

Forprosjekt FACT Telemark

Sluttrapport

April 2026



Skrevet av:

Prosjektleder Fay Olsen

Prosjektleder Eli Christin Høhrbye



Nissedal kommune



PORSGRUNN
KOMMUNE

Innhold

SAMMENDRAG SLUTTRAPPORT	4
DEL 1 – INNLEDNING.....	5
1.1 FORPROSJEKTETS OPPBYGNING OG SAMMENSETNING	5
1.2 MANDAT OG TOLKNING AV MANDAT	6
1.3 HVORDAN LESE SLUTTRAPPORT.....	6
1.4 SAMMENDRAG DELRAPPORT FORPROSJEKT FACT TELEMARK 2025.....	7
1.5 ESTIMAT ANTALL PERSONER I FACT-MÅLGRUPPEN I TELEMARK.....	8
DEL 2 – DRIFT AV FACT I TELEMARK	8
2.1 GEVINSTIDENTIFISERING	8
2.2 AVGRENSNING AV MÅLGRUPPE	10
2.2.1 FACT-modellens definisjon av målgruppe	10
2.2.2 Behovsbeskrivelse av målgruppe for FACT i Telemark	10
2.3 ARBEIDSTID – ÅPNINGSTID.....	11
2.4 LOKALER, BILER OG UTSTYR FOR DRIFT AV FACT i TELEMARK.....	11
2.5 ORGANISATORISK PLASSERING OG ARBEIDSGIVERANSVAR	12
2.5.1 Organisatorisk plassering og arbeidsgiveransvar i spesialisthelsetjeneste	12
2.5.2 Organisatorisk plassering og arbeidsgiveransvar i kommunehelsetjenesten	13
2.5.3 Interkommunal modell/Vertskommune	13
2.5.4 Organisatorisk plassering i spesialisthelsetjeneste med delt arbeidsgiveransvar	13
2.6 REKRUTTERING.....	14
2.7 KOMPETANSE OG BEMANNINGSNORM	14
2.8 BRUK AV ERFARINGSSPESIALISTER I FACT	15
2.9 BRUK AV ARBEIDS- OG UTDANNINGSSPESIALISTER I FACT	15
2.10 ELEKTRONISK PASIENT JOURNAL – EPJ SYSTEM.....	16
2.11 INNTAKSPROSEDYRER	16
2.12 HMS-RUTINER OG JURIDISKE AVKLARINGER.....	17
DEL 3 – ØKONOMI	17
3.1 TILSKUDDSMIDLER	17
3.1.1 Beskrivelse av hvordan tilskuddsmidlene skal brukes	18
3.1.2 Andre relevante tilskuddsordninger	18
3.2 INNTEKTER.....	19
3.2.1 Innsatsstyrt finansiering - ISF.....	19
3.2.2 Egenandel	19
3.3 BUDSJETT OG KOSTNADSOVERSLAG.....	20
3.3.1 Budsjett- og økonomiarbeid ved etablert FACT-team	21

3.4 FINANSIERINGSMODELL	22
3.4.1 «Satellitt-kommuner»	23
3.4.2 Hvordan finansiere FACT etter tilskuddsperiode	23
DEL 4 - MULIGE MODELLER FOR ETABLERING AV FACT I TELEMARK.....	23
4.1 TALLGRUNNLAG BENYTTET I MODELLENE OG BEMANNINGSNORM	24
4.2 STRUKTURELLE MODELLER	24
4.2.1 Beskrivelse av modell 1 – FACT Telemark.....	26
4.2.2 Beskrivelse av Modell 2 – Fire FACT-team i Telemark	27
4.2.3 Beskrivelse av Modell 3 - To FACT-team i Telemark.....	28
4.3 ORGANISATORISKE MODELLER	29
4.3.1 Sammenligning av organisatoriske modeller	29
4.3.2 MODELL A – Kommunal organisatorisk plassering med desentralisert drift	30
4.3.3 MODELL B – FACT team med vertskommune	31
4.3.4 MODELL C – Sykehusforankret FACT Team med samlokalisert drift	32
DEL 5 – SAMARBEIDSAVTALER	33
DEL 6 – OPPSUMMERING OG AVSLUTNING	33
KILDER.....	35

SAMMENDRAG SLUTTRAPPORT

Forprosjekt FACT Telemark er gjennomført i 2025–2026 for å utrede muligheter for etablering av FACT i Telemark. Kartleggingen forprosjektet har utført viser at nåværende tjenestetilbud i liten grad treffer målgruppen med alvorlige psykiske lidelser, rusmiddelproblemer og betydelig funksjonsfall, og at FACT vurderes som en aktuell løsning.

Hovedfunn fra kartleggingen

- Kommunene i Telemark anslår at 283–339 personer kan ha utbytte av FACT, mens NAPHA's modellberegning på 0,64 % av voksen befolkning angir et teoretisk behov på rundt 1036 personer. NAPHA vurderer forprosjektets anslag som mer realistisk.
- Områdene har store variasjoner i geografi og tjenester, noe som påvirker både rapporterte tall og behov.
- De personene som tjenestene vurderer å være i behov av FACT, beskrives gjennomgående med alvorlig rus- og psykisk lidelse, lav funksjonsevne, hyppige kriser, lav boevne, manglende sykdomsinnsikt og utfordringer med å nyttiggjøre seg eksisterende tjenester.

Potensielle gevinster ved etablering av FACT

- For pasienter og pårørende: bedre tjenestetilgjengelighet, redusert symptomtrykk, økt stabilitet, økt boevne, færre kriser og bedre egenmestring.
- For tjenester: bedre samhandling på tvers av nivåer, økt kontinuitet, mer forutsigbare forløp, kompetanseheving og redusert bruk av akutte tjenester.
- For samfunn: redusert bruk av nødeter, økt trygghet i nærmiljøet og mer målrettet ressursbruk.

Oppsummert kan etablering av FACT bidra til bedre helse og livskvalitet for pasienter og deres pårørende, styrket samhandling og kompetanse i tjenestene, og redusert belastning på andre etater. NAPHA angir at FACT kan gi betydelige økonomiske besparelser både for kommunene, sykehuset og samfunnet som helhet.

Økonomiske vurderinger

- Tilskuddsmidler dekker kun en andel av totale driftskostnader og nedtrappes over fire år, før FACT-teamet i sin helhet må finansieres av partene i samarbeidet.
- Selv om etablering av FACT-team kan finansieres gjennom tidsavgrensede tilskuddsmidler i en prosjektperiode, må etableringen bygge på en tydelig ambisjon om varig drift.
- ISF-inntekter kan bidra til finansieringen av FACT-team, men dette avhenger av organisatorisk plassering, journalføringssystem og praksis for registrering.
- Krav om egenandel kan være en barriere for å ta imot helsehjelp, samtidig som det også er flere fordeler (frikort, økt tilgjengelighet til andre tjenester, bidrag til finansiering).

- Fullstendig budsjett kan ikke utarbeides før valgte modeller og organisatoriske rammer er besluttet. I rapporten legges det frem et kostnadsoverslag, som videre vil påvirkes av faktiske beslutninger og avklaringer.

Det er utarbeidet tre strukturelle modeller for FACT i Telemark:

1. **Ett team** FACT Telemark
2. **Fire team** FACT Grenland, FACT Vestmar, FACT Vest-Telemark og FACT Øvre Telemark
3. **To team** FACT Nedre Telemark og FACT Øvre Telemark

Det er utarbeidet tre organisatoriske modeller:

- Kommunal forankring med desentralisert drift
- Vertskommunemodell med sykehusforankring
- Sykehusforankret og samlokalisert FACT-team

Sluttrapporten viser at FACT kan være en aktuell løsning for Telemark, men krever tydelige organisatoriske, økonomiske og juridiske avklaringer før en etablering kan finne sted. Rapporten presenterer ulike mulige modeller og framhever at videre arbeid må skje i en eventuell egen etableringsfase hvor avklaringer om blant annet antall team, parter i samarbeidet, målgruppe, finansiering, lokalisering og samarbeidsavtaler, finner sted.

DEL 1 – INNLEDNING

1.1 FORPROSJEKTETS OPPBYGNING OG SAMMENSETNING

FACT er en omfattende helsepolitisk satsning som primært drives frem av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Initiativet til forprosjekt FACT Telemark ble forankret i Helsefelleskapet i Telemark, etter innspill fra flere kommuner om behov for tettere samarbeid og videreutvikling av ambulante tjenester. Forprosjekt FACT Telemark ble etablert etter søknad om tilskuddsmidler fra Porsgrunn kommune og Nissedal kommune. Statsforvalter i Vestfold og Telemark innvilger søknaden og arbeidet ble påbegynt i februar 2025 med Fay Olsen og Eli Høhrbye som prosjektledere. Det er etablert en styringsgruppe og en arbeidsgruppe som jobber tett med forprosjektets prosjektledere. Arbeidet utført i 2025 er beskrevet i *Delrapport Forprosjekt FACT Telemark 2025*, hvor også prosjektets sammensetning og arbeidsmetoder er beskrevet nærmere. Forprosjektet ble utvidet til 2026 for å kunne svare opp mandatet i sin helhet.

Forprosjektet har en tydelig struktur med en styringsgruppe som møtes hver 6. uke – for statusoppdateringer, drøftinger og beslutninger. Arbeidsgruppen ble nedsatt noe senere, og har hatt møter hver 6-8 uke i tillegg til jevnlig digitale møter. I arbeidsgruppen er ulike funn og temaer knyttet til etablering drøftet. Forprosjektet har også hatt jevnlig oppdateringer i SSU og FSU, og prosjektlederne har underveis mottatt veiledning fra NAPHA. Forprosjektet har videre utarbeidet en plan for brukerinvolvering for å sikre brukerstemmen inn i prosjektet. I tillegg til at brukerstemmen er representert i styringsgruppe og arbeidsgruppe har forprosjektet hatt flere møter med Brukerrådet i Porsgrunn og Brukerforum ved Sykehuset Telemark.

Styringsgruppens medlemmer

- Kommunalsjef fra region Vest-Telemark Thormod Moi Felle
- Kommunalsjef fra region Midt/øst-Telemark Urban Eriksen
- Kommunalsjef fra region Nedre Telemark Hilde Kristoffersen (Kommunalsjefs fullmakt)
- Leder psykisk helse og rus distriktskommune Carsten Hald
- Leder psykisk helse og rus sentral kommune Heidi Ekornrød Pedersen
- Leder psykisk helse og rus STHF Kaia Kvammen (Klinikkleders fullmakt)
- Brukerrepresentant fra FSU Renate Stenstrøm

Arbeidsgruppens medlemmer

- Vest-Telemarks kommuner: Elin Erikstein v/Tokke kommune
- Nedre-Telemarks kommuner: Anette Bø Jørgensen v/Skien Kommune
- Øvre-Telemarks kommuner: Roar Finnebråten v/Notodden Kommune
- Seksjonsleder lukket psykosepost: Lene Heggli v/Sykehuset Telemark
- Seksjonsleder poliklinikk psykose: Sigrid Christie v/Sykehuset Telemark
- Ansatt med erfaringskompetanse: Marianne Olsen v/Porsgrunn Kommune
- Representant fagforening: Janne Olimstad Guldbjørnsen/Liv Heidi Negarden v/NSF

1.2 MANDAT OG TOLKNING AV MANDAT

Prosjektbeskrivelsen innebærer at forprosjektet skal kartlegge og utrede muligheten for hvordan FACT eventuelt kan etableres i Telemark. Prosjektbeskrivelse og mandat ber om at spesifikke områder belyses. I tråd med dette har forprosjektet arbeidet med å belyse sentrale temaer som blant annet målgruppeavgrensning, organisering, juridiske og administrative forhold, ulike modeller, kompetansebehov og økonomiske rammer. Gjennom dette arbeidet har prosjektet identifisert hvilke forhold som må avklares og videreutvikles i en eventuell etableringsfase. Sluttrapporten presenterer derfor et helhetlig beslutningsgrunnlag, der nødvendige avklaringspunkter beskrives dersom det besluttes å gå videre med implementering av FACT i Telemark.

