilbud. Målgruppen for deltakelse i opplæringsprogrammet er alle ansatte i teamene. Opplæringsprogrammet har siden oppstarten i 2015 vært drevet av NKROP og NAPHA i fellesskap.

7.3.1.1 Hvordan er opplæringsprogrammet lagt opp?

I etablering av det nasjonale opplæringsprogrammet i ACT/FACT for voksne ble det tatt utgangspunkt i resultatene fra den norske evalueringen av ACT- team i Norge gjennomført i tidsrommet 2009-2014(Landheim, 2020 #3). Evalueringen viste at de fleste teamene hadde en moderat fidelityscore etter 2 ½ år. Det ble særlig pekt på forbedringsområder innen recovery, individuell jobbstøtte (IPS), ansettelse av brukerspesialister, arbeidsspesialister i teamene samt ulike kunnskapsbaserte metoder. På bakgrunn av disse resultatene, og den nasjonale satsingen på etablering av ACT/FACT team i Norge, startet man i juni 2015 det nasjonale opplæringsprogrammet.

Opplæringsprogrammet består av et ti dagers kurs. Det er organisert som 5 samlinger fordelt over to dager, totalt 75 timer. Samlingene har vært arrangert som fysiske samlinger fram til mars 2020. Den sjette opplæringsrunden startet i september 2020, og arrangeres digitalt på norsk helsenett join.

Målgruppen er ansatte i nye team og nyansatte i etablerte team. For nyetablerte team ønsker vi at alle ansatte i teamet deltar på samme opplæring for å bygge god lagånd og teamkultur. Det legges stor vekt på refleksjon og erfaringsdeling i grupper. På hver samling legges det opp til 2-3 samlinger i grupper, inndelt slik:

- «Teamets time» Her møtes det enkelte team der teamprosess og teamutvikling diskuteres.
- Teamene deles også inn i «blandede grupper» der sammensetningen er deltakere fra ulike team.
- Grupper delt inn etter roller og funksjon i teamet, dvs alle case-managere i en gruppe, russpesialister i en gruppe, brukerspesialister i en gruppe osv.

7.3.1.2 Hva er innholdet?

På samlingene tas det utgangspunkt i teori/forskningkunnskap, fagkunnskap og erfaringskunnskap. På **de to første samlingene** legges det vekt på kunnskap om modellene, fidelityskala og betydningen av modelltrofasthet. Etter en teoretisk gjennomgang inviteres teamledere fra etablerte og nye team til å formidle erfaringer med implementering av modellen i klinisk praksis. Et annet tema er samhandlingsmodellers etableringsutfordringer. Etablering av ACT/FACT team i Norge skal etableres som forpliktende samhandling mellom kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten. I etableringen av team møter en på utfordringer som ulikt forvaltningsnivå, ulikt lovverk, ulike dokumentasjonssystemer og ulik organisering av teamet. Noen team er organisert i spesialisthelsetjenesten, enkelte team er organisert i kommunen og andre team har en delt organisering.

Øvrige temaer som tas opp på de to første samlingene er recovery som grunnlagstenkning, det å arbeide som et team, oppsøkende arbeid og erfaringer fra behandling på brukerens arena og lokalsamfunnet som bedringsarena. Boligsosialt arbeid, ulike typer utrednings- og kartleggingsverktøy, Routine Outcome measurement (ROM), motiverende intervju (MI), alvorlig psykisk lidelse, rus og avhengighet er også temaer på de to første samlingene.

På **samling tre, fire og fem** er temaer som roller, metoder og framgangsmåter i fokus. Her formidles temaer som juridiske utfordringer, somatisk helse og pakkeforløp. Resultater fra den norske evalueringen av ACT-teamene (A Landheim et al., 2014) og fra evalueringen på de sju første FACT-teamene i Norge(Landheim & S. r. Odden, 2020) er også sentrale tema; hvordan kan resultater fra forskningen implementeres i teamenes kliniske hverdag? Kunnskapsbaserte

metoder som integrert behandling (IDDT), individuell jobbstøtte (IPS) Illness management and recovery (IMR), kognitiv terapi Familie- og nettverksarbeid og musikkterapi gjennomgås også.

7.3.1.3 Omfang/deltakelse

Den første runden i opplæringsprogrammet som startet i juni 2015 hadde i underkant av 60 deltakere. Det er siden 2015 startet ny opplæringsrunde hver høst. Antall deltakere har fra andre opplæringsrunde ligget på ca 80 personer. På samlingene som startet høsten 2020 deltar ca 165 personer. Disse samlingene arrangeres digitalt. Inkludert samlingen høsten 2020 har totalt ca 540 ansatte deltatt i opplæringsprogrammet.

7.3.1.4 Positive erfaringer

Siden oppstart av opplæringsprogrammet har det skjedd en betydelig økning av ansettelser som brukerspesialist i teamene. De fleste norske FACT-team har ansatt brukerspesialister. Noen team har deltidsansatte, andre team har hele stillinger, ett team har ansatt to årsverk. Det har også skjedd en økning av ansettelser som arbeidsspesialister siden oppstarten av opplæringsprogrammet.

Behovet for opplæring er stort. Det anbefales så langt det er mulig at hele teamet deltar på samme opplæring. På de to siste opplæringsrundene har det også vært en jevn økning av deltakelse fra psykiatere og psykologspesialister, noe som er positivt med hensyn til å bygge et godt og tverrfaglig team både knyttet til kompetanse og lagånd i teamet.

I opplæringsprogrammet er erfaringsutveksling/refleksjon i grupper vektlagt stor betydning, både når det gjelder inndeling i «teamets time», blandede grupper og ikke minst når vi deler inn i roller og funksjon. Her får teamene mulighet til å bli bedre kjent med hverandre og samtidig knytte kontakt med andre team og gis mulighet for hospitering hos hverandre. Spesielt inndelingen i rolle/funksjon har fått svært god evaluering. Å benytte erfarne klinikere fra team som forelesere viser seg også å være svært positivt, spesielt når det gjelder implementering av modellen i teamet.

Opplæringsprogrammet strekker seg over 9-10 måneder, med ca to måneder mellom hver samling. Det viser seg at det er gunstig med en viss avstand mellom hver samling. Det er stort sett nyetablerte team som deltar på opplæringen, og i tiden mellom samlingene kan teamet arbeide med ulike temaer og problemstillinger. Teamene lærer av hverandre ved at enkelte team har kommet lengre i prosessen enn andre team. Det å møtes, reflektere og dele erfaringer er svært nyttig når det gjelder praktiske ting. Det er også nyttig mht. mer overordnede utfordringer som forskjellig lovverk som styrer virksomhetene, ulike journalsystemer, ulik organisering, urbane /rurale team, hvilken målgruppe av brukere som er i teamet, kompetansen i teamet o.l. For de fysiske samlingene er det satt en grense på 80 personer. Det har betydning for gruppediskusjoner på samlingene, og begrenset deltakelse legger et bedre grunnlag for å bli kjent med hverandre og etablere kontakt med andre team både formelt og uformelt. Derfor er det hensiktsmessig at antallet deltakere i opplæringsprogrammet ikke er for stort.

Evaluering fra deltakerne viser at fysiske samlinger er å foretrekke framfor de digitale samlingene vi har hatt siden høsten 2020. Spesielt gjelder dette erfaringsdeling, men også for de mer uformelle møtepunktene på kvelden.

7.3.1.5 Negative erfaringer

I den første opplæringsrunden var målgruppa ansatte i teamene og prosjektledere som var i ferd med å etablere team. Denne sammensetningen var lite gunstig fordi etablerere av team har helt andre behov for informasjon /kunnskap enn ansatte som skal jobbe klinisk i teamet. Basert på denne erfaringen ble det etablert egne arbeidsseminar for ledere og prosjektledere.

God kunnskap om modellene er vesentlig for at teamene kan utvikle en høy grad av modelltrofasthet. Den kunnskapen er stor mangelfull i forkant av opplæringen. Det må derfor settes av god tid til grundig innføring i modellene på samlingene, og samtidig diskutere hva som kreves for å implementere modellene i en klinisk hverdag. Det hviler et stort ansvar på teamleder i realiseringen av dette (se ellers kapitlet om Implementering for utdyping av dette).

I FACT fidelityskalaen beskrives de ulike rollene i teamet. Fidelityskalaen mangler beskrivelse av rollene til de ulike stillingskategoriene i FACT-teamene. Dette er en svakhet ved modellen, og som det i større grad må settes fokus på og arbeides med i teamet.

Fidelityskalaen krever at teamet skal ha definert rollen som russspesialist. Erfaring fra norske team er at flere team ikke har definert denne rollen. Deres begrunnelse er at temaene har flere ansatte med ruskompetanse i teamet, og at de av den grunn ikke ser det nødvendig å definere en ansatt som spesialist. Gjennom å sette fokus på dette i opplæringen erfarer vi en økt bevissthet på russspesialistrollen.

Opplæringsprogrammet inneholder mange tema i løpet av fem samlinger. Det gjør at en ikke har mulighet til å gå i dybden på mange av temaene, spesielt gjelder det de kunnskapsbaserte metoder. Ansatte i teamene har også ulike behov for kompetanse. Det er også variasjon mellom FACT-teamene når det gjelder målgruppe (Landheim & S. r. Odden, 2020). I etterkant av det nasjonale opplæringsprogrammet anbefales det derfor at teamene sørger for å utvikle og øke ansattes kompetanse i kunnskapsbaserte metoder, og i hva som er teamets målgruppe.

Varierende kunnskapsnivå og ulik målgruppe i teamene gjør at man må balansere innholdet i opplæringsprogrammet. For enkelte deltakere kan nivået i opplæringen oppleves som for generelt og lavt, men for andre igjen kan nivået være for høyt. Disse tilbakemeldingene prøver vi å ta hensyn til i planlegging av nye opplæringsrunder.

For å sikre god implementering av modellene er ikke opplæring og kurs tilstrekkelig (jfr. også kapitlet om implementering). En svakhet ved det nasjonale opplæringsprogrammet for voksne er at det parallelt med opplæringen ikke gis systematisk veiledning, og da spesielt metodeveiledning, knyttet til implementering av modellene og veiledning for å øke kompetansen om det å jobbe som team og om teamprosesser.

7.3.1.6 Konsekvenser for FACT Ung

Evaluering av opplæringsprogrammet for voksne viser at det er av stor betydning at teamene har god kunnskap om modellene ACT/FACT og hvordan de implementeres i den kliniske hverdag. Det bør derfor settes av god tid til at alle ansatte får god kunnskap om modellene.

Erfaringer med å ha drevet opplæringsprogrammet i flere år viser at i oppstart av teamet bør man tematisere hva det vil si å arbeide i et tverrfaglig team. Her vil drøfting rundt temaer som verdier, felles språk, samt hvordan bygge god lagånd i teamet være viktige tema. Det er også viktig at de ansatte i teamet er gode på å samhandle med alle eksterne samarbeidspartnere.

En positiv tilbakemelding fra deltakerne for voksenprogrammet er tidsaspektet mellom hver samling. Ulempen er at det tar lengre tid før teamansatte har fått en samlet kunnskap om FACT Ung som tjenestemodell og behandlingstilbud. Fordelen er det gir mer tid til modning, og utfordringer som dukker opp underveis i realisering gis mer mulighet til å bli adressert i opplæringen.

Teamene er tverrfaglig sammensatt, med ulike profesjoner representert. God kjennskap til hverandres profesjoner vil gjøre at man er bedre i stand til å trekke veksler på hverandres kompetanse både når det gjelder å arbeide som generalist og som spesialist i teamet. Opplæringen bør vektlegge refleksjon i hva de ulike rollene i teamet innebærer;

- Hva innebærer det å være casemanager med utdanning som vernepleier, sykepleier, sosionom?
- Hva innebærer det å ha en spesialistfunksjon i teamet?
- Når utfører jeg generalistoppgaver og når benytter jeg min spesialistfunksjon?

I opplæringsprogrammet for voksne er det lagt stor vekt på erfaringsdeling gjennom foredragsholdere fra etablerte team og ved erfaringsutveksling i ulike grupper i alle fem samlingene. Dette bør videreføres i et opplæringsprogram for FACT Ung.

Det å arbeide aktivt oppsøkende, tverrfaglig, teambasert, kunnskapsbasert og på brukerens arena krever at den enkelte ansatte er personlig egnet for dette. Dette bør også tematiseres i opplæringen; hvordan skal man sikre dette i etablering og utvikling av team?

Systematisk veiledning parallelt med opplæringsprogrammet bør også vurderes i utarbeidelse av et opplæringsprogram for FACT Ung.

En bør også ta stilling til om man skal arrangere opplæringssamlingene som fysiske eller digitale samlinger. En kan også vurdere en variasjon mellom de to. Det er imidlertid viktig å ta hensyn til betydningen av erfaringsdeling når man møtes fysisk både de formelle, men også de uformelle møtepunktene. Fordelen med digitale samlinger er lavere kostnader og økt deltakerantall. Samtidig er evalueringene fra deltakerne entydige; en har samlet sett bedre utbytte av fysiske samlinger.

7.3.2 RBUPs spesialistundervisningsprogram

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP) har lange tradisjoner for utvikling og formidling av kompetanse. RBUP leverer spesialistundervisning til de vanligste profesjonene i feltet; sosionomer, pedagoger, barnevernspedagoger, sykepleiere, leger og psykologer. Undervisningen hviler nå på tre grunnpilarer;

- utvikling av oppdatert fagkunnskap om barn og unges psykiske helse i en profesjonsgruppe,
- metodekompetanse
- tverrfaglig samarbeidskompetanse.

Spesialistløpet er kjent for å knytte oppdatert forskning og teori med klinisk praksis. I løpet av spesialistutdanningen trenes deltakerne aktivt på å skape vekstfremmende relasjoner i terapirommet med barn, ungdom og familier.

7.3.2.1 Hvordan er det lagt opp?

RBUPs spesialistundervisningsprogram er samlingsbasert og går over fem semestre. Hvert semester har 3 samlinger à 3 dager. Gruppestørrelsen er fra 6-12 deltakere. Deltakerne må se på E-læringsfilmer, svare på kunnskapssjekker og skrive refleksjonsnotat til hver samling. Det følger med en litteraturliste til hvert semester. I tillegg må de legge frem film fra eget kliniske arbeid til refleksjon og veiledning i gruppa. Parallelt med deltakelse i RBUPs spesialistundervisningsprogram kreves det at de står i minst 50% klinisk arbeid som de mottar veiledning på. Arbeidsgiver forplikter seg på å gi oppgaver som følger undervisningsprogrammets progresjon og innhold. Arbeidskrav, refleksjonsnotat og utvikling i gruppene evalueres løpende. Undervisningsprogrammet avsluttes med en tredagers kongress. Der har alle deltakere et faglig innlegg med selvvalgt tema. Videre kreves dokumentert veiledning av et visst omfang (profesjonsspesifikke krav). Alle arbeidskrav må være godkjent før deltaker får kursbevis. Alle metodemodulene krever skriftlig avsluttende oppgave (ca 3000 ord). Det er de ulike profesjonsforeningene som godkjenner spesialistutdanningen i sin helhet. Disse (med unntak av Den Norske Legeforening) krever avsluttende spesialistoppgave som leveres respektiv forening.

7.3.2.2 Hva er innholdet?

Programmet består av tre moduler:

- Tverrfaglighet og samhandling (9 dager over 5 semestre)
- Barn og unges psykiske helse med profesjonsgrupper
- Innføring i behandlingsmetode (valg mellom kognitiv atferdsterapi, intersubjektiv utviklingsrettet terapi med barn, familieterapi eller sped- og småbarns psykiske helse)

Programmet gis over fem semester

- 1.semester: Profesjonsgrupper med temaet sped- & småbarns psykiske helse (0-5år)
- 2.semester: Profesjonsgrupper med temaet skolebarn (6-12 år)
- 3.semester: Profesjonsgrupper med temaet ungdom (13+ år)/ Oppstart av innføring i behandlingsmetode
- 4.semester: Innføring i behandlingsmetode
- 5.semester: Innføring i behandlingsmetode, avsluttende kongress

I undervisningen i profesjonsgruppene tilegner deltakerne seg utviklingspsykologisk kunnskap om barn og unge, normalutvikling og skjevutvikling. Undervisningen fokuserer på utredning, behandling og systemarbeid, samt formidler kunnskap om gjeldende retningslinjer, veiledere og oppslagsverk. Alle deltakerne skal dessuten få terapeutisk kompetanse i å arbeide med de ulike aldersgruppene. Undervisningen i profesjonsgruppene bidrar også med trygghet knyttet til hva man har med seg inn som en del av grunnkompetansen i eget fag. I tillegg får man utvidet og drøftet egen rolle i BUP, oversikt over ansvarsområder og begrensninger.

Det er imidlertid like viktig at man kjenner til andre profesjoners kompetanse og andre tjenesters samfunnsoppdrag og lovverk. I tverrfaglige læringsgrupper får deltakerne anledning til å utforske felles problemstillinger gjennom sine respektive fagperspektiv, samtidig som de erfarer andre profesjoners vurderinger. Eget perspektiv blir tydeligere for en selv, samtidig som det er nyttig å få dette utvidet og beriket av andre. Selve erfaringen av å lære noe nytt sammen i tverrfaglige grupper er nyttig. Gjennom at deltakerne deler usikkerhet og hypoteser rundt felles problemstillinger, reduseres press på å være allvitende som profesjon. Deltakerne får erfaring i samskaping og i å være kreative. På denne måten blir helheten mer enn summen av delene, og resultatet gir en bedre speiling av kompleksiteten i feltet.

7.3.2.3 Omfang

Programmet består av fem semestre med tre samlinger à tre dager (20 timers undervisning pr samling). Total undervisningstid ligger i underkant av 300 timer. I tillegg kommer arbeid med hjemmeoppgaver og filmer samt løpende veiledning på arbeidsplassen. Veiledningskravene er noe forskjellig fra profesjon til profesjon, men de fleste har ca 2 timer per uke i den perioden spesialistundervisningen varer.

