



FACT UNG

Modellbeskrivelse



Nasjonal kompetansetjeneste for
samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

FORORD:

Om den norske modellbeskrivelsen av FACT Ung

Den norske modellbeskrivelsen av FACT Ung er basert på den originale nederlandske versjonen av Hendriksen-Favier (2013). I all hovedsak er den norske modellbeskrivelsen prinsipielt sett tro mot den nederlandske, men det er gjort noen tilpasninger til norsk kontekst. Disse er basert på anbefalinger i Utredning om FACT Ung i Norge (Hatling, 2021), erfaringer og innspill fra norske FACT Ung pilot-team, og evalueringen av FACT-team for voksne (Landheim & Odden, 2020). Med tiden vil ny kunnskap og erfaring om FACT Ung-modellen vise om det bør gjøres flere tilpasninger.

Modellbeskrivelsen gir en grunnleggende innføring i hvordan man arbeider etter FACT Ung-modellen. Den kan vanskelig gi svar på alle utfordringer et team vil møte, men gir en oversikt over modellens viktigste komponenter, teamstruktur, kompetanse og arbeidsmetodikk. Den beskriver ikke teamets kliniske arbeid i detalj, både fordi det er beskrivelsen av rammeverket til selve modellen som er det sentrale, men også fordi det vil være variasjon i teamenes kontekst.

I teksten vises det til viktige utsagn fra en undersøkelse omhandlende unge og medvirkning. Rapporten fra denne undersøkelsen er å finne i sin helhet i den nevnte utredningen (Hatling, 2021). Underveis vises det også til modelltrofasthetsskalaen for FACT Ung. Denne vil bli lagt ved modellbeskrivelsen når arbeidet med den norske

versjonen er ferdig. Vi anbefaler at denne brukes aktivt i teamets kvalitets- og utviklingsarbeid.

I løpet av mars 2022 vil NAPHA publisere et hefte med praktiske råd for FACT Ung-team. Dette er nyttig for team i ulike faser, fra forprosjekt til etablering og drift. Dette heftet utdyper hvordan modellen kan realiseres i norsk kontekst med gjeldende regelverk og praksis. På sikt vil det utvikles en egen etableringshåndbok for FACT Ung.

Modellbeskrivelsen er utarbeidet ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). Dette er gjort i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Helsedirektoratet. Redaksjonsgruppen for arbeidet har bestått av Trond Hatling (NAPHA), Anne Landheim (NKROP), Stig Herman Nygård (Helsedirektoratet), Olav Oxholm (Helsedirektoratet), Jan Aasen (NKROP) og undertegnede. Anne Landheim og Kari Nysveen har deltatt i den interne arbeidsgruppen ved NKROP. Undertegnede har ført modellbeskrivelsen i pennen med verdifull hjelp fra kollegaer.

Vi håper modellbeskrivelsen vil komme teamene til nytte og ønsker lykke til med et svært viktig arbeid.

NKROP, februar 2022

Silje Nord-Baade

Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1. Innledning | 5 |
| 1.1 Bakgrunn for FACT Ung | 5 |
| 1.2 Samhandling | 6 |
| 1.3 Sentrale begrep i FACT Ung-modellen..... | 7 |
| 2. Målgruppa for FACT Ung | 9 |
| 2.1 Introduksjon | 9 |
| 2.2 Inklusjonskriterier | 9 |
| 2.3 Avgrensning | 10 |
| 3. Grunnprinsipper i FACT Ung | 11 |
| 3.1 Fleksibilitet..... | 12 |
| 3.2 Aktiv oppsøkende virksomhet | 12 |
| 3.3 Tverrfaglig teamtilnærming..... | 14 |
| 3.4 Deltakelse i lokalsamfunnet | 15 |
| 3.5 Familie- og systemarbeid..... | 15 |
| 3.6 Recovery og brukermedvirkning | 16 |
| 3.7 Helhetlige, integrerte og kontinuerlige tjenester..... | 18 |
| 3.8 Kunnskapsbaserte metoder..... | 19 |
| 4. Teamprosess og metode | 21 |
| 4.1 De syv C'er | 21 |
| 4.2 Kunnskapsbaserte metoder..... | 22 |
| 4.3 Tavlemøtet og FACT-tavla..... | 23 |
| 4.4 Kartlegging og utredning | 25 |
| 4.5 Behandlingsplan og kriseplan | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 4.6 Behandlingsmøtet | 27 |
| 4.7 Monitorering | 28 |
| 4.8 Avslutning av FACT Ung-oppfølgning | 29 |
| 4.9 Profesjonalisering og teamkultur | 29 |
| 5. Bemanning og kompetanse i teamet | 32 |
| 5.1 Kompetanseområder..... | 32 |
| 5.2 Teamets sammensetning..... | 33 |
| 5.3 Roller og profesjoner | 33 |
| 5.3.1 Teamleder | 33 |
| 5.3.2 Merkantilt ansatt | 35 |
| 5.3.3 Barne- og ungdomspsykiater | 35 |
| 5.3.4 Barne- og ungdomspsykolog | 35 |
| 5.3.5 Familieterapeut..... | 36 |
| 5.3.6 Sosionom | 36 |
| 5.3.7 Sykepleier..... | 36 |
| 5.3.8 Spesialpedagog | 37 |
| 5.3.9 Barnevernspedagog | 37 |
| 5.3.10 Vernepleier | 37 |
| 5.3.11 Brukerspesialist..... | 38 |
| 5.3.12 Arbeids- og utdanningsspesialist | 38 |
| 5.3.13 Russpesialist..... | 39 |
| 5.3.14 Rehabiliteringsspesialist | 39 |
| 5.4 Å finne sin plass i teamet..... | 40 |
| Referanser | 42 |
| Vedlegg 1 - Modelltrofasthetsskala (kommer) | 43 |

1. Innledning

I dette kapitlet får du vite litt om bakgrunnen for FACT Ung i Norge. Vi gir en introduksjon til forpliktende samhandling som premiss for modellen og gir en kort innføring i sentrale begrep i FACT Ung-modellen.

1.1 Bakgrunn for FACT Ung

Flere undersøkelser viser at det ordinære tjenesteapparatet ikke alltid evner å gi god nok hjelp til barn og unge med sammensatte og alvorlige problemer (Barneombudet, 2020; Hansen, Jensen, & Fløtten, 2020; Riksrevisjonen, 2021; Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2020). Samarbeidet på tvers av instanser preges av utydelige ansvarsforhold. Ofte mangler det et tverrfaglig, helhetlig perspektiv i oppfølgingen. I tillegg er det geografiske ulikheter i hvilken behandling som tilbys og variabel kvalitet på den behandlingen som gis. Tjenestene kan fremstå uoversiktlige og fragmenterte. Dette skaper utfordringer for både bruker og hjelper.

De ordinære tjenestene har hatt vansker med å komme kontakt med, gi gode nok tjenester og opprettholde kontakten med de som har sammensatte og alvorlige problemer. Disse unge menneskene har en økt risiko for å havne i gruppen der de omtales som at de «faller mellom alle stoler». FACT Ung-modellen møter disse utfordringene gjennom å blant annet samle flere tjenester og kompetanse på tvers av tjenestenivåene i ett og samme team. FACT Ung-teamet skal gi tilrettelagt oppfølging og behandling til en målgruppe som ikke har fått tilstrekkelig tilrettelagt hjelp i de ordinære tjenestene.

I Norge har det vært en satsning på tjenestemodeller som fremmer samhandling. FACT Ung er en slik modell. Flexible Assertive Community Treatment, FACT, er utviklet i Nederland og bygger på ACT-modellen, Assertive Community Treatment (van Veldhuizen, 2007). De første ACT-teamene i Norge startet opp i 2009, og fra 2013 ble det etablert FACT-team for voksne. I dag finnes det FACT-team for voksne med ulike målgrupper. Siden det første FACT Ung-teamet ble etablert i Nederland i 2005 (Hendriksen-Favier, 2013), er det i dag etablert omtrent 60 FACT Ung-team i landet (Broersen, Frieswijk, Kroon, Vermulst, & Creemers, 2020). I Norge startet arbeidet med FACT Ung-team med etablering av de første forprosjektene i 2018. De første FACT Ung-teamene var i drift i 2020.

Grunnpilaren i FACT-modellen handler om at mennesker med sammensatte og alvorlige problemer skal ha mulighet til å leve og delta i lokalsamfunnet, utenfor institusjonene. Dette gjøres ved hjelp av tilpasset oppfølging og behandling over tid (van Veldhuizen, Bähler, Polhuis, & van Os, 2009). Arbeid etter modellen skal føre til økt kontinuitet i behandling og oppfølging, reduksjon i innleggelse, økt integrering og deltakelse i lokalsamfunnet, og økt livskvalitet og funksjon.

Det er foreløpig publisert lite forskning om FACT Ung-modellen, men de resultatene som foreligger indikerer at

oppfølging etter modellen har en positiv effekt for mange i målgruppa (Broersen, Creemers, Frieswijk, Vermulst, & Kroon, 2020; Broersen, Frieswijk, et al., 2020; Kolthof & van Noort, 2018). Evaluering av FACT-modellen for voksne i Norge viser det samme (Landheim & Odden, 2020). Praksiserfaring med FACT Ung, særlig fra Nederland, understøtter dette.

1.2 Samhandling

FACT Ung er en forpliktende samhandlingsmodell mellom kommune/bydel og spesialisthelsetjeneste. Det skal inngås en toppforankret samarbeidsavtale som beskriver begge parter forpliktelser og bidrag. I dette premisset ligger det en forståelse av at målgruppa ikke får tilstrekkelig tilpassete tjenester dersom det ikke ytes en samlet innsats fra begge forvaltningsnivåer.

Et FACT Ung-team vil ofte være sammensatt av ansatte fra både kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten. God samhandling innad i teamet fordrer at man i stor grad hviker ut skiller basert på profesjon og nivåforskjeller. Det må arbeides aktivt med å skape en ny, felles kultur. Denne kulturen bygger opp under et viktig virkemiddel i FACT Ung-teamet; Det skal være en tverrfaglig tilnærming der teammedlemmer med ulik kompetanse og erfaring har jevnbyrdig verdi. De ulike teammedlemmene skal komplementere hverandre. En felles holdning og praksis som reflekterer dette, forenkler samhandlingsarbeidet.

Teamet skal ideelt sett yte alle tjenester det er behov for. Det er lite realistisk slik helse- og velferdstjenestene i Norge er organisert. Noen oppgaver vil falle utenfor teamets virksomhet og kompetanse. Teamet vil i praksis både yte tjenester og koordinere tjenester, og har et overordnet ansvar for at de unge får alle tjenester det er behov for.

Teamet skal sørge for at all oppfølging er en del av en helhetlig og integrert behandlingsplan. Det er nærliggende å trekke frem barneverntjenesten som eksempel. I prinsippet skal teamet erstatte ordinære tjenester, men i de tilfeller det foreligger bekymring for ungdommens omsorgsbetingelser, skal teamet samarbeide med barnevernet fremfor å erstatte. Et FACT Ung-team har ikke hjemmel til å erstatte barnevernets undersøkelser og vurderinger. FACT Ung også et tilbud for de som bor hos fosterforeldre, eller de som oppholder seg på barnevernsinstitusjon eller annen institusjon. I slike tilfeller blir behov for samhandling særlig tydelig. Det skal ligge en felles forståelse til grunn for den behandling og oppfølging som gis. Dette krever dialog preget av en toveis informasjonsflyt.

«Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.»

(St. meld. 47, 2009, p. 13)

Samhandling krever både at det arbeides med strukturer på systemnivå, og at hvert enkelt teammedlem tar et aktivt ansvar. Alle må arbeide for å skape kontinuitet og dialog med aktuelle samarbeidspartnere. I et mylder av tjenester skal FACT Ung-teamet holde følgende spørsmål varmt - internt og eksternt; «Hvordan skal vi samhandle for å implementere og følge en helhetlig plan? Hvordan skal vi benytte ressursene i og rundt den unge og dens familie, slik at vedkommende når sine mål?»

1.3 Sentrale begrep i FACT Ung-modellen

Her følger korte forklaringer av sentrale begrep i modellen. Disse utdypes i kapittel 5 og 6.

Case manager: En *case manager* er en profesjonsuavhengig funksjon i teamet der vedkommende er primærkontakt for en eller flere ungdommer. Vedkommende har et ansvar for å både yte og skaffe den hjelpen som trengs. Viktige oppgaver er å ha oversikt og koordinere iverksatte tiltak, både fra teamet og fra eksterne instanser. Vedkommende må danne gode relasjoner med den unge, dens familie og nettverk, samt samarbeidspartnere. Case manager har et særskilt ansvar for å skape god samhandling rundt den unge og benytte teamets tverrfaglige kompetanse.