1.3 HVORDAN LESE SLUTTRAPPORT

Denne sluttrapporten fra Forprosjekt FACT Telemark er som nevnt utarbeidet for å belyse sentrale temaer, og forhold som må avklares dersom det besluttes å etablere FACT-team i Telemark. Rapporten inneholder dermed analyser, eksempler og vurderinger – ikke ferdige beslutninger og avklaringer. Forprosjektet har jobbet med å utrede behov for FACT, synliggjøre mulige løsninger, strukturer og konsekvenser.

Det er viktig å understreke at beskrivelser i sluttrapporten, av blant annet modeller for etablering av FACT og kostnadsoverslag, kun er ment som eksempler og illustrasjoner. Sluttrapporten presenterer også erfaringer fra etablerte FACT-team og eksempler som gir et mulighetsrom og viser variasjon. Forprosjektet har ingen beslutningsmyndighet eller mandat til å avklare og konkludere. Dersom det besluttes å etablere FACT-team i Telemark, vil det være behov for en

egen beslutnings- og etableringsfase hvor juridiske avklaringer, valg av modell, konkret finansiering og detaljerte samarbeidsavtaler fastsettes. Sluttrapporten skal derfor forstås som et kunnskapsgrunnlag og et beslutningsstøtteverktøy.

I del 1 av sluttrapporten redegjøres det for bakgrunnen for sluttrapporten og hvordan forstå denne. Sentrale elementer fra delrapport Forprosjekt FACT Telemark gjengis. I del 2 vil mandatpunkter som omhandler faglig og praktisk drift beskrives, og mandatpunkter knyttet til økonomi belyses i del 3. Del 4 beskriver ulike modeller for hvordan å bygge et eller flere FACT-team i Telemark og del 5 inneholder beskrivelse av innhold i samarbeidsavtaler.

Denne sluttrapporten vil dermed belyse alle punktene beskrevet i prosjektmandatet, inkludert de punkter som fra før er beskrevet i *Delrapport Forprosjekt FACT Telemark 2025*. Den må likevel sees i sammenheng med nevnte delrapport, da delrapporten belyser andre viktige forhold som blant annet kartlegging av behovet for FACT i Telemark og nærmere beskrivelse av hvordan forprosjektet har jobbet, som ikke gjengis her.

1.4 SAMMENDRAG DELRAPPORT FORPROSJEKT FACT TELEMAR 2025

Forprosjektet har arbeidet med forankring gjennom etablering av kontakt, informasjonsdeling, dialog og innspill med potensielle samarbeidsaktører og brukerorganisasjoner i Telemark. Telemark fylke har i 2025 178.000 innbyggere hvorav 60% bor i Grenland, som utgjør en tiendedel av fylkets areal. Telemark har både urbane strøk og store rurale områder, som innebærer behov for lokale tilpasninger av tjenester. Telemarks innbyggere har en lavere sosioøkonomisk status enn landsgjennomsnittet og innbyggere i Telemark har en høyere innleggelsesrate i psykisk helsevern og TSB enn ved andre helseforetak.

Forprosjektet har i arbeidet med å kartlegge behov og omfang for FACT i Telemark, gjennomført kartleggingsundersøkelser og semistrukturerte intervjuer med alle kommuner og relevante seksjoner ved Sykehuset Telemark. Den foreløpige kartleggingen gir ett anslag på 283-339 personer i Telemark som kan ha utbytte av FACT. I kartleggingen finner vi at kommunene og spesialisthelsetjenesten i stor grad opplever å kunne tilby tjenester av god kvalitet til sine brukere og pasienter, men dette er ikke gjeldende for personene i FACT-målgruppen. Det oppleves at tjenestene ikke når ut og ikke er tilpasset i tilstrekkelig grad for denne målgruppen. Av kartleggingen fremkommer det at personer som er i FACT-målgruppen i Telemark har ulik tilgang på tjenester, kompetanse og kvalitet. Det fremkommer videre at samarbeidet mellom tjenestene, særlig på tvers av tjenestenivå ofte er tilfeldig og personavhengig. De fleste kommuner og seksjoner ved Sykehuset Telemark som har bidratt i kartleggingsarbeidet vurderer at FACT vil kunne gi et bedre behandlings- og oppfølgingstilbud, og at FACT kan være en mulig løsning på de utfordringene de opplever i møte med og samarbeidet om personer i FACT-målgruppen¹.

¹ Delrapport Forprosjekt FACT Telemark 2025

1.5 ESTIMAT ANTALL PERSONER I FACT-MÅLGRUPPEN I TELEMARK

Kartlegging

Forprosjektet har hatt som mål å estimere antall personer i FACT-målgruppen i Telemark. Modellbeskrivelsens brede målgruppedefinisjon er benyttet som utgangspunkt i dette arbeidet. Kommunene i Telemark anslår at det er 283-339 personer i Telemark som kan ha utbytte av FACT. Tallgrunnlaget bygger på innrapportering fra hver enkelt kommune. Innrapporterte tall fra Sykehuset Telemark er ikke inkludert i tallgrunnlaget, dette for å unngå dobbelttelling av en og samme pasient. Det presiseres også at estimatet er et grovt anslag, og at tallet påvirkes av flere forhold — blant annet bruk av ulike kilder (kommuner/seksjoner) med variasjoner i tjenestebehov og ulik forståelse av målgruppen. I tillegg vil også senere avklaringer som for eksempel avgrensning av målgruppe og valg av modell kunne endre det endelige omfanget.

NAPHAS norm

NAPHAs beregning på rundt 0,64 % av den voksne befolkningen gir et anslag på 1036 mulige FACT-kandidater i Telemark. Forprosjektet har funnet at kartleggingen i Telemark estimerer et lavere antall enn hva NAPHA anslår, samtidig som veiledere fra NAPHA støtter den lokale kartleggingen og angir at dette er et mer realistisk antall.

Slike modellberegninger viser et potensielt behov i befolkningen, men sier ikke nødvendigvis hvor mange som faktisk er aktuelle for FACT. Den lokale kartleggingen i Telemark bygger derimot på konkrete vurderinger fra tjenestene og identifiserte personer som tjenestene mener er i målgruppen for FACT. Dette gir et mer realistisk bilde av det faktiske pasientgrunnlaget, og kan forklare hvorfor kartleggingen viser et lavere tall. NAPHA vurderer også at lokale kartlegginger ofte gir et mer presist estimat enn befolkningsmodeller, fordi de fanger opp målgruppen slik tjenestene kjenner den i praksis.

Variasjon i antall rapporterte i FACT-målgruppen i de ulike områdene

Kartleggingen viser at det er betydelige forskjeller mellom områdene i Telemark når det gjelder hvor mange personer som rapporteres som aktuelle i FACT-målgruppen. Disse variasjonene står ikke nødvendigvis i forhold til befolkningstallet i de ulike områdene. For eksempel rapporterer noen områder med lavere folketall inn et like høyt antall kandidater som områder med langt større folketall.

Forskjellene kan ha sammenheng med flere forhold. Lokale tjenestestrukturer, tilgjengelige tilbud og kjennskap til målgruppen varierer mellom kommunene og opptaksområdene. I tillegg kan ulik tolkning av FACT-kriteriene, forskjellig praksis for rapportering og ulik erfaring med målgruppen bidra til at omfanget vurderes forskjellig. Også lokal historie og sosiodemografiske forhold kan spille inn. Dette innebærer at variasjonen mellom kommunene og opptaksområdene kan forstås som uttrykk for både reelle behovsforskjeller og forskjeller i hvordan målgruppen tolkes og identifiseres.

DEL 2 – DRIFT AV FACT I TELEMARK

2.1 GEVINSTIDENTIFISERING

Forprosjektet har arbeidet med kartlegging av mulige gevinster ved etablering av FACT i Telemark. Dette er gjort gjennom å innhente erfaringer fra etablerte FACT-team,

litteraturgjennomgang, og sett til forskningsmateriale som finnes knyttet til effekten av FACT i Norge. Nedenfor listes det opp potensielle gevinster for pasient, pårørende, kommune, spesialisthelsetjeneste og samfunnet. Listen vil ikke være uttømmende.

Pasient

- Symptomreduksjon
- Bedre livsmestring og livskvalitet: bedre evne til å håndtere egne utfordringer
- Bedre boevne og boligforhold: Stabil bolig og bomiljø
- Meningsfull aktivitet: flere i aktivitet og arbeid
- Pasienttilfredshet: innvirkning på egen behandling
- Riktige og mer adekvate ytelser fra NAV

Pårørende

- Belastningsreduksjon
- Involvering: opplevelse av å bidra og å bli ivaretatt
- Samhandling: bedre dialog og informasjonsflyt
- Livskvalitet: Økt opplevelse av mestring og støtte i hverdagen

Kommune

- Samhandling: Bedre tverrfaglig samarbeid og innsatsstyring mellom tjenester
- Faglig støtte og kompetanse: kan gi økt tilgang til spesialisert kompetanse
- Bolig: Boligstabilitet, reduserte kostnader til boligskader og mindre behov for midlertidige botilbud "nødbolig".
- Akutte tjenester: Kan gi redusert behov for akutt helsehjelp hos legevakt
- Sosialhjelp: kan bidra til å sikre adekvate ytelser fra NAV og redusere kommunale utgifter til økonomisk sosialhjelp
- Kan gi økt jobbtildfredshet
- Kan redusere kommunens behov for å kjøpe av private tiltak
- Kvalitet: FACT gir strukturert og kunnskapsbasert behandling

Spesialisthelsetjeneste

- Kapasitet: Kan gi færre innleggelser, redusert liggetid, færre re-innleggelser
- Kan gi redusert behov for tvangsinnleggelser og tvangsmedisinering
- Kvalitet: FACT gir strukturert og kunnskapsbasert behandling
- Kan gi mindre bruk av akutte tjenester og dermed økt kapasitet ved f.eks. AAT, ambulanse, akuttmottak og akuttpsykiatri
- Kan gi økt jobbtildfredshet

Samfunnet

- Kan gi redusert kriminalitet, færre hendelser som krever politibistand og rettslige prosesser
- Nærmiljøet: FACT kan bidra til økt trygghet i nærmiljøet og økt toleranse for pasienten. Færre henvendelser og uttrykning som følger av bekymring fra nærmiljøet
- Kan gi redusert trykk på nødetater

- Kan gi bedre folkehelse gjennom bedre helse hos FACT-målgruppen og deres pårørende
- Kan gi bedre innsatsstyring – mer effektiv ressursbruk på tvers av sektorer kan gi økt presisjon og ressursutnyttelse

2.2 AVGRENSNING AV MÅLGRUPPE

2.2.1 FACT-modellens definisjon av målgruppe

Personer som er i FACT-målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser, rusproblematikk, alvorlig funksjonssvikt og et betydelig tjenestebehov over lengre tid. FACT-modellens definisjon av målgruppen er personer som:

- *Har alvorlig og langvarig psykisk lidelse (eller mistanke om dette), enten alene eller i kombinasjon med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler eller har langvarig skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler med mistanke om eller etablert psykisk lidelse*

og

- *har alvorlig og omfattende svikt i praktisk og sosial fungering*
- *har behov for koordinert og langvarig behandling og oppfølging fra store deler av hjelpeapparatet, dvs. både fra kommunen/ bydelen og spesialisthelsetjenesten*
- *ikke nås av de ordinære tjenestene i kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten.*

I modellbeskrivelsen av FACT (2023) beskrives funksjonsnivå som sentralt for vurderingen av alvorlighetsgrad. Eksempler på alvorlige psykiske lidelser i denne sammenheng er psykoselidelser, affektive lidelser, angstlidelser, eller personlighetsforstyrrelser når disse forekommer sammen med betydelig funksjonssvikt².