7.3.2.4 Positive og negative erfaringer

Spesialistundervisningsprogrammet gir en grundig innføring i barn og unges psykiske helse, med fokus på å bli en god terapeut. Programmet tilpasser seg profesjonenes forkunnskaper og særlige arbeids- og ansvarsoppgaver på arbeidsplassen. Som deltaker utvikler man sine terapeutiske ferdigheter ved at man jobber konkret og spesifikt med enkeltsaker blant annet gjennom kliniske framlegg ved bruk av film. Allmenne tema som tillit, samvalg og allianse ligger til grunn for et godt behandlingsresultat. Slike tema drøftes hyppig og man får god anledning til å fordype seg i en behandlingsmetode.

Gjennom spesialistløpet lærer man å jobbe kunnskapsbasert og ha barnets, den unges og den enkelte familiens behov i fokus. Det er et omfattende program som stiller store krav til arbeidsplassen over tid, så vel som til den enkelte deltaker. RBUP får positive tilbakemeldinger fra deltakerne om at undervisningen er både nyttig og praksisnær, og det er god innsøkning til vårt program.

Det jobbes kontinuerlig med å gjøre undervisningen så aktuell og praksisnær som mulig. Siden deltakerne har ulik grad av erfaring ved innsøking, kan det være vanskelig å treffe alle der de er i sin prosess mot å bli terapeut.

Programmet er relativt omfattende, og deltakerne får i ulik grad tilrettelegging fra sin arbeidsgiver med tanke på å tilpasse arbeidsoppgavene til undervisningens innhold og progresjon. Det er også svært ulikt i hvilken grad deltakerne får tilrettelegging som følge av økt arbeidsmengde i forbindelse med videreutdanning.

Det jobbes dessuten kontinuerlig med å koble veilederne tettere til RBUPs spesialistundervisningsprogram, og ser utfordringer med å nå alle som følge av at de halvårslige veiledersamlingene er frivillige. RBUP kan i så måte ikke kvalitetssikre den veiledningen som blir gitt på profesjonsdelen av programmet. RBUP tilbyr egne kvalitetssikrede veiledere på behandlingsmetode.

7.3.2.5 Konsekvenser for FACT Ung

FACT Ung vil kunne dra nytte av tenkningen der man integrerer undervisning (e-læring og fysisk), refleksjoner i gruppe med utgangspunkt i undervisning, litteratur og kasusfremlegg, individuelle refleksjoner gjennom flere refleksjonsnotat, samt veiledning på arbeidsplassen. RBUP inviterer dessuten deltakernes veiledere til felles veiledningssamling to ganger i året, og legger her til rette for undervisning og drøfting av ulike problemstillinger.

RBUP har god kjennskap til å skreddersy undervisning av fellesfaglig interesse, så vel som profesjonsspesifikk undervisning. FACT vil dessuten kunne hente flere relevante temaer fra RBUPs spesialistundervisningsprogram, som f.eks kunnskap om samspill, ungdoms utvikling, relevante diagnosegrupper, hvordan jobbe med terapeututvikling i gruppe, tverrfaglig samhandling, brukermedvirkning m.v. I tillegg har RBUP god erfaring med å legge til rette for utvikling av spisskompetanse i tverrfaglige grupper.

7.3.3 MST

Multisystemisk terapi (MST) er en modell for familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom, i alderen 12–18 år som har alvorlige atferdsproblemer. MST som metode er utbredt i Norge. Modellen og metodikken er evidensbasert og gode behandlingsresultater avhenger av at MST-terapeutene holder høy behandlingsintegritet i forhold til metoden. Som en del av en kontinuerlig opplærings- og kvalitetssikringsprosess satses det betydelige ressurser på opplæring og støtte for å hjelpe MST- terapeuter, veiledere og konsulenter med å gjennomføre modellen slik den er utformet. Gjennom prosessen fokuseres det på å forbedre implementering av MST ved bruk av tilbakemeldinger fra opplæringen, veiledning og konsultasjon, programevalueringen og ved gjennomgang av resultater.

Det er krav til sertifisering for å arbeide som MST- terapeut. Opplæring og kvalitetssikring har organisasjonsmessig støtte fra vertsorganisasjonen (Bufetat).

Opplæringen er utviklet av MST-services i USA som har ansvaret for at MST er MST over hele verden. Større endringer i opplæringen styres fra USA i samarbeid med Network Partnere fra andre land. NUBU er Network Partner og lisenshaver i Norge, og har ansvaret for oversetting og tilpasning av opplæringen til norske forhold uten at innhold og opplegg er vesentlig endret.

7.3.3.1 Nøkkelelementer i opplærings og kvalitetssikringsprosessen

Opplæringsuke og vedlikeholdsseminarer

Opplæringsuka (5 dager). Før man starter arbeidet som MST terapeut deltar man på "opplæringsuka" som er obligatorisk opplæring som går over 5 dager.

I tillegg til grunnopplæring avholdes det fire vedlikeholdsseminarer -«boostere» - med 1,2 dagers varighet, hvert kvartal. Disse er tidsuavgrenset, og gis så lenge teamet eksisterer.

Mål for **opplæringsuka** er:

- Å gjøre deltakerne kjent med det teoretiske, empiriske og kliniske grunnlaget for MST- modellen.
- Å gjøre deltakerne kjent med omfanget, korrelater og årsaker til alvorlige atferdsproblemer.
- Å beskrive den teoretiske og empiriske basisen for MST.

- Å beskrive vanlige kartleggings- og intervensjonsstrategier i forhold til familie, venner, skole, individ og sosial støtte i MST.
- Å beskrive MST-terapeutens rolle i den kontinuerlige kvalitetsutviklingen

Ukentlig gruppeveiledning

I tillegg til opplæringsuka mottar terapeutene kontinuerlig opplæring og støtte gjennom gruppeveiledning en til to ganger i uken 1,5 til 2 timer hver gang. Hovedmål med gruppeveiledning er å bidra til at terapeutene når behandlingsmålene og oppnår høy behandlingsintegritet. I gruppeveiledningen blir terapeutene godt kjent med hverandres saker og lærer av hverandre. I løpet av veiledningen går teamet gjennom alle saker og diskuterer behandlingsplaner for kommende uke. Veileder vurderer terapeutenes ukeplaner i forkant av veiledningen hver uke.

Konsultasjon

Konsultasjon er en ukentlig telefonsamtale som varer i en time. Hovedmål med ukentlig konsultasjon er å bidra til at terapeutene når behandlingsmålene og oppnår høy behandlingsintegritet. Teamene sender ukepapirer til MST-konsulenten 24 timer før konsultasjonen. Terapeuten skal gå fra konsultasjonen med en tydelig plan for uken. Konsultasjonen gir et ekstra nivå av kvalitetssikring og støtte utover gruppeveiledningen.

Individuelle utviklingsplaner

Gjennom kartlegging av terapeutenes styrker og behov utarbeides det individuelle utviklingsplaner for alle MST-terapeuter. Kartleggingen er basert på kilder som gjennomgang av utdrag fra behandlingssamtaler, resultater for ungdommene, behandlingsintegritet, TAM-R, Lyd-/videoopptak og veileders deltakelse i familien. Det gis ekstra veiledning og tilbakemelding etter behov, inkludert kontinuerlig vurdering fra veileder og konsulent.

Kontinuerlig tilsyn/oppfølging

Det føres kontinuerlig tilsyn gjennom oppfølging av implementeringen av behandlingen, der man måler behandlingsintegritet og resultater og gjennomfører programevaluering.

Opplæringsmateriell, MST- boka.

Gjennom skriftlig materiell MST- boka har terapeutene tilgang til Opplæringsmateriell, materiell fra opplæringsuka, veiledningsmanualen, materiell fra veilederopplæringen, og konsultasjonsmanualen.

7.3.3.2 Opplæring. Erfaringer fra opplæringsuke og vedlikeholdsseminarer

Positive tilbakemeldinger

- Intensivt og lærerikt
- God variasjon mellom presentasjoner, demovideoer og øvelser
- Dyktige undervisere med spisskompetanse på modellen og egne erfaringer fra arbeid med MST-familier enten som veiledere eller terapeuter, og nå som konsulenter. Gode eksempler fra «virkeligheten»
- Øvelsene følger noen saker gjennom hele opplæringen.
- Opplæringspermen gjør det lett å følge med og gjøre notater i.
- Opplever rollespill som svært lærerikt, men avhengig av god struktur; tydelige instruksjoner, tidsbruk, tilbakemelding og oppsummeringer. Liker best rollespill i mindre grupper.
- Lærer mye av gruppearbeidet på slutten av dagen med fokus på analyseprosesser og behandlingsplanlegging.
- Får demonstrert hvordan veiledning og konsultasjon foregår med utgangspunkt i presentasjon av saker de har jobbet med. Dette avslutter opplæringen.

Negative erfaringer:

- Mye stoff på kort tid
- Lange dager og for få pauser
- Slitsomt med gruppearbeid på slutten av dagen
- Litt mye PP og med for mye tekst

Tilpasningene av opplæringen til norske forhold handler mye om språk, og tilbakemeldingene fra deltakerne har ført til færre Powerpoint og mer poengtert tekst, og tydeligere instruksjoner til øvelser og rollespill. Selv om mange av tilbakemeldingene handler om lange dager og mye stoff, er de positive tilbakemeldingene om stort læringsutbytte såpass dominerende. Det har derfor ikke ført til vesentlige endringer i opplegget for annet enn hyppigere pauser.

Testen viser at deltakerne har lært mye. 70% riktige svar regnes som et godt utgangspunkt for en som skal begynne som MST-terapeut, og nesten 100% av deltakerne oppnår dette.

7.4 Hvordan bør opplæringsprogrammet for FACT Ung legges opp?

For FACT Ung teamene beskrives målgruppen ungdom fra 12 -24 år med komplekse og sammensatte alvorlige problemer som ikke får adekvat hjelp i det ordinære hjelpeapparat. Ulike rapporter (Barneombudet, 2020a; Hansen et al., 2020a; Line Melby et al., 2020) trekker fram at ungdom med store utfordringer ofte møter et fragmentert hjelpeapparat og stor variasjon i kvaliteten på behandlingen. Videre viser Opptreppingsplanen for barn og unge (2019-2024) blant annet mangel på tverrfaglighet og samarbeid på tvers av tjenestene. Dette gjelder særlig barn og unge med sammensatte problemer og behov for langvarig oppfølging, hvilket er nettopp slik FACT Ungs målgruppe beskrives.

I utviklingen av et opplæringsprogram for FACT Ung har vi valgt å ta utgangspunkt i opplæringsprogrammet for FACT voksne, RBUP sitt spesialistundervisningsprogram og opplæringsprogrammet for Multisystemisk terapi (MST). Både RBUP- og MST-opplæringsprogrammene er sentrale på barn og ungefeltet og dermed naturlige å trekke inn i oppbygging av et FACT Ung program. Opplæringsprogrammet for FACT voksne har vært etablert siden 2015 og erfaringer herfra anses som vesentlige når en skal etablere et opplæringsprogram for FACT Ung.

I det følgende beskrives et opplæringsprogram som er vesentlig mer omfattende enn FACT Voksen programmet. Både antall samlinger og temaer er utvidet. Vi har videreført viktigheten av veiledning fra spesialistundervisningsprogrammet og MST når en skal jobbe med meget komplekse saker i et tverrfaglig miljø. Vi foreslår også å få den enkelte ansatte til å reflektere over egen praksis og rolleutøvelse i teamet gjennom 2 refleksjonsoppgaver. Dette er hentet fra RBUPs modell og kommer i stedet for MSTs avsluttende eksamen. Opplæringen inkluderer også lesing av relevant forskning på FACT Ung som tjenestemodell og på de meste sentrale områdene for klinisk tilnærming for et FACT Ung team.

Opplæringsprogrammet for FACT Ung har et omfang på 21 kursdager og strekker seg over sju samlinger à tre dager. Det totale programmet strekker seg over en toårsperiode. På slutten av det andre året gjennomføres regionale samlinger med erfaringsutveksling på tvers av team i september og veiledning av teamet i oktober og desember. Opplæringsprogrammet tar utgangspunkt i relevant teori og forskning, fagkunnskap og erfaringskunnskap. Arbeidsmetodene på samlingene vil variere mellom presentasjon av fagstoff, diskusjon i grupper og plenum og arbeid i det enkelte team. For å sikre tilføring av kompetanse og erfaring i realisering av FACT-modellen vil ansatte i etablerte team bli invitert som innledere/foredragsholdere.

Et FACT Ung team er satt sammen av tverrfaglig kompetanse, og teamet representerer kompetansen til flere tjenesteområder og tjenestenivå. Et FACT Ung team skal i utgangspunktet yte de aller fleste tjenester målgruppen har behov for fra teamet selv. Teamet bør derfor ha en bred kompetanse som møter målgruppas meget uensartede behov. Alle ansatte i teamet bør derfor få tilbud om opplæringsprogrammet i FACT Ung, og fortrinnsvis i

samme tidsrom der det er mulig. Dette for å ivareta ambisjonen om felles kunnskapstilfang og gjensidig utbytte av erfaringsdeling, men også for å utvikle et felles verdigrunnlag i teamet.

Hensikten med opplæringen i FACT Ung er å etablere og utvikle gode team gjennom å fremme kunnskaper om FACT Ung modellen. Alle ansatte må ha god kunnskap om hvilken målgruppe modellen og teamet har. Å få kunnskap om ulike kunnskapsbaserte metoder og å utvikle den enkelte ansatte i teamet som teammedlem og samarbeidspartner overfor andre aktører er essensielt i opplæringsprogrammet.

Erfaringsdeling innad i teamet er av stor betydning for å utvikle et felles verdigrunnlag, bygge en god kultur og lagånd i teamet. Samtidig vil stor variasjon i faglig kompetanse være en utfordring. Kompetansen i teamet vil bestå av ulike profesjoner med ulik formell- og ulik erfaringskompetanse. Denne ulikheten er det viktig å ta hensyn til i utarbeidelsen av opplæringsprogrammet.

Opplæringen løfter inn smakebiter av sentral kunnskap som teamene er i behov av. Mer strukturert opplæring i kunnskapsbaserte metoder og praksiser vil hvert team måtte tilegne seg i etterkant. Dette er delvis blitt bygget inn i de regionale samlingene gjennom samarbeid med KoRus og RVTS. Det bør vurderes om dette har fungert tilstrekkelig godt som en struktur for kompetanseheving i FACT Voksen team, eller om det trengs en annen type implementeringsstøtte omkring konkret kompetanseheving i behandlingsmetodikk for FACT Ung team.

Grunnopplæringen vil ikke evne å gå i dybden på sentrale kunnskapsområder teamene er i behov av. Mer strukturert opplæring i kunnskapsbaserte metoder og praksiser, og utvikling av spisskompetanse i teamet, vil hvert team måtte tilegne seg i etterkant. Dette kan skje enten i form av egne kurs eller videreutdanninger knyttet til spesifikke lidelser og/ eller behandlingsmetoder. For å realisere dette vil det på sikt være nødvendig å etablere et samarbeid med de regionale kompetansesentrene RVTS og KoRUS og andre relevante kompetansemiljø. Her kan en bruke erfaringene som er gjort gjennom regionale samlinger for FACT voksne, og basert på disse vurdere om det er nødvendig med andre grep for FACT Ung.

I det følgende beskrives innholdet i regional veiledning, regionale samlinger, innholdet i opplæringssamlingene (1.-7.samling), eksempler på et 2-årig løp, øvrige krav som pensumlitteratur og refleksjonsoppgaver, gjennomføringsmåte, omfanget av programmet, kursbevis og overordnet organisering av veiledning.

Tema for hver av de sju samlingene er foreslått, men en mer detaljert timeplan for opplæringsprogrammet må utarbeides når rammene er endelig besluttet. Flere kompetansemiljøer vil ha kunnskap som er viktige bidrag inn i denne opplæringen, og endelig innhold i opplæringen må involvere de aktuelle kompetansemiljøer som skal gjennomføre opplæringen.

7.4.1 Innholdet i regional veiledning

Systematisk veiledning bør få en sentral plass i etablering av opplæringsprogrammet. I utgangspunktet vil ansatte i teamet vil ha behov for ulike typer veiledning.

For det første har de behov for veiledning som har som mål å styrke implementeringen av FACT modellen og fidelitetskalaen. Denne metodeveiledningen bør iverksettes mellom samling en og to og mellom samling to og tre. Begrunnelsen for å etablere denne formen for veiledning er at teamene har liten kunnskap om modellen og fidelitetskalaen når de etablerer teamet og begynner i opplæringsprogrammet. En mulig organisering er å ta utgangspunkt i ulike områder i fidelitetskalaen og reflektere over/diskutere hvordan de implementeres i teamet. For å sikre god implementering av modellen foreslås det en dags veiledning til det enkelte team (kan deles opp i to halve dager). Som metodeveiledere kan man engasjere teamledere/ ansatte fra etablerte team (FACT voksne) i regionen som har solid kompetanse i modellen og betydningen av modelltrofasthet.

Når teamet har fått mer kunnskap om FACT Ung og har jobbet med egen implementering og organisering, vil det være behov for veiledning på teamets eget arbeid som team og i den

enkelte sak. Temaet i denne veiledningen, som vil starte opp mellom fjerde og femte samling i andre semester, vil handle om hvordan de ansatte i teamet utnytter hverandre i de ulike sakene og hvordan de jobber opp mot øvrige tjenester lokalt. Hvilke dilemmaer står de i arbeidet sitt, både på saksnivå og i det tverrfaglige og tverretattlig samarbeid? Også denne veiledningen kan organiseres som to halve dager eller som en hel dag mellom samlingene (digitalt eller fysisk), og med en fast prosessveileder. Denne veiledningen bør gis av en annen fagperson enn teamleder/ansatte fra FACT voksne, ettersom barne- og ungdomsrelaterte temaer vil ha større plass her. Personen som skal gi denne prosessorienterte veiledningen bør ha solid kjennskap til barn og unges (unge voksne) psykiske helse, fortrinnsvis fra flere tjenester/ behandlingsnivåer og ha god kjennskap til ambulant arbeid spesielt. Det vil være en stor fordel for teamene om veileder også har inngående kjennskap til FACT Ung som metodikk.