FACT-tavla: Når noen «står på tavla» betyr det at vedkommende mottar intensiv hjelp. *FACT-tavla* er et verktøy som hjelper teamet å holde oversikt over iverksatte og planlagte tiltak, samarbeidspartnere, kontaktpunkter og annen viktig informasjon.

Shared caseload: Når den unge «står på tavla» opererer teamet med et delt ansvar. Dette delte ansvaret omtales som *shared caseload*. Det betyr at teamet skal dele på oppgavene slik at den intensive oppfølgingen ikke avhenger av ett teammedlem. For å underbygge dette har teamet daglige tavlemøter der arbeidet koordineres og situasjonen til den unge drøftes.

Case management: I de periodene den unge «ikke står på tavla», og ikke mottar intensiv hjelp, har case manager en mer sentral rolle. Dette omtales som *case management*. Det skal fortsatt være en tverrfaglig teamtilnærming, men ofte er det færre direkte involvert i arbeidet. Mye av den daglige oppfølgingen tilfaller case manager.

Spesialistroller: Modellen har også *spesialistroller*. Dette er teamansatte med ulike områder som sitt spesialfelt, ikke spesialister i spesialisthelsetjenesten. I FACT Ung-team er det en brukerspesialist (erfaringskonsulent), arbeids- og utdanningsspesialist, russspesialist og rehabiliterings-spesialist.

FRA PRAKSIS:

Gutten hadde over tid isolert seg hjemme på grunn av sosial angst. Å bevege seg utenfor hjemmet var utenkelig. Dette ble etter hvert så vanskelig for han at han forsøkte å ta sitt eget liv. Gutten hadde det vondt og foreldrene var rådville.

Før han ble henvist til oppfølging hos oss i FACT Ung-teamet, hadde en rekke ulike tjenester, både polikliniske og ambulante, forsøkt å komme i kontakt med han. Ingen hadde klart å etablere en jevnlig, forutsigbar kontakt. Fordelen vi hadde var at vi hadde «den tiden det tar» og tålmodigheten som var nødvendig. Vi fikk kontakt med foreldrene, hadde ukentlige samtaler og utviklet et godt foreldresamarbeid. Vi introduserte flere av temaets medlemmer, og fikk vist familien at vi var tilgjengelige og ønsket å hjelpe. Vi jobbet med utgangspunkt i at vi kunne hjelpe gutten gjennom å se på familien som helhet. Tillit og trygghet fra foreldrene kunne bidra til at gutten ble trygg nok til å ta imot hjelp fra oss.

Det eneste målet vi hadde i starten var at gutten skulle bli trygg nok på oss til at vi kunne skape en god relasjon. Vi hadde først kontakt gjennom foreldrene, så via SMS, før han senere pratet med oss i telefonen. Etter hvert inviterte vi gutten til korte, uformelle samtaler sammen med foreldrene. Disse møtene var svært krevende for gutten. På «dårlige dager» ville han typisk avlyse. Vi ville bekrefte at det var greit og at vi gjerne ville prøve igjen en annen dag. Vi ga oss ikke, og prøvde å treffe han med jevne mellomrom. Han ble gitt full kontroll og ble samtidig oppfordret til å gi beskjed de dagene han tenkte han ville prøve å treffe oss.

Med tiden ble det færre avlysninger og vi fikk etablert en relasjon. Kontakten ble jevnere og møtene gikk stadig bedre. Vi fikk god nok kontakt til at vi kunne bli kjent med gutten og gjøre en mer systematisk kartlegging av situasjonen hans. Foreldrene var hele tiden en aktiv del av oppfølgingen. Da gutten ble klar for eksponeringstrening utenfor huset ble dette i stor grad gjennomført i samarbeid med foreldrene som ble veiledet av oss i teamet.

2. Målgruppa for FACT Ung

Dette kapittelet beskriver hvilken målgruppe FACT Ung-teamene skal hjelpe. Vi skal se nærmere på anbefalte inklusjonskriterier og avgrensninger.

2.1 Introduksjon

FACT Ung-teamet skal hjelpe de som ikke får tilstrekkelig tilrettelagt oppfølging og behandling i det ordinære tjenesteapparatet. I målgruppa finner vi ungdommer med varierende funksjonsnivå og ulike årsaker til at de har det vanskelig. Det kan være unge som av ulike grunner isolerer seg, som strever med psykiske vansker, som vegrer seg for å gå på skolen, som har droppet ut av skolen, misbruker rusmidler, har vansker med å omgås andre sosialt, eller er involvert i kriminalitet. Det kan være unge som har en uavdekket årsak til funksjonssvikt eller noen som av kjente grunner trenger hjelp til å rette opp og forhindre en videre alvorlig skjevutvikling.

Noen bor sammen med familie, mens andre kan for eksempel bo hos fosterforeldre eller oppholde seg i en institusjon. Dette kan være ulike institusjoner, eksempelvis gjennom barnevernet eller Kriminalomsorgen. Flere vil ha sin bakgrunn i familier som mangler ressurser til å ivareta og hjelpe den unge på en god måte. Noen ganger vil familien være en medvirkende og opprettholdende årsak til vanskene, andre ganger en ressurs. Det er ikke uvanlig at foreldre og foresatte i målgruppa har problemer med psykisk helse, rusproblematikk eller en kombinasjon av disse (Broersen, Frieswijk, et al., 2020).

Målgruppas utfordringer er heterogene, og listen med eksempler er ikke uttømmende. I utredningen for FACT Ung i Norge (Hatling, 2021) finner vi en oppsummering av relevant statistikk for aldersgruppa. Det vises til et estimat, med forbehold, der en ser for seg at rundt to prosent vil være i målgruppa til FACT Ung. Det vises til en antatt variasjon mellom en til tre prosent grunnet variasjon i lokale forhold.

2.2 Inklusjonskriterier

Et FACT Ung-team skal arbeide med ungdom i aldersgruppen 12-18 år, med mulig forlengelse til 25 år. Dette betyr at teamet kan gi oppfølging og behandling frem til personen er 25 år. Det betyr også at personer over 18 år kan tas inn i teamet.

Når teamet mottar henvisninger vedrørende personer som nærmer seg, eller er 18 år eller eldre, skal det vurderes hvorvidt FACT Ung er riktig tilbud. Dette gjelder også når de unge i teamet nærmer seg 18 år. Henvisning til FACT-team for voksne eller andre relevante tilbud bør vurderes, men her må det utøves faglig skjønn slik at den det gjelder får hjelp som er tilpasset utviklingsnivå og behov.

Ved inntak i teamet legges det mindre vekt på diagnoser, og mer på funksjonsnivå. Det er ikke krav til at den unge skal fylle diagnosekriterier for inntak. En antakelse om behov for et langvarig og sammensatt tjenestetilbud, i kombinasjon med moderat til alvorlig funksjonssvikt på ett eller flere områder i livet, er hovedkjennetegn ved den unge i målgruppa.

I noen tilfeller vil det være usikkerhet om enkeltes hjelpebehov. Teamet kan ta inn personer for å utrede og avklare hva slags behandling og oppfølging som er riktig for den enkelte.

2.3 Avgrensning

Det er det kliniske skjønnnet i tillegg til inklusjonskriteriene, som ligger til grunn for eksklusjon fra FACT Ung, men det foreligger noen anbefalte avgrensninger.

Behandlingsansvaret for unge med spiseforstyrrelser som er av en slik art at det anses som alvorlig og livstruende, skal ligge hos spesialisthelsetjenesten. Ungdommen kan motta et tilbud fra FACT Ung-teamet, men i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Teamet skal i slike tilfeller ikke erstatte eksisterende tjeneste.

Unge med utviklingsforstyrrelser er ikke i målgruppa til FACT Ung. Dersom den unge tilfredsstillende inklusjonskriteriene på grunn av tilleggsproblematikk kan vedkommende få et tilbud av teamet.

Unge som har én dominerende vanske av mindre alvorlig karakter, og som har en adekvat funksjon på de fleste livsområder, er i all hovedsak ikke i målgruppa til et FACT Ung-teamet. Disse skal i prinsippet kunne ivaretas av den ordinære helsetjenesten.

Helsedirektoratet anbefaler at følgende inklusjonskriterier benyttes i FACT Ung-team:

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

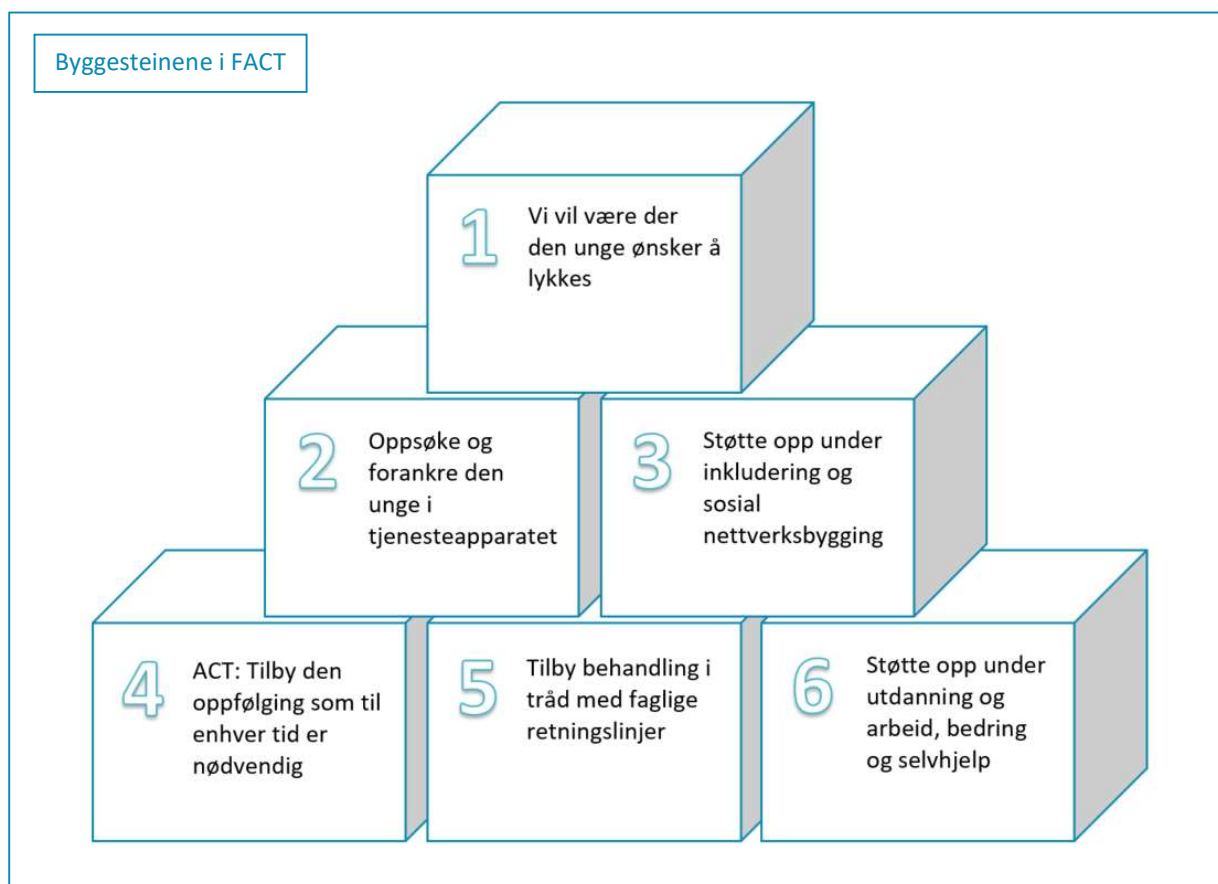
3. Grunnprinsipper i FACT Ung

Dette kapitlet presenterer grunnprinsipper for FACT Ung-modellen. Disse har basis i FACT-modellens byggesteiner, som vises nedenfor. Byggesteinene er sammensatt av ulike og sammenvevde komponenter. Grunnprinsippene må også sees i sammenheng med hverandre.

Byggesteinene, som vises i figuren nedenfor, er utviklet i forbindelse med FACT-modellen for voksne. De viser viktige pilarer i modellen, men er ikke helt dekkende for arbeidet med målgruppa for FACT Ung.