Denne målgruppedefinisjonen lå til grunn for kartleggingsarbeidet gjennomført i 2025. Kartleggingsresultater er beskrevet i *Delrapport Forprosjekt FACT Telemark 2025*.

2.2.2 Behovsbeskrivelse av målgruppe for FACT i Telemark

Ved forprosjektets kartleggingsarbeid i 2025, ble kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten bedt om å beskrive utfordringsbildet hos de personene som de vurderer å være i behov av FACT. Tilbakemeldingene er samstemte.

De beskriver personer med omfattende og alvorlig rusproblematikk, alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser, personlighetsproblematikk, samt kombinasjoner av disse og kombinert med utviklingsforstyrrelser. De oppgir også at mange har behov for utredning av psykisk tilstand, men at man ikke har kommet i posisjon til å gjennomføre dette med eksisterende tjenester. Det rapporteres om et gjennomgående lavt funksjonsnivå i form av lav boevne, begrenset sykdomsinnsikt, og fravær av stabile støttespillere som familie, venner og helsetjenester. Voldsrisiko er ofte en del av utfordringsbildet. Videre fremheves det at mange i denne målgruppen takker nei til oppfølging utover akutte situasjoner, og at deres somatiske helse ofte er betydelig redusert. Det beskrives som vanskelig å komme i posisjon til å gjennomføre nødvendige somatiske undersøkelser, etablere og fullføre behandling.

² [FACT-modellbeskrivelse](#)

Både FACT-modellens målgruppedefinisjon og de lokale beskrivelsene av behov samsvarer med intensjonene som ble nedfelt i idéfasen av forprosjektet. Særlig understrekes det betydningen av å vurdere funksjonsnivå fremfor diagnose som primær indikator for behov for FACT. En diagnose forutsetter at helsetjenestene har kommet i posisjon til å utrede pasienten, noe som rapporteres å være utfordrende for målgruppen som er særlig relevant for FACT-oppfølging.

Her har prosjektlederne beskrevet FACT-modellens målgruppedefinisjon og hvilke utfordringer dagens tjenester i Telemark ser hos pasienter som kan være aktuelle for FACT. Dette utgjør ikke en endelig målgruppeavgrensning. Ved en eventuell etablering av FACT i Telemark må det gjøres en nærmere vurdering av om det skal fastsettes inklusjons- og eksklusjonskriterier utover modellens målgruppedefinisjon. Ved eventuell etablering av FACT vil valg av organisering og modell kunne påvirke hvem som omfattes av tilbudet, og vil dermed kunne påvirke den endelige avgrensningen av målgruppen.

2.3 ARBEIDSTID – ÅPNINGSTID

Gjennom forprosjektets kartleggingsarbeid uttrykker flere kommuner og brukerrepresentanter et tydelig ønske om at FACT har arbeidstid utover ordinær kontortid 08.00-15.30. De ønsker at FACT også er tilgjengelige på kveld, helg og helligdager hvor andre tjenester ikke er operative. Begrunnelsen som gis er at mange pasienter opplever forverring av tilstand på kveldstid og helg, og at muligheten for å komme i kontakt med tjenesten i slike perioder kan bidra til å forebygge negativ utvikling og redusere behov for akuttjenester.

Ifølge NAPHA er det ingen FACT-team i Norge med drift utover 08.00-15.30. Noen få team har forsøkt dette, men avvirket da det ikke var behov for å videreføre dette. Mange FACT-team har ordninger som muliggjør å avtale møter på ettermiddager og kvelder ved behov – en praksis som også eksisterer i mange av dagens tjenester i Telemark. Disse ordningene erstatter ikke akuttfunksjoner, men kan være forebyggende tiltak.

I arbeidsgruppen har det også vært drøftet at flere av de personene som vurderes som mulige FACT-kandidater i dag mottar tjenester som tilbys på kveld og helg. Dersom FACT-teamet ikke opererer med tilsvarende tilgjengelighet, kan disse personene risikere å miste deler av sitt nåværende tilbud ved overgang til FACT. Denne problemstillingen er løftet frem som viktig å være oppmerksom på.

Et annet moment i diskusjonen har vært at FACT-teamet kan etableres med ordinære åpningstider i oppstartsfasen, og at behovet for utvidet tilgjengelighet vurderes etter hvert som teamet får erfaring, etablerer rutiner og modellen er godt implementert. Dette kan gjøre det enklere å utvide åpningstider på et senere tidspunkt dersom behovet viser seg å være reelt. Det er videre viktig å presisere at driftskostnadene vil økes betydelig ved åpningstider utover 08.00-15.30.

2.4 LOKALER, BILER OG UTSTYR FOR DRIFT AV FACT I TELEMAR

Gjennom kartlegging av etablerte FACT-team, FACT håndbok (2024)³ og veiledning fra NAPHA identifiseres følgende behov for å sikre en effektiv og hensiktsmessig drift av FACT-team:

³ [FACT-handboka](#)

- **Kontorer:** Det ikke nødvendig at alle medlemmer av teamet har egne kontorer. Flere medarbeidere kan dele kontor, men hver medarbeider bør ha egen arbeidsstasjon med egen PC og nødvendig utstyr. Det kan være hensiktsmessig at overlege, psykolog og teamleder har egne kontorer. Dette for å ivareta behovet for konfidensialitet, undersøkelser, testing og dokumentasjonsarbeid.
- **Samtalerom:** På tross av at 80% av FACT-teamets arbeid foregår utenfor kontorlokalene vil det være hensiktsmessig med tilgang på noen samtalerom. Disse rommene bør være tilrettelagt for individuelle samtaler.
- **Møterom:** Et større møterom bør være tilgjengelig for teammøter, behandlingsmøter, samarbeidsmøter og grupper (for eksempel pårørendegrupper).
- **Undersøkelsesrom:** Det bør være et egnet rom for somatiske undersøkelser, med nødvendig utstyr for grunnleggende helsesjekk.
- **Låsbart rom:** Det bør være tilgang til et låsbart rom for oppbevaring av medisiner, utstyr og eventuelt annet sensitivt materiell.
- **Fellesareal:** Det bør være tilgang til et pauserom.
- **Mulighet for utekontor:** Det kan være hensiktsmessig med mulighet for utekontor hos de ulike kommunene (lignende avtaler/ordninger som allerede eksisterer mellom Sykehuset Telemark og flere kommuner).
- **Transportmidler for oppsøkende arbeid:** FACT-teamet vil ha behov for tjenestebiler, eventuelt supplert med sykler i urbane strøk. Dette for å sikre fleksibel og effektiv oppsøkende virksomhet.
- **Personlig IT utstyr:** Hver medarbeider bør ha egen telefon og PC for å sikre tilgjengelighet og effektiv dokumentasjon. Bør være tilgang til å lade mobil i bil.
- **Digitale verktøy:** Det bør være tilgang til nettbrett for gjennomføring av digitale konsultasjoner eller digitale møter, utenfor FACTs lokaler.
- **Videokonferanseutstyr:** Lokalene bør være utstyrt med videokonferanseutstyr (skjerm, kamera, mikrofon og høyttalere) på minst ett møterom. Dette for digitale møter og samhandling med samarbeidspartnere.

Ved en eventuell beslutning om å etablere FACT i Telemark, må det avklares blant annet hvilke lokaler som skal benyttes, antall tjenestebiler, samt hvilket utstyr som må anskaffes og hva som eventuelt er tilgjengelig fra før.

2.5 ORGANISATORISK Plassering og ARBEIDSGIVERANSVAR

2.5.1 Organisatorisk plassering og arbeidsgiveransvar i spesialisthelsetjeneste

Ved en organisatorisk plassering og arbeidsgiveransvar i spesialisthelsetjenesten kan alle ansatte ha samme arbeidsgiver, like arbeidsvilkår og tilgang til felles journalsystem. De ansatte kan jobbe på tvers av kommunegrensene. Det er tydelig hvem som har hovedansvar for oppfølgingen av pasienten og hvor eventuelle klager skal rettes og behandles. FACT-teamets aktivitet vil også kunne generere inntekter gjennom innsatsstyrt finansiering (heretter ISF) dersom foretaksjurist tolker regelverket dithen. Dersom FACT skal ha hovedansvaret for enkeltindivider som er under tvungen behandling uten døgnopphold (heretter TUD) og

legemiddelassistert rehabilitering (heretter LAR), krever dagens lovverk at teamet er organisatorisk forankret i spesialisthelsetjeneste⁴.

Dersom spesialisthelsetjenesten har arbeidsgiveransvaret for alle ansatte, kan dette redusere den kommunale forankringen i teamet. Det kommunale perspektivet og kompetansen vil kunne svekkes med tiden. En annen utfordring med denne organiseringen er manglende tilgang til kommunale journalsystemer og kommunale tjenester. Dette kan skape kommunikasjons- og samhandlingsutfordringer mellom FACT-teamet og kommunale tjenester.

2.5.2 Organisatorisk plassering og arbeidsgiveransvar i kommunehelsetjenesten

En organisatorisk plassering og arbeidsgiveransvar i kommunehelsetjenesten vil gi en god tilknytning til det kommunale tjenesteapparatet. Ved en eventuell etablering av FACT-team vil både spesialisthelsetjeneste og potensielt flere kommuner være en del av samarbeidet. Med en kommunal forankring vil flere parter inn i samarbeidet skape større utfordringer hva gjelder deling av personsensitive opplysninger da FACT-teamet må benytte seg av flere journalføringssystemer.

2.5.3 Interkommunal modell/Vertskommune

En vertskommunemodell vil kunne samle ansatte fra flere kommuner under én arbeidsgiver, noe som reduserer antall arbeidsgivere. Felles arbeidsgiver for kommunalt ansatte vil kunne gjøre det lettere å håndtere personalansvar og utjevne lønnsforskjeller. Modellen kan svekke den formelle tilknytningen til kommuner som «avgir» ressurser. Her må man videre finne gode løsninger for tilgang til de ulike kommunenes journalsystem og hvordan man skal kople på spesialisthelsetjenesten. Vertskommune-modellen kan integreres med de ulike modellene for organisatorisk plassering (spesialisthelsetjeneste eller kommune).

2.5.4 Organisatorisk plassering i spesialisthelsetjeneste med delt arbeidsgiveransvar

Organisatorisk plassering i spesialisthelsetjenesten med delt arbeidsgiveransvar gir FACT-teamet en likeverdig forankring i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Delt arbeidsgiveransvar sikrer FACT-teamet god tilknytning til begge tjenestenivå og modellen kombinerer mange av fordelene ved å være plassert i enten spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Blant annet gjennom tilgang til journal- og kommunikasjonssystemer på begge nivå, mulighet for generering av ISF-inntekter, ivaretagelse og opprettholdelse av spesialist- og kommunehelseperspektivet og det sikrer tilgang til egne fagmiljøer.

I en slik modell vil ansatte kunne beholde sitt formelle ansettelsesforhold i egen kommune eller helseforetaket. Arbeidsgiver- og personalansvaret ligger dermed hos hver enkelt part, mens FACT-teamets teamleder kan fungere som daglig leder i arbeidshverdagen. Modellen innebærer likevel utfordringer. Flere arbeidsgivere øker den organisatoriske kompleksiteten, og ansatte i like

⁴ [Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering \(LAR-forskriften\) - Formålet med forskriften - Lovdata](#) og [Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon - Lovdata](#)

roller kan få ulike arbeidsvilkår. Dette krever at partene går inn i samarbeidet med et helhetlig og løsningsorientert fokus.

2.6 REKRUTTERING

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten står begge ovenfor rekrutteringsutfordringer i eksisterende tjenester i tillegg til at mange potensielle parter i FACT-samarbeidet uttrykker at det kan være utfordrende å finne midler til å etablere nye stillinger i FACT. Slik tilskuddsordningene er i dag, kan midlene delfinansiere stillinger, eller helfinansiere spesifikke stillinger som gir mulighet for å etablere nye stillinger. Det presiseres at tilskuddsmidlene kun finansierer en liten andel av et FACT-teams lønns- og driftskostnader og innebærer en gradvis nedtrapping over 4 år. Ved eventuell etablering av FACT kan det potensielt frigjøre ressurser i andre deler av tjenestene. En stor andel av pasientene som tas inn i FACT følges opp av andre tjenester i dag.