FACT Ung bør ta sikte på å tilknytte seg flere fagpersoner som kan drive veiledning i de ulike regionene, og at disse også kan bistå som ressurspersoner inn i de regionale samlingene (se under). Basert på veiledningen de har med teamene i regionen, vil de kunne samle et knippe behov og erfaringer som kan deles og jobbes videre med i regionale samlinger.

7.4.2 Regionale samlinger

Som en del av opplæringsprogrammet for FACT Ung teamene foreslår vi at det i september måned det andre året i opplæringsprogrammet arrangeres regionale samlinger. Innholdet i samlingene bør handle om erfaringsutveksling mellom teamene etablert i den enkelte region. Disse samlingene foreslår vi at kompetansemiljøene i den enkelte region tar ansvar for, sammen med de regionale veilederne. Hensikten med en slik samling vil være at teamene drar veksler på hverandre både med henblikk på kompetanse, på det som fungerer bra, men også på områder hvor teamene har utfordringer. De regionale samlingene foreslås obligatorisk for teamene som følger utdanningsprogrammet. Det anbefales at team som er ferdig med utdanningsløpet også stiller med representanter, eller at de bidrar med innlegg. Gjennom dette bidrar en til regional nettverksbygging for FACT Ung.

7.4.3 Innhold i FACT Ung opplæringen – de sju samlingene

I det følgende presenteres hovedinnretningen for hver samling, og hvilke tema som blir belyst i den enkelte samling.

7.4.3.1 Første samling

På den første samlingen i opplæringsprogrammet rettes oppmerksomheten mot de helsepolitiske føringer når det gjelder tilbudet til målgruppen, blant annet i Nasjonal helse – og sykehusplan. Målet for etableringen av FACT Ung team er å styrke tilbudet til barn og unge som har behov for langvarig, tilpasset og/eller sammensatt oppfølging. Til dette temaet inviterer vi en representant fra helsemyndighetene/Bufdir.

Ettersom mange av deltakerne vil ha liten kunnskap om FACT Ung vil kunnskap om ACT og FACT modellene stå sentralt. I dette ligger både hva modellen inneholder, men også hvordan og hvorfor det er viktig å være tro mot modellens måte å jobbe på. Både intern og ekstern samhandling er sentrale elementer i FACT Ung modellen. Hvordan en forvalter sin egen rolle som del av et tverrfaglig team blir derfor nødvendig å belyse. Forventningen til et FACT Ung team som forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste har vist seg nødvendig å tematisere, inkludert ulike måter å realisere dette på. Både for å ivareta modelltrohet og forpliktende samhandling vil det være nødvendig å belyse og drøfte etableringserfaringer.

Tema:

- Kort om ACT modellen. FACT-modellen bygger på ACT modellen.
- Hva er FACT Ung? Hvorfor introduseres FACT Ung i Norge? Helsepolitiske føringer, manglende tilbud til målgruppa. Om FACT Ung-modellen og fidelityskalaen, betydningen av modelltrofasthet.
- Hvordan implementeres modellen i en klinisk hverdag? Erfaringer fra et etablert team.
- De ulike rollene i teamet. Hva er min rolle og hva er de andres rolle?
- Utvikling og forankring av et nytt FACT Ung team lokalt. Forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Samhandlings- og etablerings erfaringer.

Erfaringsutveksling i grupper:

- Teamets time dag 1:
I teamets time møtes det enkelte team. Innholdet her retter seg mot teamprosess og teamutvikling.
- Blandede grupper dag 2:
Teamene deles inn i «blandede grupper» der sammensetningen er deltakere fra ulike team. Hensikter er å dele erfaringer fra både urbane og rurale team.
- Grupper inndelt etter roller og funksjon dag 3:
Grupper delt inn etter roller og funksjon i teamet dvs alle case managere i en gruppe, russpesialister i en gruppe, brukerspesialister i en gruppe osv.

7.4.3.2 Veiledning

I tidsrommet mellom samling en og to gis veiledning lokalt til hvert enkelt team (en hel dag eller to halve dager). Veiledningens innhold er implementering av FACT Ung-modellen i praksis.

7.4.3.3 Andre samling

Sentralt i denne samlingen er det faglige perspektivet i modellen. Recovery eller bedringsprosesser er et sentralt faglig perspektiv som kjennetegner behandlingen/oppfølgingen som gis av et FACT Ung team. Det dreier seg om at teamet baserer sin tenkning på at ungdommene skal leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om de har ulike psykiske og sosiale utfordringer. Recoveryperspektivet handler om å bevege seg fra pasientsentrert til personsentrert hjelp. Et viktig prinsipp er også at arbeidet skal bygges på ungdommenes egne mål, ønsker og selvbestemmelse slik at man ikke overkjører eller jobber mot andre mål enn de ungdommene har selv. Dette innebærer ofte å samarbeide med ungdommene selv mot å finne frem til mål og ønsker ungdommene initialt ikke alltid formulerer tydelig selv.

FACT Ung skal jobbe aktivt oppsøkende, og på brukerens arenaer. Dette innebærer noe mer enn å jobbe ambulant og innebærer en tro på at alle kan hjelpes til vekst og utvikling, også de som ikke tror at det er mulig eller selv søker hjelp. Et annet viktig prinsipp for FACT Ungmodellen er bygget på at god utvikling, problemløsning og tilfriskning er og må være forankret lokalt der ungdommene hører til og ønsker å lykkes.

Håp om tilfriskning, livskvalitet og selvstendighet er essensielt i endringsarbeidet med ungdommene i målgruppe. Erfaringskonsulenten har gjennom sine erfaringer med psykisk strev og bruker av hjelpeapparatet viktig erfaringskunnskap å bidra med \gjennom å være modell for ungdommene. Erfaringskonsulentens funksjon er også å bidra i kontaktetableringen med ungdommene, til å bygge bro inn i det tverrfaglige teamet og styrke brukermedvirkningen i tilfriskningsprosessen

Tema:

- Recovery som grunnlagstenkning. Hva er ungdommens prosjekt? Samvalg. Finne de gode øyeblikkene, unntakene i livet? Erfaringsspesialistens rolle inn i teamet og familiene.
- Ungdomstid og utvikling som f.eks. identitet, selvfølelse, kropp og seksualitet, relasjon til venner, autonomi, reforhandling av foreldrerelasjonen, mentalisering.
- Oppsøkende ambulant arbeid og erfaringer fra behandling på brukerens arena. Fokus på allianse og relasjonsarbeid.

Erfaringsutveksling i gruppe (se beskrivelse av innhold i første samling):

- Teamets time dag 1
- Blandede grupper dag 2
- Grupper inndelt etter roller og funksjon dag 3

7.4.3.4 Veiledning:

I tidsrommet mellom andre og tredje samling gis veiledning lokalt til hvert enkelt team (en hel dag eller to halve dager). Veiledningens innhold er implementering av FACT Ung-modellen i praksis.

7.4.3.5 Tredje samling

Tidligere i kapitlet beskrives kort en rekke spesifikke kompetanseområder det er ønskelig at et FACT Ung team besitter. På den tredje samlingen inngår noen av disse, hvor det legges vekt på at alle ansatte i teamet skal tilegne seg det.

Videre rettes oppmerksomheten på hvordan teamansatte forstår egen rolle og funksjon i teamet. Blikket rettes så mot den teambaserte tilnærmingen der ulike yrkesgrupper og ulike kompetanse knyttes sammen i en helhetlig forståelse av ungdommens sammensatte utfordringer. Hvordan kan vi jobbe godt med ungdom med ulike lidelser?

For å etablere og utvikle et godt team vil utvikling av felles verdier, holdninger og hvilket språk vi bruker være essensielt i hvordan teamet fungerer.

Forskningen som gjøres på FACT Ung vil også være tema; hvordan kan teamene benytte seg av den kunnskapen som finnes i feltet og implementere den i sin lokale hverdag?

Tema:

- De vanligste psykiske lidelsene hos ungdom, inkludert avhengighetsproblematikk; rus /gaming, suicidalitet og psykose.
- Personlighetsproblematikk. Traumer. Komorbiditet.
- Relevante utrednings- og kartleggingsverktøy, tilbakemeldingsverktøy samt aktuelle intervensjoner.
- Egen rolle i teamet, hvordan kan jeg utvikle min egen rolle?
- Hva er fellesfaglig kompetanse og hva trenger vi fra de andre i teamet/fra andre instanser? Hvordan kan vi hjelpe disse ungdommene i et tverrfaglig perspektiv?
- Utvikling av felles verdier og holdninger, hva slags språk bruker vi? Kultursensitivitet. Hvordan bygger og utvikler vi et godt team?
- Hvordan kan resultater fra forskningen implementeres i teamenes kliniske hverdag?

Erfaringsutveksling i gruppe (se beskrivelse av innhold i første samling):

- Teamets time dag 1
- Blandede grupper dag 2
- Grupper inndelt etter roller og funksjon dag 3

7.4.3.6 Fjerde samling

I fjerde samling er temaet opplæring og integrering inn i arbeidslivet. Alle unge har rett på opplæring i tråd med sine evner og ferdigheter, og tilrettelegging som følge av ulike helseutfordringer. Det finnes flere aktuelle støttesystemer (PPT, OT) i de ulike kommunene som man kan dra veksler på, og det er viktig å få innsikt i ungdommers rettigheter på dette området. Ansatte i FACT Ung vil også ha behov for kompetanse om mulighetene for hvordan man kan ta i bruk skolearenaen som en måte å jobbe endringsrettet på. Noen i målgruppen vil kunne starte på et jobbløp og kjennskap til IPS Ung som modell vil også være nyttig å ha for alle i teamet.

I noen tilfeller vil det være nødvendig å ha kompetanse på lovverk knyttet til bruk av tvang og få deltakerne til å reflektere rundt ulike dilemmaer. De fleste ansatte vil møte akutte situasjoner av ulikt slag. Å ha kompetanse om forebygging, ulike handlingsalternativer og bevisstgjøring av egne reaksjoner vil være en nødvendig del av opplæringen. Dette gjelder også vold, med særlig henblikk på hvordan håndtere dette i en arenaflexibel setting.

Tema:

- Opplæring (grunnskole, videregående) og nødvendigheten av tilrettelegging for kompetanseoppnåelse. Å jobbe endringsorientert på og med skolen som arena. Muligheter for etablering i arbeidslivet.
- IPS Ung-modellen
- Tvang og akutte situasjoner. Uformell og formell tvang, bevisstgjøring og etiske dilemmaer.
- Forebygging av vold når man jobber arenaflexibelt. Voldsrisikovurdering. Hvordan håndtere utageringssituasjoner? Hvordan reagerer jeg i slike situasjoner?

Erfaringsutveksling i gruppe (se beskrivelse av innhold i første samling):

- Teamets time dag 1
- Blandede grupper dag 2
- Grupper inndelt etter roller og funksjon dag 3

7.4.3.7 Veiledning

I tidsrommet mellom fjerde og femte samling gir veiledning lokalt til hvert enkelt team (en hel dag eller to halve dager). Veiledningen skal stimulere til refleksjon over teamets og egen praksis og utøvelsen av egen rolle i teamet.

7.4.3.8 Femte samling

Fordi mange i målgruppen for et FACT Ung team også vil ha kontakt med barnevernet (jfr kapitlet om Målgruppe og befolkningsgrunnlag), vil barnevernet vil være en sentral samarbeidspart for et FACT Ung team. Ulike lovverk og mandat hos barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge har tidligere skapt ulike utfordringer i det å gi god og effektiv hjelp til ungdommer. Mangel på koordinering, samarbeid og helhetlig tenkning går igjen i flere dokumenter (eks. Tilsynsrapport "Dei forstod meg ikkje" fra 2016).

Som vist tidligere om behovet for tverrfaglig kompetanse er samhandlingskompetansen mellom tjenestene og svært ulike fagpersoner fra forskjellige fagmiljøer viktig i realiseringen av FACT Ung. Denne kompetansen må ikke tas for gitt, men vies tid i denne samlingen og i veiledningen senere.

En går i denne samlingen videre i de andre av de spesifikke kompetanseområdene beskrevet tidligere i kapitlet. Rollen som hjelper løftes også fram på samlingen.

Tema:

- Samarbeid med og rundt unge som har tjenester fra barnevernet. Problemforståelser og tiltak. Barnevernets lovverk, gjeldende retningslinjer og rundskriv om samarbeid. Samarbeid med institusjoner, evt. fosterhjem.
- Utvikle ferdigheter i å avholde tverrfaglige møter. Individuell plan.
- Somatisk helse og medikamentell behandling. Betydningen av søvn, kosthold og fysisk aktivitet.
- Fokus på egen rolle som hjelper. Hvilke brukere får jeg til å hjelpe, hva berører ulike brukere i meg? Teamets funksjon når saker går stå. Egenomsorg.

Erfaringsutveksling i gruppe (se beskrivelse av innhold i første samling):

- Teamets time dag 1
- Blandede grupper dag 2
- Grupper inndelt etter roller og funksjon dag 3

7.4.3.9 Veiledning:

I tidsrommet mellom femte og sjette samling 5 og 6 gir veiledning lokalt til hvert enkelt team (en hel dag eller to halve dager). Veiledningen skal stimulere til refleksjon over teamets og egen praksis og utøvelsen av egen rolle i teamet.

7.4.3.10 Sjette samling:

I sjette samling legges vekt på kunnskapsbaserte metoder i form av systemisk tenkning og familieperspektivet. Hvordan psykiske lidelser påvirker hele familien og nettverket, og hvordan disse utfordringene manifesterer seg i relasjonene. Deltakerne skal få noe økt kompetanse i hvordan ha samtaler med familier, der også søsken og utvidet familie kan inkluderes. Nettverket kan spille en viktig rolle i en behandling og som pårørende kan de ha god nytte av å få informasjon og av å bli involvert. Hvordan kan FACT Ung bidra til å involvere brukerne på gode fritidsarenaer og hjelpe til med å få et utvidet nettverk?

I forlengelsen av dette, er temaet overgangen til egen bolig, fokus på økonomi, økt selvstendighet og ansvar for eget liv.

I kapitlet om Målgruppe og befolkningsgrunnlag argumenteres det for betydningen av tydelige mål for FACT Ungs arbeid med målgruppen. Evalueringen av FACT for voksne viser også at teamene er svake på Routine outcome measurement (ROM). Dette følges i denne samlingen opp ved å gå inn på hvilke systematiske tilbakemeldinger en benytter i teamet, og hvordan en kan jobbe videre med sine evalueringer?

Rollene i teamet bør drøftes jevnlig på tvers av ulike team, og det bør legges til rette for erfaringsdeling med fokus på de gode historiene. Hva har vi mestret godt så langt og hva kan vi lære av hverandre?

Tema:

- Systemisk tenkning. Hvordan jobber vi med familier i et systemisk perspektiv? Søsken og storfamiliens rolle som pårørende og ressurspersoner. Øvrig nettverk og behov for styrking.
- Hvordan tilrettelegge for inkludering i gode fritidsarenaer?
- Overgangen til egen bolig, økonomi, økt selvstendighet og ansvar.
- Jobbe videre med roller i teamet, erfaringsdeling og suksesshistorier. Hva har vi lyktes med som team og i enkeltsaker? Hva kan vi lære?
- Routine Outcome Measurement (ROM), hvordan kan vi bruke systematiske tilbakemeldinger i teamet?

Erfaringsutveksling i gruppe (se beskrivelse av innhold i første samling):

- Teamets time dag 1
- Blandede grupper dag 2
- Grupper inndelt etter roller og funksjon dag 3

7.4.3.11 Veiledning

I tidsrommet mellom sjette og sjuende samling gis veiledning lokalt til hvert enkelt team. Veiledningen skal stimulere til refleksjon over teamets og egen praksis og utøvelsen av egen rolle i teamet..

7.4.3.12 Sjuende samling

I syvende og siste samling legges fokuset på mer generelle behandlingstilnærminger samt noen sentrale tilstandsspesifikke metoder. Alle i teamet skal få kjennskap til noen av de mest brukte kognitive modellene som kan være nyttige å ha med seg i møte med ungdom.

Mange ungdommer i målgruppen har vært utsatt for barndomstraumatisering. Disse kan være opprettholdende for både eksternaliserte og internaliserte vansker. Deltakerne bør derfor ha kjennskap til betydningen av stabilisering og hvordan traumer kan innvirke på øvrig fungering.

Man forventer høy forekomst av avhengighetsproblematikk i målgruppen, både i form av rusavhengighet og annen avhengighet (gaming og gambling). Siktemålet her er å øke kompetanse i aldersspesifikk behandling av avhengighetsproblematikk, og avhengighetsproblematikk i kombinasjon med psykisk lidelse.

Avslutningsvis er det naturlig å igjen ramme inn prosessen knyttet til den enkeltes rolleutforming og utviklingen i teamene generelt. Hva skal den enkelte jobbe videre med etterutdanningen, hvilke behov ser de for egen del og hva tenker teamene om sin egen vei videre når som opplæringsperioden avsluttes?

Tema:

- Kognitive teknikker. Ha grunnleggende forståelse og kompetanse.
- Dobbeltdiagnoser (IDDT). Å jobbe med psykisk lidelse og rus samtidig.
- Innføring i traumebehandling.
- Å leve med psykisk lidelser. Hva gir livskvalitet? Mestring av pågående strev.
- Hvor står vi i prosessen med rolleutformingen vår?
- Hvor står vi i utviklingen av teamet?

Erfaringsutveksling i gruppe (se beskrivelse av innhold i første samling):

- Teamets time dag 1
- Blandede grupper dag 2
- Grupper inndelt etter roller og funksjon dag 3

7.4.3.13 Regionale samlinger

Etter sjuende samling vil teamene ha mye grunnleggende kompetanse på plass. Læringen vil gå over i en ny fase, der teamet blir mer selvstendig i sin utviklingsprosess. Siste semester vil starte med regionale samlinger med erfaringsutveksling på tvers av team der man forankrer arbeidet med FACT Ung i regionen. Forskningsinnlegg, erfaringsdeling og diskusjoner knyttet til lokale utfordringer bør utgjøre agendaen.