Grunnprinsippene for FACT Ung baserer seg på

byggesteinene, men også på innspill fra utredningsarbeidet og pilot-team. De er også basert på erfaringer fra FACT-team for voksne i Norge, som viser at noen områder av modellen bør fremheves ytterligere for å bidra til at modellen følges.



Grunnprinsipper i FACT Ung:

Fleksibilitet

Aktiv oppsøkende virksomhet

Tverrfaglig teamtilnærming

Deltakelse i lokalsamfunnet

Familie- og systemarbeid

Recovery og brukermedvirkning

Helhetlig, integrert og kontinuerlig

Kunnskapsbaserte metoder

3.1 Fleksibilitet

Fleksibilitet ligger i selve navnet; Flexible Assertive Community Treatment. F'en i FACT viser hovedsakelig til skiftet mellom intensiv oppfølging og case management. Modellen er også fleksibel på flere måter med fleksibilitet i type hjelp som kan gis og arenafleksibilitet. Dette gjør det enklere å sikre at hjelpen som gis er tilpasset den unges behov.

Intensiv oppfølging kan eksempelvis være aktuelt i perioder med symptomforverring og funksjonstap, ved selvmordsfare, kriser og negative livshendelser, eller til og med ved store positive livshendelser som føles overveldende og fungerer destabiliserende for ungdommen. Beslutninger om oppfølgingsintensitet, at en ungdom «skal på eller av tavla», tas i det daglige tavlemøtet.

I den originale FACT-modellen er det definert et 20/80-

forholdstall mellom intensiv oppfølging og ordinær oppfølging. Her estimeres det at 20 prosent av brukerne til enhver tid vil ha behov for intensiv oppfølging. Dette forholdstallet vil ikke nødvendigvis gjenspeile målgruppas reelle behov, og overførbareheten til FACT Ung er usikker.

Tavlemetoden og skiftet i oppfølgingsintensitet utdypes i kapittel 4.

3.2 Aktiv oppsøkende virksomhet

Navnet «Flexible Assertive Community Treatment» viser også at teamet skal være aktivt oppsøkende. En høy andel av kontaktpunktene skal være på den unges arena, i lokalmiljøet der livet leves. Modelltrofasthetsskalaen stiller krav til kontaktfrekvens og bruk av digital kommunikasjon som en del av den oppsøkende virksomheten.

FRA PRAKSIS:

I FACT Ung-teamet vårt blir vi hele tiden minnet på hvor viktig relasjonen er. Det blir så tydelig for oss at det er vanskelig å hjelpe uten at den er på plass. Sentralt i relasjonen finner vi tilliten, og tillit må man på en måte gjøre seg fortjent til. Spesielt i sammensatte saker der ungdommene ofte har en del brutte tillitsrelasjoner, tar dette tid. De må få mange nok erfaringer med at de kan stole på at teamet stiller opp og at vi bryr oss om at de skal få det bedre.

Vi bruker en del tid på den litt uformelle kontakten, der vi får høre om både store og små tanker og hendelser i ungdommens hverdag. Med noen ungdommer har vi en daglig prat, og det blir mange SMSer.

Vi bygger også relasjon og holder kontakt ved å være fleksible i hva slags hjelp vi tilbyr. Vi kan godt hjelpe til med oppgaver som man typisk kanskje ville sagt nei til, sånn som for eksempel hvis en ungdom lurer på noe med leksene. Hvis det blir for avansert og krevende er det jo skolen som hjelper, men når det er enklere oppgaver kan vi godt stille opp. Så får vi samtidig «sjekket inn» og vist at ungdommen kan regne med oss.

I praksis innebærer den oppsøkende aktiviteten særlig to aspekter; oppsøkende virksomhet rettet med de som allerede er under oppfølging av teamet, og oppsøkende virksomhet for å nå de som er i målgruppa, men som ikke mottar hjelp fra teamet.

De unge i teamet: Teamet kan reise ut for å treffe ungdommen hjemme eller på et annet foretrukket sted. Det kan reise ut for å ha familiesamtaler eller samarbeidsmøter. Teamet kan også være med som støtte og følge den unge til aktiviteter i forbindelse med fritid og

skole. Innenfor rimelighetens grenser er det lite teamet ikke kan delta på, så lenge det gagnar den unge og familien.

Ved å flytte oppfølgingen ut fra tjenesteytneres kontorer til naturlige arenaer, vil hjelpen i større grad kunne tilpasses det virkelige livet. Den aktivt oppsøkende virksomheten bygger opp under et overordnet mål for FACT Ung; integrering og fungering i lokalsamfunnet. Gjennom å ta del i, og observere hvor og hvordan ungdommene lever sine liv, kan teamet bli bedre kjent med den enkelte. Det kan forenkles arbeidet med å kartlegge ungdommenes

ressurser, behov og livssituasjon. Det skal nevnes at den unge, og for eksempel familie eller andre, skal kunne be om å møte teamet på teamets kontor dersom det er ønske om dette.

De unge utenfor teamet: Teamet skal også drive aktiv oppsøkende virksomhet rettet mot unge det er bekymring for, og som ikke synes å motta adekvat hjelp. Noen ungdommer unngår å oppsøke hjelp, mens andre kan ha vansker med å holde kontakt med ordinære tjenester. Dette kan eksempelvis skje dersom en av betingelsene for

BRUKERNE SIER:

Dersom ungdommen av ulike grunner ikke ønsker å ha kontakt med teamet, må teamet 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, men deltakelse på uformelle og ufarlige ting på ungdommens arena. I slike perioder er det også mulig å benytte seg av digitale kommunikasjonsplattformer.

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.

hjelp er at ungdommen må møte på bestemte steder og tidspunkt. Dette kan by på utfordringer for den med sammensatte vansker og funksjonssvikt.

Stort sett er ikke de ordinære tjenestene organisert slik at de har anledning til å oppsøke den unge dersom oppmøtene uteblir. Dette fører ofte til at kontakten avsluttes uten at den unge har fått adekvat hjelp. FACT Ung-teamet har anledning til å oppsøke ungdommen flere ganger over lenger tid. Teamet kan også bruke ulike virkemidler som for eksempel å delta på aktiviteter den unge interesserer seg for, dersom dette er nødvendig for å etablere tillit før kontakten etableres formelt.

3.3 Tverrfaglig teamtilnærming

Utfordringene i målgruppa er varierende og sammensatt, og teamet skal ideelt sett yte de fleste tjenestene de unge har behov for. Dette understreker nødvendigheten av at FACT Ung-teamet skal ha en tverrfaglig teamtilnærming med fag- og erfaringskompetanse.

Teamet har gode premisser for å kunne forstå det ungdommen strever med gjennom tverrfaglig drøfting og veiledning av hverandre. Teammedlemmene bidrar med ulik kunnskap og innfallsvinkler som gjør at de til sammen er godt rustet til å håndtere komplekse utfordringer. Det er viktig å unngå at teammedlemmer arbeider for mye alene. Flere elementer i modelltrofasthetsskalaen handler om teamtilnærming. Det stilles krav til at alle teammedlemmene skal kjenne til den unge. Ved utarbeidelse av behandlingsplaner skal det også være en

tverrfaglig tilnærming med involvering av flere teammedlemmer og profesjoner. Flere skal treffe den unge den første tiden den er i teamet, og gjennom året. Når den unge mottar intensiv oppfølging stiller modellen større krav til tverrfaglig tilnærming med shared caseload. Dette innebærer at ansvaret for å følge opp den unge i enda større grad blir et teamansvar fremfor et teammedlems ansvar. FACT-tavla, tavlemøter og behandlingsmøter er strukturer som støtter den tverrfaglige teamtilnærmingen.

3.4 Deltakelse i lokalsamfunnet

C'en i FACT står for Community. Teamet skal bidra til at den unge fungerer og deltar i lokalsamfunnet, i tråd med den enkeltes premisser og ønsker. Dette innebærer arbeid med den unge selv, og arbeid med sosialt nettverk og ulike arenaer i lokalsamfunnet slik at den unge gis mulighet til å mestre deltakelse. Videre innebærer det arbeid med kortsiktige mål som bedrer situasjonen «her og nå», og langsiktige mål som handler om det livet den unge ønsker å leve «et stykke der fremme».

Det finnes ulike årsaker til at den unge står i fare for, eller allerede har falt utenfor samfunnet. For noen kan dette handle om høyt skolefravær, isolasjon og angst, for andre kan det være helt andre årsaker. Teamet må forstå og behandle ungdommer i sammenheng med sine omgivelser, og bruke ulike former for deltakelse i lokalsamfunnet som virkemiddel i bedringsprosessen.

Det er viktig at de unge gis mulighet til å delta på naturlige arenaer slik at det skapes en følelse av tilhørighet. Dette kan blant annet gjøres gjennom å styrke eget nettverk og skape gode relasjoner. Den unge kan også gjøre seg viktige erfaringer, der de får se at de betyr noe i den store sammenhengen, og at de har noe å bidra med gjennom

BRUKERNE SIER:

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. [...] Hvor man ønsker å 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.

sine styrker og ressurser. Slike arenaer kan for eksempel være familie, skole, sosialt nettverk, nabolag, idrett- og fritidsaktiviteter, eller arbeid.

Teamet må samhandle med de arenaene den unge vil være deltakende i. Arbeid for å redusere stigma og utestengelse er ofte en del av dette, i tillegg til veiledning av involverte aktører, samt oppfølging av ungdommen.

3.5 Familie- og systemarbeid

Teamet kan ikke jobbe isolert med den unge. For å lykkes i saker der ungdommen har sammensatte vansker, må teamet arbeide aktivt for å skape god samhandling i systemet rundt den unge.

Kontakt med *familien* utgjør ofte en stor del av teamets aktivitet. Samtaler og samarbeid med foreldre er viktig, både for å komme i kontakt med den unge, men også for å komme i posisjon til å arbeide med foreldre og foresatte, eller med hele familien, der det trengs.

Teamet skal ha en fleksibel tilnærming til hvordan de etablerer kontakt og bygger relasjon, ikke bare med den unge, men også med familien. Teamet må arbeide for at foreldre og familie har forutsetninger for å være støttespillere for den unge. Teamet skal også bidra til at mindreårige søsken får den hjelpen de eventuelt måtte trenge.

Modelltrofasthetsskalaen nevner særlig psykoedukasjon, familierapi og veiledning som eksempler på relevante tjenester teamet kan tilby. Teamet skal ellers være fleksible i hjelpen som ytes – også til familien.

Teamet må også samarbeide godt med *det formelle systemet* rundt den unge. Utover familien, er den unge også en del av et større system. Skolen er ofte sentral, og ofte er flere andre tjenester involvert. Dette kan være PPT, barnevern, skolehelsetjeneste osv.

Ulike aktiviteter og tiltak i den unges hverdag skal koordineres, og det totale systemet må være samkjørt for å gi god hjelp. Den unge, familie og samarbeidspartnere må være omforent om hva som er hensiktsmessig oppfølging og behandling slik at man drar i samme retning for å skape en bedre situasjonen for den unge. Det er sentralt at de som er involvert har kjennskap til hverandres rolle, kompetanse og oppgaver – og at de snakker med hverandre.

Med en planmessig kontakt, avklarte ansvarsforhold og definerte oppgaver har man bedre forutsetninger for å unngå fallgruvene i det som fremstår som et fragmentert

hjelpeapparat. Teamet får bedre mulighet til å avdekke endringer i hva den unge har behov for eller fange opp bekymring og forverring. God samhandling i systemet rundt den unge medfører at det skapes gode betingelser for effektiv og treffsikker oppfølging, samt gode og forutsigbare bedringsprosesser.

3.6 Recovery og brukermedvirkning

Recovery er en kontinuerlig prosess som handler om å leve et meningsfylt liv, selv med de begrensningene og vanskene et menneske kan oppleve i seg selv og i omgivelsene (Slade et al., 2012). En god bedringsprosess avhenger både av personlige og kontekstuelle faktorer, altså må ungdommen sees i sammenheng med sine omgivelser. Begrepet må skilles fra «recovered», et begrep som viser til en målstrek der man har blitt frisk fra en sykdom.

FACT Ung-teamet skal ha en recoveryorientert tilnærming. Dette betyr at man flytter fokuset fra å tenke behandling av vansker gjennom reduksjon av symptomer til å i tillegg fokusere på hva som øker den enkeltes livskvalitet. Dette gjøres eksempelvis gjennom tilførsel av noe som oppleves positivt for den unge. Recoveryperspektivet har med seg en viktig påminnelse om at man må fokusere på aktiviteter som også gjenspeiler det friske i de unges liv.