2.7 KOMPETANSE OG BEMANNINGSNORM

FACT-modellen beskriver en gitt bemanningsstørrelse og kompetansesammensetning, for å sikre at FACT-teamet kan levere fleksible, teambaserte og tverrfaglige tjenester i tråd med FACT-modellen. Et FACT-team som følger opp 100 pasienter bør ha 12 stillinger, hvorav 7-10 er heltidsstillinger. Forholdet pasienter/ansatte er anbefalt å være 10:1 pr. kliniske stilling/årsverk.

Oppsummert bør FACT-team med kapasitet til 100 pasienter inneholde følgende stillinger:

- Teamleder: 1,0
- Merkantilt: 1,0
- Psykiater: 1,0
- Psykolog/psykologspes.: 1,0
- Arbeids- og utdanningsspesialist: 1,0
- Erfaringsspesialist: 1,0
- Casemanagere m/spes.komp.: 6,0

Et FACT-team må ha en bred og helhetlig kompetanse som gjør det i stand til å tilby integrert behandling, oppfølging og rehabilitering. For å sikre kontinuitet og fleksibilitet er det viktig med tilstrekkelig bemanning, høy andel heltidsstillinger og en kombinasjon av spesialistkompetanse og generalistferdigheter.

Casemanagere kan være sykepleier, vernepleier eller sosionom. Minimum 2 av årsverkene skal være sykepleier/vernepleier. I disse årsverkene må det defineres ulike ansvarsområder som i FACT omtales som «spesialist». I FACT-team skal det være én med spesialkompetanse innen psykisk helse, én russpesialist, én recoveryspesialist og én ansatt med særskilt kompetanse på somatisk helse. Disse ansvarsområdene bør knyttes til separate årsverk⁵.

⁵ [FACT-modellbeskrivelse](#)

2.8 BRUK AV ERFARINGSSPESIALISTER I FACT

I tråd med FACT-modellbeskrivelsen skal et team med 100 pasienter ha en erfaringsspesialist i 100% stilling, med egen erfaring fra psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Rollen er en integrert del av teamets recoveryorienterte praksis og innebærer at erfaringene fra egen bedringsprosess brukes aktivt i møte med brukerne. Erfaringsspesialisten bidrar særlig i oppsøkende og tillitsskapende arbeid, og kan ofte etablere kontakt med brukere som er skeptiske til hjelpeapparatet eller har negative erfaringer fra tidligere behandling. Rollen innebærer også å formidle brukerperspektivet i teamets drøftinger⁶.

Forprosjektet har vært i kontakt med flere FACT-team og kartlagt erfaringsspesialistens rolle og funksjon i teamet. De beskriver rollen som en viktig brobygger mellom pasientene, helsetjenestene, ulike brukerorganisasjoner og selvhjelpsgrupper. I noen team har erfaringsspesialister i tillegg gjennomført ulike aktiviteter som samtalegrupper og turgrupper, som en del av det recoveryorienterte arbeidet. Erfaringsspesialisten løftes særlig frem som verdifull i møte med pasienter som har lav tillit til helsetjenester og andre offentlige tjenester.

Flere team fraråder å kombinere rollen som erfaringsspesialist og casemanager, da dette kan svekke muligheten til å bruke erfaringskompetansen. De viser til eksempler der erfaringsspesialister også har formell helsefaglig utdanning, hvor den formelle kompetansen blir prioritert fremfor erfaringskompetansen. De etablerte FACT-teamene anbefaler å følge modellbeskrivelsen hvor erfaringsspesialisten jobber i 100% stilling i større team. Dette gir nødvendig tilgjengelighet og kontinuitet, og sikrer at erfaringskompetansen får en tydelig og integrert plass i teamet.

2.9 BRUK AV ARBEIDS- OG UTDANNINGSSPESIALISTER I FACT

I FACT er arbeids- og utdanningsspesialisten en sentral del av teamet. Rollen innebærer en bred tilnærming til arbeid og utdanning, med utgangspunkt i de ønsker pasienten har. Dette inkluderer bistand til mestring og deltakelse i ordinært arbeid og utdanning, samt muligheter innenfor meningsfull aktivitet og tilrettelagt arbeid. Rollen arbeider miljøterapeutisk og yter helsehjelp på lik linje med andre de teamansatte, men har særlig fokus på aktivitet og rehabilitering til arbeids- og utdanningsdeltakelse. Arbeids- og utdanningsspesialisten bør ha kunnskap om individuell jobbstøtte (heretter omtalt som IPS).

En jobbspesialist er ansatt i NAV og følger IPS-modellen. Jobbspesialisten bruker sin tid og kompetanse på arbeidsrettet oppfølging og hjelpen er ikke regnet som helsehjelp. Jobbspesialisten kan ikke delta i behandlingsmøter hos FACT uten pasientens samtykke. Arbeids- og utdanningsspesialisten er derimot ansatt i helsetjenestene, og benytter flere metoder enn IPS-modellen i sitt arbeid. Arbeids- og utdanningsspesialisten er en integrert del av FACT og deltar i de møter og drøftinger om pasienten som er relevant for oppfølgingen⁷.

I forprosjektets kartleggingsarbeid understreker flere FACT-team viktigheten av å ha en arbeids- og utdanningsspesialist ansatt i teamet. Dette sikrer arbeids- og utdanningsspesialisten en god forståelse av målgruppen, fokus på arbeid blir godt integrert i teamets arbeid og gir kontinuitet i den recoveryorienterte tilnærmingen. FACT-teamene fremhever også behov for et formalisert og

⁶ [FACT-modellbeskrivelse](#)

⁷ [Forklaring-av-rollen-som-arbeids--og-utdanningsspesialist_brev-fra-Helsedirektoratet_250523](#)

tett samarbeid med jobbspesialister i NAV, som arbeider etter IPS-modellen. Felles forståelse for målgruppens særegne behov er avgjørende for å lykkes med arbeidsrettede tiltak og et slikt samarbeid kan bidra til mer målrettet og tilpasset oppfølging.

2.10 ELEKTRONISK PASIENT JOURNAL – EPJ SYSTEM

FACT-team er sammensatt av flere parter som benytter ulike journalsystemer. Helseforetakene benytter Distribuert informasjons og pasientdatasystem i sykehus (heretter DIPS) og kommuner benytter ulike journalsystemer. Det bør ikke føres løpende parallelle journaler og det er derfor nødvendig å avklare hvordan FACT-teamet skal dokumentere den oppfølgingen som gis og etablere gode rutiner for informasjonsdeling mellom journalsystemene⁸.

Elektronisk kommunikasjon er nødvendig for at alle relevante helsetjenester har tilgang på nødvendige opplysninger om helsehjelp og pasientens tilstand. Flere etablerte FACT-team journalfører løpende i DIPS, og har utviklet rutiner for å utveksle nødvendig informasjon elektronisk. Bruk av DIPS muliggjør at FACT-team kan generere inntekter i form av ISF, og at alle ansatte i teamet benytter samme journalsystem.

Noen etablerte FACT-team benytter seg også av kommunale EPJ-systemer i den daglige journalføringen. I FACT-team med flere kommunale parter kan dette innebære at det benyttes flere kommunale EPJ systemer, i tillegg til at helseforetakets ansatte benytter DIPS. Disse systemene snakker ikke sammen. I mars 2026 ble det besluttet at 14 av Telemarks kommuner skal ta i bruk journalføringssystemet Aidn, med planlagt implementering fra høsten 2026⁹. Selv om det foreløpig ikke foreligger konkret offentlig informasjon om hvordan den elektroniske samhandlingen mellom kommunene blir, er det nærliggende å anta at enkelte tilgangsbegrensninger fortsatt vil gjelde. Et felles journalsystem vil likevel kunne bidra til mer lik praksis for dokumentasjon og tjenesteytelse på tvers av kommunene.

FACT-team benytter ulike tekniske og juridiske løsninger for å gi kommunalt ansatte tilgang til DIPS. De fleste FACT-team ansetter kommunalt personell i 0% stilling. Ansatte får en formell tilknytning til sykehuset gjennom å være definert som ansatt, og får på denne måten tilgang til DIPS som også kan muliggjøre ISF-refusjon på aktivitet utført av alle ansatte i FACT-teamet.

For at FACT-teamet skal kunne gi helhetlige og koordinerte tjenester, er det nødvendig at ansatte også har tilgang til relevante opplysninger fra kommunale journalsystemer. Det er kun ansatte i FACT-teamet fra den aktuelle kommunen som har denne tilgangen, noe som gjør at FACT-teamet er avhengig av at denne ansatte er tilstede. Fravær skaper en sårbarhet som kan reduseres ved at andre nøkkelpersoner også har tilgang til de kommunale journalsystemene.

2.11 INNTAKSPROSEDYRER

Oppfølgingen som gis av FACT-team innebærer både spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. FACT-team opererer innenfor flere lovverk, herunder pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og helse- og

⁸[Forskrift om pasientjournal \(pasientjournalforskriften\) - Lovdata](#)

⁹ [Ny hverdag for helsepersonell - DigiTV](#)

omsorgstjenesteloven. Dette krever tydelige retningslinjer og prosedyrer for henvisning og inntak i FACT.

Pasienter som skal motta oppfølging av FACT-team må vurderes for rett til behandling i spesialisthelsetjenesten jf. Pasient- og brukerrettighetsloven §2-2¹⁰.

Ved etablering av FACT må det avklares om alle henviste pasienter skal vurderes for behandling innen psykisk helsevern, eller om det også skal vurderes for behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), avhengig av pasientens hovedtilstand. Dette vil ha betydning både for hvem som har henvisningsrett til FACT og for hvilke krav som gjelder i selve rettighetsvurderingen.

Det må etableres tydelige rutiner for henvisning, vurdering og beslutning om inntak, og disse bør forankres i samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetaket. Gjennom kartlegging av eksisterende team kommer det frem betydelig variasjon i hvordan vurdering og inntak i FACT praktiseres. Etablerte FACT-team anbefaler at det enten etableres eget inntaksteam som behandler henvisninger til FACT, eller at representanter fra FACT deltar i eksisterende inntaksteam ved helseforetaket.

I de fleste FACT-team mottar pasientene i tillegg til pasientrettigheter, også vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen kommuner gir timebaserte vedtak, mens andre gir vedtak hvor det ikke fastsettes tid/omfang, da intensiteten i FACT skal være fleksibel. I noen kommuner fattes det ikke vedtak. Ved etablering av FACT og beslutning om at det skal fattes kommunale vedtak, bør det etableres rutiner for hvordan pasientrettigheter og kommunale vedtak gis parallelt.

2.12 HMS-RUTINER OG JURIDISKE AVKLARINGER

Dersom det besluttes etablering av FACT-team i Telemark vil det være behov for arbeid med konkrete rutinebeskrivelser, faglige retningslinjer og håndtering av uønskede hendelser. Dette er særlig viktig i et FACT-team, da teamet består av flere parter fra ulike kommuner og sykehus som allerede har egne etablerte praksiser som må samordnes. Det er også behov for flere juridiske avklaringer for at FACT kan driftes i tråd med gjeldende lovverk. Prosjektlederne erfarer at etablerte FACT-team tolker lovverk og retningslinjer ulikt, og ser derfor behov for lokale juridiske vurderinger av rammene for drift av FACT-team i Telemark.

DEL 3 – ØKONOMI

3.1 TILSKUDDSMIDLER

Det kan søkes om tilskuddsmidler fra Statsforvalter/helsedirektoratet for etablering av FACT-team. Målet er å styrke det helhetlige, samtidige og tverrfaglige tjenestetilbudet til FACT-målgruppen. Tilskuddsmidlene skal bidra til en omstilling og styrking av eksisterende tjenester.