7.4.3.14 Veiledning siste semester:

Det enkelte team følges av veileder med to dager (alternativt fire halve dager) knyttet til refleksjon over teamets og egen praksis og utøvelsen av egen rolle i teamet. Veiledningen skal være ferdig innen utgangen av kalenderåret.

7.4.4 Eksempel på 2-åring løp med oppstart januar 2022:

7.4.4.1 Første år - 2022:

1.samling i januar

Veiledning (1) Implementering av FACT Ung-modellen i praksis.

2.samling i mars

Veiledning (2) Implementering av FACT Ung-modellen i praksis.

3.samling i mai/juni

4.samling i september

Veiledning i oktober (3) Prosessorientert veiledning

5.samling i november

7.4.4.2 Andre år 2023:

Veiledning av teamet i januar 2023 (4) Prosessorientert veiledning

6.samling i februar/ mars

Veiledning av teamet i mars/ april (5) Prosessorientert veiledning

7.samling i mai/juni

Regionale samlinger med erfaringsutveksling på tvers av team i september

Veiledning av teamet i oktober (6) Prosessorientert veiledning

Veiledning av teamet i desember (7) Prosessorientert veiledning

7.4.5 Øvrige krav

7.4.5.1 Pensum

Når det gjelder FACT Ung som tjenestemodell bør pensumkravene først og fremst bestå av å skaffe seg nødvendig kjennskap til aktuelle håndbøker og fidelityskalaen. I tillegg bør man skaffe seg oversikt over den løpende forskningen på FACT i Norge.

Når det gjelder FACT Ung som behandlingstilbud bør pensumkravene bestå av utvalgte publikasjoner som omtaler de spesifikke kompetanseområdene listet opp tidligere.

I tillegg til en samlet oversikt over pensumkravene for FACT Ung som tjenestemodell/behandlingstilbud bør det utarbeides en kort litteraturliste til hver samling bestående av artikler, bokkapitler eller ulike nettkurs med utgangspunkt i samlingens tema.

7.4.5.2 Skriftlige refleksjonsoppgaver

Det legges opp til bruk av skriftlige refleksjonsoppgaver (3-5 sider) om sin egen rolle i teamet. Relevante tema i disse refleksjonsoppgavene vil være uutnyttet potensiale, utviklingsmuligheter som teammedarbeider, egen rolle som hjelper, hindringer på veien mv. Den første leveres etter første semester, den andre etter tredje semester. Disse leses av prosessveilederne til teamet, og det gis tilbakemelding.

7.4.6 Gjennomføringsmåte

I tilskuddet til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester skal tilskuddet blant annet benyttes til opplæring av teamansatte og annen implementeringsstøtte.

Vi anbefaler at gjennomføring av opplæringsprogrammet for FACT Ung i hovedsak bør foregå ved fysiske samlinger, hvor alle deltakerne er på samme geografiske sted. Anbefalingen baserer seg på erfaringer gjort i både opplæringsprogrammet for FACT voksne, RBUPs

spesialistundervisningsprogram og MSTs opplæring. Den største fordel er at team på ulike steder i landet, både fra urbane og spredtbygde strøk, møtes for å dele erfaringer med hverandre. På slike samlinger økes mulighetene til å lære av hverandre i formelle og uformelle situasjoner, og både når det gjelder etablerings- og samhandlingsutfordringer, samt gi og få andre råd og tips til bruk i en klinisk hverdag. Både de formelle og mer uformelle møtene deltakerne seg imellom får meget god evaluering og anses som en nødvendig betingelse, i likhet med de faglige innleggene.

Samtidig har pandemien medført at mye av undervisningstilbudet det siste året har blitt flyttet til digitale løsninger. God undervisning på Zoom eller andre digitale plater fordrer mer tradisjonell foredragsundervisning med Powerpoint. Erfaringene med disse har på flere områder vært gode, og deltakerne gir tilbakemelding om godt utbytte av innlegg/foredrag. Særlig deltakerne med lang reisevei setter pris på å spare en del tid, og kan lettere kombinere undervisningen med omsorgsoppgaver på kveldstid. Samtidig blir den uformelle læringen og det å bli bedre kjent med andre i samme rolle på tvers av regioner skadelidende.

Det er viktige grunner for å gjennomføre opplæringen fysisk, dette gjelder særlig det mer uformelle læringsutbytte, tilstedeværelse og det å etablere FACT Ung som et faglig fellesskap på tvers av team og regioner. Tilsvarende er det gode grunner for å gjennomføre opplæringen digitalt, særlig gjelder dette kostnader og mulighet for deltakelse (reiseavstand/omsorgsoppgaver mv). En mulighet i opplæringsprogrammet for FACT Ung er å vurdere en hybridløsning, hvor en kombinerer fysiske og digitale samlinger. En tilsvarende hybridløsning kan også etableres for veiledningen. En bør evaluere alternativene underveis (både fra deltakere og de som står for gjennomføringen), og justere opplegg hvis evalueringene tilsier det.

7.4.7 Hva bør være omfanget?

Opplæringsprogrammet for FACT Ung arrangeres over fire semestre med sju samlinger à tre dager og ca 20 timer undervisning og erfaringsutveksling per samling. Total undervisningstid ligger på ca 140 timer. I tillegg kommer en regional samling, samt sju veiledningsdager der teamet får veiledning på sin fidelity med utgangspunktet i enkeltsaker. De to første veiledningsdagene med utgangspunkt i metodikk, øvrige veiledningsdager på prosess.

7.4.8 Kursbevis

Når deltakerne har gjennomført opplæringsprogrammet for FACT Ung får de et kursbevis. Kriteriene for kursbevis er at deltakerne har gjennomført 80% av opplæringsprogrammet. De deltakerne som ikke får gjennomført samlingene vil ha en mulighet for å delta på den neste opplæringsrunden for samlinger de mangler. Arrangør for opplæringsprogrammet søker de ulike fagorganisasjoner for godkjenning.

7.4.9 Overordnet organisering av veiledning

Det bør finnes minimum en FACT Ung-veileder per region, avhengig av størrelsen på regionen. FACT Ung veilederne i regionen får utdelt hver sine team hvor de har ansvaret for å følge veiledningen under utdanningsløpet. Dette innebærer totalt to veiledninger om modellen, fidelity og implementering lokalt og fem prosessveiledninger. I tillegg kreves det lesing og kort tilbakemelding på to refleksjonsnotater per deltaker i løpet av 2 år.

FACT Ung veilederne bør møtes halvårlig, etter hvert semester, med de kunnskaps-/kompetansemiljø som skal drifte opplæringsprogrammet. De regionale veilederne vil ha gode forutsetninger for å uttale seg om mangler ved programmet og peke på eksisterende utfordringer i feltet. I tillegg vil de sammen kunne bistå de som skal drifte opplæringsprogrammet med å sette agendaen for de regionale samlingene, komme med innspill til forelesere, aktuelle innlegg og kunne sette i gang nødvendige diskusjoner knyttet til FACT Ung i de ulike regionene.

8 Implementeringsstøtte knyttet til utbredelse av FACT Ung i Norge

Implementering kan veldig enkelt defineres som «det vi gjør» for å hjelpe praktikere og organisasjoner med å «gjøre en bestemt ting» (Curran, 2020). De viktigste resultatene av implementering kan likeledes defineres som «hvor mye» og «hvor bra» den bestemte tingen gjøres. I denne utredningen knyttet til FACT Ung, er det derfor naturlig å tenke at dette avsnittet omkring implementering vil fokusere på «hva som kan gjøres» for å hjelpe praktikere og organisasjoner til å «gjøre FACT Ung».

I første del av kapitlet redegjøres kort for implementering som begrep og praksis. Deretter beskrives implementeringserfaringer med utgangspunkt i disse teoriene slik de er anvendt for den nasjonale implementeringen av Multisystemisk Terapi (MST), hvordan FACT voksen har vært implementert og hvilke anbefalinger som fremkommer fra det arbeidet. Erfaringer så langt med å implementere FACT Ung i Norge omtales så, før kapitlet avsluttes med utdypende anbefalinger for hvordan implementeringsarbeidet for å «gjøre» FACT Ung organiseres og gjennomføres. Anbefalingene er med hensikt detaljert, med tanke på videre bruk i realisering av implementeringsarbeidet og som bidrag i utvikling av en etableringshåndbok for FACT Ung.

8.1 Hva er implementering?

Implementering kan veldig enkelt defineres som «det vi gjør» for å hjelpe praktikere og organisasjoner med å «gjøre en bestemt ting» (Curran, 2020). De viktigste resultatene av implementering kan likeledes defineres som «hvor mye» og «hvor bra» den bestemte tingen gjøres. I denne utredningen knyttet til FACT Ung, er det derfor naturlig at dette avsnittet omkring implementering fokuserer på «hva som kan gjøres» for å hjelpe praktikere og organisasjoner til å «gjøre FACT Ung».

Det finnes ulike implementeringsteorier for psykososiale intervensjoner som FACT Ung, og overordnet sett forteller de at implementering a) foregår i faser, b) påvirkes av faktorer på en rekke ulike områder, c) trenger støtte fra nøkkelpersoner med innflytelse (eng: «stakeholders»), og d) krever kapasitetsutvikling (Albers, Mildon, Lyon, & Shlonsky, 2017). I forhold til implementeringsfaser så tenkes det at en implementering skjer gjennom fire faser:

- Først skjer en «Før-implementering / eksploreringsfase» hvor det undersøkes hvilken innsats/praksisendring som kan avhjelpe et bestemt og identifisert problem.
- Deretter kan en «Planleggingsfase» skje, hvor man forbereder etablering og oppstart av den valgte innsatsen.
- Etter fullføring av planleggingsfasen følger den «Aktive implementeringsfasen», hvor en iverksetter implementeringsplanen med den implementeringsstøtte det var planlagt for og med løpende problemløsning av nye utfordringer underveis.
- Til sist følger en «Vedlikeholdsfase» hvor den nye innsatsen er etablert. I denne fasen bedrives implementeringsstøtte ved å følge med i hvordan innsatsen praktiseres, hvilke resultater den gir, samt at det gjøres løpende problemløsning av de utfordringer som dukker opp knyttet til videre bruk av innsatsen.

I praksis er det sjelden at implementering foregår så lineært som det denne faseinndelingen beskriver, men en slik modell gir perspektiver på hvordan behovene knyttet til implementeringsstøtte endres over tid. Videre er det nyttig å nevne at det ofte må regnes at fra oppstart av en planleggingsfase og til en ny psykososial innsats kan komme i vedlikeholdsfasen må det regnes 3-5 år (2-3 år av dette til selve innføringen).

Active Implementation Frameworks (NIRN, 2021) beskriver en etter hvert velkjent oversikt over tre viktige områder og tilhørende faktorer som ansees betydningsfulle for vellykket

implementering. Det første området omhandler «Kompetanse» og fokuserer på hvordan kompetansen til å utøve en bestemt innsats skal utvikles. Kompetanseområdet inkluderer et fokus på rekruttering (hva er de faglige krav til stillingene, hvilken innstilling, holdning, personlig egnethet kreves, hvordan skal det rekrutteres til stillingene), opplæring (hvordan gis det best mulig opplæring, øvelse og trening i utøvelse av innsatsen) og veiledning (hvordan kan det gis med mulig effektiv og metodestøttende veiledning, f.eks. observasjons-basert veiledning av praksis). Opplærings- og veiledningsaspektene av dette beskrives nærmere i utredningens opplæringskapittel. Det nevnes spesifikt i dette kapittelet at målrettet og god rekruttering er en særdeles viktig faktor for vellykket implementering av spesialiserte hjelpetiltak for særlige målgrupper, slik FACT Ung teamet er. Hvordan ansatte rekrutteres til FACT Ung og hvilke kriterier som settes for dette, vil virke avgjørende inn på hvor vellykket en etablering blir.

Det andre området omhandler «Organisatoriske forhold» og retter fokus på det arbeidet som må gjøres i organiseringen av arbeidet for å lykkes med en implementering. Dette innebærer et fokus på administrativ tilretteleggelse i organisasjonen hvor innsatsen skal leveres (ansettelsesavtaler, lønn, lokaler, utstyr, transportbehov, budsjett), samarbeid med andre instanser og systemer (henvisningsrutiner, rapporteringskrav) og beslutningsstøttende datasystemer (registrering og oppfølging av viktige kvalitetsindikatorer for innsatsen og for implementeringen). Det tredje området omhandler «Ledelse» og fokuserer på den rolle ledelsen har for å beslutte og støtte de endringer som kreves for at en bestemt innsats skal kunne implementeres og at den ønskede «kompetanse» kan utvikles og at de «organisatoriske forhold» blir tilfredsstillende i forhold til utøvelse av en bestemt innsats.

Vi tenker at de to teoriene omkring implementeringsstadier og implementeringsfaktorer er nyttige modeller å tenke gjennom i planlegging for gode implementeringsstrategier for FACT Ung i Norge.

8.1.1 Implementering av FACT Ung i Norge – sentrale utfordringer

Det er på sin plass å nevne at implementering av FACT Ung forventelig vil være krevende, ettersom «det som skal gjøres» (dvs. det som skal implementeres):

- går delvis på tvers av de etablerte strukturer i hjelpetjenestene
- retter seg mot en målgruppe med alvorlige og sammensatte problemer med lav motivasjon for hjelpsøking
- bygger på en bredde av faglige tilnærminger
- involverer tverretatlige funksjoner
- berører ulike lovverk for tjenesteutøvelse

Det finnes flere eksempler på lokale prosjekter og innsatser som har ønsket å gjøre noe for den samme målgruppen, som ikke har lyktes. Trolig kan noe av svaret på hvorfor dette ikke er lyktes ligge i en mangel på god og solid implementeringsstøtte som tar hensyn til de ulike implementeringsfaktorene gjennom alle de ulike implementeringsfasene. For eksempel er det slik at ettersom FACT Ung tilbudet vil være sektorovergripende, vil det kreve ledelsesstøtte i mange ulike tjenestesystemer over tid. Utskiftning i ledelsen i involverte eller samarbeidende tjenester vil derfor medføre en risiko for manglende ledelsesstøtte og derved de-implementering. Ettersom målgruppen for FACT Ung er sammensatt og med et alvorlig utfordringsbilde vil det kreve den rette kompetansen (eller sammensetning av kompetansen) i teamet for å at det skal lykkes som innsats. Manglende oppmerksomhet eller fokus på hvilke medarbeidere (kompetanser og holdninger/verdier) som bør rekrutteres til et FACT Ung team, og hvordan disse kan få god og tilstrekkelig opplæring og veiledning, kan utgjøre en risiko for at «FACT Ung»-utøvelsen ikke blir god nok. Opplæring i og utøvelse av en ny samhandlingsmodell krever mer enn utarbeidelse av nye faglige retningslinjer. Det krever en aktiv og vedvarende strategi for kompetanseutvikling over tid. Videre er begrensningene knyttet til ulike lovverk en kjent barriere for godt tverrsektorielt samarbeid og vil kunne bli det for FACT Ung teamene også.

FACT Ung teamene vil utfordre både etablert praksis, og systemene (siloer) i norsk helsevesen. Disse ulike eksemplifiserte implementeringsbarrierene for FACT Ung vil måtte håndteres på ulike organisatoriske/ledelsesmessige nivåer.

I en implementeringsprosess er det også nyttig å forstå hvilke ulike interessenter som berøres av en implementeringsprosess, og som det vil være viktig å sikre samarbeid med. Eksempler på aktørgrupper ifht implementeringsstøtte for FACT Ung er:

- De ansatte i FACT Ung teamet
- Teamlederne
- Prosjektlederne
- Styringsgruppene (både i forprosjekt og underveis i drift av teamene)
 - I Styringsgruppene bør ledelsen fra alle tjenester være representert
 - Styringsgruppen bør ha et klart mandat fra de som finansierer tjenestene
- De ulike organisasjonene som inngår i FACT Ung samarbeidet. Eksterne samarbeidspartnere (lokalt etablerings-/implementeringsarbeid).
- Statsforvalterne (forventes å ha en rolle ifht finansieringen)
- Direktorat/Departement
- Brukere og pårørende bør også involveres/høres og være representert, jfr kapitlet i utredningen hvor en belyser unge og medvirkning i FACT Ung.

8.2 Eksempel på implementering av ny behandlingsmetodikk i barnevernet

Den norske implementeringen av Multisystemisk Terapi (MST) i fylkeskommunalt (senere statlig-regionalt) barnevern, er et eksempel på hvordan implementeringskunnskapen knyttet til implementeringsfaser, implementeringsfaktorer og implementeringsteam er benyttet for å sikre en vellykket og vedvarende etablering av et nytt spesialisert behandlingstilbud for en utsatt målgruppe ungdommer. Implementeringen av MST skjedde i starten i et tett samarbeid mellom departement/direktorat, fylkeskommunen (senere Bufetat) og et dedikert implementeringsteam ved Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge (NUBU; da Atferdssenteret).

Implementeringsteamet v/NUBU hadde ledelsen for den nasjonale implementeringen av MST, og gjennomførte følgende aktiviteter i samarbeid med vertsorganisasjonene:

- Stedsevaluering (vurdering av om forholdene i organisasjonen er tilrettelagt for å starte et behandlingsteam, om det er et tilstrekkelig antall ungdommer i målgruppen for å starte et team, og om det er gode nok samarbeidsrelasjoner til de som møter og henviser ungdommene i målgruppen)
 - Stedsevalueringen kan relateres til en forprosjekteringsprosess for FACT Ung hvor man sikrer at det er et godt nok grunnlag for å starte et team, og at det sikres nødvendig organisatorisk og ledelsesmessig forankring.
- Rekruttering av de rette medarbeiderne til nye behandlingsteam (faglige kompetanser, holdninger/verdier knyttet til kvalitetssikring og fleksibel arbeidstid- og -arena, og personlig egnethet)
- Gjennomføring av grunnopplæring
- Etablering av veilednings- og konsultasjonsstruktur for kompetanseutvikling i teamene
- Kvalitetssikring av teamets arbeid (datainnsamling og rapportering på kvalitetsindikatorer knyttet til antall ungdommer, behandlingsresultater, behandlingsslengde, metodetrouw, etc)
- Kontinuerlig kvalitetssikring (hvert tertial) av at de nødvendige organisatoriske rammebetingelsene for god drift av et MST team er tilstede, og anbefaling av tiltak dersom dette ikke er tilfelle.