Teamet skal ha et særlig fokus på å fremme håp, hjelpe til med å skape mening i hverdagen og meningsfulle livsmål, mobilisere et personlig ansvar for egen bedringsprosess, og hjelpe den det gjelder å bygge en positiv identitet og et godt selvbilde (Slade, 2017).

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg.»

(Anthony, 1993, p. 527, oversatt av Solfrid Vatne)

Det stilles altså ingen krav om å skulle bli symptomfri eller kvitt alle utfordringer, for å kunne leve bra nok. Hva *bra nok* innebærer og hvordan man skal få til dette, vil variere fra person til person. Et fellestrekk er likevel at det er den unge selv som må definere hva man skal jobbe mot og hva innholdet i hjelpen skal være.

For noen av ungdommene i teamet vil det handle om å kunne fungere på et helt grunnleggende nivå med stabile rammer i sammenheng med for eksempel familie, skole, venner og fritid, eller i egen bolig og med økonomisk orden for de eldre i målgruppa. For andre kan det innebære mål om å ta en høyere utdanning, få en jobb og mestre et ordinært eller tilpasset arbeidsliv. For andre kan det være å akseptere at man ikke fungerer optimalt innenfor ordinære rammer, og at det man makter er *bra nok*.

Med en recoveryorientert tilnærming er teamet og den unge likeverdige partnere med den unges behov og mål i sentrum. Fokuset skal i størst grad ligge på ressurser, livskvalitet og tilfriskning, heller enn på symptomer, problemer og sykkelighet.

Recovery og *brukermedvirkning* er to nært beslektede begrep. Den unge skal stå i sentrum og har en lovfestet rett til å medvirke i egen oppfølging og behandling. Den unges forståelse og ønsker skal utforskes og danne grunnlaget for teamets tilnærming. For målgruppa generelt, men spesielt for de yngste i FACT Ung, er foresatte og pårørendes innspill og ønsker også en del av dette.

«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, 2021).

En viktig del av brukermedvirkning handler om å gjøre brukere av en tjeneste i stand til å ta informerte beslutninger. Dette innebærer at man må gi informasjon om rettigheter. Videre må det gis tilpasset informasjon om hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige, tiltak som enten finnes i teamet eller hos samarbeidende instanser. I

I veilederen «100 råd som fremmer recovery» (Slade, 2017) finnes det gode råd om hvordan man bygger en recoveryorientert tjeneste.

samråd med teamet, gjøres det et informert valg om vei og retning i oppfølgingen.

Teamet skal ha en grunnholdning som gjenspeiler respekten for den unges autonomi. Noen ganger vil den unge trenge hjelp til å fatte beslutninger, eller skape og opprettholde motivasjon for videre oppfølging. Det er viktig å få til et samarbeid slik at den unge styrer prosessen, men at vedkommende får god veiledning og støtte i teamet.

BRUKERNE SIER:

Ungdommene ønsker stor sett å medvirke i alt som omhandler deres eget liv og behandling. [...] I enkelte tilfeller må behandlere ta beslutninger som strider imot ungdommenes ønsker. [...] Medvirkning kan likevel ivaretas ved at ungdommene for eksempel blir spurt om hva behandlerne kan gjøre for at det skal bli lettere for dem [...]. Uansett hvilke beslutninger som blir tatt bør ungdommene alltid informeres om grunnen til at ulike beslutninger eller eventuelle tiltak blir iverksatt.

3.7 Helhetlige, integrerte og kontinuerlige tjenester

Teamet skal sørge for at ungdommen får helhetlige, integrerte og kontinuerlige tjenester.

Helhetlige og integrerte tjenester betyr at ulike tiltak og tjenester arbeider sammen, ikke parallelt. For å få til dette må teamet arbeide aktivt for å skape god samhandling mellom alle involverte slik at arbeidet samordnes, rollene defineres og oppgavene blir tydelig fordelt. FACT Ungteamet er koordinatorene i dette arbeidet med et overordnet ansvar for at ungdommen får tilpasset oppfølging. Teamet skal med andre ord både yte, skaffe og følge opp tjenester som ivaretar hele ungdommen. For å få til dette må teamet ha kunnskap om totalen i den unges livssituasjon og god kjennskap til tjenesteapparatet.

Teamet skal sørge for at all behandling og oppfølging som gis er i samsvar med den unges behov. Det skal arbeides etter tydelige felles mål med tiltak som gir en positiv interaksjonseffekt. En aktiv bruk av den unges behandlingsplan, og eventuell individuell plan, er et viktig verktøy i dette. Denne skal beskrive det totale utfordringsbildet, inkludere samtlige tjenesteytere og optimalt sett virke på tvers av involverte instanser.

En slik tilnærming er også viktig i akutte situasjoner. Teamet skal sørge for at aktuelle akutt-tjenester har tilgang på kriseplan som beskriver behov og hensyn i situasjoner der det er behov for akutt hjelp. Dette henger også sammen med det neste punktet, at teamet skal sørge for kontinuitet i oppfølgingen.

Det er to hovedaspekter ved *kontinuerlige tjenester*. Hjelpen skal være tilgjengelig over en lenger periode, etter behov. Noen unge kan ha behov for oppfølging over måneder, andre trenger flere år. Det skal ikke være tidsbegrensning på hjelpen som gis så lenge ungdommen profiterer på denne og møter inklusjonskriteriene. Kontinuerlige tjenester innebærer også at ungdommen skal ha tilgang på nødvendig hjelp etter 24/7-prinsippet,

gjennom hele døgnet og hele uka. Det er FACT Ungteamets ansvar å sørge for at ungdommen har dette.

Ved behov skal teamet tilby oppfølging utover ordinær arbeidstid. Det kan være flere grunner til at noen trenger oppfølging på kveldstid, nattetid eller i helg. Noen unge og foresatte trenger tryggheten i å vite at teamet eller noen andre er tilgjengelige, mens andre vil ha behov for akutt hjelp og vurdering om hvorvidt ungdommen trenger en innleggelse. Noen ungdommer kan trenge støtte til å delta på ulike aktiviteter som foregår utenom ordinær arbeidstid. For noen kan det være lettere å møtes på ettermiddag og kveld slik at oppfølgingen ikke fører til fravær på skole for den unge, eller at foresatte må be seg fri fra jobb.

Modellen opererer med krav om at det alltid skal være mulig for den unge å oppnå kontakt med noen som kjenner deres situasjon. Det er opp til ethvert team å finne gode løsninger som sørger for kontinuitet. Turnusordning og bakvaktfunksjon er aktuelle virkemidler, men samarbeid med andre tjenester vil også være viktig. Igjen må teamet både yte, skaffe og koordinere tjenester slik at hjelpen blir kontinuerlig.

3.8 Kunnskapsbaserte metoder

Teamet skal benytte kunnskapsbaserte metoder. Det skal følge gjeldende faglige retningslinjer og veiledere. Kunnskapsbaserte metoder i FACT Ung-modellen beskrives i kapittel 4.2.

Teamene skal bruke modellen IDDT, Integrated Dual Disorder Treatment (Fox, 2015).
Modellen systematiserer arbeidet med å gi integrerte tjenester i de tilfellene ungdommen har sammensatte vansker og samtidige lidelser.

BRUKERNE SIER:

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 [...] og at de ikke forsvinner eller forlater ungdommen selv i ekstra vanskelige perioder. [...] troen på velfungerende tjenester har blitt svekket. For å bygge opp tilliten igjen er det viktig at man gir tett oppfølging og unngår eventuelle opphold i behandling som gjør at ungdommen må vente lenge på å få hjelp.

4. Teamprosess og metode

I dette kapitlet beskrives den overordnede strukturen i teamprosess og metode. Teamprosess omhandler teamets interne arbeidsmåte.

4.1 De syv C'er

«De syv C'er» er opprinnelig laget med utgangspunkt i målgruppa til FACT-team for voksne, der målgruppa er mennesker med alvorlig psykisk lidelse (van Veldhuizen, 2013).

De har likevel en overføringsverdi til FACT Ungs målgruppe fordi de sier noe om hva innholdet i tilpasset oppfølging for mennesker med alvorlige og sammensatte lidelser kan være.

«The seven C's».

Krav til oppfølging og behandling for personer med alvorlig psykisk lidelse utenfor psykiatriske sykehus

| | |
|----------------------------|--|
| Cure | <ul style="list-style-type: none">• Kunnskapsbasert behandling eller hjelp til å mestre lidelsen i tråd med de tverrfaglige retningslinjer som er utformet i ulike land• Medisinsk og sykepleiefaglig behandling• Psykologisk behandling (kognitiv atferdsterapi, metakognitiv terapi, EMDR mm)• Rusbehandling, IDDT• Somatisk screening/behandling (Metabolisk screening) |
| Care | <ul style="list-style-type: none">• Daglig støtte og veiledning• Sykepleiefaglig veiledning, assistanse til dagliglivets gjøremål, forebygge forkommenhet, ha oppmerksomhet på hygiene• Rehabilitering• Ha øye for bedringsprosesser (recovery)• Kontinuitet i hjelpen, forebygge drop-out |
| Crisis intervention | <ul style="list-style-type: none">• Intensiv hjelp og støtte hjemme ved hjelp av delt caseload• 7 x 24 timers tilgjengelighet• Kriseintervensjon, risikovurdering |

| | |
|--------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Akuttinnleggelse, kortvarig, brukerstyrte senger ('Bed on Request') • Inkludere familien/støtteapparatet |
| Client knowhow | <ul style="list-style-type: none"> • Bruke pasientens erfaringskompetanse • Sikre delt beslutningsgrunnlag (Shared Decision Making - SDM) • Recovery-orientering • Empowerment (Strengths Model) • Benytte brukerspesialisten |
| Community support | <ul style="list-style-type: none"> • Familiekontakt • Lokalbasert støtte • Støtte til bolig, arbeid, velferdstjenester • Støtte og veiledning i å ta utdanning, finne og beholde jobb • Inkludering • Forebygge ordensforstyrrelser |
| Control | <ul style="list-style-type: none"> • Risikovurdering og sikkerhetsrutiner for pasient og miljø • Iverksette og gjennomføre tvungen psykisk helsevern (TUD) når det er indisert |
| Check | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluering av effekten av behandling • Rutinemessig monitorering og kartlegging • Evaluering av valgt behandlingsstrategi • Sertifisering |

De syv C'ene stiller ambisiøse krav til tjenestene. Det er ikke forventet at alle C'ene skal gis samtidig. Noen kan til og med virke motstridende, men de skal være tilgjengelige alternativer i oppfølgingen og benyttes aktivt når det er hensiktsmessig. En måte å sikre at de syv C'ene benyttes, er gjennom å beskrive tiltak for hvert punkt i behandlingsplanen.

4.2 Kunnskapsbaserte metoder

Et FACT Ung-team skal tilby kunnskapsbasert utredning og behandling i form av *individuelle terapiformer*. Dette kan være kognitiv atferdsterapi, traumeterapi og andre former for psykoterapi som er ønsket og virksomt for

ungdommene. Teamet skal også ha kompetanse i psykofarmakologisk behandling og tilby dette der det er aktuelt. I de tilfellene der det er samtidige lidelser og vansker, som for eksempel samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, skal teamet benytte IDDT-modellen (Integrated dual disorder treatment) (Fox, 2015).

Psykoedukasjon er en viktig del av behandlingen, både i forbindelse med resultater av utredning og generell veiledning om hvordan ungdommen kan håndtere ulike vansker og tilstander. Også foresatte og pårørende må få psykoedukasjon slik at de settes i stand til å ivareta ungdommen på best mulig måte. I de tilfellene det gis psykofarmakologisk behandling må det gis informasjon om

virkning og bivirkning. Det er flere bivirkninger som kan være spesielt utfordrende å forholde seg til for aldersgruppa, for eksempel ved påvirkning av seksualitet eller vektendring.

Teamet må kunne tilby kunnskapsbasert *familieterapi*. Det må også ha kompetanse i *familie- og foreldreveiledning*. På denne måten kan teamet tilby hjelp på et kontinuum fra generell rådgivning i forbindelse med oppdrags- og omsorgsstil, til familieterapeutiske behandlingsforløp. Teamet skal ha kunnskap om intervensjonsstrategier og aktuelle foreldreveiledningsprogrammer som passer målgruppa.