¹⁰ [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

Det kan gis tilskudd i inntil 4 år, med en gradvis nedtrapping og økt grad av egenfinansiering:

- År 1: Kr 500.000 pr. årsverk
- År 2: Kr 500.000 pr. årsverk
- År 3: Kr 300.000 pr. årsverk
- År 4: Kr 300.000 pr. årsverk

Det innvilges tilskudd til inntil 10x 100% stillinger pr. FACT-team, maksimalt 5 millioner pr. team pr. år¹¹. Dette innebærer at tilskuddsmidlene finansierer kun en begrenset andel av FACT-teamets samlede kostnader.

3.1.1 Beskrivelse av hvordan tilskuddsmidlene skal brukes

Tilskuddsordningens regelverk beskriver at det er opp til det enkelte FACT-team hvordan tilskuddsmidlene disponeres. Midlene kan benyttes til å finansiere hele, eller deler av stillinger, og kan også brukes til opplæring, kompetanseheving og deltakelse på regionale og nasjonale nettverkssamlinger og annen implementeringsstøtte. Det er satt av 20.000,- per ansatt til opplæring i teamets første driftsår.

Ved å helfinansiere spesifikke stillinger og etablere disse som 4-årige prosjektstillinger gis det mulighet for å teste ut behov, funksjon og arbeidsmengde før stillingene eventuelt gjøres permanente. Erfaringer fra prosjektperioden vil være verdifulle i planleggingen av varig organisering og finansiering.

I forprosjektets kartleggingsarbeid fremkommer det at mange FACT-team helfinansierer erfaringsspesialist-stillingen med tilskuddsmidler. Det samme gjelder arbeids- og utdanningsspesialisten, som kan finansieres gjennom en annen tilskuddsordning. Samtidig fremkommer det at dette ofte er stillinger som bortprioriteres ved overgang til varig drift, der en prioritering er nødvendig. Dette kan skape utfordringer knyttet til tverrfagligheten og modelltrofasthet.

3.1.2 Andre relevante tilskuddsordninger

Det er etablert en tilskuddsordning for «behandling og rehabilitering mot arbeid, utdanning og meningsfull aktivitet» gjennom helsedirektoratet. Tilskuddsmidlene kan benyttes til finansiering av arbeids- og utdanningsspesialist i etablerte FACT-team. Målet er å inkludere arbeidsdeltakelse eller meningsfull aktivitet som et ledd i utredning og behandling. Dette slik at personer i målgruppen som ønsker seg deltakelse i arbeidslivet kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, komme i ordinært lønnet arbeid/utdanning og beholde tilknytningen til arbeidslivet. Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer med et omfattende behov for behandling og rehabilitering rettet mot arbeid og utdanning.

Tilskuddet skal ikke dekke andre typer aktiviteter utover lønn. Tilskudd innvilges for et år av gangen med mulighet til å søke om midler for totalt fire år. Det er mulig å søke om midler til en 100% stilling¹².

¹¹ [Etablering av ACT-, FACT- og FACT ung-team - Helsedirektoratet](#)

¹² [Behandling og rehabilitering rettet mot arbeid, utdanning og meningsfull aktivitet - Helsedirektoratet](#)

Maksimalt tilskuddsbeløp for en 100% stilling er:

- 1. prosjekt-/driftsår: kr. 750 000
- 2. prosjekt-/driftsår: kr. 600 000
- 3. prosjekt-/driftsår: kr. 450 000
- 4. prosjekt-/driftsår: kr. 300 000

3.2 INNTEKTER

3.2.1 Innsatsstyrt finansiering - ISF

ISF er en aktivitetsbasert finansiering hvor helseforetakene mottar inntekter basert på antall pasienter de behandler og hvilken type behandling som gjennomføres. Økt aktivitet gir høyere ISF-inntekter. For 2026 utgjør den aktivitetsbaserte bevilgningen for polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) om lag 25 prosent av den totale finansieringen¹³. Ambulerende tjenester og intensiv behandling i FACT/ACT gir en høyere ISF-refusjon enn ordinære polikliniske konsultasjoner.

I arbeidet med det økonomiske aspektet ved etablering av FACT, har blant annet FACT Sør-Gudbrandsdal og et FACT-team i Trondheim bidratt med relevante data knyttet til aktivitetstall og ISF-inntekter. FACT Sør-Gudbrandsdal med 40-50 pasienter hadde i 2025 totalt 11 årsverk som genererte ISF-inntekter. De gjennomførte 1697 konsultasjoner. Denne aktiviteten genererte totalt 2.160.760,- i ISF-inntekter. Ett annet eksempel er et FACT-team i Trondheim med om lag 100 pasienter og 9 årsverk som genererte ISF-inntekter. I 2025 hadde teamet 3.200 konsultasjoner. Av disse var 900 ACT/FACT STG takst som alene ga en ISF-refusjon på 2,5 millioner. De resterende 2.300 konsultasjonene genererte 3.3 millioner i inntekt. Samlet ISF-inntekt for teamet i 2025 var dermed 5.8 millioner.

I eksisterende FACT-team er det ulik praksis knyttet til om også kommunalt finansierte stillinger kan generere ISF-inntekter. Praksis ved Sykehuset Telemark er at alle ansatte i refusjonsberettigede stillinger kan generere ISF-inntekter. NAPHA er i dialog med Helsedirektoratet om den ulike praksisen. Den muntlige tilbakemeldingen de har mottatt fra Helsedirektoratet, er at regelverket åpner for at kommunalt ansatte i FACT-team kan utføre spesialisthelsetjenester og dermed generere ISF-refusjon. Skriftliggjøring av denne avklaringen foreligger ikke på nåværende tidspunkt.

3.2.2 Egenandel

Som beskrevet i *Delrapport Forprosjekt FACT Telemark 2025*, vurderes krav om egenandel som en potensiell barriere for å yte helsehjelp til FACT-målgruppen. Dette understøttes også av erfaringer fra flere av FACT-teamene som forprosjektet har kartlagt. Mange FACT-team oppgir at de gjør individuelle vurderinger av om det skal kreves egenandeler for helsetjenestene som gis av FACT. I praksis krever de ikke egenandel av noen pasienter i FACT.

Det finnes ikke noe generelt unntak fra plikt til å betale egenandel for pasienter som mottar behandling i ACT- eller FACT-team. Dette innebærer at det må foretas en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle av om et av unntakene i forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk

¹³ [ISF-regelverk 2026.pdf](#)

helsehjelp i spesialisthelsetenesta §5 kommer til anvendelse. Dersom ingen av unntaksbestemmelsene er relevante, kan det kreves egenandel av pasienter som mottar behandling i ACT eller FACT¹⁴.

Dersom pasientene i FACT skal betale egenandel for tjenestene, finnes det også enkelte fordeler som bør nevnes. Egenandel gir mulighet til å oppnå frikort, noe som kan redusere økonomiske barrierer og gjøre andre nødvendige helsetjenester mer tilgjengelige. Eksempelvis somatiske undersøkelser hos fastlege og på sykehus. For noen kan ordningen også oppleves som en normalisering i møtet med helsetjenesten, ettersom egenandeler er en etablert praksis i andre deler av helsevesenet.

3.3 BUDSJETT OG KOSTNADSOVERSLAG

I forprosjektet er det arbeidet med å kartlegge kostnadsområder knyttet til en eventuell etablering av FACT i Telemark. Det er ikke mulig å utarbeide et fullstendig budsjett da flere sentrale forutsetninger for beregning av driftskostnader og inntekter ikke er avklart. Resultatet av nødvendige avklaringer er bestemmende for kostnadsnivået, og kan derfor ikke fastsettes på nåværende tidspunkt. Dette gjelder blant annet:

- Endelig bemanning og fordeling av årsverk
- Lønnskostnader
- Lokalisering og behov for kontorfasiliteter
- Behov for biler og reisekostnader
- IKT utstyr og annet utstyr relevant for drift
- Økonomisk fordelingsnøkkel mellom kommuner og helseforetak
- Avklaring av FACT-teamets inntektsgrunnlag (ISF og egenandel)

Budsjetteringen er dermed avhengig av politiske, faglige og administrative beslutninger som må tas knyttet til beslutning om FACT skal etableres. Først da kan reelle beregninger gjennomføres.

Det er likevel arbeidet med å utarbeide et kostnadsoverslag ved eventuell etablering av FACT. Ved beregning av kostnader tas det utgangspunkt i følgende satser:

Gjennomsnitt av lønn og sosiale utgifter pr. yrke ved Sykehuset Telemark

- | | |
|--------------------------|-------------|
| • Psykiater | 2.000.000,- |
| • Psykologspesialist | 1.500.000,- |
| • Psykolog | 1.000.000,- |
| • Bachelor | 800.000,- |
| • Bachelor m/ spes. Utd. | 1.000.000,- |
| • Erfaringskonsulent | 725.000,- |
| • Merkantil | 800.000,- |

¹⁴ [Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta - Lovdata](#)

Følgende priser legges til grunn for driftsutgifter (innhentet ved Porsgrunn kommune og Sykehuset Telemark)

- Lokaler 500.000,- pr. år (200 km²)
- Biler inkl. drift 110.000,- pr. bil pr. år
- Øvrige driftsutgifter 1000,- pr. ansatt pr. måned

I kategorien «øvrige driftsutgifter» inngår kurs, mobilabonnement og kontorrekvisita. I tillegg til overnevnte driftsutgifter må det tas høyde for at det vil komme ytterligere kostnader knyttet til kompetanseheving, modelltrofasthetsmåling, eventuelle pasientkostnader (medisiner, aktiviteter), kjøregodtgjørelse og reparasjoner av bil og annet utstyr.

Engangsutgifter i forbindelse med etablering av FACT-team

- Mobiler 5.500,- pr. stk
- Nettbrett 8.000,- pr. stk
- PC-skjerm 4.600,- pr. stk
- Laptop 12.000,- pr. stk
- TV-skjerm 75” 17.000,- pr. stk
- Videokonferanseutstyr 40.000,- pr. stk
- SIKT tilkoblingspunkt 250.000,- pr. stk

I tillegg til overnevnte engangsutgifter vil det i løpet av prosjektperioden være krav om minimum 1 modelltrofasthetsmåling. Kostnaden av dette avhenger av om dette håndteres eksternt eller internt. Ved eventuell etablering av FACT vil det kunne komme kostnader knyttet til inventar og utstyr knyttet til medisinsk undersøkelse – dersom dette ikke er tilgjengelig fra tidligere. Det kan også være behov for å utbedre tilgang til internett dersom FACT-team har fysiske lokaler utenfor sykehus, hvor det da må påberegnes store kostnader for SIKT nett. Kostnaden pr. tilkoblingspunkt for SIKT nett er pr. i dag 250.000,-. Videre kan det tilkomme kostnader til oppsett av elbil-ladere, dersom dette ikke er tilgjengelig lokalt.

I Kapittel 4 vil det presenteres tre strukturelle modeller for FACT i Telemark, hvor prosjektlederne også presenterer ett kostnadsoverslag tilknyttet hvert potensielle FACT-team.

3.3.1 Budsjett- og økonomiarbeid ved etablert FACT-team

Samarbeidsavtalen bør inneholde en tydelig beskrivelse av det økonomiske og administrative samarbeidet mellom partene. Dette omfatter blant annet finansieringsmodell, kostnadsfordeling, inntektsfordeling, ressursbidrag fra hver av partene inn i teamet og prinsipper for økonomistyring. Videre bør avtalen angi faste tidspunkt for når regnskap og budsjetter skal gjennomgå og behandles. De fleste FACT-team etablerer styringsråd eller driftsråd som består av representanter fra partene i FACT-samarbeidet. Dette rådet har et definert mandat og fungerer som arena for felles behandling av budsjett, regnskap, økonomiske avklaringer og øvrige driftsrelaterte beslutninger.