Finansieringen for både implementeringsteamets arbeid, samt opprettelse og drift av MST-teamene var sikret gjennom forankring til departementet, hvor etableringen av MST-tilbudet i Norge var en politisk vedtatt beslutning.

I stedsevaluering og den første oppstartsperioden for MST-team (som må regnes å vare minimum 2-3 år i innføring av psykososiale intervensjoner) var det hyppig og tett samarbeid mellom implementeringsteamet, departementet og fylkeskommunen (vertsorganisasjon). Dette innebar en løpende problemløsning knyttet til implementeringsutfordringer som ble møtt og som krevde tiltak på ulike nivåer (behandlingsteam, veileder, ledelsen i vertsorganisasjonen, i samarbeidet med eksterne aktører/henvisere, på departementalt nivå). Da det var en nasjonal implementering kunne implementeringsteamet viderebringe erfaringer og løsninger på utfordringer i en vertsorganisasjon til andre vertsorganisasjoner. En utfordring som var tjent med nasjonal koordinering, var spørsmålet rundt organisering av arbeidet med 24/7 tilgjengelighet, og sikre arbeidsavtaler og ordninger som muliggjorde dette. Det nasjonale implementeringsteamet opparbeidet gjennom ulike nasjonale og lokale utfordringer kompetanse på å støtte implementeringsprosesser både gjennom konsultativ problemløsning og konkrete implementeringsløsninger på ulike utfordringer.

Etterhvert som implementeringen av MST i Norge er gått over i en «vedlikeholdsfasen» er samarbeidet mellom implementeringsteamet og vertsorganisasjonen fokusert omkring:

- Opplærings- og kompetanseaktiviteter:
 - Opplæring av nye ansatte i metodikken
 - Sikre konsultasjonsstruktur for kompetanseutvikling
- Implementeringsstøtte:
 - Bistand i rekrutteringsprosesser ved ansettelse av nye teammedarbeidere
 - Innhente kvalitetssikringsdata
 - Utarbeide «Evalueringsrapporter» hver 4. måned, hvor det rapporteres på teamets resultater på klinisk relevante nøkkel-indikatorer og på hvorvidt teamet har de nødvendige organisatoriske rammebetingelser for å tilby MST-behandling.
 - I tilfellene hvor det er indikasjon på at resultater eller rammebetingelser ikke er tilstrekkelig, utarbeides anbefalte tiltak for vertsorganisasjonen som kan avhjelpe disse utfordringene.

Vertsorganisasjonene for MST (Bufetats regioner) gir uttrykk for å være godt tilfreds med å motta Evalueringsrapporter for deres MST-team fra implementeringsteamet på NUBU. Gjennomgang av MST-teamenes fungering av en ekstern spesialisert fag-instans for metodikken, vurderes å gi en faglig solid og uavhengig ekspertvurdering som er med på å sikre god mulighet for vertsorganisasjonen til å støtte driften av teamene.

8.2.1 Ressursbruk

Oslo Economics (2017) har på oppdrag fra Bufdir laget en samfunnsøkonomisk evaluering av MST-tilbudet i Norge. I disse beregningene lå det til grunn at NUBUs utgifter knyttet til de 21 MST-teamene i Norge lå på omkring 4,8 millioner kroner årlig. NUBUs implementeringsaktivitet knyttet til MST finansieres ut fra NUBUs grunnbevilgningen som består av tilskudd fra Bufdir (ca. 94%) og Helsedirektoratet (ca. 6%). En vesentlig andel av NUBUs utgifter knyttet til MST utgjør lisenser til de amerikanske utviklerne av MST (MST Services). Dette gir tilgang til manualer og opplæringsmaterie, oppdateringer og utvikler i behandlingskomponenter, samt ekspertkonsultativ bistand for implementeringsteamet og de fem norske MST-konsulentene. Personalmessig er det avsatt ca. 1,8 fulltidsstillinger ved NUBU. Disse utgjør, sammen med 5 fulltidsansatte MST-konsulenter ansatt i NABE (Bufetat Region Midt) og under ledelse av fagdirektør ved NUBUs utviklingsavdeling, det nasjonale implementeringsteamet for MST i Norge. MST-konsulentenes arbeid er i all hovedsak knyttet til direkte konsultasjon av pågående behandlinger, og at dette arbeidet regnes som en del av behandlingen. Videre står MST-konsulentene for all opplæring og løpende kompetanseutvikling i MST-teamene (dette er nærmere beskrevet i opplæringskapittelet). Det er således en mindre del av MST-konsulentenes arbeid som retter seg direkte mot implementeringsstøttende aktiviteter. De aktivitetene dreier seg primært om bistand knyttet til rekruttering av nye medarbeidere, samt utarbeidelse av de ovennevnte evalueringsrapporter for hvert team hver 4. måned.

8.3 Erfaringer fra implementeringen av ACT/FACT for voksne i Norge

Drivkraften for implementering av ACT/FACT i Norge har trolig mest hatt sitt utgangspunkt i at arbeidsmodellen har samsvart med faglige behov / ønsker som er erfart sett av fagfolk allerede. Det vil si at «implementability»/aksepterbarhet/tilpasningsmuligheten for ACT/FACT har vært høyest blant fagpersoner. Samtidig kan implementability av ACT/FACT ha vært opplevd som lavere for tjeneste«eiere»/administratorer/rådmenn. Det har i denne sammenheng vært viktige å berede grunnen for implementeringen gjennom grundig forprosjektering med viktige stakeholders – både nasjonalt og lokalt.

I dette følgende vil vi gjøre rede for det NAPHA mener har vært suksesser og utfordringer i implementeringsarbeidet for ACT/FACT. Formålet er å dele kunnskap som kan være nyttig for en evt implementering av FACT Ung. Det er også gjort et forsøk på å gi noe informasjon om finansiering av de enkelte tiltakene. Informasjonen er kun ment for å gi en pekepinn på hvilke ressurser en bør sette av gitt at en ønsker tilsvarende implementeringstiltak blir iverksatt også for FACT Ung.

De viktigste implementeringsgrepene har etter vår oppfatning vært:

1. Samarbeid, samhandling og felles eierskap
2. Trinnvis implementering
3. Underveisevaluering
4. Tilskuddsmidler
5. Helsedirektoratets pådriverrolle
6. Opplæring og nettverk
7. Håndbøker
8. Kontakt med enkeltkommuner og prosjekt i etablering og drift
9. Kommunikasjon og formidling

Dette er grep som, både hver for seg og sammen, har understøttet hverandre og gjort det lettere å lykkes med implementeringen av ACT/FACT-team. Både omfattende opplæring av teamene, etablering av nettverk, fidelitykriterier og -vurderinger, underveisevalueringer og tilskuddsmidler har vært viktige tiltak i implementeringen. Men ingen av disse tiltakene kunne, slik NAPHA erfarer, stått alene og hatt samme effekt. Dette påpeker behovet av å se ulike implementeringsfaktorer og -innsatser i sammenheng og helhetlig, slik teorier og modeller for implementering beskriver.

8.3.1 Trinnvis implementering

Kompetansesentrene NAPHA og NKROP har siden 2009 hatt et felles oppdrag om implementering av ACT/FACT-team i Norge. Når satsningen startet hadde vi liten kunnskap og erfaring med modellene, både organisatorisk og faglig. Modellene er utviklet i andre land med en helt annen oppbygging av helsetjenestene enn vi har. Vi visste lite om hvordan modellene ville finne sin plass i det norske tjenestetilbudet. Usikkerheten gjorde at implementeringsarbeidet ble lagt opp i ulike faser. Da kunne man gjøre endringer underveis uten at man i for stor grad var forpliktet til en veldig klar plan man hadde lagt på forhånd.

Både ACT-teamene og FACT-teamene; er evaluert på nasjonalt nivå underveis (Landheim & S. r. Odden, 2020; A Landheim et al., 2014). Disse to rapportene har gitt verdifull kunnskap om hvordan modellene realiseres i Norge i dag, hvilke implementeringsbehov en dermed står overfor, og gjort det lettere å planlegge neste skritt i implementeringen.

8.3.1.1 Fase 1 (første 2 år)

NAPHA og NKROP startet i 2009 opp et samarbeid med de som skulle etablere team/forprosjektledere (seks to-dagers nasjonale nettverkssamlinger) og etter hvert også de som ble ansatt som teamledere og teamansatte (seks to-dagers samlinger). Det første opplæringsprogrammet var betydelig mer omfattende og ressurskrevende enn det som tilbys nå (Se opplæringskapitlet i utredningen). over en periode på 2 år økte deltagerantallet fra 40

personer til 120 personer. Underveis ble det utviklet/delvis oversatt en håndbok for ACT-team, tilpasset norsk kontekst(Bakke & Strand, 2018). Kompetansesentrene og det første norske ACT-teamet var veldig tilgjengelig og delte mye kunnskap, både i form av ad hoc støtte og innlegg på samlingene. I tillegg ble mye vekt lagt på å hente inn kunnskap fra internasjonale miljøer. Helsedirektoratet deltok på alle samlinger, og tok et hovedansvar for å svare ut utfordringer som oppsto underveis (eks juridiske utfordringer, samhandlingsutfordringer etc).

8.3.1.2 Fase 2 (neste 7-8 år)

Etter hvert som flere team kom på plass, fikk opplæringen i FACT en mer fast form (fem dagens samlinger) og den er siden 2015 blitt tilbudt årlig (se kapitlet om opplæring).

Ad hoc støtte er blitt videreført i fase 2 – både fra kompetansemiljø og fra team med mye erfaring. Hospitering ble anbefalt. Man videreførte også nasjonale teamledermøter.

I denne fasen ble det en satsing på FACT-team. I den forbindelse ble ACT-håndboka revidert og inkluderte FACT-modellen(Aakerholt, 2013),og en oversatte sentrale momenter i en FACT-håndbok(Aakerholt, 2014). For å besvare opplevde utfordringer med etablering utviklet NKROP og NAPHA i samarbeid med etablerte team i Norge en egen etableringshåndbok(Bakke & Strand, 2018);

I fase 2 ble det også knyttet kontakter til internasjonale miljø for å holde seg oppdatert på utviklingen av ACT og FACT internasjonalt.

8.3.1.3 Fase 3 (nå)

Etter hvert som det ble etablert mange flere team, ble det nødvendig å desentralisere og etablere regional implementeringsstøtte. Det er nå etablert arbeidsgrupper for planlegging og gjennomføring av nettverkssamlinger i alle regioner, hvor teamledere, ansatte i team og forprosjekter deltar. Arrangører er Statsforvalteren, KoRus, RVTS, NAPHA/NKROP, teamledere og teamansatte med brukererfaring eller brukerorganisasjoner deltar. Det planlegges en eller to nettverkssamlinger per år.

I tillegg er det etablert digitale regionale teamledermøter i alle regioner. Møtene avholdes hver 6. til 8. uke.

Samtidig er det nasjonale opplæringsprogrammet for nyansatte i etablerte team og for nye team under etablering videreført. Nasjonale teamledermøter videreføres også.

FACT-håndbøkene og FACT fidelity skala er planlagt revidert etter hvert som man får ny kunnskap om hvordan modellen fungerer i norsk kontekst.

Egne nettverk for ulike spesialistroller i teamene og systematisk opplæring i sentrale temaer i modellene, for eksempel dobbeldiagnosebehandling (IDDT), IPS og MI, er også under utprøving.

8.3.2 Samarbeid, samhandling og felles eierskap

Siden oppstarten har implementeringen av ACT og FACT vokst i et nært samarbeid mellom både Helsedirektoratet, NKROP, NAPHA og allerede etablerte ACT/FACT-team. NKROP har et nasjonalt ansvar for samtidig rusmisbruk og psykisk helse, både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. NAPHA har både et nasjonalt og regionalt ansvar for kommunalt psykisk helsearbeid og dets grenseflater mot spesialisthelsetjenesten.

Sammen har de to sentrene:

- Bidratt med direkte støtte til forprosjekter og prosjekter via møter, epost, telefoner, deltakelse i arbeidsgrupper og styringsgrupper med kunnskap om modellene og etableringsutfordringer.
- Etablert regionale teamledermøter og regionale nettverk – i et tett samarbeid med Statsforvalteren og regionale kompetansesentre KoRus og RVTS

- Utviklet etableringshåndbok basert på erfaringer fra etablerte team
- Bidratt med omfattende publisering av fagstoff og erfaringer på både napha.no og rop.no, både i form av enkeltartikler, temasider og bruk av ulike former for digital formidling (film, streamede foredrag etc)
- Opprettet og driftet en Facebookside for ACT/FACT-teamene hvor det kan utveksles informasjon og kunnskap
- Arrangert nasjonale teamledersamlinger for alle teamledere i ACT-/FACT-team.
- Hatt tett kontakt dialog med instanser i Helsedirektoratet rundt ulike praktiske og juridiske utfordringer teamene vil stå i grunnet forventning om samhandling. Resultatene av dette har igjen blitt spredd via kanaler nevnt over. Juridiske avklaringer har særlig dreid seg om samhandlingsforventningene som ligger i satsningen. I denne dialogen har også tema som økonomi/finansieringsordninger, samhandlingsavtalers nødvendige innhold mv. blitt tatt opp.

NAPHA har særlig bidratt med veiledning til forprosjekt, team under etablering og drift, nasjonale og regionale nettverk for teamledere og teamansatte. Det regionale arbeidet har særlig vært NAPHA's fokus.

Med denne sammensetningen, felles eierskap og tett koordinering har de to kompetansesentre greid å ivareta både et nasjonalt og et regionalt perspektiv. Man har også koplet ulik kompetanse om psykisk helse og rus og tjenesteetablering rettet mot både spesialisthelsetjenesten og kommunene, som utgjør ACT- og FACT-teamenes målgrupper.

Det meste av denne implementeringsstøtten har vært knyttet til realisering av ACT/FACT som modell, men delvis har det også vært knyttet til å øke kompetansen på ulike deler av det faglige innholdet (rusbehandling, integrert behandling, hvordan jobbe med arbeidsinkludering, brukermedvirkning mv.).

8.3.3 Nettverk

8.3.3.1 Nasjonale og regionale teamledermøter inkl. FACT Ung

Teamlederne har en nøkkelrolle i etablering og drift av teamene. For å styrke teamlederen i rollen er det etablert både nasjonale teamledersamlinger og regionale teamledermøter. Teamlederne bruker tiltakene som en ressurs i egen teamlederrolle, og styrkes i sitt arbeid med implementering, utvikling og drift av ACT-/FACT-team. Nasjonale teamledersamlinger ble etablert i 2011, og fram til 2019 ble det arrangert to samlinger i året. Fra 2020 tilbys en nasjonal teamledersamling over to dager og 6 regionale teamledermøter per år.

Hensikt:

- møtes for å diskutere felles tilnærminger til problemstillinger og kompetansebehov teamlederne ellers sitter med alene
- synliggjøring av ulike utfordringer med modellene i en norsk kontekst til myndighetene
- dele kunnskap og erfaring – «lære av hverandre»
- kontaktetablering (formell og uformell)
- spille inn forslag på nasjonale implementeringstiltak
- kartlegging av kompetansebehov og tilrettelegge for kompetansehevende tiltak i samarbeid med regionale kompetansesentre (RVTS og KoRus) og nasjonale kompetansesentre
- Tematisk balanse mellom teamledernes behov for kunnskap og erfaringsdeling og vektlegging av kunnskapshull på sentrale temaer/satsninger

Organisering og drift:

NAPHA har et overordnet ansvar for drift og organisering. Reise og opphold betales av teamet/teamlederen. Deltakelse og middag på kveld dekkes av NAPHA over egen søknad (midler fra Helsedirektoratet). Teamlederne deltar i planleggingen av innholdet på samlingene. NAPHA deltar i alle samlinger, både nasjonale og regionale

8.3.3.2 Regionale nettverkssamlinger for alle ansatte i team og forprosjekter inkl. FACT Ung

I 2019 inviterte NKROP og NAPHA alle statsforvalterne, de regionale kompetansesentrene og noen teamledere til et todagers møte for å diskutere etablering av regionale ACT/FACT-nettverk.

Våren 2020 var det etablert arbeidsgrupper for planlegging av samlinger i alle regioner. Nettverkene ble først og fremst etablert med bakgrunn i at teamene hadde behov for å bli bedre kjent og dele erfaring og få kunnskap. Det gir igjen lavere terskel for å ta kontakt.

Hensikt:

- Støtte team i etablering og drift
- Utveksle kunnskap, erfaringer og drøfte felles problemstillinger (lære av hverandre) – utvikle felles kunnskapsgrunnlag
- Diskutere ulike elementer i modellene og praktiseringen av dem med mål om mer enhetlig praksis
 - o Fagutviklingsarbeid, styrke nytenkning og innovasjon
 - o Videreutvikle verktøy (f.eks. tavle og feedback-verktøy)
- Presentere kunnskap fra evalueringer – synliggjøring av forbedringsområder
- Etablere kontakt (formell og uformell) mellom team i samme region
- Tilby støtte og kunnskap rundt sentrale temaer i modellen ved bruk av intern kompetanse i teamene, regionale kompetansesentre og Statsforvalter
- Synliggjøre satsningen regionalt
- Støtte team i ulike faser av satsningen (forprosjekt, oppstart, drift og fra prosjekt til ordinær drift)
- Synliggjøre ulike nasjonale satsninger
- Stimulere til opprettelse av nye team
- Avdekke ulike praksis innen felles helseforetak – lære av hverandre og søke å etablere mer enhetlig praksis rundt drift av teamet, både organisatorisk og faglig

Organisering og drift:

I mange regioner er det Statsforvalteren som har overordnet ansvar for drift og organisering med støtte fra ansatte i team, regionale kompetansesentre (RVTS/KoRus) og NKROP/NAPHA. Teamene har en sentral rolle rundt faglig innhold på samlingene. For tiden er det digitale møter og det medfører ingen kostnad foruten bruk av tid. Ved fysiske møter dekkes reisekostnader og overnatting av den enkelte deltaker. Selve deltakelsen dekkes enten av Statsforvalteren eller som et økonomisk samarbeid mellom Statsforvalteren og de regionale kompetansesentrene (KoRus/RVTS).