Det anbefales også at teamet har tilbud om *gruppebehandling* og *gruppeaktiviteter*. En slik gruppe kan eksempelvis ha det formålet at ungdommen skal oppleve mestring gjennom å delta på ulike aktiviteter i fellesskap med andre ungdommer. Det kan også være grupper som jobber mer målrettet med for eksempel atferdsregulering og sinnemestring, eller andre problemstillinger. For foresatte og pårørende kan det være aktuelt med grupper der man kan dele erfaring med andre i liknende situasjoner, eller grupper der fokuset er foreldreveiledning og psykoedukasjon.

4.3 Tavlemøtet og FACT-tavla

Tavlemøtet, med «FACT-tavla» som hovedverktøy, er et kjennetegn i FACT Ung-modellen. Teamet møtes daglig for å drøfte, informere, planlegge, delegere oppgaver og skape en oversikt over hvordan det går med de ungdommene som er under intensiv oppfølging. Møtet avholdes typisk om morgenen og har en varighet på 30-45 minutter. Alle som er på jobb skal delta på tavlemøtet.

Tavlemøtet bygger opp under at det skal være en teamtilnærming med shared caseload og felles ansvar når ungdommen får intensiv oppfølging. Det er viktig at de ulike teammedlemmene deltar aktivt i møtet, slik at teamets samlede kompetanse og tverrfaglighet bidrar til å skape en helhetlig og integrert oppfølging. I prinsippet skal også medlemmer fra hele teamet kunne delta i oppfølgingen.

Hvem som helst i teamet kan be om at en av de unge føres opp på tavla. Med mindre noen allerede har pratet med ungdommen om intensivering av oppfølging, skal ungdommen snarlig informeres om dette. Den unge skal gis muligheten til å medvirke i hvordan oppfølgingen skal gis. Pårørende og eventuelt andre informeres om at vedkommende er under intensiv oppfølging, med mindre det er forhold som taler mot dette. En ungdom kan også bli ført opp «på tavla» med bakgrunn i et ønske eller bekymring fra den unge selv, pårørende eller andre.

Modellen stiller krav til at det skal foretas relevante risikovurderinger, eksempelvis for vold eller selvmord, innen to dager etter at noen er ført opp på tavla. Unntaket er der det foreligger behov for øyeblikkelig vurdering. Det gjøres en vurdering av medikamentell behandling innen samme tidsfrist, der dette er aktuelt.

I de tilfellene oppfølgingen intensiveres fordi den unge har økt risiko for skade på seg selv eller andre, skal man arbeide ut ifra en kriseplan. I de tilfellene det kan oppstå behov for kontakt med akutt-tjenester, skal akutt-tjenestene ha kjennskap til den unges situasjon og behov gjennom kriseplanen. FACT Ung-teamet må jobbe aktivt for å få til

en dialog og samarbeid rundt den unge. En slik samhandling skaper forutsigbarhet og trygghet for den det gjelder og eventuelle pårørende, og kan i seg selv være forebyggende.

Unge som er nye i teamet skal alltid føres opp «på tavla» slik at hele teamet blir godt kjent med ungdommen. I løpet av tre uker skal minst fire teammedlemmer ha truffet den unge, og melde tilbake inntrykk til teamet i tavlemøtet. Dette er starten på en utrednings- og kartleggingsprosess.

Ved gjennomgang av situasjonen til ungdom som allerede står oppført «på tavla», leder den enkelt case manager drøftingen. Case manageren gjør rede for status og utvikling siden forrige tavlemøte. Andre teammedlemmer supplerer når de har tilleggsinformasjon, vurderinger eller spørsmål til diskusjon. Dagens oppgaver planlegges, beskrevne mål og tiltak videreføres eller justeres, og aktuelle teammedlemmer fordeler oppgavene seg imellom.

Tavlemøtet kan også benyttes til å drøfte de tilfellene teamet er usikre på hvorvidt en ungdom bør stå «på tavla». Sammen fatter teamet en beslutning om hvorvidt den unge skal føres opp «på tavla» eller ikke. Eventuelt kan teamet videreføre eller iverksette andre tiltak som ikke involverer intensivering i oppfølgingen. Dersom noen drøftes hyppig, kan det være en indikasjon på at den det gjelder bør føres opp «på tavla».

Det er flere grunner til at en ungdom kan bli ført opp «på tavla». Hvert team må selv vurdere når det er hensiktsmessig at dette gjøres, basert på definerte kriterier i modelltrofasthetsskalaen og en samlet vurdering av den unges situasjon. Det må ikke foreligge en krise for at noen skal føres opp på tavla, men et generelt eller spesifikt behov for styrket oppfølging. Årsaken til at noen står på

Modelltrofasthetsskalaen viser til følgende kriterier for å bli satt opp «på tavla»:

1. økte symptomer/krise, familieproblemer, omsorgssvikt, alvorlig forsømmelse av egen helse eller ordensforstyrrelser
2. trekker seg unna avtaler, er vanskelig å nå eller ved hyppige innleggelse
3. under og etter innleggelse
4. endring av behandling (f.eks. medikamentell behandling eller annen terapi)
5. livshendelser
6. nye brukere

tavla kan også endres i en og samme intensive oppfølgingsperiode, eksempelvis fra «ny» til «livskrise» eller «innlagt».

Det skal ligge en felles teambeslutning til grunn for nedskalering av oppfølgingen, altså at den unge tas «av tavla» og gis oppfølging ved case management. Når en slik beslutning fattes skal teamet sørge for at den unge får god informasjon om dette og videre oppfølging. Teamet skal også evaluere hvordan den intensive oppfølgingsperioden har fungert og be om tilbakemeldinger fra den unge. Der det er hensiktsmessig skal teamet også informere pårørende og eventuelt andre i den unges nettverk, og be om tilbakemeldinger på hvordan de har opplevd perioden. Til slutt skal perioden evalueres internt i teamet. Kriseplan

og behandlingsplan justeres når evalueringen og den unges situasjon tilsier det.

Selve «FACT-tavla» vil typisk inneholde informasjon om hvilket kriterie som ligger til grunn for oppføring «på tavla», aktuell problemstilling, ungdommens overordnede behov, ønsker og mål, samt mål for den intensive oppfølgingsperioden. «FACT-tavla» må også inneholde informasjon som sørger for samhandling og koordinering. Det kan være informasjon om samarbeid med pårørende, familie og nettverk, oversikt over løpende tiltak og avtaler i teamet, og avtaler og tiltak gjennom andre instanser. Det bør også fremkomme om det er særlige hensyn som skal ivaretas.

Case managerne har ofte en sentral rolle i gjennomgangen av de enkelte ungdommene, men teamleder har det overordnede ansvaret for at det er god møtekultur og struktur. I tillegg til at «tavlemøtet» omhandler tiltak og status hos ungdommene, er det også en god arena for kunnskapsdeling, teamutvikling og kollegial ivaretagelse.

Det er svært viktig at teamet også har en systematisk tilnærming til *de unge som ikke er «på tavla»*. Teamet må sikre at det er en teamtilnærming og tverrfaglig arbeid med alle ungdommene. Case managere som følger opp ungdommer ved case management, kan erfaringsmessig havne i den situasjonen at de arbeider for selvstendig med oppfølgingen. Teamet må ha rutiner som forhindrer dette.

4.4 Kartlegging og utredning

For å gi god behandling må teamet gjøre seg kjent med den unges utfordringer, men også med den unges mål, styrker og ressurser. En kartlegging av den unges totale livssituasjon, og en utredning, er en viktig del av oppstart i et FACT Ung-team. I de tilfellene det allerede er foretatt en

utredning må denne kvalitetssikres. Dette er et helt sentralt arbeid for å treffe med riktige tiltak, og utgjør fundamentet for behandlingsplanen. Teamet som helhet skal delta i dette arbeidet ved å stille spørsmål og belyse ulike livsområder i teamets drøftinger.

Utredning og kartlegging kan noen ganger ta tid. Dette beror på at noen ungdommer har utfordringer med å etablere relasjoner, særlig hvis de har alvorlige og sammensatte vansker. Det vil derfor ikke alltid være riktig å igangsette en grundig kartlegging og utredning med en gang en ungdom er tatt inn i teamet. Det må likevel være noe teamet arbeider målrettet mot.

I tillegg til kartlegging og utredning gjennom samtale, utredningsverktøy og klinisk skjønn, skal teamet også benytte standardiserte verktøy som måler problematikkenes alvorlighetsgrad, daglig fungering og livskvalitet. For en oversikt over anbefalte verktøy, se kapittel 4.7 om monitorering.

4.5 Behandlingsplan og kriseplan

En kartlegging og utredning skal føre frem til en *behandlingsplan*. Behandlingsplanen er retningsgivende for oppfølgingen og behandlingen som gis.

For at behandlingsplanen skal fungere godt er det viktig at ungdommen føler et eierskap til den. Planen reflekterer samarbeidet mellom fag og ungdommens stemme, men skal utformes på en slik måte at den helt tydelig er den unges behandlingsplan. Ideelt sett skal planen utformes sammen med den unge og med den unges formuleringer. Der det er aktuelt skal foreldre/foresatte involveres.

Modelltrofasthetsskalaen viser til at det ved utforming av behandlingsplanen skal være minst tre profesjoner

En behandlingsplan bør inneholde følgende, i tillegg til annet som følger av gjeldende regelverk:

- Beskrivelse av den unges utfordringer, i total livssituasjon
- Beskrivelse av den unges ressurser, i seg selv og i nettverket
- Den unges mål og ønsker på ulike livsområder
- Beskrivelse av tiltak og aktivitet som den unge skal gjøre selv
- Beskrivelse av tiltak og ansvarsforhold i teamet
- Samarbeidspartnere, tiltak og ansvarsforhold i andre instanser
- Plan for evaluering av tiltakene

tilstede. Modellen stiller også krav til at behandlingsplanen ikke skal være eldre enn ett år. Den skal ellers evalueres i tråd med gjeldende retningslinjer for helsetjenestene. Evaluering skal skje i nært samarbeid med den unge og eventuelt foresatte/foreldre eller andre pårørende.

Det stilles også krav til at de unge skal ha en *kriseplan*. Denne planen er både forebyggende og veiledende dersom det skulle oppstå alvorlig forverring og akutt behov for hjelp. Det anbefales at planen beskriver ungdommens tidlige tegn til forverring og inneholder informasjon om hva som kan forsøkes for å avhjelpe situasjonen og forhindre ytterligere forverring. Planen må også beskrive hvor og hvordan man kan henvende seg dersom det oppstår behov for akutt helsehjelp. Videre bør den beskrive hvordan den unge ønsker å bli møtt i en akutt situasjon, hva som er

ønsket hjelp, og om det er noe man skal være særlig varsom med i tilnærmingen og behandlingen. På lik linje med behandlingsplanen skal også kriseplanen utarbeides sammen med den unge og være den unges egen plan.

En tilpasset kriseplan kan gjøre det enklere å gjenkjenne tidlige tegn på forverring, både for ungdommen og teamet. På denne måten kan teamet lettere avdekke økt behov for oppfølging, og enklere forebygge kriser og innleggelse ved å intensivere oppfølgingen.

Modelltrofasthetsskalaen stiller krav til at planen skal være tilgjengelig for akutt-tjenestene. Videre skal den evalueres og oppdateres, særlig etter akutte situasjoner, i nært samarbeid med den unge og eventuelt pårørende.

BRUKERNE SIER:

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 varighet må tilpasses ungdommens situasjon, ønsker og behov, og bør evalueres og justeres jevnlig. [...] 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. [...] 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.

4.6 Behandlingsmøtet

Dette møtet benyttes til gjennomgang av alle ungdommene teamet har ansvar for, både ved opprettelse av behandlingsplan og ved evaluering. Behandlingsmøtet skal være en arena for å skape systematikk i drøfting av alle ungdommer. Det er også et godt egnet sted for å drøfte ulike utfordringer man møter på underveis.

Behandlingsmøtet er liknende strukturert som «tavlemøtet». Case manager melder inn behov for drøfting, redegjør for ungdommens situasjon og løfter frem

problemstillinger som ønskes diskutert. Andre teammedlemmer supplerer der de har informasjon, vurderinger eller spørsmål sett fra sitt ståsted. Tiltak etableres, justeres eller videreføres, og aktuelle teammedlemmer involveres.

Behandlingsmøtet benyttes også for drøfting og implementering av behandlingsplaner, og til påfølgende evalueringer. Der den unge ønsker dette, skal teamet tilrettelegge for at den unge selv, og eventuelt andre, kan delta i drøfting av egen behandlingsplan.

4.7 Monitorering

Teamet skal monitorere effekten av behandlingen de gir. Monitorering (Routine Outcome Monitoring, ROM) skal som et minimum gjennomføres årlig. Teamet skal benytte standardiserte og validerte verktøy som måler problematikkens alvorlighetsgrad, daglig fungering og livskvalitet.

Gjennom systematisk bruk av monitoreringsverktøy vil teamet få viktig informasjon om utviklingen hos de unge, både på individnivå, men også på gruppenivå. Resultatene brukes til å evaluere oppfølgingen av de unge på individuell basis, til forbedring av teamets praksis og i arbeidet med

tjenesteutvikling på systemnivå. Resultatene av monitoreringen er viktige i de tilfellene det etterspørres resultatmål for teamet.

Det må skapes gode rutiner i teamet slik at målingene gjennomføres. Utover at monitoreringen genererer et tallgrunnlag som gir en indikasjon på tiltakenes effektivitet, har resultatene også en bruksverdi i det kliniske arbeidet. Resultatene kan og bør benyttes som utgangspunkt for samtaler med de unge om hvordan de opplever hjelpen de får. Resultatene kan være gode utgangspunkt for å reflektere rundt hva som ligger bak en utvikling i positiv eller negativ retning, eller mangel på utvikling.

Følgende verktøy anbefales til kartlegging og monitorering:

ASEBA - Achenbach System of Empirically Based Assessment

HoNOSCA - Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents

SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire

KIDSCREEN – Health-Related Quality of Life Questionnaire

CGAS - Children`s Global Assessment Scale

KATES - Kartlegging av traumatiske erfaringer, selvrapporing

For 18+ kan HoNOS, MANSA, CANSAS eller tilsvarende benyttes.

4.8 Avslutning av FACT Ung-oppfølging

Når en ungdom ikke lenger møter kriteriene for oppfølging skal teamet planlegge en avslutning sammen med den unge, foreldre/foresatte og samarbeidspartnere. Teamet skal sørge for en gradvis overgang til andre tjenester. Det er svært viktig at teamet arbeider for at det samhandles på tvers av instanser i denne perioden. Teamet kan ved behov og ønske følge den unge en periode etter avslutning.

I de tilfellene ungdommen ikke lenger ønsker hjelp fra FACT Ung-teamet, men har behov for hjelp, skal teamet sørge for at andre følger opp ungdommen videre. Ulike bestemmelser vil gjelde for unge under og over 16 år. Ivaretagelse av den unges autonomi og rett til brukermedvirkning må stå sterkt, samtidig som videre oppfølging må vurderes som forsvarlig.

I de tilfellene hvor den unge dropper ut av oppfølgingen uten at det lykkes teamet å komme i kontakt med den unge eller motivere til oppfølging, må teamet informere aktuelle samarbeidspartnere i den ordinære helsetjenesten om at ungdommen ikke lenger har oppfølging av FACT Ung-teamet.

I modelltrofasthetsskalaen vises det til at teamet skal vurdere om det fortsatt er behov for oppfølging fra teamet hver sjettede måned. Dette skal gjøres i samarbeid med ungdommen og foreldre/foresatte.

4.9 Profesjonalisering og teamkultur

Profesjonalisering omhandler opplæring i modellens praksis, undervisning i relevante tema og kunnskapsbaserte metoder.

For å sikre at teamet arbeider i tråd med modellen skal det gis veiledning og arrangeres jevnlig refleksjonsmøter om

FACT-praksis. Det anbefales at det settes av minst ti timer til dette årlig, i gruppe eller individuelt.

Det er også anbefalt at alle teammedlemmer får kursing i relevante tema for FACT Ung og kunnskapsbaserte metoder. Opplæring bør organiseres slik at teamet får dette minimum fire halve dager årlig. Dette kan eksempelvis være opplæring i FACT Ung-modellen gjennom det nasjonale opplæringsprogrammet. Deltakelse i et strukturert opplæringsprogram i FACT Ung-modellen anbefales og bør gjøres samtidig for de ulike teammedlemmene, når teamet er fulltallig, og ellers ved tilførsel av nye teammedlemmer.

Teamet og teamleder må til enhver tid vurdere hva som er relevante kompetansehevingstiltak for å sikre god oppfølging til målgruppa det jobbes med, i henhold til modellens krav og målgruppas behov. Teamet bør benytte kompetanseplaner for å sørge for at det er en kvalitetssikret og strategisk tilnærming til dette.

Teamkulturen i et FACT Ung-team er viktig for å gi god oppfølging. Denne skal kjennetegnes av at det er god stemning og samhold i teamet. Det skal være en felles filosofi der det er enighet om arbeidsmetoder og målsetting for teamet. Videre skal teamkulturen preges av at det satser på kvalitet og innovasjon. Teamet skal tenke sikkerhet, der teammedlemmene ivaretar og passer på hverandre. Det skal være rom for å gi støttende og konstruktiv kritikk. I tillegg skal teamet ha energi - det skal være få tegn til at teammedlemmer slites ut som en følge av jobben.

Teamet skal være et profesjonelt fellesskap med samhold, engasjement og ivaretagelse. Den tverrfaglige tilnærmingen må være anerkjent og verdsatt. Teamlederens rolle og orientering mot teamets prosesser

er helt sentral. En god teamkultur vil hjelpe teamet i møtet med den unges utfordringer og i samhandlingen med det totale systemet rundt hver enkelt.

FRA PRAKSIS:

Da vi startet oppfølgingen fortalte hun oss at hun ikke følte seg viktig. For oss ble det et mål å hjelpe henne med å gjøre noe med det, å hjelpe henne til å se at hun var noen av betydning.

Hun hadde hatt utfordringer siden barneskolen og hadde alltid kjent seg utenfor sosialt. Hun slet med angst, depresjon, selvmordstanker og selvskading. Dette førte til at hun isolerte seg på rommet sitt hjemme. Foreldrene opplevde å bli skjøvet unna og det var lite kontakt til tross for at de bodde i samme hus. Det ble tiltakende vanskelig for henne å møte opp på skolen og etter hvert droppet hun helt ut. Hun hadde heller ingen kontakt med jevnaldrende.

Før hun ble henvist til FACT Ung-teamet hadde hun hatt oppfølging fra mange instanser både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det var mange instanser som deltok på møtet der hovedansvaret for oppfølging ble tillagt oss i teamet. Hun fikk også tilbud om å delta selv, men ville ikke være med.

På forhånd hadde hun fortalt at hun ønsket hjelp til å møte opp på skolen igjen, men var redd for at hun måtte begynne for fullt med en gang. Hun ville gjerne gjøre skolearbeid, men helst bare hjemme noen dager. Hun ble beroliget da hun selv fikk ta styringen og bli med på å planlegge oppstart. På denne måten ble det ikke mer enn hun mestret. For å bli kjent med jenta og skape en relasjon, tilbød vi oss å kjøre henne til og fra skolen i starten. Det langsiktige målet var at hun skulle klare å ta skolebussen.



Vi ble enige om at jenta og kontaktlæreren skulle ha et planleggingsmøte hver mandag. I starten kunne dette være digitale møter eller på telefon. I disse møtene laget de en ukeplan som ble sendt på mail til "ukas personer". I starten var dette foreldrene, lærere og kontakter på skolen og FACT Ung-teamet. Dette opplevde både jenta og samarbeidspartnerne som forutsigbart og trygt. Hvis det ble endringer ble dette fortløpende meldt fra til alle i mailtråden.

Etter hvert introduserte sosiallæreren en annen elev for jenta. Denne eleven deltok i noen av gruppetimene og kunne bli en trygghet som hjalp henne med neste skritt; å delta i en klasstime. Dette viste seg å fungere godt og jenta deltok snart i sin første klasstime på lang tid. I starten var hun kun til stede, men etter hvert deltok hun mer og mer på vanlige premisser. Gjennom medeleven ble hun også kjent med andre i klassen og ble senere med på ulike sosiale treff på fritiden.

Jenta var kreativ og kunstnerisk, i tillegg til at hun var reflektert og moden for alderen. Hun fikk etter hvert et ønske om å ha en jobb utenom skolen der hun kunne bruke de kreative evnene sine. Sammen fant vi ut hvilke interesser og ønsker hun hadde, og undersøkte aktuelle steder hun kunne søke seg ekstrajobb. Hun fikk en deltidsjobb som passet godt til ønskene og evnene hennes der hun kunne øve seg i sosiale settinger og oppleve at hun var av betydning. Endringen i henne var merkbar. Etter hvert økte hun også antall timer med tilstedeværelse på skolen og ønsker nå å ta en kreativ utdanning.

Tid, tilstedeværelse og rom for at hun fikk gå i sitt eget tempo var viktig. Mestringsfølelse gjennom jobb i tillegg til skole, i kombinasjon med samtalebehandling og foreldresamtaler har vært ingrediensene for at hun har kommet dit hun er i dag. Hennes opplevelse av å kjenne seg lite viktig, og målet om å snu dette, var med oss hele veien i oppfølgingen.

5. Bemanning og kompetanse i teamet

Den tverrfaglige teamtilnærmingen og brede kompetansen er noen av kjennetegnene ved et FACT Ung-team. I dette kapitlet presenteres kompetanseområder og teamstruktur. Kapitlet har også en gjennomgang av rollebeskrivelser som viser hvordan ulike profesjoner kan benyttes og hva som er ansvarsområder for spesialistene.

5.1 Kompetanseområder

Kompetansen i et FACT Ung-team kan grovt sett deles i to.

I teamet finner vi generalistkompetanse, og ulike typer spesialistkompetanse. Generalistkompetansen viser til en felles grunnkompetanse som flere teammedlemmer deler. Spesialistkompetanse viser til det hvert teammedlem besitter av profesjonskunnskap, fagkunnskap og erfaring. I dette delkapitlet ser vi nærmere på generalistkompetansen. Oversikten er ikke uttømmende, men gir en indikasjon på hva en felles grunnkompetanse bør inneholde.

I modelltrofasthetsskalaen ser vi at teamet skal tilby hjelp rettet mot en lang rekke områder. De skal gi oppsøkende og praktisk individuell oppfølging rettet mot skole/arbeid, familie, kontakt med andre instanser, nabolag og nærmiljø og fritidsaktiviteter. Teamet skal bruke kunnskapsbaserte metoder, kunne tilby psykofarmakologisk behandling, psykoterapi, følge opp somatisk helse, ungdommens sosiale nettverk, bistå med hjelp i forbindelse med økonomi og ytelser, samt annen bistand og praktisk hjelp som vurderes hensiktsmessig. Noe av dette vil kreve en spesialistkompetanse, men alle teammedlemmer bør ha

en grunnleggende forståelse og kunnskap om disse områdene.

Teamet må ha god kunnskap om målgruppas aldersrelaterede utfordringer. Det må ha kjennskap til utviklingspsykologi og normalutvikling i tillegg til god psykopatologisk forståelse. Teamet må være i stand til å kartlegge og utrede ungdommens helsesituasjon, og senere kunne avdekke tegn til forverring. Teamet må også være i stand til å avdekke skadelig bruk av rusmidler og illegale rusmidler, samt avhengighetsproblematikk av annen art. De må ha grunnleggende kunnskap om risikovurderinger og forebygging av suicid og vold.

Teamet må ha kunnskap om foreldre- og familiearbeid. De må kjenne til relevante foreldreveiledningsprogrammer og intervensjonsstrategier. Alle må ha kunnskap om hva som er gode nok omsorgsbetingelser og hva som er mangelfulle og skadelige omsorgsbetingelser.

Alle teammedlemmer må ha forståelse for arbeid med sosial deltakelse og inklusjon. De må ha kjennskap til miljøterapeutiske prinsipper og hva som skaper livskvalitet. Teamet skal ha en grunnleggende holdning i tråd med recoveryperspektivet og kunnskap om hvordan man arbeider etter dette. Det skal aktivt oppfordres til og

tilrettelegges for reell brukermedvirkning. Teamet må ha kunnskap om hvordan man gjør dette i praksis.

Relasjonskompetanse kan på mange måter sies å være en av de viktigste formene for kompetanse. Det må også være bevissthet og kunnskap om hvordan man er gode rollemodeller for unge mennesker.

Teamet må ha god samhandlingskompetanse og oversikt over det totale tjenesteapparatet. I møtet med eksterne samarbeidspartnere er det FACT Ung-teamet som har det overordnede ansvaret for samhandling. Alle må kjenne til og benytte relevante verktøy for samarbeid og koordinering. Kunnskap om samhandling skal også benyttes for å skape et konstruktivt internt samarbeidsklima. Teammedlemmene skal også kunne veilede hverandre.

5.2 Teamets sammensetning

Et FACT Ung-team ser noe annerledes ut i Norge enn i Nederland. Dette skyldes blant annet at det er ulikheter i helse- og velferdstjenestenes organisering og ulike profesjoner. I tillegg gir geografien i Nederland kortere reiseavstander enn vi kan påregne for mange team i Norge. Et norsk FACT Ung-team anbefales følgende bemanning per 100 ungdommer:

- Teamleder (1 årsverk)
- Merkantilt ansatt (1 årsverk)
- Barne- og ungdomspsykiater (0,6 årsverk)
- Barne- og ungdomspsykolog (1 årsverk)
- Familieterapeut (1 årsverk)
- Brukerspesialist (1 årsverk)
- Arbeids- og utdanningsspesialist (0,6 årsverk)

- Helsefaglig personell (Minimum 1 årsverk)

- Sosialfaglig personell (Minimum 1 årsverk)

Totalt 5 årsverk helse- og sosialfaglig personell (eks. sykepleier, vernepleier, sosionom, spesialpedagog, barnevernspedagog, musikkterapeut osv.)

Følgende funksjoner skal finnes i teamet, enten i nevnte årsverk eller i egne stillinger:

- Russspesialist (0,6 årsverk)

- Rehabiliteringsspesialist (0,6 årsverk)

Til sammen utgjør dette minimum 11,2 årsverk per 100 ungdommer.

Modelltrofasthetsskalaen har krav om at teamets sammensetning skal gjenspeile brukergruppen, eksempelvis i forbindelse med kulturell bakgrunn og kjønnsfordeling.

5.3 Roller og profesjoner

I dette delkapittelet beskrives aktuelle profesjoner og roller i FACT Ung-teamet. Beskrivelsene og oppgavene er ikke uttømmende, men gir en kort, overordnet beskrivelse av hvordan et team kan bemannes og hvordan rollene kan fylles. Noen ansvarsområder er profesjonsavhengige, andre oppgaver er mer fleksible. Spesialistene har tiltenkte områder og oppgaver som skal ivaretas.

5.3.1 Teamleder

Teamleder anbefales en delt rolle. I tillegg til lederoppgaver, kan vedkommende følge opp en passende andel unge som case manager. Førstehåndserfaring med

ungdommene, teamets oppgaver og utfordringer kan gi bedre grunnlag for å lede teamet.

Teamlederen skal sørge for at teamet arbeider i tråd med modellen. Dette skjer både gjennom den daglige kontakten med teamet, men også gjennom strukturert evaluering og iverksetting av forbedringsprosesser.

Teamlederen er som regel møteleder i daglige tavlemøter og behandlingsmøter og skal benytte disse arenaene aktivt for å hjelpe teamet til å arbeide etter FACT Ung-modellen. Teamleder skal påse at hele teamet bidrar inn i hver enkelt sak med relevant kompetanse. Dette krever evnen til å se helheten rundt de unge og skape en god struktur. Det overordnede ansvaret for å delegere oppgaver og prioritere ressurser er også teamleders, i samarbeid med teamets medlemmer.

Vedkommende må sørge for at de ansatte har tilstrekkelig opplæring i FACT Ung-modellen og at teamets samlede

kompetanse møter målgruppas behov og modellens krav.

Teamleder skal påse at teamet skaper samhandling rundt hver ungdom og at det finnes gode rutiner for samarbeid. Sammen med resten av teamet må det arbeides aktivt med å etablere gode strukturer for samhandling med det øvrige systemet. Å informere om teamet til andre tjenester er en viktig del av dette.

Videre skal teamleder bidra til å bygge opp under stabiliteten i teamet ved å ha god dialog og utvikle strategier for drift der teamet er forankret. Vedkommende bør også delta i teamets styringsgruppe.

En viktig del av teamleders rolle er å ivareta teamets medarbeidere i forbindelse med det sosiale, faglige og praktiske i det daglige. Det er en viktig oppgave for å arbeide for en god teamkultur, at teamet lykkes med en tverrfaglig tilnærming og ellers har et godt samhold i teamet.

Case manager – en nøkkelfunksjon

En case manager er benevnelsen på en profesjonsuavhengig funksjon der vedkommende er primærkontakt for en eller flere ungdommer. Alle i teamet kan i prinsippet være case manager.

Samhandling internt og eksternt er sentrale oppgaver for case manager. Vedkommende skal sørge for at det er en tverrfaglig tilnærming til hver enkelt ungdom, i alle deler av behandlingsforløpet. Den må aktivt arbeide for å skape samhandling og målrettet samarbeid rundt den unge, med aktuelle samarbeidspartnere, foreldre/foresatte og andre relevante.

Case manager skal koordinere tjenester, men også selv motivere, behandle og følge opp. Det er viktig at case manager ikke arbeider for mye alene, og at teamtilnærmingen ligger til grunn for arbeidet.

Vedkommende har et overordnet ansvar for at alle ungdommer får oppfølging i tråd med FACT Ung-modellen.

5.3.2 Merkantilt ansatt

Den merkantilt ansatte kan ha flere oppgaver, i tillegg til å fylle den typiske rollen som administrativ støtte. Vedkommende kan også ha oppgaver med koordinering, sikre teamets tilgjengelighet, og ellers tilrettelegge for at teammedlemmene har det de trenger i sin arbeidshverdag.

Den merkantile omtales ofte som «hjertet» eller «navet» i teamet, og har ofte god oversikt over hva som rører seg i teamet. Hen kan bidra med ivaretagelse av de andre i teamet og ellers gi viktig input til teamleder, som dermed får et bedre styringsgrunnlag. Ofte har denne personen også god oversikt over hvor teammedlemmene befinner seg i løpet av dagen, en trygghet for de som driver oppsøkende virksomhet. Dette kan settes i system for å ivareta sikkerheten til teammedlemmene når dette er nødvendig.

En ansatt som er stasjonert på kontoret til teamet sørger for at de som oppsøker teambasen uten avtale, alltid vil møte noen i teamet. Dette er en verdifull ivaretakende funksjon sett i sammenheng med viktigheten av opplevd tilgjengelighet og tilfredshet med tjenesten.

Selv om en merkantilt ansatt ikke er en direkte del av behandling og oppfølging av de unge, må også dette teammedlemmet ha kunnskap om modellen og målgruppa.

5.3.3 Barne- og ungdomspsykiater

Barne- og ungdomspsykiateren er sentral i mange av teamets oppgaver. Av disse kan man nevne spesielt utredning, ulike former for behandling, akuttvurderinger, henvisninger og psykoedukasjon. Forvaltning og oppfølging av tvangsvedtak kan også være aktuelt. Vedkommende vil

ofte ha et overordnet behandlingsansvar for flere unge i teamet.

Barne- og ungdomspsykiateren har i utgangspunktet hovedansvar for eventuell psykofarmakologisk behandling og oppfølging av denne. Å gjøre teamet i stand til å observere effekten av dette er også en viktig oppgave. Ovenfor ungdommen og foreldre/foresatte har vedkommende et særskilt ansvar for at det gis informasjon om antatt effekt, fordeler og ulemper ved medikamentell eller medikamentfri/-reduert behandling.

Vedkommende er også viktig i forbindelse med kravene til teamets systematikk med en årlig somatisk screening. Dette skal bidra til at eventuelle somatiske problemstillinger avdekkes og følges opp.

Ressursen er ofte knapp og mengden direkte kontakt med den unge vil derfor variere. Et tett samarbeid innad i teamet med utveksling av informasjon er viktig slik at kompetansen kommer til nytte der det er hensiktsmessig. Dette krever et godt overblikk over alle ungdommene som følges opp.

5.3.4 Barne- og ungdomspsykolog

Psykologen med sin spesialitet i barne- og ungdomspsykologi, vil også ha et overordnet behandlingsansvar for flere unge i teamet. Flere av hovedoppgavene vil ha lik karakter som de som allerede er nevnt under barne- og ungdomspsykiateren. Dette er eksempelvis relatert til utredning og terapi, individuelt eller i grupper med ungdommer. Psykologens kompetanse er også spesielt relevant ved behov for familierapeutiske tiltak og i veiledning av samarbeidspartnere.

Psykologen kan gis et særskilt ansvar for å bidra til at hele teamet benytter gode terapeutiske virkemidler i møtet med den unge, foreldre/foresatte og familie. Dette et godt overblikk og kjennskap til alle ungdommene som følges opp. Vedkommende kan også gis et særskilt ansvar for å skape et systematisk arbeid med psykoedukasjon. Dette kan gjelder både psykoedukasjon til den unge, men også rettet mot familie og andre.

5.3.5 Familieterapeut

Benevnelsen familieterapeut er ingen beskyttet tittel, og mennesker med ulik utdanningsbakgrunn kan kvalifisere for denne stillingen.

Vedkommende skal hovedsakelig arbeide med den unge i familiekontekst. Dette vil som oftest være med den unge og foreldre/foresatte, men kan også involvere øvrig familie og andre relasjoner. Målet er blant annet å sikre gode vilkår for at dynamikken i nære relasjoner bygger opp under mulighetene for at den unge klarer å oppnå bedre fungering og økt livskvalitet. Familieterapeuten har blant annet kjennskap til endring av uheldige samspillmønstre, bearbeiding av vonde opplevelser i familien eller negative hendelser i relasjonene. En familieterapeut kan også benyttes til å løse opp i andre utfordrende relasjoner, for eksempel i sosialt nettverk.

Det er nærliggende å gi familieterapeuten et særskilt ansvar for å løfte familie- og relasjonsperspektivet inn i de tverrfaglige diskusjonene, med spesielt øye for uheldige samspill i ungdommens nærmeste relasjoner. Vedkommende må bidra med sin kunnskap slik at hele teamet har en hensiktsmessig tilnærming til den unge og familien. Familieterapeuten kan som andre kobles på ved behov. Den kan også fungere som case manager, og bør

spesielt gis dette ansvaret i de tilfellene hvor familiesystemet er en særlig stor del av utfordringene.

5.3.6 Sosionom

Sosionomen er ikke spesifikt nevnt i anbefalt bemanningsstruktur, men dekker kravet til sosialfaglig personell.

Sosionomen, «den som kjenner samfunnet», har gode forutsetninger for å fremme teamets fokus på hvordan man kan hjelpe den unge med å mestre og delta i samfunnet. Sosionomen har kunnskap om sosialjuridiske problemstillinger og ulike velferdsordninger. Tiltak som bedrer forutsetningene for integrering i lokalsamfunnet er helt sentralt i FACT Ung-modellen, for eksempel nettverksarbeid, boligarbeid og ordninger relatert til økonomisk bistand.

Sosionomen kan tildeles et særskilt ansvar for samhandling med ulike velferdstjenester, så som NAV eller boligkontor.

Sosionomens kompetanse kan også benyttes til å hjelpe den unges familier til å finne frem i det som for mange er et uoversiktlig velferdssystem. En sosionom har god kjennskap til de ulike offentlige ordningene, og må arbeide for at disse kan benyttes slik at det bygger opp under den unges bedringsprosess. Ettersom FACT Ung-teamet skal ha et helhetlig fokus er det viktig at sosionomen også har mulighet til å hjelpe foreldre/foresatte eller andre nære ved å enten selv bistå eller bidra til å opprette kontakt med riktig instans.

5.3.7 Sykepleier

Sykepleieren har en allsidig kompetanse og kan benyttes i årsverk som er tiltenkt helsefaglig personell.

I FACT Ung-teamet kan vedkommende gis et særskilt ansvar for at fokuset på den fysiske helsen og det somatiske perspektivet også kommer frem. Det forebyggende og helsefremmende perspektivet er sentralt, for eksempel i forbindelse med livsstil og seksualhelse.

I de tilfeller det foreligger somatisk sykdom bør sykepleierens kompetanse benyttes. Den er også viktig i forbindelse med å kartlegge om den unge kan ha uavdekkede og underliggende somatiske utfordringer. Videre underbygger også sykepleieren teamets samlede evne til å monitorere og gi riktig psykofarmakologisk behandling. En helsesykepleier kan være særlig aktuell i teamet.

5.3.8 Spesialpedagog

Spesialpedagogen kan være et relevant teammedlem blant de fem årsverkene med helse- og sosialfaglig personell.

Spesialpedagogen har blant annet kunnskap om psykososiale vansker og ulike kognitive utfordringer som vanskeliggjør skolegang. Dette er nyttig kunnskap inn i et team der mestring og fullføring av skole vil være et viktig fokus for mange av de unge.

Spesialpedagogen kjenner godt til skolen som system, kravene som stilles til elevene og rettighetene den unge har. Spesialpedagogen har god kompetanse i kartlegging av skolefungering, har oversikt over relevante tiltak som kan være aktuelle i en individuelt tilpasset opplæringsplan, og er godt egnet til å veilede skolen der det er behov for dette.

Spesialpedagogen kan tildeles et særskilt ansvar for å sørge for at det etableres en god samhandlingsstruktur rundt skole og utdanning, spesielt med grunnskole og Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

Viktigheten av god skolefungering må fremmes innad i teamet, men spesialpedagogens kunnskap må også brukes for å hjelpe ungdommen til å forstå og mestre sine egne utfordringer relatert til utdanning.

5.3.9 Barnevernspedagog

Barnevernspedagogen er heller ikke definert inn i bemanningsstrukturen, men kan også være relevant inn i teamet.

Kunnskap om omsorgsbetingelser og samspill mellom foreldre og barn er viktig i arbeidet med målgruppa. Modellen har krav til at teamet skal ha god dekning av foreldre- og familieveiledningskompetanse. Dette er et område som er godt kjent for en barnevernspedagog. Å løfte frem det barnevernfaglige perspektivet i tverrfaglige drøftinger og etterspørre kvalitet på den enkeltes omsorgssituasjon, vil være et særskilt ansvarsområde.

Barnevernspedagogen kan med sin kunnskap om barneverntjenesten medvirke til at unge og deres familier får riktig hjelp. Denne kunnskapen tilsier at vedkommende kan få et særskilt ansvar for å skape god samhandling med barneverntjenesten.

5.3.10 Vernepleier

Vernepleieren er heller ikke definert inn i bemanningsstrukturen, men er en aktuell yrkesgruppe.

Vernepleieren har god kjennskap til hva som er hensiktsmessig i arbeidet med mennesker med ulike funksjonsvansker grunnet fysiske, psykiske, kognitive og sosiale forhold. Vernepleieren er spesielt verdifull i forbindelse med miljøterapeutiske tiltak, for å løfte frem det helsefremmende perspektivet, samt bidra med

kunnskap om rehabilitering og habilitering. Den har også grunnleggende somatisk og medisinsk kunnskap. Dette er verdifullt i forbindelse med teamets samlede evne til å gi riktig psykofarmakologisk behandling og følge opp somatisk helse.

5.3.11 Brukerspesialist

Brukerspesialisten (erfaringskonsulent) er ikke ansatt i kraft av sin formelle kompetanse, men i kraft av sin evne til å benytte sine egne erfaringer på en konstruktiv måte i møtet med den unge og dens familie. For mange er det verdifullt å møte et menneske som har liknende erfaringer som det en selv har. Brukerspesialisten er et levende bevis på at man kan mestre, arbeide seg ut av eller lære seg å leve med utfordringer.

Flere unge og deres nærmeste har dårlige erfaringer med hjelpeapparatet. I de tilfeller det er vanskelig for det øvrige teamet å oppnå kontakt og etablere en relasjon, viser det seg at brukerspesialisten ofte kan bidra. Når dialogen oppleves mer likestilt, er det ofte lettere å komme i posisjon til å tilby hjelp.

Brukerspesialisten skal løfte frem og ivareta brukerens perspektiv. Innad i teamet kan brukerspesialisten tillegges et særskilt ansvar for ivaretagelse av brukerstemmen og bidra til at teamet som helhet arbeider recoveryorientert med fokus på den unges styrker og ressurser.

Som et ledd i dette kan vedkommende eksempelvis gis arbeidsoppgaver relatert til informasjon om brukerrettigheter og muligheter, samt veilede i hvordan man kan benytte disse. Ellers stiller brukerspesialisten ganske fritt i sitt arbeid og kan benyttes der man tenker at en slik kontakt er nyttig for å drive frem relasjon og bedringsprosess. Brukerspesialisten kan også gis et særskilt

ansvar for å ha oversikt over tilbud rettet mot ulike brukergrupper, pårørendetilbud og brukerstyrte aktiviteter.

BRUKERNE SIER:

Det er viktig at erfaringskonsulenten 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.

5.3.12 Arbeids- og utdanningsspesialist

Arbeids- og utdanningsspesialistens innsatsområder er hovedsakelig videregående utdanning, høyere utdanning og ordinært arbeid.

Å bli i stand til å delta i det ordinære arbeidslivet bør i utgangspunktet være et mål for alle ungdommene, på kort eller lang sikt. Det er viktig at spesialisten og teamet formidler dette til alle ungdommene og at de har muligheten til å få hjelp til å jobbe mot et slikt mål. Det er opp til ungdommen å takke ja til oppfølging av arbeids- og utdanningsspesialisten, men teamet og spesialisten må arbeide med å motivere den unge til å takke ja til et slikt

tilbud når dette er hensiktsmessig. Oppfølgingen skal basere seg på deltakerens interesser og ferdigheter.

Arbeids- og utdanningsspesialisten skal delta i tavlemøter og behandlingsmøter på lik linje med andre teammedlemmer, og gjøre seg kjent med de unge. Konkrete arbeidsoppgaver kan være alt fra motivasjonsarbeid, interessekartlegging, skriving av søknad og CV, håndtering av studier og eksamen, trening til og bistand i jobbintervju, samt oppfølging og dialog med arbeidsgiver etter oppstart i arbeid.

God samhandling med arbeidsgivere og studiested er sentralt. Arbeids- og utdanningsspesialisten kan gis et særskilt ansvar for å fremme samhandling med disse.

5.3.13 Russspesialist

I målgruppa vil flere ha erfaringer med bruk av rusmidler. Det kan være gjennom eget bruk, foreldre/foresattes bruk eller andre nære. Erfaringer fra Nederland tilsier at utfordringer relatert til rus i FACT Ungs målgruppe er underkommunisert. Å avdekke avhengighet eller skadelig bruk rusmidler er viktig for å gi en helhetlig og god behandlingstilnærming.

Innad i teamet har russspesialisten et særskilt ansvar for å bringe ruskompetansen inn i det tverrfaglige arbeidet. Dette innebærer for eksempel å utforske og vurdere hvorvidt den unges utfordringer kan relateres til uavdekket rusproblematikk, enten hos den unge, i familien eller nærmeste omgangskrets.

I de tilfeller hvor den unge strever med bruk av rusmidler og psykiske vansker samtidig, har russspesialisten et viktig jobb i å bidra til at det gis integrert behandling for dette. Her anbefales IDDT (Integrated Dual Disorder Treatment),

en kunnskapsbasert modell for integrert behandling av samtidige lidelser (Fox, 2015). Russspesialisten må ha god kjennskap til IDDT, og har et medansvar for at modellen er godt kjent for teamet og at de arbeider i tråd med disse prinsippene.

Dersom det er til hjelp for den unges bedringsprosess, bør russspesialisten kunne hjelpe foreldre/foresatte eller andre nære som strever med rus. Spesialisten kan bistå slik at de kommer i kontakt med et tjenestetilbud hvis de har behov for omfattende hjelp. Dette kan lette den totale belastningsbyrden for den unge.

5.3.14 Rehabiliteringsspesialist

Å finne sin plass i lokalsamfunnet kan være krevende, men kan by på ekstra utfordringer for unge mennesker med alvorlige og sammensatte problemer. Dette kan skyldes egne utfordringer, men kan noen ganger også relateres til at det fortsatt er stigma knyttet til psykiske lidelser, ruslidelser og funksjonsnedsettelse. Å forhindre at unge lever i utenforskap, men heller opplever å være en verdifull del av lokalsamfunnet, er en viktig del av oppfølgingen til målgruppa. Det er helt sentralt i gode bedringsprosesser og recoveryorientert arbeid. Rehabiliteringsspesialisten har et særskilt ansvar for å bidra til at teamet arbeider med sosial deltakelse og inklusjon i lokalsamfunnet.

Mens brukerspesialisten har oversikt over tilbud som er tilpasset det å være bruker eller pårørende, skal rehabiliteringsspesialisten ha oversikt over ulike tilbud i den unges lokalsamfunn, med vekt på ordinære tilbud. Rehabiliteringsspesialisten skal ha god kunnskap om den enkeltes interesser og ønsker, samt muligheten til å støtte opp under deltakelse på ulike aktiviteter. Samhandling og samarbeid med frivillig sektor er en viktig del av dette.

5.4 Å finne sin plass i teamet

FACT Ung-modellen representerer for mange en ny måte å arbeide på som kan oppleves uvant. Teamet består av ulike profesjoner og roller, med mennesker som kommer fra ulike sektorer, fagtradisjoner og erfaringsbakgrunner. I FACT Ung-teamet skal disse menneskene finne sammen og fungere i et tverrfaglig team med en flatere struktur. Det kan være utfordrende å finne sin plass i teamet og forstå hvordan man balanserer generalistkompetanse og spesialistkompetanse, og teamtilnærming med en mer kjent oppfølgingsform gjennom case management.

Det å fungere som et team, og hvordan individene i teamet finner sin plass, må adresseres aktivt gjennom teamrefleksjon og egenrefleksjon. Det er viktig å hindre en fragmentering i teamet og skape en felles filosofi der den tverrfaglige teamtilnærmingen blir en naturlig del av teamets hverdag. Teammedlemmene må kjenne til hverandres kompetanseområder, og det må være en felles holdning at teamet anser ulike kompetanser som likeverdige og komplementerende.

BRUKERNE SIER:

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. [...] De må møte ungdommene med et åpent sinn og ikke ha for høye forventinger 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.

Referanser

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.
- Barneombudet. (2020). *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., Creemers, D. H. M., Frieswijk, N., Vermulst, A. A., & Kroon, H. (2020). Investigating the critical elements and psychosocial outcomes of Youth Flexible Assertive Community Treatment: a study protocol for an observational prospective cohort study. *BMJ Open*, 10(4), e035146. doi:10.1136/bmjopen-2019-035146
- 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
- Fox, L. (Ed.) (2015). *Integrated Dual Disorders Treatment Revised. Best Practices, Skills, and Resources for Successful Client Care*. Center City: Hazelden Publishing.
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S., & Fløtten, T. (2020). *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>
- Hatling, T. (Ed.) (2021). *Utredning om FACT Ung i Norge*. <https://www.napha.no/attachment.ap?id=3266>.
- Hendriksen-Favier, A. (2013). Modelbeskrivelse FACT Jeugd. Retrieved from <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2016/02/Hendriksen-Favier-A-2013-Modelbeskrivelse-FACT-Jeugd-Utrecht-Trimbosinstituut.pdf>
- Kolthof, H. J., & van Noort, S. R. C. (2018). Patients of a F-ACT youth team: juveniles with severe mental illness. *Tijdschr Psychiatr*, 60(7), 454-461.
- Landheim, A., & Odden, S. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge. Sluttrapport*. Retrieved from https://rop.no/contentassets/d4f50ab571e84e24a9bd879ae14a9690/evaluering-av-fact-team-i-norge_sluttrapport_nasjonal-kompetansetjeneste-for-samtidig-rusmisbruk-og-psykisk-lidelse-nkrop.pdf
- Mental Helse Ungdom. (2021). *Prinsippprogram 2021-2022*. Retrieved from <https://mentalhelseungdom.no/wp-content/uploads/2021/01/Prinsippprogram-2021-2022.pdf>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. Retrieved from <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery; en veiledning for psykisk helsepersonell* (NAPHA-rapport nr. 2/2017). Retrieved from <https://www.napha.no/multimedia/7492/rapport-2-2017-nett.pdf>
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364. doi:10.1017/s2045796012000133
- St. meld. 47. (2009). *Samhandlingsreformen 2008-2009*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Statens undersøkelseskommisjon 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>
- van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 421-433. doi:10.1007/s10597-007-9089-4
- van Veldhuizen, J. R. (2013). *FACT. Flexible Assertive Outreach Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Retrieved from <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>
- van Veldhuizen, J. R., Bähler, M., Polhuis, D., & van Os, J. (Eds.). (2009). *Handboek FACT*. De Tijdstroom Utrecht. 69.

Vedlegg 1 - Modelltrofasthetsskala (kommer)

Basert på den originale versjonen av Annemieke Hendriksen-Favier (2013)

Forsidefoto: Colourbox

Ansvarlig utgiver:

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse,
Sykehuset Innlandet HF

www.rop.no

ROP | Nasjonal kompetansetjeneste for
samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