3.4 FINANSIERINGSMODELL

Etablering og drift av FACT-team forutsetter et tydelig og forpliktende økonomisk samarbeid mellom Sykehuset Telemark og kommunene i fylket. For å sikre forutsigbarhet og likeverdighet i det økonomiske ansvaret, er det nødvendig med en fordelingsnøkkel som regulerer hvordan kostnader, inntekter og resultat fordeles mellom partene i samarbeidet. En tydelig fordelingsnøkkel er en grunnleggende forutsetning for bærekraftig drift og et velfungerende felles eierskap av FACT-team. For å komme frem til en økonomisk fordelingsnøkkel må det tas stilling til hvilken fordeling det skal være mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og så hvilken fordeling det skal være mellom de ulike kommunene i det aktuelle FACT-team.

Fordelingsnøkkelen må ta høyde for både faste og variable faktorer i driften av teamet. De faste elementene omfatter ressursbidrag, driftsutgifter, inntekter, håndtering av overskudd og underskudd. Her vil vi presentere 4 ulike prinsipper for økonomisk fordelingsnøkkel:

1. **Likefordelingsprinsippet**
 - Alt deles likt mellom Sykehuset Telemark og kommuner
2. **Årsverksbasert fordeling**
 - Fordeling etter hvor mye som hver part faktisk bidrar med i teamet (årsverk/økonomi)
3. **Innbyggerbasert fordeling**
 - Fordeling mellom kommunene etter innbyggertall
4. **Aktivitetsbasert fordeling**
 - Fordeling etter hvor mange pasienter eller hvor mye aktivitet teamet har i hver kommune

Ingen av de fire prinsippene vil alene kunne ivareta de variasjonene og behovene som oppstår over tid. Derfor vil trolig en hybridmodell som kombinerer flere prinsipper være hensiktsmessig

EKSEMPEL 1

Fordeling 50/50 mellom Sykehuset Telemark og Kommuner: driftsutgifter, inntekter og overskudd/underskudd. Fordeling mellom kommunene:

År 1: Baseres på innbyggertall i det gitte kommunen

År 2 og så videre: Kombinasjon av

- **Fast del:** F.eks. basert på innbyggertall
- **Bevegelig del:** F.eks. basert på faktisk aktivitet i gitt kommune

EKSEMPEL 2

Fordeling XX/XX mellom Sykehuset Telemark og Kommuner: driftsutgifter, inntekter og overskudd/underskudd. Fordeling mellom kommunene:

År 1: Baseres på ressursbidrag inn i teamet fra den gitte part

År 2 og så videre: Kombinasjon av

- **Fast del:** F.eks. basert på kombinasjon av innbyggere og ressursbidrag inn i teamet

- **Bevegelig del:** F.eks. basert på faktisk aktivitet i gitt kommune

En slik hybridmodell kan bestå av en grunnleggende likedeling (50/50) eller annen fordeling mellom kommuner og helseforetak, kombinert med en differensiert fordeling mellom de deltakende kommunene. For kommunene kan for eksempel første driftsår baseres på innbyggertall. Fra og med andre driftsår kan fordelingsnøkkelen tilpasses utviklingen i teamets aktivitet ved å kombinere en fast komponent beregnet ut fra f.eks. innbyggertall, og en bevegelig komponent basert på faktisk aktivitet i teamet, knyttet til hver enkelt kommune.

3.4.1 «Satellitt-kommuner»

Flere FACT-team tilbyr tjenester til innbyggere i kommuner som ikke deltar i det etablerte FACT-samarbeidet. For disse kommunene benyttes det ulike økonomiske løsninger. Noen FACT-team opererer med en stykkpris per pasient som får oppfølging, mens andre benytter en ordning der kommunen betaler en fast årlig sum for et bestemt antall behandlingsplasser i teamet.

3.4.2 Hvordan finansiere FACT etter tilskuddsperiode

Prosjektmandatet ber om at det beskrives hvordan FACT-team skal finansieres etter tilskuddsperiode. Partene i samarbeidet må finansiere ressurser og drift av FACT selv, etter bestemt fordelingsnøkkel – når tilskuddsperioden er over. Som beskrevet under avsnitt om tilskuddsmidler, vil tilskuddsstørrelse gradvis reduseres og partene må dermed gradvis øke sin egenbetaling inn mot ordinær drift. Prosjektlederne ser at fordelingsnøkler som er beskrevet kan videreføres etter tilskuddsperiode er avsluttet. Eventuell endring av fordelingsnøkkel endres i FACT-teamets styringsråd.

I saksbehandlingen av søknad om tilskuddsmidler vil det bli lagt vekt på hvordan FACT skal implementeres i ordinær drift, herunder avtaler, planer og budsjetter¹⁴. Dette sier noe om Helsedirektoratets forventning om drift etter prosjektperiode. For å sikre bærekraftig drift av FACT-teamet etter tilskuddsperioden, er det avgjørende at samarbeidskommunene og spesialisthelsetjenesten forplikter seg til videre finansiering og ikke trekker seg ut når prosjektmidlene opphører. Ettersom FACT er basert på et tett og likeverdig partnerskap, må finansieringen planlegges lokalt gjennom hele prosjektperioden, slik at tjenesten gradvis integreres i ordinær drift. Slik kan man sikre at FACT-teamet opprettholdes og videreutvikles også etter at eksterne midler avsluttes.

DEL 4 - MULIGE MODELLER FOR ETABLERING AV FACT I TELEMARK

I del 4 presenteres ulike modeller for hvordan FACT kan etableres i Telemark. Det er mange variabler og faktorer som kan påvirke etablering og drift av FACT. Vi har valgt å presentere tre strukturelle modeller og tre organisatoriske modeller. De strukturelle modellene beskriver hvordan FACT-tilbudet kan bygges opp med ulikt antall team, mens de organisatoriske modellene viser alternative måter å plassere og administrere teamene på, samt hvilke konsekvenser dette kan ha for driften. De strukturelle modellene og organisatoriske modellene er eksempler på mulige løsninger og kan kombineres på flere måter avhengig av lokale behov og prioriteringer. De modellene som presenteres er valgt for å synliggjøre bredden i mulige løsninger, og for å illustrere mulighetsrommet og de vurderinger det innebærer.

Prosjektlederne vil også presentere et kostnadsoverslag tilknyttet modellene. Kostnadsoverslaget tar utgangspunkt i satsene som er beskrevet under punkt 3.3 *Budsjett og kostnadsoverslag*. Kostnadsoverslagene er ment som foreløpige anslag på utgifter hvor formålet er å synliggjøre potensielle kostnadsrammer for de ulike modellene og kan ikke forstås som endelige budsjetter.

4.1 TALLGRUNNLAG BENYTTET I MODELLENE OG BEMANNINGSNORM

Som beskrevet innledningsvis i sluttrapporten er det viktig å være oppmerksom på at tallgrunnlaget for antall potensielle pasienter i FACT-målgruppen, er ment som et grovt anslag og ikke eksakte beregninger. Tallene står ikke i direkte forhold til befolkningstallet i de ulike områdene og tallene påvirkes av lokale tjenesteforhold og ulik tolkning av målgruppen, og vil kunne endre seg når valg av modell og målgruppeavgrensning avklares.

Tabellen nedenfor viser FACT-modellens bemanningsnorm basert på pasientestimatet i Telemark. Under punkt 4.2 *Strukturelle modeller* presenteres en justert bemanning som fortsatt ligger innenfor rammene for tilfredsstillende modelltrofasthet hva gjelder bemanning.

BEMANNINGSNORM I HENHOLD TIL FACT MODELLEN					
	Innbyggere	Pasienter	Bemanning	Årsverk	Caseload
FACT Telemark	177.884	339	Teamleder 3,4 Merkantilt 3,4 Psykiater 3,4 Psykolog 3,4 Erfaringsspes. 3,4 AUS 3,4 Casemanagere 20,2	40,6	1:9

4.2 STRUKTURELLE MODELLER

Med strukturelle modeller menes det hvordan vi kan strukturere og bygge opp et FACT-tilbud som dekker hele Telemark. Modellene viser ulike måter å fordele FACT-team på, blant annet antall FACT-team, hvilke opptaksområder, hvor mange pasienter i teamets opptaksområde, beskrivelse av bemanning og følgende caseload i teamet.

I modellene som innebærer mer enn ett FACT-team, tas det utgangspunkt i den allerede eksisterende inndelingen av opptaksområder som Sykehuset Telemark benytter i dag, da dette kan være en mulig løsning også i FACT. Disse skisseres i modell 2 som Grenland, Vestmar, Vest-Telemark og Øvre Telemark, med tilhørende kommuner. Dette da denne inndelingen er kan være gunstig grunnet etablerte interkommunale og tverretatlige samarbeid og vil oppfylle krav til modelltrofasthet i FACT med tanke på reiseavstand.

MODELL 1	FACT-TEAM	INNBYGGERE	PASIENTER	BEMANNING	ÅRSVERK	CASELOAD
1 Team, flere lokasjoner, Totalt 33 årsverk	FACT TELEMARK	177.884	339	Seksjonsleder 1,0 Teamledere 3,0 Merkantilt 2,0 Psykiater 2,0 Psykolog 3,0 Erfaringsspes. 3,0 AUS 3,0 Casemanagere 16	33	1:10

MODELL 2	FACT-TEAM	INNBYGGERE	PASIENTER	BEMANNING	ÅRSVERK	CASELOAD
4 team, 4 lokasjoner, Totalt 34,5 årsverk	FACT Grenland Skien 56.903 Siljan 2.386 Porsgrunn 37.271 Nome 6.587	103.147	141	Teamleder 1,0 Merkantilt 1,0 Psykiater 1,0 Psykolog 1,0 Erfaringsspes. 1,0 AUS 1,0 Casemanagere 6,0	12	1:14
	FACT Vestmar Bamble 14.312 Kragerø 10.452 Drangedal 4.083	28.847	70	Teamleder 1,0 Merkantilt 0,5 Psykiater 0,5 Psykolog 0,5 Erfaringsspes. 0,5 AUS 0,5 Casemanagere 4,0	7,5	1:12
	FACT Vest-Telemark Seljord 2.983 Tokke 2.248 Kviteseid 2.476 Nissedal 1.477 Fyresdal 1.250 Vinje 3.864	14.298	62	Teamleder 1,0 Merkantilt 0,5 Psykiater 0,5 Psykolog 0,5 Erfaringsspes. 0,5 AUS 0,5 Casemanagere 4,0	7,5	1:10
	FACT Øvre Telemark Notodden 13.347 Tinn 5.541 Hjartdal 1.637 Midt-Telemark 11.067	31.592	66	Teamleder 1,0 Merkantilt 0,5 Psykiater 0,5 Psykolog 0,5 Erfaringsspes. 0,5 AUS 0,5 Casemanagere 4,0	7,5	1:11

MODELL 3	FACT-TEAM	INNBYGGERE	PASIENTER	BEMANNING	ÅRSVERK	CASELOAD
2 team, 4 lokasjoner, totalt 28 årsverk	FACT Nedre Telemark Skien 56.903 Siljan 2.386 Porsgrunn 37.271 Nome 6.587 Bamble 14.312 Kragerø 10.452 Drangedal 4.083	131.994	211	Teamleder 1,0 Merkantilt 1,0 Psykiater 1,0 Psykolog 1,0 Erfaringsspes. 1,0 AUS 1,0 Casemanagere 10	16	1:14
	FACT Øvre Telemark Seljord 2.983 Tokke 2.248 Kviteseid 2.476 Nissedal 1.477 Fyresdal 1.250 Vinje 3.864 Notodden 13.347 Tinn 5.541 Hjartdal 1.637 Midt-Telemark 11.067	45.890	128	Teamleder 1,0 Merkantilt 1,0 Psykiater 1,0 Psykolog 1,0 Erfaringsspes. 1,0 AUS 1,0 Casemanagere 6,0	12	1:12

4.2.1 Beskrivelse av modell 1 – FACT Telemark

FACT Telemark

Modell 1 innebærer etablering av et FACT-team som skal kunne følge opp personer i FACT-målgruppen, i hele Telemark. Å etablere et FACT-team for hele Telemark vil kreve en desentralisert drift hvor teammedlemmer er plassert på flere lokasjoner i fylket. For å sikre rimelig reisetid og tilgjengelighet, bør det være casemanagere til stede i alle fire opptaksområder. Dette innebærer at digitale verktøy blir helt sentrale både for intern samhandling, tavlemøter og behandlingsmøter, og for enkelte konsultasjoner med pasienter.