8.3.4 Håndbøker

Allerede i en tidlig fase ble det jobbet mye med å utvikle en håndbok for ACT-team. For å ha erfaringer nok å bygge på ble dette arbeidet igangsatt først da en hadde et visst volum av team med stabil drift. Etter hvert som man besluttet å implementere FACT-team ble det også oversatt en FACT-håndbok. Formålet var å gi nye og etablerte team kunnskap om denne modellen.

ACT- og FACT etableringshåndbok omhandlet mer hvordan kan kunne tilpasse modellen i norsk kontekst. Etableringshåndboka ga svar på mange av teamenes spørsmål og ønske om å systematisere og dele erfaringer og kunnskap på tvers. Den inneholder erfaringer og anbefalinger fra etablerte team.

Håndbøkene har bidratt med kunnskap om modellene og etableringsutfordringer. De har fungert som lett tilgjengelige verktøy (oppslagsverk) og har hatt til hensikt å redusere behovet for lokal implementeringsstøtte. Bøkene ble skrevet av medarbeidere ved NKROP/NAPHA, men drøftinger/innspill fra teamlederne var svært viktige for å få innholdet så praksisnært som mulig.

8.3.5 Kontakt med enkeltkommuner og prosjekt under etablering

Vi så tidlig at de regulære implementeringstiltakene, inkludert håndbøker, ikke var tilstrekkelig. Det var derfor nødvendig å tilby regional og lokal mer ad hoc-preget veiledning og forsterket implementeringsstøtte. Både NAPHA og NKROP har kontinuerlig gjort dette siden oppstarten. I NAPHA har man fått omtrent 3-4 henvendelser i snitt i uka de siste årene. Mange av henvendelsene handler om spørsmål rundt etablering og drift, finansiering og praktiske problemstillinger. NAPHA og NKROP har gjennom dette bygget seg opp verdifull kunnskap om satsningen, modellene og ulike etableringsutfordringer. Etablering av en oppdatert oversikt over team i Norge har i den sammenhengen vært verdifull for å kunne tilby nyttig støtte. Vi har også vektlagt å sette team i kontakt med hverandre. Det er lagt til rette for besøk til sentrene. I tillegg har vi svart ut spørsmål på samlinger o.l. og hatt undervisning om modellen på forespørsel.

I NAPHA har ACT/FACT-satsingen vært den aller største aktiviteten siden senteret ble etablert, og arbeidet har vært organisert som prosjekt i tett samarbeid med NKROP. Henvendelser om slik støtte har derfor delvis vært håndtert av den enkelte og delvis tatt inn i interne prosjektmøter og samarbeidsmøter med NKROP og Helsedirektoratet for planlegging og bredere drøfting. Reiser som del av implementeringen er finansiert over søknad fra NKROP til Helsedirektoratet, mens timer er tatt som egenfinansiering.

Hensikt

- Stimulere til etablering av nye team
- Svare ut konkrete problemstillinger som oppstår i hverdagen
- Tilby kunnskap om modellen og ulike etableringsutfordringer
- Sette team i kontakt med hverandre
- Øke modelltrofasthet

8.3.6 Kommunikasjon og formidling

Både NAPHA og NKROP har siden oppstarten kontinuerlig formidlet kunnskap om ACT/FACT. I hele perioden er det skrevet 270 artikler på [napha.no](https://www.napha.no) som blant annet omhandler viktig informasjon (for eksempel om tilskuddsmidler), kunnskap om modellen, praksiseksempler fra etablerte team og viktig forskning som kan vært nyttig for teamene. Stoffet er utviklet i samarbeid med alle som er involvert i implementeringen og team som er etablert. Det er også utviklet en temaside hvor den mest grunnleggende kunnskapen om ACT/FACT er presentert. Det er under arbeid å synliggjøre alle etablerte team på temasiden; <https://www.napha.no/content/13921/act--og-fact-team>

Evalueringsrapportene har blitt formidlet ut til alle teamene så snart de har foreligget. De er også behørig presentert på div nettsteder. I tillegg har de blitt presentert – enten i sin helhet eller på enkeltområder – i en lang rekke av de implementeringstiltakene som er presentert over

Det er også utviklet en lukket Facebook gruppe for ansatte i teamene hvor de kan dele erfaringer, spørre om tips o.l. Siden brukes av kompetansesentrene til synliggjøring av kunnskap, kurs o.l. Det er i overkant av 400 medlemmer i gruppen.

8.3.7 Ressursbruk

Både i NKROP og NAPHA utføres implementeringsarbeidet for ACT/FACT av prosjektgrupper med flere personer involvert. I tillegg er kommunikasjonsrådgivere aktive i mye av kommunikasjons- og formidlingsarbeidet, særlig den nettbaserte formidlingen. Et grovt anslag over ressursbruk de siste årene, på tvers av de to sentrene, tilsier at det årlig brukes et sted mellom 1,5 og 2 årsverk til implementeringsaktivitetene beskrevet over. Det er også kostnader knyttet til reiseaktivitet, som i 2020 var svært begrenset grunnet pandemien. I

tillegg kommer ressursene brukt til den nasjonale opplæringen, og de eksterne fidelityvurderingene, de to sentrene gjennomfører.

8.3.8 Utfordringer:

1. Det har vist seg utfordrende å få Statsforvaltere og regionale kompetansesenter over hele landet til å ta et hovedansvar for ledelse av de regionale nettverkene. Det har vært nødvendig å bruke tid og ressurser på å involvere disse og øvrige kompetansemiljø, og avklare roller og ansvarsforhold og gradvis utfase ansvar for NAPHA/NKROP. De som skal overta ansvaret må være villig til å legge inn betydelige ressurser i en oppstartsfasen
2. Regionalt arbeid er nyttig og ønskelig for teamledere og team, men det er ressurskrevende for de nasjonale sentrene NKROP/NAPHA å delta i alle regioner. Det arrangeres minst en til to regionale nettverkssamlinger og seks regionale teamledermøter i alle de ti regioner per år. NAPHA og NKROP bruker interne timer på planlegging og gjennomføring mens reise og opphold for teamene dekkes av midler fra egen ACT/FACT søknad til Helsedirektoratet.
3. Etablering av team skjer kontinuerlig, og teamene er i ulike faser og har ulikt behov for støtte, kunnskap, erfaringsdeling og kjennskap til hverandre. Vi må ha tett dialog med teamene for å engasjere dem til å presentere tema og fange opp ønsket faglige innholdet på nasjonale og regionale samlinger. At teamene gradvis tar eierskap til behov for nettverk kan være utfordrende.
4. Det er positivt at Helsedirektoratet har deltatt på mange av de nasjonale og regionale samlingene. Deltakelsen understreker betydningen av satsningen, og de kan svare ut spørsmål og utfordringer. De får også kjennskap til praktiske utfordringer med modellen. Samtidig har teamene savnet mer konkrete avklaringer særlig rundt:
 - Juridiske tema
 - Pakkeforløp
 - Økonomiske rammer
 - Gevinster med etablering
 - Modellkrav til samhandling som fanger opp utfordringer med to nivå og norsk kontekst

Det har over tid vist seg både ressurskrevende og faglig komplisert å få på plass disse avklaringene.

5. Basert på teamledernes ønske er «eierne» av teamene invitert på nasjonale teamledersamlinger for å diskutere og dele erfaringer rundt problemstillingen «fra prosjekt til drift». Selv om utfordringen er blitt tematisert i ulike implementeringstiltak ligger det mye ansvar på teamlederne.
6. På de ulike nettverkssamlingene har man hatt en god balanse mellom gruppediskusjon, erfaringsdeling og faglige innlegg. Det har vært godt mottatt. Man har også lyktes med å etablere formell og uformell kontakt. Samlingene har vært en god arena for å diskutere modellen i en norsk kontekst; hvor sitter utfordringene, suksessene og hva er viktige nasjonale tilpasninger? Samtidig har det vært nødvendig, men utfordrende, å adressere konkrete nok utfordringer som teamlederne har vært særlig opptatt av. Dette er utfordringer som er komplekse å løse (eks juss, samhandling, avtaler, bruk av ulik kompetanse, evaluering osv). Det har også vært utfordrende å møte alle med relevant innhold når det er store ulikheter mellom teamene i størrelse, organisering, modelltrofasthet, målgruppe, tjenestelevering, tolkning av juss osv. Det er stor variasjon mellom team, særlig når det gjelder opptaksområde og målgruppe.
7. I håndbøkene er det ikke enkelt å gi entydige svar på alle spørsmålene en må forholde seg til. Flere av aspektene ved modellen må tilpasses den lokale konteksten.

Etableringshåndboka oppleves mest som et overordnet støtteverktøy på generelle utfordringer. Det er også et behov for å oppdatere håndbøker jevnlig, inkludert å ha den som en digital publikasjon som lettere kan oppdateres med de nyeste anbefalinger og kunnskap.

8. Det har vært en utfordring at kunnskapen på nett har ligget flere steder og at flere kompetansesenter har hatt selvstendig ansvar for publisering og formidling. Formidlingen har ikke i tilstrekkelig grad vært planlagt, koordinert og samlet presentert. Det har medført at teamene må lete flere steder etter kunnskap, og at det ikke er helt klart hva som ligger hvor. NAPHA og NKROP har ulike målgruppe og nettsidene er innrettet litt ulikt. NAPHA skal nå bredt ut mot alle kommuner, og først og fremst vekke nysgjerrighet, og inspirere til etablering av team. Det vil si at senteret i liten grad har ressurser og nettsiden er lite tilpasset behovet for en samlet oversikt over den kunnskapen som er mest relevant og nyttig for ansatte og ledere i teamene. I ettertid ser vi at det, uavhengig av napha.no og rop.no, hadde vært behov for et felles nettsted med en redaksjon som har et hovedansvar for utvikling av innhold og webutvikling.
9. Teoretisk synliggjør modellene en mulighet for å tilby hjelp på en annen måte – noe som vekker inspirasjon og nysgjerrighet. Samtidig byr det å pakke modellen ut i praksis på utfordringer (målgruppe, økonomi, samarbeid, personell, juridisk osv.) – utfordringer kontra vinning. Av dette følger at det er mer krevende å motivere og inspirere etter hvert. Det har derfor vært viktig med ledelsesforankring og bred involvering i alle faser.

8.4 Erfaringer med og utfordringer i implementeringen av FACT Ung i Norge

Vi har i det følgende avsnitt sett på erfaringene beskrevet av de etablerte FACT Ung pilotene, for å kunne dra vekslers på disse i det framtidige implementeringsarbeidet for FACT Ung på nasjonal basis.

8.4.1 Målgruppe

Målgruppediskusjoner har vært tema hos alle de etablerte FACT Ung pilotene. Spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste kan ha ulike behov og ønsker for hvilke ungdommer FACT Ung skal gi tjenester til. Dette kan også variere mellom bydeler og kommuner, og det vil sannsynligvis være store variasjoner knyttet til lokal demografi.

Det kan være ulike oppfatninger av hva som er psykiske vansker og skillene mellom lette, moderate og alvorlige psykiske vansker må tydeliggjøres for å få en felles forståelse. Det er ulike budsjetter å forholde seg til og derav kan det også oppstå ulike ønsker. FACT Ung pilotene kan ikke dekke alle behovene som finnes i kommunale helsetjenester på barn og unge området. Det vil også være behov for andre kommunale helsetjenester i tillegg.

Diskusjoner om *hvem* FACT Ung skal være ett tilbud for, og *hva* som reelt er mulig å yte av tjenester, er viktige å ha på et så tidlig tidspunkt som mulig. Allerede i forprosjektperioden må det skje en forventningsavstemning, og det bør være en felles forståelse som er tydelig beskrevet i en samarbeidsavtale.

For at FACT Ung pilotene skal gå fra å være prosjekter, finansiert med tilskuddsmidler, til å være fast tjeneste finansiert av kommune og spesialisthelsetjeneste er det nødvendig at tjenestetilbudet oppleves nyttig og virksomt av begge instanser.

8.4.2 Organisatoriske utfordringer

Det er et kjent fenomen at organiseringen i FACT Ung team kan være utfordrende. Teamene er sammensatt av ansatte i både spesialist- og kommunal helsetjeneste. Personalansvaret er som regel delt, slik at det er flere ledere å forholde seg til samt flere nivåer av ledelse.

Teamleder har daglig lederansvar, men kanskje ikke personalledelse for alle i teamet. Dette kan vanskeliggjøre den daglige styringen på flere nivåer.

Beslutningsprosesser kan forsinkes på grunn av at flere må involveres for å komme til enighet, og det kan være vanskelig å få til god informasjonsflyt.

Etablering av samarbeid på tvers, med faste møte/kommunikasjonspunkter, må være på plass tidlig i etableringen. Avklaringer av ansvarsområder på teamleder-, prosjektleder-, seksjonsleder- og øverste ledernivå bør tydeliggjøres for alle involverte parter, inkludert ledelsesgruppen og teamet.

8.4.3 Ressurser/Teamstørrelse

Etablering av FACT Ung team gjennom gradvis oppbygning av tiltaket kan vanskeliggjøre driften av tilbudet i starten, og minske teamets mulighet for å oppnå resultater. Små oppstarts-team med få eller ingen heltidsansatte skaper noen svakheter i bemanningen av tilbudet;

- På dager der det er for få personer på jobb kan tilbudet om teamoppfølging (bl. a oppsøkende) bortfalle for enkelte brukere.
- Et lite team vil videre være svært sårbart for fravær grunnet sykdom, ferieavvikling oa.
- For lav bemanningsnorm vil også ha konsekvenser for kompetansebredde i FACT Ung teamet, og dermed virke negativt inn på teamets mulighet for å jobbe tverrfaglig og tverrsektorielt i den grad FACT Ung som modell foreskriver.

En oppstartsfase med for lavt, og potensielt for kompetansemessig smalt, bemannede FACT Ung team vil således påvirke både kapasitet, arbeidsformer og kompetanse i teamet. Dette vil begrense teamets mulighet for å oppnå de ønskede resultater, og således utgjøre en risiko for etableringen. Særlig er dette en risiko dersom dette ikke er tydeliggjort for alle samarbeidspartnere tidlig i planleggingen, inkludert anerkjennelse for den begrensede kapasitet og effekt dette vil medføre i perioden teamet bygges opp mot full bemanningsnorm.

Avhengig av lokale forhold bør det vurderes om det er mer hensiktsmessig for implementering og evaluering av FACT Ung modellen at det satses på å etablere robuste team med overvekt av heltidsansatte, og den nødvendige tverrfaglige kompetanse og *tverrsektorielle tilknytning*, fra oppstart. Diskusjoner om teamets størrelse, sammensetning, kompetansebredde og finansiering av ressurser bør derfor finne sted både i forprosjektet og i den konkrete planleggingen av etableringen. Der det pga. midler eller andre grunner ikke er mulig å etablere komplette team fra start må det tas hensyn til teamstørrelsen og sammensetning i drøfting av målgruppe, behov og forventninger til FACT Ung tilbudet. Det må også utarbeides en plan for hvordan teamet skal vokse frem mot den ønskede bemanningsnorm.

8.4.4 Utfordringer ift. rekruttering av ungdommer/pasienter.

Piloter i FACT Ung har erfart at det må gjøres et stort opplysnings- og informasjonsarbeid til henvisende instanser for å nå målgruppen. Et av formålene med å etablere FACT Ung er å nå ut til barn/ungdommer i barnevernet som i tillegg til omsorgsbelastninger også sliter med psykiske vansker (se utredningens kapittel om Målgruppe og befolkningsgrunnlag). Et grundig opplysningsarbeid, særlig til barnevernet, bidrar til å sikre at denne gruppen nås.

Å gi ansatte i barnevernet og andre henvisende instanser mulighet for anonyme drøftinger og konsultasjoner av saker direkte med FACT Ung teamet vil også støtte henvisningsprosessen.

8.4.5 Avklaringer i forhold til barnevern

Barnevernets rolle i FACT Ung bør avklares i forprosjektet (se også utredningens kapittel om barnevernet og FACT Ung), for å sikre at prosjektet når ut til denne delen av målgruppen. En del av dette handler om institusjonell forankring, konkretisert til hvorvidt barnevernet bør inngå i styringsgruppe og/eller referansegruppe/inntaksteam.

8.5 Anbefalinger for implementeringsstøtten til FACT Ung team

I dette avsnittet vil vi fremheve de anbefalingene vi har kommet frem til for implementeringsstøtten til FACT Ung i Norge. Den teoretiske og empiriske bakgrunnen og drøftelsene som ligger til grunn for disse anbefalingene er beskrevet i tidligere avsnitt i dette kapitlet. Som det fremgår av drøftingen over vil implementering av FACT Ung forventelig vil være krevende, ettersom «det som skal gjøres» (dvs. det som skal implementeres):

- går delvis på tvers av de etablerte strukturer i hjelpetjenestene
- retter seg mot en målgruppe med alvorlige og sammensatte problemer med lav motivasjon for hjelpsøking
- bygger på en bredde av faglige tilnærminger
- involverer tverretatlige funksjoner
- berører ulike lovverk for tjenesteutøvelse

Tilgjengelig og høykvalifisert implementeringsstøtte ansees derfor som avgjørende for vellykket implementering.

8.5.1 Om bemanning/opptrapping

To spørsmål knyttet til bemanning er helt sentrale å avklare; gradvis opptrapping og bruk av heltid/deltid. Fordi dette er så sentrale tema er de her skilt ut separat, men de hører kronologisk hjemme i planleggingsfasen av implementeringen (se senere).

8.5.1.1 Gradvis opptrapping eller fullt team fra start?

i etableringen av FACT Ung teamet er det viktig å avklare om det skal skje i en gradvis og oppbyggende prosess, eller om det er ønskelig å etablere et fullt FACT Ung team med en gang. Pilotteamene så langt synes å basere seg på en «gradvis» oppbygging, hvilket skaper noen begrensninger i teamets kapasitet og kompetansebredde, og dermed hva teamet kan levere til brukerne. Gradvis etablering er også anbefalt av NAPHA og NKROP med bakgrunn i erfaringer fra ACT/FACT. En godt planlagt trinnvis modell for oppbyggingen av FACT Ung team

- som tydeliggjør hvordan teamet bygges og utvides,
- og hvilken kapasitet og kompetanse teamet vil ha igjennom ulike faser av denne perioden,

vil hjelpe til bedre å avklare forventninger og muliggjøre at teamet kan etterleve disse i den krevende perioden de tilegner seg FACT Ung kompetansen og bygges opp personalbreddemessig over tid. Implementeringsteamet (se under) vil her være en god sparringspartner for lokale prosjekter med å:

- Bistå i planlegging av en evt. gradvis prosess
- Konsultere rundt sammensetning av kompetanser og stillinger i teamets oppbyggingsfase
- Planlegging av ulike underveisevalueringer som kan bidra til den adaptive «samutviklingsprosessen» som etableringen av et FACT Ung team vil bli.
 - Herunder fidelity mål og resultatoppnåelse se om datasystem nedenfor
- Bistå i rekruttering for å sikre at ansatte i nye FACT Ung team har de best egnede kompetansene og personlige egenskaper som er egnet i nyetableringsfasen

8.5.1.2 Heltids-/deltidsstillinger

Flere av pilotene i satsingen på FACT Ung har utstrakt bruk av deltidstillinger, og har erfart en rekke utfordringer med dette (se over). Bruk av deltidstillinger vil ofte være en konsekvens av ambisjonsnivået på kort tid (jfr. gradvis oppbygging) og ditto tilgang på relevant kompetanse. Stillingsandel er en del av fidelityvurderingen av FACT Ung; at ansatte i gjennomsnitt har 80% av et årsverk gir full skåre. Det er også andre tungtveiende argumenter for størst mulig bruk av heltidsstillinger også i en oppstartsfasen av teamet:

I de teambaserte behandlingsmodellene MST, FFT og TFCO som retter seg mot ungdom med atferdsvansker, er det en forutsetning for oppstart og drift av et team at det er fullt bemannet i henhold til normeringen. Terapeuter og ledere i disse teamene er fulltidsansatte som kun har arbeidsoppgaver knyttet til behandlingsteamet, dvs. ingen deltidsansettelser eller prosenttilknytning til teamet. Dette er definert som nødvendige rammebetingelser for drift av teamene og beskrevet i modellenes Implementeringshåndbøker. I FFT har metodeutviklerne gitt åpning for at terapeutstillingene i teamet kan være ansatt i ned til 50%-stilling knyttet til FFT-arbeidet. Dette har vært forsøkt i enkelte kommuner under implementeringen av FFT i Danmark. De kommuner som lot ansatte jobbe deltid i FFT kombinert med deltid i andre oppgaver, dro erfaringen at det var mest nyttig for læring av FFT-modellen og behandlingsarbeidet at de FFT-ansatte jobbet fulltid med FFT og endret derfor stillingsprosenten til fulltid (Scavenius, Andersen, Frøslev-Thomsen, Henze-Pedersen, & Lindberg, 2018). Fulltidskapasitet på medarbeidere er spesielt viktig med tanke på den fleksibilitet i forhold til planlegging og tilrettelegging for samtaletimer på kort varsel som kreves i FFT-arbeidet.

Behovet for fleksibilitet i tjenesteutøvelsen formodes å være større for FACT Ung enn FFT, og burde således tilsi et fokus på heltidsstillinger i teamet i størst mulig grad.

8.5.2 Etablere et nasjonalt implementeringsteam for FACT Ung

Erfaringene fra implementering av nasjonale modeller som MST og FACT for voksne er entydige; det krever kompetanse, er tids- og ressurskrevende og må ledes nasjonalt. Det anbefales derfor at det avsettes tilstrekkelig med ressurser til å drifte et nasjonalt implementeringsteam for FACT Ung. Etableringen av **implementeringsteam** som innehar en slik spisskompetanse og har et definert mandat til å lede og konsultere implementeringsprosesser, er pekt på som en nyttig implementeringsstrategi. Å sikre kommuner og spesialisthelsetjenesten adgang til en slik implementeringskompetanse som kan bistå i alle faser av implementeringen, antas å bli en viktig faktor for at etablering av FACT Ung teamene skal kunne bli vellykket og vedvarende.

Teamet må bestå av personer med inngående kjennskap til FACT/ACT som metodikk og implementeringskunnskap, sistnevnte gjerne kombinert med implementeringserfaring. Implementerings-teamet bør også ha kompetanse på tilstøtende grensefelt for FACT Ung arbeidet (barnevern, skole og NAV), samt også god kjennskap til juridiske utfordringer knyttet til innsyn, taushetsplikt og ulike samtykkeproblemer i aldersspennet 12-18 år innen ulike tjenester, for eksempel psykisk helsevern.

Et nasjonalt implementeringsteam vil ha som hovedoppgave å:

- Utarbeide informasjonsmateriell for ulike kommunikasjonsplattformer som gjør det lett for kommuner og spesialisthelsetjenesten å forstå hva FACT Ung er, og hva som kreves for å lykkes med å starte og drive FACT Ung team
 - Heri et ansvar for å løpende oppdatere «Etableringshåndboken for FACT Ung»
 - Etableringshåndboken bør tydelig beskrive den finansiering, de organisatoriske rammer og ulike samarbeidsavtaler omkring organisering som ansees som nødvendige for å kunne starte og drifte et FACT Ung team. Se avsnittet om organisatoriske forhold senere i kapittelet for videre konkretisering av dette.
- Konsultere kommuner og spesialisthelsetjenester med interesse for FACT Ung omkring hva FACT Ung er og hvordan det kan startes opp
- Lede forprosjekteringsarbeid i samarbeid med kommuner og spesialisthelsetjenester som ønsker å starte opp. Det vurderes som mer effektivt og ressursbesparende at personer med god kjennskap til både metodikk og implementering, står for et slikt planarbeid, enn at det lokalt ansettes en prosjektmedarbeider til oppgaven som mangler kjennskap til metodikken og FACT Ungs særegne implementeringsutfordringer.
 - Eks. Utfordringer knyttet til kommunalt selvstyre, tjenestenes siloopdeling.
- Bistå lokale FACT Ung initiativer i planleggingsprosessen frem mot oppstart.
 - Rekrutteringsarbeid
 - Sikre at praktiske organisatoriske rammer er på plass

- Sikre at samarbeid omkring henvisninger og inntak etableres godt
- Koordinere opplæring og overordnede kompetanseplaner for FACT Ung team
- Koordinere, planlegge og gjennomføre ulike faglige samlinger (ledere, team, nasjonalt og regionalt)
- Gjennomføre jevnlig (årlige/halvårlige?) gjennomgang av FACT Ung team, hvor en ser på om rammebetingelsene for drift er på plass, om teamet følger FACT Ung metoden (fidelity) og om teamet oppnår ønskede resultater. Detet utdypes i kapitlet om fidelity.

Lokalt er det trolig teamleder for FACT Ung som får en viktig rolle i å sikre at implementerings- og etableringsplaner følges og blir en nær samarbeidspartner for implementeringsteamet i dialog med alle lokale «stakeholders»/interessenter. Det er derfor viktig at teamleder ivaretas og støttes av en nasjonal «implementeringsinstans» i sitt lokale arbeid ovenfor ledere og tjenester i alle implementeringsfaser.

Det anbefales at et nasjonalt implementeringsteam sikres god, stabil og langsiktig finansiering, slik at den nødvendige kompetansen kan etableres og bibeholdes over tid. Den spesialkompetansen som etableres i slike implementeringsteam etableres og forbedres over år.

8.5.2.1 Implementeringsteamets arbeid

Implementeringsteamets arbeid beskrives noe mer konkretisert her knyttet til de fire hovedfasene av en implementering «Eksploreringsfase», «Planleggingsfase», «Aktiv implementeringsfase» og «Vedlikeholdsfasen»:

«Før-implementering / Eksploreringsfase»

- Informasjon og dialog med ulike instanser om hva FACT Ung er og hva som kreves for å starte opp
- Koordinere kontakt og arrangere mulige besøk mellom interesserte kommuner/tjenester og etablerte FACT Ung team.
- Forprosjektering (ledes av implementeringsteamet)
 - Gjennomgang av Etableringshåndbok med relevante nøkkelpersoner
 - Etablering av referansegruppe
 - Bistå i juridiske, organisatoriske og finansierings avklaringer i henhold til eventuelle overordnede nasjonale føringer (f.eks. journalføring, refusjonsordninger, innsyn og informasjonsdeling på tvers av tjenester).
 - Lede prosesser knyttet til:
 - ledelsesforankring i de ulike tjenestene. Dette inkluderer forankring og tilslutning i alle lederledd i tjenestene, hvor ledere på ulike nivåer i samhandlende organisasjoner har erkjent organisasjonens ansvar (inkludert å inngå en samarbeidsavtale).
 - målgruppe-avklaring
 - vurdering av befolkningsgrunnlag og geografisk opptaksområde
 - forventningsavstemming mellom tjenestene ifht ulike ønsker og behov hos de ulike tjenestene
 - Integrert og helhetlig samhandlingsteam
 - etablere rapporterings rammer som reflekterer denne forventningsavstemming og hvilket datagrunnlag dette skal bygge på
 - avklare organisering av teamet (organisatorisk plassering, finansiering og ledelse)
 - avklare ledelseslinjer – dvs hvem har styring over teamets personale og ressurser for øvrig – inkludert personalansvar – særlig viktig når personalet er ansatt andre steder (også)
 - Bistå i utarbeidelsen av en langsiktig plan for hvordan FACT Ung teamet skal gå fra oppstartsprosjekt til normal drift i teamet

- Hvordan skal teamet dimensjoneres (antallet ansatte og type kompetanse) i starten og gjennom de første årene?
- Presisere at implementeringsarbeidet knyttet til nye tjenester ikke forsvinner, men bare blir mer usynlig etter hvert (alle tjenester som driftes har behov for en form for oppfølging og støtte)
- Avklare hvordan vil målgruppens behov for 24/7 tilgjengelig oppfølging dekkes i prosjektperioden og når teamet er fullt etablert.
- Hertil etableres en styringsgruppe for det videre arbeidet.
- Bistand til å utarbeide planer for system-samarbeid, informasjonsarbeid og oppstarts aktiviteter knyttet til eksterne partnere og brukere (jmf. Referansegruppe)
- Det vektlegges at implementeringsteamets rolle i forprosjektering er å hjelpe til realistisk å få belyst de barrierer som må forventes i en implementering av FACT Ung, og bistå med å sikre at det er nødvendig lederstøtte og finansiering til å overkomme disse, og langsiktig prioritere arbeidet med FACT Ung slik at teamet har gode nok lokale betingelser til at det synes realistisk og verdt investeringen å gå videre til en konkret planlegging og oppstart.
- Det kan anbefales å knytte implementeringsteamets bistand til en grundig forprosjekteringsprosess som en forutsetning for å søke finansiering til opprettelsen av FACT Ung team. En utarbeidet plan for det lokale prosjektet bør således inngå i de kriterier som tildeling av FACT Ung midler baseres på.

«Planleggingsfase»

I planleggingsfasen bistår implementeringsteamet mer konsultativt de lokale instansene med å legge de konkrete planer for forberedelser som må skje opp imot en oppstart av et FACT Ung team. Mange temaer vil allerede kunne være belyst i forprosjekteringen, men i planleggingsfasen legges de konkrete og handlingsrettede planene for håndtering av ulike nødvendige forberedelser og hvordan de skal settes i verk. Implementeringsteamet vil også kunne være en nødvendig ytre positiv pressfaktor for å sikre at avtalte planer gjennomføres frem mot oppstart av teamet.

Den lokalt etablerte styringsgruppen blir den viktigste aktør i planleggingsfasen, med god bistand og støtte fra det nasjonale implementeringsteamet. Etablering av samarbeid på tvers av instanser med faste møte/kommunikasjonspunkter må være på plass tidlig i etableringen. Avklaringer av ansvarsområder på teamleder-, prosjektleder-, seksjonsleder- og øverste ledernivå bør tydeliggjøres for alle involverte parter. Dette bør skje både i styrings- og ledelsesgrupper og i FACT Ung teamet. Spesielt må også teamleders rolle, som faglig leder for teamet, men muligvis uten personal-ledelse håndteres. Det henvises til at det for implementeringen av MST-team ble tydelig at det var avgjørende å ha både faglig og personal-administrativ ledelse hos MST-veilederen, og at dette nå er den etablerte praksis for disse teamene i Norge.

Et viktig konkret område å jobbe med er etablering av henvisningsrutiner og informasjonsarbeid ut til tjenester og brukere omkring oppstarten av FACT Ung, hvem tilbudet retter seg mot og hvordan man skal kunne få tilbud om hjelpen. Erfaringsmessig viser det seg ved oppstart av nye tjenester og tilbud at det ofte er vanskeligere å rekruttere et tilstrekkelig antall brukere i målgruppen, enn det gis inntrykk av i et forprosjekteringsarbeid. Dette er også inntrykket fra FACT Ung pilotene. En forklaring på dette er at det sjelden tas på alvor de mange andre forhold enn en «nyhet om et nytt tilbud» som påvirker hvor brukere tar kontakt og hvordan de blir henvist. Enkel informasjon om et nytt tilbud er sjelden nok til å endre kontakt- og henvisningsatferd hos brukere og henvisere. For FACT Ung er det stor sjanse for at ungdommene også er i kontakt med barnevernet. Et grundig opplysningsarbeid særlig til barnevernet kan være med på å sikre at denne gruppen nås. Å gi ansatte i barnevernet og andre henvisende instanser mulighet for anonyme drøftinger og konsultasjoner av saker direkte med FACT Ung vil støtte henvisningsprosessen.

I denne fasen er også en rekke spørsmål knyttet til bemanning viktige å avklare. Dette er skilt ut i et eget punkt (se over).

Samtidig er det viktig at kjente praktisk-organisatoriske forhold tas hånd om. For eksempel er det nødvendig at personaladministrative forhold som ferie- og fraværplanlegging blir godt ivarettatt i perioder hvor FACT Ung teamene er små, da det ellers kan gå ut over trivsel og øke risikoen for sykefravær over tid. God planlegging i forkant av slike detaljer, gjennom for eksempel avtalt ressursdekning fra BUP eller kommune, bidrar positivt en implementeringsprosess. Videre kan implementeringsteamet være en pådriver for at praktiske forhold rundt lokaler og teknisk utstyr og tilgang på transport, etc, er på plass innen oppstart.

Et avgjørende punkt i planleggingsfasen er også å konkretisere hva slags «beslutningsstøttende datasystem» som blir viktig for å følge med på teamets fungering. FACT Ung team vil med sin tilknytning til ulike sektorer, tjenester og tjenestenivå kunne måtte rapportere på mange ulike mål i flere ulike systemer. Selv om en strømlinjeforming og forenkling av dette vil være ønskelig, så vil det kanskje ikke være fullt ut mulig. Det bør allikevel etableres gjennom både forprosjektering og planleggingsfasen en enighet over hvilke indikatorer som vurderes som de viktigste i oppstarten av nye FACT Ung team, og hvordan disse innsamles og rapporteres på.

Den «Aktive implementeringsfasen»

Det kan som nevnt være vanskelig å sette et klart definert skille mellom de ulike teoretiske fasene av en implementeringsprosess, men en kan tenke seg at den aktive implementeringsfasen starter når de nødvendige organisatoriske og systemiske forberedelsene for implementeringen er gjort (eller påbegynt) og at teamets medarbeidere er ansatt og skal starte sitt arbeid.

På dette tidspunkt blir det naturlig et stort fokus på å sikre teamets medarbeidere den opplæring, veiledning og konsultasjon de trenger i selve metodikken. Disse kompetansesidene av implementering belyses i eget kapittel om opplæring.

Videre er det viktig at en iverksetter implementeringsplanen med den implementeringsstøtte det var planlagt for og med løpende problemløsning av nye utfordringer underveis. Redskapene og virkemidlene som her kan tas i bruk er:

- Underveisevalueringer i forhold til implementeringsplanen og andre satte mål
- Konsistent rapportering til ledelsen i samarbeidende tjenester på FACT Ung teamets fungering og rammevilkår for drift
- Jevnlige styringsgruppemøter
- Nettverkssamlinger og kontakt med andre teams
- Kontinuerlig vurdering av teamets behov for ny kompetanse, særlig i takt med utvidelser i teamet utfra den langsiktige implementeringsplanen

«Vedlikeholdsfase»

I denne siste implementeringsfasen skjer den viktigste implementeringsstøtten ved å sikre en god overgang fra prosjekt til drift. Ideelt er denne overgangen godt planlagt, og allerede sikret forankring i organisasjonene gjennom en god forprosjektering, og gode samarbeidsavtaler. Det er forventet at tilskuddsordning for FACT Ung vil gi støtte i 4 år, og det bør således ikke komme overraskende eller uventet at videre finansiering av tilbudet må sikres i 5. driftsår. Implementeringsteamet og lokal styringsgruppe har her et ansvar for å sikre at den planlagte overgangen med eventuelle senere justeringer gjennomføres.

En tidlig etablering av klare målsetninger for FACT Ung teamets virksomhet, samt jevnlig rapportering underveis i de første driftsår på disse til ledere i samarbeidende institusjoner, vil trolig være med på å sikre den nødvendige forankring og støtte til overgangen. Klar forankring, god planlegging og jevnlig underveisevalueringer som gir muligheter for å justere planer, organisering og drift, bør ha muliggjort at FACT Ung teamet har oppnådd noe. FACT Ung bør således kunne ha etablert seg som et ønsket og velansett team på dette tidspunktet, og det bør kunne vises til at FACT Ung teamet har «levert som lovet».