En slik løsning utfordrer modelltrofastheten til FACT-modellen, da den legger opp til et stort geografisk nedslagsfelt, betydelig grad av desentralisering. Modellen er likevel ikke uforenelig med FACT, så lenge det jobbes systematisk med å opprettholde modelltrofasthet, felles faglige strukturer og teamkultur. Det vil være nødvendig med tydelige rutiner for kommunikasjon, ansvarsfordeling og oppfølging på tvers av lokasjoner for å skape et reelt og velfungerende team.

Modell 1 kan potensielt innebære over 18 parter i samme FACT-team, noe som medfører en økt organisatorisk kompleksitet og stiller betydelige krav til styring og koordinering. Et stort antall parter innebærer behov for robuste samarbeidsavtaler som tydelig definerer ansvarsforhold, mange aktører kan gjøre beslutningsprosesser mer tidkrevende og det kan være utfordrende å ivareta likeverdig deltakelse når partene har ulik størrelse, kapasitet og organisering. Ved eventuell etablering av modell 1 vil man kunne søke om FACT tilskudd med inntil 5 millioner.

KOSTNADSOVERSLAG MODELL 1 – Første driftsår	
Kategori	FACT Telemark
Lønnsutgifter	
Total	34.925.000
Driftsutgifter	
Lokaler	1.500.000,-
Biler	2.000.000,-
Øvrig drift	400.000,-
Etableringskostnader	1.000.000,-
Total driftsutgifter	4.900.000,-
Inntekter	
Tilskudd 1 år. FACT tilskudd AUS Tilskudd	5.750.000,-
Total modell 1 <i>Lønn 34.925.000</i> <i>Driftsutgifter 4.900.000,-</i> <i>Tilskudd 5.750.000,-</i>	

4.2.2 Beskrivelse av Modell 2 – Fire FACT-team i Telemark

FACT Grenland
 FACT Vestmar
 FACT Vest-Telemark
 FACT Øvre Telemark

I modell 2 etableres fire selvstendige FACT-team på ulike lokasjoner i Telemark. Hvert team har egen leder av den daglige driften, egne fagressurser og ansvar for sitt opptaksområde. For FACT Vest-Telemark og FACT Øvre Telemark beskrives en noe høyere bemanning gjennom flere casemanagere for å sikre tverrfaglighet, robusthet og lav caseload – et nødvendig grep i rurale områder hvor FACT vil ha mer reisevirksomhet.

Med fire team vil FACT kunne dekke hele fylket med akseptabel responstid og ha mulighet for tett oppfølging av målgruppen med en caseload nær FACT-modellens anbefaling. Telemark har store geografiske avstander og ulik demografi, tjenester og rammebetingelser, og en modell med fire team kan gi mulighet for lokal tilpasning i større grad enn ved færre team. Løsningen åpner også for tilskudd på inntil 5 millioner kroner per team – totalt opptil 20 millioner.

Samtidig innebærer fire team en større total bemanning og dermed noe høyere driftskostnader. I flere av opptaksområdene, som omfatter store rurale regioner, vil teamene være mer sårbare dersom en part trekker seg ut av samarbeidet.

KOSTNADSOVERSLAG MODELL 2 – Første driftsår				
Kategori	FACT Grenland	FACT Vestmar	FACT Vest-Telemark	FACT Øvre Telemark
Lønnsutgifter				
Total	13.075.000,-	8.312.000,-	8.312.000,-	8.312.000,-
Driftsutgifter				
Lokaler	500.000,-	400.000,-	400.000,-	400.000,-
Biler	880.000,-	550.000,-	550.000,-	550.000,-
Øvrig drift	150.000,-	90.000,-	90.000,-	90.000,-
Etableringskostnader	350.000,-	250.000,-	250.000,-	250.000,-
Total	1.880.000,-	1.290.000,-	1.290.000,-	1.290.000,-
Inntekter				
Tilskudd 1år. FACT tilskudd AUS Tilskudd	5.750.000,-	4.125.000,-	4.125.000,-	4.125.000,-
Total modell 2				
<i>Lønn 38.011.000,-</i>				
<i>Driftsutgifter 5.750.000,-</i>				
<i>Tilskudd 18.125.000,-</i>				

4.2.3 Beskrivelse av Modell 3 - To FACT-team i Telemark

FACT Nedre Telemark

FACT Øvre Telemark

Et annet alternativ kan være å etablere to FACT-team i Telemark. I denne modellen slås opptaksområdene Grenland og Vestmar sammen til «FACT Nedre Telemark» og Vest-Telemark og Øvre Telemark utgjør «FACT Øvre Telemark». Som følger av krav til responstid bør hvert team være fordelt på to lokasjoner, eksempelvis Skien og Bamble for FACT Nedre Telemark, og Notodden og Seljord for FACT Øvre Telemark. Ved at ett team er fordelt på to lokasjoner bør teamet samles digitalt for blant annet tavlemøter og digitale møter. Det er viktig med god bruk av digitale verktøy for å sikre felles praksis og kontinuitet i teamet på tvers av lokasjonene.

Med to FACT-team i Telemark vil behovet for årsverk reduseres sammenlignet med modell 1 med fire team. Det innebærer reduserte årsverk knyttet til stillingene; teamleder, merkantile funksjoner, casemanagere og spesialistressurser. Dette vil gi noe høyere caseload per ansatt, men teamene vil fortsatt være faglig sterke og robuste ettersom hvert team blir større og får flere ressurser internt. I en slik modell vil teamledere ha ansvar for flere teammedlemmer og flere samarbeidspartnere, noe som kan øke kompleksiteten i teamleders ansvar.

Etablering av to team vil gi mulighet til å søke om tilskuddsmidler på inntil 10. millioner kroner. Hvert team må håndtere et bredere spekter av lokale behov og det må potensielt brukes mer ressurser for å unngå uønsket variasjon i tjenestetilbudet i hvert team, når teamet opererer fra flere lokasjoner.

KOSTNADSOVERSLAG MODELL 3 – Første driftsår		
Kategori	FACT Nedre Telemark	FACT Øvre Telemark
Lønnsutgifter		
Total	17.075.000,-	13.075.000,-
Driftsutgifter		
Lokaler	900.000,-	800.000,-
Biler	1.320.000,-	880.000,-
Øvrig drift	200.000,-	150.000,-
Etableringskostnader	500.000,-	400.000,-
Total	2.920.000,-	2.230.000,-
Inntekter		
Tilskudd 1 år. FACT tilskudd AUS Tilskudd	5.750.000,-	5.750.000,-
Total modell 3 <i>Lønn 30.150.000,-</i> <i>Driftsutgifter 5.150.000,-</i> <i>Tilskudd 11.500.000,-</i>		

OPPSUMMERING UTGIFTER OG TILSKUDD PR. MODELL		
	Utgifter	Tilskudd
MODELL 1	39.825.000,-	5.750.000,-
MODELL 2	43.761.000,-	18.125.000,-
MODELL 3	35.300.000,-	11.500.000,-

4.3 ORGANISATORISKE MODELLER

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet er modeller som presenteres eksempler på hvordan FACT-team i Telemark kan etableres. Det vil her presenteres modeller for organisatorisk oppbygning og hvilke konsekvenser de ulike variablene som f.eks. kommunal forankring eller sykehusforankring vil medføre. Formålet med denne fremstillingen er å vise bredden i ulike modeller og hva som kan påvirkes av beslutninger knyttet til de organisatoriske rammene av et FACT-team.

4.3.1 Sammenligning av organisatoriske modeller

TEMA	MODELL A	MODELL B	MODELL C
ORGANISERING OG STYRING			
ORGANISATORISK PLASSERING	Kommune	Sykehus	Sykehus
ARBEIDSGIVERANS.	Delt	Delt	Delt
DAGLIG LEDELSE	Fragmentert ledelse	En teamleder	En teamleder
ARBEIDSFORM			
SAMLOKALISERING	Nei	Ja	Ja
TAVLEMØTER	Digitalt	Fysisk	Fysisk
JOURNALSYSTEM	Ulike system pr. kommune og Sykehus	Felles DIPS	Felles DIPS
GOD INFORMASJONSFLYT	Middels	Høy	Høy
SHARED CASELOAD	Nei	Ja	Ja
FLEKSIBEL RESSURSBRUK	Nei	Ja	Ja
HVEM KAN KRYSSKOMMUNEGRENSER	Sykehusansatte	Alle	Alle
HOVEDANSVAR FOR TUD OG LAR?	Nei	Ja	Ja
PERSONELL			
STILLINGSSTØRRELSER	Flere deltidsstillinger	Større andel heltidsstillinger	Størst andel heltidsstillinger
TEAMTILHØRIGHET	Lav	Høy	Høy
ROBUSTHET VED FRAVÆR	Lav	Middels	Høy
FLEKSIBEL RESSURSBRUK	Lav	Middels	Høy
ØKONOMI			
ISF-INNTEKTER	Nei	Ja	Ja
BUDSJETTANSVAR	Lokalt pr. part + FACT	Sykehus	Sykehus
OVER-UNDERSKUDD	50/50	50/50	50/50

4.3.2 MODELL A – Kommunal organisatorisk plassering med desentralisert drift

TEMA	BESKRIVELSE
ORGANISERING OG STYRING	
ORGANISATORISK Plassering	Kommuner
ARBEIDSGIVERANSVAR	Delt. Den enkelte kommune og sykehus har arbeidsgiveransvar for de ansatte som de selv bidrar med inn i teamet.
DAGLIG LEDELSE	Den ansatte forholder seg daglig til leder i egen kommune og egen leder i sykehuset. Blir mange ledere inn i teamet, desto flere parter som er med i samarbeidet.
ARBEIDSFORM	
SAMLOKALISERING	Nei. De ansatte i teamet jobber ut fra egen kommune/sykehus med de lokaler og utstyr som følger.
TAVLEMØTER	Daglige digitale tavlemøter.
JOURNALSYSTEM	Eget lokalt journalsystem.
INFORMASJONSFLYT	Informasjonsflyten i teamet og mellom kommune/sykehus er hovedsakelig digital gjennom tavlemøte, telefoner og journalsystem.
HVEM KAN KRY SSE KOMMUNEGREN SER	Sykehusansatte kan krysse kommunegrenser. Kommunalt ansatte har ansvaret for FACT-pasienter i egen kommune – og krysser ikke kommunegrenser i sitt daglige virke.
SHARED CASELOAD	Begrenset mulighet for praksisen «shared caseload» når ansatte ikke kan krysse kommunegrenser.
PERSONELL	
STILLINGSSTØRRELSER	Som følger av demografi og behovet i Telemark vil en slik FACT-modell innebære flere mindre deltidsstillinger.
TEAMTILHØRIGHET	Teamtilhørigheten reduseres gjennom få fysiske treffpunkter og liten grad av «shared caseload».
ROBUSTHET VED FRAVÆR	Fleksibiliteten reduseres når ansatte følger pasienter kun fra egen kommune. Muligheten for å flytte ressursene der det er behov innad i teamet er dermed redusert. FACT-teamet er sårbart når det kommer til fravær som ferie/sykdom, da fravær i én kommune kan innebære at denne kommunen ikke tilbyr FACT i fraværperioden.
FLEKSIBEL RESSURSBRUK	
ØKONOMI	
ISF INNTEKTER	Kun sykehusets ansatte genererer ISF-inntekter og inntektene går i sin helhet til Sykehuset Telemark.
BUDSJETTANSVAR	Lokale parter + én (kommune/sykehus) med ansvar for felles budsjett (pasientkostnader mm).
FORDELINGSNØKKEL	Hver enkelt kommune og sykehuset er ansvarlig for utgifter knyttet til lønn, utstyr, biler o.l. som benyttes lokalt. Andre utgifter som er pasientrettede, knyttet til opplæring i FACT-modellen mm. er felles utgifter som fordeles 50/50 kommuner/sykehus. Inntekter som tilskuddsmidler fordeles også 50/50 kommuner/sykehus. Fordelingsnøkkelen mellom kommuner baserer seg på antall årsverk den enkelte kommune bidrar med inn i teamet.

4.3.3 MODELL B – FACT team med vertskommune

TEMA	BESKRIVELSE
ORGANISERING OG STYRING	
ORGANISATORISK PLASSERING	Sykehus
ARBEIDSGIVERANSVAR	Delt arbeidsgiveransvar gjennom at vertskommune har arbeidsgiveransvar for alle de kommunale stillingene, mens sykehuset har arbeidsgiveransvar for de ansatte i sykehuset. Dette reduserer antall arbeidsgivere.
DAGLIG LEDELSE	Teamleder har delegert ansvar for ledelse i den daglige driften i hvert enkelt team.
ARBEIDSFORM	
SAMLOKALISERING	Samtlige ansatte vil være lokalisert på samme sted.
TAVLEMØTER	Daglige fysiske tavlemøter.
JOURNALSYSTEM	Felles system, DIPS kan benyttes av alle ansatte.
INFORMASJONSFLYT	God informasjonsflyt innad i teamet da alle treffes fysisk daglig og bruker felles journalsystem.
HVEM KAN KRYSS KOMMUNEGRENSER	Alle ansatte i FACT-teamet kan følge opp pasienter på tvers av kommunegrenser = stilling finansiert av én kommune kan følge opp pasienter bosatt i annen kommune.
SHARED CASELOAD	Ved at alle ansatte kan følge opp pasienter på tvers av kommunegrensene vil det være mulig å følge praksis om «shared caseload».
PERSONELL	
STILLINGSSTØRRELSER	Ved en vertskommuneløsning vil det i større grad være mulig å ha heltidsstillinger inn i teamet.
TEAMTILHØRIGHET	Vertskommuneløsningen gir en økt teamtilhørighet og teampraksis.
ROBUSTHET VED FRAVÆR	Ved samlokalisering, mulighet til å krysse kommunegrenser, “shared caseload” og størst andel heltidsstillinger vil man kunne ha en økt fleksibilitet i ressursbruk og større robusthet ved fravær.
FLEKSIBEL RESSURSBUK	
ØKONOMI	
ISF INNTEKTER	FACT-teamet kan ved organisatorisk plassering i sykehuset generere ISF-inntekter.
BUDSJETTANSVAR	Sykehuset har det overordnede budsjettansvaret mens vertskommunen har ansvar for avregning og fakturering mot de andre kommunale partene i teamet. Vertskommune har budsjettansvar og ansvar for fakturering mot andre kommunale parter.
FORDELINGSNØKKEL	50/50 bidrag inn i teamet 50/50 Driftskostnader/inntekter 50/50 Overskudd/underskudd

4.3.4 MODELL C – Sykehusforankret FACT Team med samlokalisert drift

MODELL C – SYKEHUSFORANKRET FACT TEAM MED SAMLOKALISERT DRIFT	
TEMA	BESKRIVELSE
ORGANISERING OG STYRING	
ORGANISATORISK Plassering	Sykehuset Telemark
ARBEIDSGIVERANSVAR	Delt arbeidsgiveransvar hvor sykehuset har arbeidsgiveransvar for ansatte ved STHF og kommunene har arbeidsgiveransvar for ansatte i kommunen.
DAGLIG LEDELSE	Teamleder har delegert ansvar for ledelse i den daglige driften i hvert enkelt team.
ARBEIDSFORM	
SAMLOKALISERING	Samtlige ansatte i teamet vil være lokalisert på samme sted
TAVLEMØTER	Daglige fysiske tavlemøter med alle ansatte i teamet
JOURNALSYSTEM	Ansatte i teamet benytter DIPS som felles journalføringssystem
INFORMASJONSFLYT	Lettere og sikrere informasjonsflyt med daglige fysiske treffpunkter i teamet.
FLEKSIBEL RESSURSBRUK	Ressursene kan flyttes dit det er behov, i hele teamets opptaksområde.
HVEM KAN KRY SSE KOMMUNEGRENSER	Alle ansatte i teamet.
SHARED CASELOAD	Praksisen «shared caseload» vil i større grad være mulig når ansatte jobber sammen i teamet og kan krysse kommunegrenser. Alle i teamet vil dermed kunne bidra i alle pasientsaker etter behov.
PERSONELL	
STILLINGSSTØRRELSER	Gjennom denne organiseringen av FACT-teamet vil man i større grad kunne oppnå modellkrav om heltidsstillinger.
TEAMTILHØRIGHET	Ved at de ansatte i teamet er samlokalisert og “shared caseload” vil dette bidra til en større teamtilhørighet.
ROBUSTHET VED FRAVÆR	Ved samlokalisering, mulighet til å krysse kommunegrenser, “shared caseload” og størst andel heltidsstillinger vil man kunne ha en økt fleksibilitet i ressursbruk og større robusthet ved fravær.
FLEKSIBEL RESSURSBRUK	
ØKONOMI	
ISF INNTEKTER	Ved organisatorisk plassering med forankring i sykehuset vil teamets helsepersonell kunne generere ISF-inntekter.
BUDSJETTANSVAR	Sykehuset
FORDELINGSNØKKEL	50/50 bidrag inn i team 50/50 Driftskostnader/inntekter 50/50 Underskudd/overskudd

DEL 5 – SAMARBEIDSAVTALER

FACT-team må etableres som et forpliktende faglig, økonomisk og administrativt samarbeid, mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Dette samarbeidet skal reguleres i en egen samarbeidsavtale og forplikter partene til både å etablere og drifte FACT-teamet. En slik forpliktelse er også en forutsetning for å kunne søke om tilskuddsmidler.

Samarbeidsavtalene bør beskrive organisatorisk forankring, fordeling og bruk av tilskuddsmidler, fordeling av inntekter og utgifter, hvilke stillinger som skal tilsettes fra de ulike partene, prosedyrer og ansvar for rekruttering og ansettelse, målgruppe og inntaksprosedyrer. Videre bør samarbeidsavtalen omfatte planer for det økonomisk forpliktende samarbeidet etter tilskuddsperioden, HMS-ansvar, arbeidsgiveransvar og andre relevante avklaringer. Avtalen bør være så konkret som mulig og alle forhold som er avklart i etableringsfase bør beskrives. Dette for å forebygge urealistiske forventninger og redusere risiko for konflikter. Rutiner for konflikthåndtering og oppsigelse av samarbeidet bør også inngå i avtalen.

I NAPHAS etablerings- og driftshåndbok («FACT-Håndboka») finnes det eksempler på maler for slike samarbeidsavtaler¹⁵.

DEL 6 – OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Forprosjektet har fra start av lagt stor vekt på dialog og forankring i både kommuner, spesialisthelsetjenester, brukerorganisasjoner og har benyttet et bredt sett av kilder, erfaringsinnhenting, kartlegging, forskning og faglitteratur.

Kartleggingsarbeidet avdekker 289-339 potensielle personer i FACT-målgruppen. Beskrivelser fra både kommuner og spesialisthelsetjenestene i Telemark påpeker at dagens tjenester er fragmenterte, varierende kvalitet og i mange tilfeller ikke tilpasset FACT-målgruppen. Det rapporteres om lav boevne, rus- og psykoseproblematikk, somatiske utfordringer og hyppige kriser som krever innsats fra akuttjenester, samtidig som mange i målgruppen har lite sykdomsinnsikt og ofte takker nei til hjelp. Dette samsvarer med FACT-modellens kjerneforståelse av målgruppen, hvor funksjonsnivå snarere enn diagnose er den viktigste indikatoren for FACT.

Etablering av FACT vil være en kostnadskreven oppfølgings- og behandlingsform. Tilskuddsordningene for FACT gir en støtte i oppstartsfasen, men finansierer en begrenset andel av de totale driftskostnadene. Rapporten viser at ISF-inntekter kan bidra til å finansiere driften av FACT, men dette avhenger blant annet av organisatorisk plassering. Rapporten skisserer de ulike kostnadsområdene et fremtidig budsjett må omfatte. For å utarbeide et fullstendig budsjett må det først tas stilling til hvordan FACT eventuelt skal etableres i Telemark.

Forprosjektet har videre utforsket de praktiske og faglige forutsetningene for eventuell drift av FACT-team i Telemark og har derfor presentert en bredde av mulige modeller for etablering av FACT. De strukturelle modellene viser tre ulike strukturer for å tilby FACT i hele Telemark; som ett team, fire team eller to team. De organisatoriske modellene beskriver tre ulike måter å organisere på: Kommunal forankring med desentralisert drift, vertskommunemodell med

¹⁵ [FACT-handboka](#)

sykehusforankring og en modell med sykehusforankring og samlokalisert drift. Sluttrapporten viser hvordan valg av modell kan påvirke for eksempel journalsystem, lederstruktur, fleksibilitet, teamtilhørighet og ISF-inntekter. De strukturelle- og organisatoriske modellene kan kombineres og settes sammen på andre måter enn hva forprosjektet her har fremstilt. Forprosjektets forslag er kun ment å være eksempler som tydeliggjør hvilke valgmuligheter som finnes.

Sluttrapportens hovedmål er å levere et helhetlig kunnskapsgrunnlag som viser mulighetsrommet ved eventuell etablering av FACT i Telemark. Forprosjektet har ikke mandat til å anbefale eller beslutte om FACT skal etableres, og heller ikke hvilken modell som er riktig for Telemark. Dersom det besluttes etablering av FACT i Telemark utløser det et nytt arbeid. En etableringsfase der juridiske avklaringer, konkret finansiering, samarbeidsavtaler og organisatoriske valg utvikles og avklares.

KILDER

DigiTV. (2026). *Ny hverdag for helsepersonell*.

<https://www.digitv.no/aktuelt/2026/ny-hverdag-for-helsepersonell/>

FACT-modellbeskrivelse. (u.å.). *Beskrivelse av FACT-modellen*. NAPHA.

<https://napha.no/multimedia/12114/FACT-modellbeskrivelse>

Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (2016)

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-20-1848>

Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). (2009).

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641/%C2%A71#%C2%A71>

Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). (2019).

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. (2000).

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2000-11-24-1174>

Helsedirektoratet. (2025). *Behandling og rehabilitering rettet mot arbeid, utdanning og meningsfull aktivitet*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/tilskudd/behandling-og-rehabilitering-rettet-mot-arbeid-utdanning-og-meningsfull-aktivitet>

Helsedirektoratet. (2025). *Etablering av ACT-, FACT- og FACT ung-team*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/tilskudd/etablering-av-act-fact-og-fact-ung-team>

Helsedirektoratet. (2023). *Forklaring av rollen som arbeids-/utdanningsspesialist*.

https://napha.no/multimedia/12702/Forklaring-av-rollen-som-arbeids--og-utdanningsspesialist_brev-fra-Helsedirektoratet_250523

Helsedirektoratet. (2025). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2026 (ISF-regelverket)*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf/isf-filer/isf-regelverk-2026.pdf>

Hoxmark, E. (2004) *FACT Håndboka - Etablering og drift av FACT-team*. NAPHA.

<https://napha.no/multimedia/11693/FACT-handboka>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (1999)

[Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

Olsen, F., & Høhrbye, E. (2025). *Delrapport forprosjekt FACT Telemark 2025*. Upublisert rapport.