Når teamet videre i vedlikeholdsfasen er i vanlig drift er det viktig å fortsette en kontinuerlig forankringsprosess og implementeringsstøtte for etablerte team. Det anses viktig at det legges til rette for et systematisk arbeid knyttet til:

- Fokus på sikre organisatoriske rammebetingelser (vurdert eksternt av implementeringsteam?)
- Gode rekrutterings- og opplæringsprosesser ved utskiftning av personale (med nødvendig bistand fra implementeringsteam og opplæringsansvarlige)
- Kontinuerlig kompetanseutvikling i teamet (gjennom lokale behov, og deltagelse i regionale og nasjonale samlinger)
 - Dette gjelder for de ulike rollene i teamet
- Jevnlige fidelity målinger og utarbeidelse av kompetanseutviklingsplaner utfra disse
 - Etablering av minimumsstandard for hva som absolutt må kreves for å kalle seg et FACT Ung team i Norge bør etableres (helst basert på empirisk forskning knyttet til nasjonalt etablerte målsetninger for FACT Ung)
- God dokumentasjon på teamets arbeid og oppnådde resultater
- Årlig (eller hyppigere) rapportering til samarbeidende instanser om teamets arbeid, resultater, etterlevelse av FACT Ung arbeidet og kompetanseutvikling

I tillegg vil nasjonale aktiviteter knyttet til FACT Ung (forskning, konferanser, utviklingsarbeid, besøk fra interesserte og oppstartende kommuner, etc.) bidra støttende for en fortsatt forankring og ønske om å fortsette å drifte FACT Ung team. Det forventes også at en sammenkobling mellom FACT Ung team og veletablerte implementeringsstøttende aktiviteter for FACT voksen team vil bidra positivt til det faglige arbeidet, kompetanseutvikling og fortsatt aktualisering av FACT-arbeidet i Norge.

8.5.3 Hvem kan gi implementeringsstøtte til FACT Ung team

Det er i det ovenstående beskrevet hvilke kompetanser som tenkes relevante for implementeringsstøtte til FACT Ung team. Dette kan ytterligere nyanseres ved at implementering av FACT Ung representerer to områder, som kan støttes av ulike faginstanser:

- Det ene gjelder FACT Ung som samordningsmodell. I en norsk sammenheng er det klart at fagmiljøene knyttet til ACT/FACT (NAPHA og NKROP) har de beste forutsetninger for å ivareta dette, både grunnet kjennskap til modellens faglige innhold og implementeringserfaringer for modellen i en norsk kontekst.
- Det andre gjelder de mer behandlingsrettede innholdselementene omkring den behandling som FACT Ung skal gi til ungdommen i målgruppen. Her vil de ulike kompetansesentre på barn og unge området (R-BUP, RKBU, NUBU, etc.) ha bedre forutsetninger. Særlig vil også den barnevernfaglige kompetansen være viktig å bringe inn i teamene, både når det gjelder lovverk (rettigheter og plikter) og relasjonell, omsorgs- eller terapeutisk kompetanse (jobbe for varig endring).

I tråd med FACT-modellens mulighet for å skape god samhandling, kan en modell for implementeringsstøtte for FACT Ung være at ulike kompetansesentra bidrar på ulike områder. Det bemerkes imidlertid at samhandling og koordinering på tvers av kompetansesentra forutsetter gode forventnings- og rolleavklaringer og tydelige samarbeidsavtaler for å fungere. I en utviklingsfase av FACT Ung i Norge, hvor pilotteam allerede er startet, kan dette synes som den mest nærliggende løsning for å sikre implementeringsstøtte på begge ovennevnte områder.

I en mer langsiktig plan for implementeringsstøtte for FACT Ung team i Norge, bør det vurderes om de etablerte kompetansesentrene på FACT skal opparbeide seg nødvendig kompetanse på barne- og ungdomsfeltet, eller om det er mer hensiktsmessig å kunne overføre kunnskap omkring FACT Ung til et av de etablerte kompetansemiljøene på barne- og ungdomsfeltet.

Undergruppen har ikke i detalj vurdert fordeler og ulemper mellom ulike former for organisering. Vi ser at det kan bli ressurs- og tidkrevende både å sikre samhandling mellom flere ulike kompetansemiljøer, og det å etablere en samlet FACT Ung kompetanse ett sted.

Ulempene knyttet til samordning og samarbeid på tvers av kompetansesentra bør imidlertid følges tett, og gjennom erfaringer med en samhandlingsmodell vil det etter tiden a) overføres kjennskap og en del kompetanse mellom FACT-sentrene og barne-/ungesentra og b) tydeliggjøres om det ville være mer nærliggende å plassere ansvaret for implementeringsstøtten mer tydelig definert til et kompetansesenter. På bakgrunn av dette vil en videre god rolle- og ansvarsfordeling for implementeringsstøtte til FACT Ung i Norge kunne avtales. Det anbefales at det settes av ressurser til å vurdere dette underveis og i oppbyggingen av implementeringsteam/ implementeringsstøtteinstans for FACT Ung i Norge.

Uavhengig av organiseringen av implementeringsstøttetilbudet for FACT Ung i Norge, anbefales det å ha en uavhengig faglig instans som står som implementeringsstøtte og kan holde fast i at det gjøres vanskelige og utfordrende avklaringer med realistiske perspektiver. Kompetansemiljøet med kjennskap til både metodikk og implementering må konsultere i de ulike implementeringsfasene uten å «glatte over» disse for å kunne komme i gang eller unngå nedleggelse av team. Implementeringsteamet må orke å «være et hår i suppa» til tider, med fokus på at dette er nødvendig arbeid for at brukerne av FACT Ung skal få et så godt tilbud som mulig.

9 Referanser

- Albers, B., Mildon, R., Lyon, A. R., & Shlonsky, A. (2017). Implementation frameworks in child, youth and family services—Results from a scoping review. *Children and Youth Services Review, 81*, 101-116.
- Allan Ms, S. M., & Travers-Hill Dr, E. (2019). Service user interview panels for recruitment to UK child and adolescent mental health services: A questionnaire study exploring the experiences of young people, staff and candidates. *Patient Experience Journal, 6*(3), 50-54.
- Arbeids- og sosialdepartementet, B.-o. f., Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. (2020).
- Bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud Høringsnotat.*
- Bakke, L. H., & Strand, G. E. (2018). Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team. Retrieved from <https://samforsk.brage.unit.no/samforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2562625/Etableringsh%25C3%25A5n>
- Barneombudet. (2020a). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*. www.barneombudet.no Retrieved from <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>
- Barneombudet. (2020b). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*. Retrieved from <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>
- Barneombudet. (2020c). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*. Retrieved from <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>
- Broersen, M., Frieswijk, N., Kroon, H., Vermulst, A. A., & Creemers, D. H. (2020). Young patients with persistent and complex care needs require an integrated care approach: Baseline findings from the Multicenter Youth Flexible ACT Study. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 1310.
- Broersen, M., Frieswijk, N., Kroon, H., Vermulst, A. A., & Creemers, D. H. M. (2020). Young Patients With Persistent and Complex Care Needs Require an Integrated Care Approach: Baseline Findings From the Multicenter Youth Flexible ACT Study. *Front Psychiatry, 11*, 609120. doi:10.3389/fpsy.2020.609120
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist, 32*(7), 513.
- Bähler, M., Delespaul, P., Kroon, H., Vugt van, M., Westen, K., & FACT-Jeugd, P. (2020). *Youth FACT Scale 2020*. Retrieved from <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2020/05/Youth-FACT-fidelity-scale-2020.pdf>
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 15*(2), 99-112.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*(8), 837-844.
- Curran, G. M. (2020). Implementation science made too simple: a teaching tool. *Implementation Science Communications, 1*(1), 1-3.
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology, 88*(3), 179.

- Departementene. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Desai, V., & Potter, R. B. (2006). The Raison d'être of Doing Development Research. *Doing Development Research*, 8.
- Economics, O. (2017). *Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet*. Retrieved from <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00004166>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., Wallace, F., Burns, B., . . . Barwick, M. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature.
- FNs konvensjon om barnets rettigheter. (1989). www.regjeringen.no Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge. I Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
- Halås, C. T., Follesø, R., & Anvik, C. H. (2016). Hva innebærer det å se, høre, forstå og skape vendepunkt? *What does seeing, hearing, understanding, and creating change entail*, 146-155.
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S., & Fløtten, T. (2020a). Trøbbel i grenseflatene. *Samordnet innsats for utsatte barn og unge. Fafo-rapport, 2*. Retrieved from <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/trobbel-i-grenseflatene>
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S., & Fløtten, T. (2020b). *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge (FAFO-rapport 2020:02)*. Retrieved from <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/trobbel-i-grenseflatene>
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., . . . Lie, S. A. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Helsedirektoratet, & Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2016). Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet. Retrieved from <https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Oppsummering-og-anbefalinger-fra-arbeidet-med-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. www.helsedirektoratet.no Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Hendriksen-Favier, A. (2013a). Modelbeschrijving FACT Jeugd. Retrieved from <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2016/02/Hendriksen-Favier-A-2013-Modelbeschrijving-FACT-Jeugd-Utrecht-Trimbosinstituut.pdf>
- Hendriksen-Favier, A. (2013b). *Modelbeschrijving FACT jeugd*: Trimbo's-instituut.
- Heradstveit, O., Nilsen, S. A., Breivik, K., Bakken, A., Haug, T., Hartveit, K., & M., S. K. (2021). Past year cannabis use among Norwegian 1 adolescents: Time trends based on the Ungdata surveys 2010-2019. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 194.
- Hustvedt, I. B., Bosnic, H., & Emmerhoff, M. H. (2020). *BRUKERPLAN ÅRSRAPPORT 2019. Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunen*. Retrieved from <https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/5650 BrukerPlan A%cc%8ar srapport digital 2020 06 02 ef ny.pdf>
- Høiseth, J. R., Kildal, C., Moe, J. B., Evensen, E. E., & Nynes, L. E. M. (2019). *Min Stemme Teller: Bruker Spør Bruker-evaluering av Stangehjelpa Team Barn og Unge, Stange kommune*. Retrieved from www.kbtkompetanse.no: <https://kbtkompetanse.no/wp-content/uploads/2021/02/Min-stemme-Teller-Stangehjelpa.Sluttrapport.pdf>
- Høiseth, J. R., Kildal, C., Moe, J. B., Nynes, L. E. M., & Evensen, E. E. (2020). *Min Stemme Teller: Bruker Spør Bruker-evaluering av Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, St. Olavs Hospital (Nr. 1)*. Retrieved from

- Høiseth, J. R., Kvisle, I. M., Kildal, C., & Bjørgen, D. (2015). *Min Stemme Teller: Evaluering av Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, St. Olavs Hospital* Retrieved from
- Indergård, P. J., & Krogh, R. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019. Norsk pasientregister.* Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Jozefiak, T., & Kaye, N. S. (2015). Self-and proxy reports of quality of life among adolescents living in residential youth care compared to adolescents in the general population and mental health services. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 1-12.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., . . . Petukhova, M. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 372-380.
- Krane, L., Makarova, A., & Brøndbo, P. H. (2017). Kunnskapssammenstilling om faktorer som påvirker samhandling mellom velferdssektorene om utsatte barn og unge. *Tromsø: UiT/RKBU Nord, rapport, 3*, 2017.
- Landheim, & Odden. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport.* Retrieved from www.rop.no: https://rop.no/contentassets/d4f50ab571e84e24a9bd879ae14a9690/evaluering-av-fact-team-i-norge_sluttrapport_nasjonal-kompetansetjeneste-for-samtidig-rusmisbruk-og-psykisk-lidelse-nkrop.pdf
- Landheim, & Odden, S. r. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport.* Retrieved from www.rop.no: https://rop.no/contentassets/d4f50ab571e84e24a9bd879ae14a9690/evaluering-av-fact-team-i-norge_sluttrapport_nasjonal-kompetansetjeneste-for-samtidig-rusmisbruk-og-psykisk-lidelse-nkrop.pdf
- Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A., & Aasbreen, K. (2017). *Rapport nr 3/2017. Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge.* Retrieved from
- Landheim, A., Ruud, T., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K., & Stuen, H. (2014). Utprøving av ACT-team i Norge-Hva viser resultatene. *Oslo: Norwegian National Advisory Unit on Concurrent Substance Abuse and Mental Health Disorders.*
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 1-12.
- Magnussen, J., Barane, A., Borge, L., Falch, J., Gaaserød, H., Kaarbøe, O., . . . Tell, G. S. (2019). NOU 2019: 24-Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.
- Markström, U. (2014). Staying the course? Challenges in implementing evidence-based programs in community mental health services. *International journal of environmental research and public health*, 11(10), 10752-10769.
- Melby, L., Ulset, G., Paulsen, V., Wågø, S., Høyland, K., & Kaasbøll, J. (2020). *Nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp . Sluttrapport.* Retrieved from https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/psykisk_helse/nytt_institusjonstilbud_for_unge_med_samtidig_behov_for_omsorg_og_psykisk_helsehjelp_sluttrapport.pdf
- Melby, L., Ulset, G., Paulsen, V., Wågø, S. I., Høyland, K., & Kaasbøll, J. (2020). *Nytt institusjonstilbud for unge med samtidig behov for omsorg og psykisk helsehjelp. Sluttrapport. SINTEF Fag.* Retrieved from https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/nytt-institusjonstilbud-for-unge_line_aug20.pdf
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartement
- Mental Helse Ungdom Prinsippprogram 2021-2022.* (2021). Retrieved from <https://mentalhelseungdom.no/wp-content/uploads/2021/01/Prinsippprogram-2021-2022.pdf>
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg. ed.). Oslo: Gyldendal juridisk.

- Neverdal, S. (2021). Julie proff, Annika proff, Sandra proff, Lisa proff, Marius proff og Heidi B. Grande: Psykisk helsevern fra oss som kjenner det. Unge deler erfaringer og gir råd. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(2), 239-241. doi:10.18261/issn.1504-3010-2021-02-17
- NIRN. (2021). National Implementation Research Network. Retrieved from https://nirn.fpg.unc.edu/ai-hub/resources?f%5b0%5d=field_module:75
- Norvoll, R., Høiseth, J. R., & Bjørgen, D. . (2017). *Både- og: Pasienters syn på og erfaringer med involvering av pårørende i psykiske helsetjenester og ved tvang*. Retrieved from <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/bade-og/ressurshefte-bade-og080817.pdf>
- OECD. (2018). *Investing in Youth: Norway*. Paris: OECD Publishing.
- Padgett, D. K., Henwood, B., Abrams, C., & Drake, R. E. (2008). Social Relationships Among Persons Who Have Experienced Serious Mental Illness, Substance Abuse, and Homelessness: Implications for Recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 333-339. doi:10.1037/a0014155
- Pedersen, E. (2019). Artikkel 12: Alle barn har rett til å bli hørt og si sin mening. I E. Kipperberg, J. Köhler-Olsen & E. Pedersen (Red.), *Barnekonvensjonen i praksis: Fra barnets behov til barnets rettigheter*, 119-135.
- R. Øhlckers, L. S., & O. Heradstveit (Red. (2019). *Ungdom og psykisk helse*: Fagbokforlaget.
- RKBU Midt. (2020). Modellbeskrivelse for FACT Ung Norge. Modellbeskrivelse for tverrfaglig oppsøkende oppfølgings- og behandlingsteam for ungdom med sammensatte vansker.
- Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological science*, 2(4), 313-345.
- Rossi, P. H., Lipsey, M., & Freeman, H. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7e éd.). In: Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sanner, M. (2014). *Unge med råd til psykisk helsevern*. Retrieved from
- Scavenius, C., Andersen, L. K., Frøslev-Thomsen, K., Henze-Pedersen, S., & Lindberg, M. R. (2018). Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram.
- SSB. (2019). *Barnevern. 09050: Barn 0-22 år med barnevernstiltak i løpet av året, per 31.12. og nye barn, etter omsorgs-/hjelpetiltak, kjønn og alder (F) 2003 - 2019*. Retrieved from <https://www.ssb.no/statbank/table/09050/>
- Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. (2020). *Ungdom med uavklart tilstand. Samhandling mellom kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og BUP* (3). Retrieved from <https://ukom.no/media/1651/rapport-3-2020-ungdom-med-uavklart-tilstand.pdf>
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Omfang og konsekvenser. *rapport Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- Ukom. (2020). *Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten: Ungdom med uavklart tilstand. Samhandling mellom kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og BUP. Rapport 3-2020*. Retrieved from <https://ukom.no/media/1651/rapport-3-2020-ungdom-med-uavklart-tilstand.pdf>
- Ungdomsvennlig. (2018). *Dette forventer ungdom av en velferdstjeneste*. Retrieved from <https://www.ungdomsvennlig.no/uvv/dette-forventer-ungdom-av-en-velferdstjeneste/>
- Utdanningsdirektoratet. (2020). *Ungdom i oppfølgingstjenesten 2019-20*. Retrieved from <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/ungdom-i-oppfolgingstjenesten-2019-20/>
- van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J*, 43(4), 421-433. doi:10.1007/s10597-007-9089-4
- van Veldhuizen, J. R., Bähler, M., Polhuis, D., & van Os, J. (Eds.). (2009). *Handboek FACT*. De Tijdstroom Utrecht. 69.
- Vedøy, T. F., & Skretting, A. (2009). *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008*.

- Westerlund, H. (2012). *Mer enn bare ord? : ord og begreper i psykisk helsearbeid* (Vol. 2012:4). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(6), 695-705.
- Aakerholt, A. (2013). ACT-håndbok: Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen.
- Aakerholt, A. (2014). *FACT Visjon, Modell og Organsiering av FACT-Modellen*. Retrieved from <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>:
- Åndanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus—Brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. Retrieved from www.sintef.no: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf

©2021 Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og
Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
(NKROP)

E-post

NAPHA, kontakt@napha.no
NKROP, post@rop.no

Last ned utredningen her:

www.napha.no eller www.rop.no



Nasjonal kompetansetjeneste for
samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse



NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID