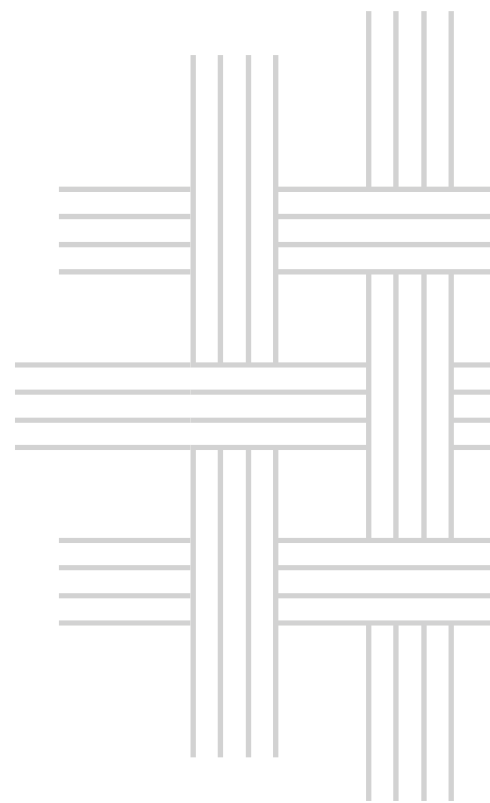




Høgskolen
i Innlandet



Handelshøgskolen Innlandet – Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

Kristin Trane

FACT-modellen som del av komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner

En kvalitativ studie

Ph.d. i innovasjon i tjenesteyting i offentlig og privat sektor (INTOP)
2023



Kristin Trane

**FACT-modellen som del av komplekse
og fragmenterte tjenestesystem og rurale
regioner**

En kvalitativ studie

Ph.d.-avhandling

2023

Handelshøgskolen Innlandet - Fakultet for økonomi- og samfunnsvitenskap



Trykk: Flisa Trykkeri A/S

Utgivelsessted: Elverum

© Kristin Trane (2023)

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Ph.d.-avhandling i Innovasjon i tjenesteyting i offentlig og privat sektor (INTOP) nr. 24

ISBN (trykt): 978-82-8380-416-4

ISBN (digitalt): 978-82-8380-417-1

ISSN (trykt): 2535-6151

ISSN (digitalt): 2535-6143

Sammendrag

Formålet med avhandlingen er å bidra til økt kunnskap og forståelse av hvordan FACT-modellen passer inn i og tilpasses til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. Dette studeres gjennom beskrivelser fra ansatte i FACT-team og samarbeidspartnere i det eksisterende tjenestesystemet. Formålet er diskutert opp mot hvordan FACT-teamene ivaretar noen sentrale elementer i FACT-modellen og målet om integrert behandling.

Avhandlingen peker på at FACT-team passer inn med noen av behovene i komplekse og fragmenterte tjenestesystem, og flere av samarbeidspartnerne opplever at de kan gi fordeler. Dette synes særlig å gjelde fordelene med en tjeneste som bygger bro og bedrer samarbeidet. At teamene er en forpliktende samhandling mellom tjenestenivå er sentralt i dette, og virker å gjøre at teamene i større grad kan jobbe i tråd med FACT-modellen og målet om integrert behandling.

Komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster gjør det mer utfordrende for teamene å jobbe i tråd med FACT-modellen og målet om integrert behandling. Teamene må håndtere både ulike tjenestenivå, ulike lovverk og ulike digitale verktøy, noe som gjør det vanskeligere for dem å passe inn. Det samme gjør byråkrati, mange ulike tjenester, og uklar ansvars- og oppgavefordeling. I rurale regioner utfordres særlig den tverrfaglige teamtilnærmingen, muligheten for å jobbe intensivt oppsøkende og håndtere kriser i tråd med modellen. Tilpasninger som delte stillinger, redusert antall tavlemøter og tilgjengelighet, ser ut til å bevege FACT-team lenger fra modellen, samt svekke muligheten for integrert behandling. Dette kan også skje ved høy grad av delegering av oppgaver og geografisk spredning av ansatte.

De ansatte i FACT-teamene ser samtidig ut til å bli innovatører, som gjør tilpasninger til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. Tilpasningene gjøres i stor grad for å løse utfordringer i daglig praksis. Hvis FACT-team har særlig fokus på rollen som ansvarlig koordinator, samarbeidsaktør, og på å være én dør inn til tjenestesystemet, ser muligheten for å jobbe i tråd med FACT-modellen og målet om integrert behandling ut til å bedres. For at modellen skal fungere i rurale regioner, vil det mange steder forutsette interkommunale samarbeid og lavere caseload. Bruk av digitale verktøy og konteksttilpasset planlegging kan øke modellens potensial og bedre muligheten for integrert behandling i rurale kontekster. Noe delegering av oppgaver og geografisk spredning av ansatte kan også fungere under gitte forutsetninger.

Summary in English

The aim of this thesis is to enhance knowledge and understanding of how the FACT-model fits into and is adapted to complex and fragmented service systems and rural regions. This is explored through descriptions by members of FACT-teams and collaborators in the existing service system. The aim is discussed in relation to how the FACT-teams comply with some key elements of the FACT-model and the goal of integrated care.

The thesis indicates that FACT-teams fit in with some of the needs of complex and fragmented service systems and that their partners find that the teams can provide some benefits. The main benefit seems to be a service that builds bridges and improves cooperation. A key factor here is considered to be that the teams are established as a binding collaboration between primary and specialist health services.

Complex and fragmented service systems and rural contexts make it more challenging for the teams to comply with the FACT-model and meet the goal of integrated care. FACT-teams have to deal with different service levels, legislation, and various digital tools, which make it more difficult for them to fit in. Further constraints are bureaucracy, many different services, and unclear division of tasks and responsibilities. Rural regions represent a particular challenge to the interdisciplinary team approach, the possibility to offer intensive outreach services and crisis management in line with the model. Adaptations such as part-time jobs, fewer FACT board meetings and decreased availability seem to move FACT-teams further away from the model and reduce opportunities for integrated treatment. Additional problems can be a high degree of task delegation and geographical spread of staff.

However, the members of FACT-teams seem to become innovators, making adaptations to complex and fragmented service systems and rural regions. If a FACT-team focuses particularly on its role as the responsible co-ordinator, collaborator, and the only entry channel into the service system, it seems to be easier to work in line with the FACT model and the goal of integrated care. For the model to work in many rural regions, it seems to require intermunicipal collaboration and lower caseload. The use of digital tools and a focus on context-adapted planning can increase the model's potential and the possibility to provide integrated treatment. Some task delegation and geographical spread of staff can also work under certain conditions.

Forord

Først av alt vil jeg takke FACT-teamene og de andre tjenestene som deltok i studiene. Jeg vil også takke hovedveileder og forskningsleder ved NKROP, Anne Landheim, som har ledet forskningsprosjektet jeg er del av, og som har veiledet meg stødig gjennom dette prosjektet. Jeg vil også takke de to andre veilederne Martin Rønningen og Kristian Aasbrenn, og de øvrige i forskningsgruppene ved NKROP og Forskningsrådsprosjektet. Jeg vil takke min leder på NAPHA, Ellen Hoxmark, for å gi meg muligheten til å ta denne forskerutdanningen.

Jeg vil også takke Forskningsrådet og HELSEVEL-prosjektet for finansiering, NKROP, ved Sykehuset Innlandet, for den administrative ledelsen av prosjektet, og Høgskolen Innlandet, ved INTOP, som studiested.

Videre vil jeg takke Annika Lexén og Sigrun Odden, som har vært medforfattere, og mine kollegaer på NAPHA for fagprater, støtte og avlastning underveis. En særlig takk til Lisbeth, Steffi og Trond H. Jeg vil også takke venner og familie for å ha heiet på meg og holdt ut med meg, tross perioder med altfor mye jobbing. Mest av alt vil jeg selvsagt takke Andrine, Emil og Frode, beste familien!

For meg personlig har hovedmålsettingen med denne avhandlingen vært å bidra med kunnskap som kan nyttiggjøres til utvikling av praksis, praksis som skal kunne være med å bidra til at mennesker med alvorlige psykisk helse- og rusutfordringer skal få så god hjelp som mulig. Jeg er takknemlig for å ha fått denne muligheten og håper mitt lille bidrag kan bety en forskjell.

Trondheim, mars 2023

Kristin Trane

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	i
Summary in English.....	ii
Forord.....	iii
Innholdsfortegnelse.....	v
Figurliste.....	viii
Forkortelser.....	viii
Avhandlingens artikler.....	9
1.0 INNLEDNING.....	11
2.0 BAKGRUNN.....	13
2.1 FACT-modellen.....	13
2.2 Bakgrunnen for og etableringen av FACT-team i Norge.....	15
2.3 Beskrivelse av det norske tjenestesystemet innen psykisk helse.....	16
2.4 Beskrivelse av den norske geografiske kontekst.....	17
2.5 Komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster.....	19
2.6 Innovasjon.....	21
2.7 Integrert behandling.....	22
3.0 TEORI OG KUNNSKAPSSTATUS.....	25
3.1 Kunnskapsstatus FACT- og ACT-team.....	25
3.2 Hvordan kan innovasjoner passe inn i eksisterende kontekster?.....	31
3.3 Hvordan kan innovasjoner tilpasses til lokal kontekst?.....	33
4.0 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	36
5.0 MATERIALE OG METODE.....	37
5.1 Metodologi og vitenskapsteoretisk ståsted.....	37
5.2 Forskers ståsted relatert til studien.....	38
5.3 Metode og utvalg.....	39
5.4 Ethiske avklaringer.....	44

5.5 Avhandlingen er en del av et større prosjekt.....	45
6.0 RESULTATER	47
6.1 Studie 1.....	47
6.2 Studie 2.....	48
6.3 Studie 3.....	49
6.4 Sammendrag av studiene.....	51
7.0 DISKUSJON AV MATERIALE OG METODE.....	52
7.1 Intern validitet	52
7.2 Ekstern validitet.....	58
7.3 Refleksivitet og forskers påvirkning på studien.....	60
8.0 DISKUSJON AV RESULTATER.....	64
8.1 Hvordan passer FACT-modellen inn i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster?	64
8.2 Hvordan tilpasses FACT- modellen til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster?	68
8.3 De identifiserte tilpasningene i et innovasjonsperspektiv	74
8.4 Kan FACT-modellen fungere i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner?.....	77
9.0 KONKLUSJONER OG IMPLIKASJONER	79
Referanser.....	81
Vedlegg 1: Vurdering fra Regional etisk komité	98
Vedlegg 2: Vurdering endringsmelding Personvernombudet i Sykehuset Innlandet	101
Vedlegg 3: Tilråding personvernombudet fokusgruppeintervju FACT-team-ansatte	103
Vedlegg 4: Tilråding individuelle intervju teamledere FACT-team.....	106
Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring studie 1	109
Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring studie 2.....	112
Vedlegg 7: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring studie 3.....	115
Vedlegg 8: Intervjuguide studie 1	118

Vedlegg 9: Intervjuguide studie 2	120
Vedlegg 10: Intervjuguide studie 3	121
Artikkel 1.....	125
Artikkel 2.....	139
Artikkel 3.....	153

Figurliste

Figur 1: Byggesteinene i FACT (hentet fra FACT-håndboka, NKROP, 2014).....	13
Figur 2: Sentralindeks for norske kommuner (hentet fra Sentralindeksen, SSB, 2020)	18
Figur 3: Eksempel på identifiserte tema og koder fra studiene.....	40

Forkortelser

FACT:	Flexible Assertive Community Treatment
ACT:	Assertive Community Treatment
INTOP:	Innovasjon i tjenesteyting i offentlig og privat sektor
NKROP:	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser
NAPHA:	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
OECD:	Organization for Economic Cooperation and Development
DPS:	Distriktpsykiatrisk senter
Nav:	Arbeids- og velferdsforvaltningen
LAR:	Legemiddelassistert rehabilitering
NOU:	Norges offentlige utredninger

Avhandlingens artikler

Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A. & Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems* 15(38). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>

Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A., Landheim, A. (2022). Integration of Care in Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Staff in Flexible Assertive Community Treatment Teams. *International Journal of Integrated Care*, 22(2), 17, 1–12. <https://doi.org/10.5334/ijic.6011>

Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A., & Landheim, A. S. (2022). Flexible Assertive Community Treatment in Rural and Remote Areas: A Qualitative Study of the Challenges and Adaptations of the Model. *Frontiers in public health*, 10, 913159. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.913159>

1.0 INNLEDNING

Denne avhandlingen handler om hvordan Flexible Assertive Community Treatment (FACT) passer inn i og tilpasses til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale geografiske kontekster. FACT-modellen ble utviklet i Nederland for personer med alvorlige psykiske lidelser og store og sammensatte behov (1, 2). Mennesker med denne typen utfordringer trenger ofte tjenester fra ulike aktører (3–7), og disse er ikke alltid godt nok koordinerte (5, 8–10). FACT-team skal gi de fleste tjenester fra teamet, være tverrfaglig sammensatt og gi langvarig og oppsøkende behandling (11). Siden 2004 har FACT-modellen blitt implementert i Nederland (2, 12, 13) og tatt i bruk i flere andre land (2, 12–20). Norge fikk det første FACT-teamet i 2013, og har nå om lag 80 slike team. Teamene er etablert i det eksisterende tjenestesystemet, og flere i rurale regioner. Bakgrunnen for etableringen av FACT-team i Norge, er i hovedsak behovet for et mer integrert tjenestetilbud til målgruppen, fra både kommune og spesialisthelsetjeneste. Derfor skal norske team etableres som en forpliktende samhandling mellom disse tjenestenivåene.

Etableringen av FACT-team i Norge er en helt ny måte å organisere de offentlige tjenestene på, og betegnes derfor som en tjenesteinnovasjon (21, 22). En offentlig tjeneste kan ikke fungere isolert fra resten av tjenestesystemet og er avhengig av relasjoner på tvers (23). Hvordan innovasjoner blir tatt imot av eksisterende tjenester (24) og hvordan de passer inn i lokal kontekst (25), vil derfor ha betydning for fungeringen. Å etablere innovasjoner er kontekstavhengig, både generelt (25, 26), og i helsetjenester spesielt (27–29). Det som fungerer ett sted, fungerer ikke nødvendigvis andre steder (26, 30, 31). Derfor gjøres det ofte tilpasninger. Innovasjoner kan utvikle seg på måter som kan være vanskelig å forutse (24, 32), og skaper ikke alltid planlagte, forventede (33, 34) eller suksessfulle endringer (35, 36). En innovasjonsprosess er i seg selv kompleks (22, 24, 32, 33, 37, 38), og hvis en i tillegg skal etablere en innovasjon i en annen kontekst enn den ble utviklet i, kan det skape ytterligere utfordringer som gjør tilpasninger nødvendige (26, 39). Tilpasninger kan øke en innovasjons potensial, og innovasjoner kan skape nye innovasjoner etter etablering (26, 40). En innovasjon vil imidlertid også kunne utvikle seg til noe annet enn det som var intensjonen. Hvordan FACT-teamene som en innovasjon passer inn i og tilpasses til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner, vil derfor kunne ha innvirkning på modellens fungering.

Integrert behandling er et av hovedmålene i FACT-modellen (11). Å nå et slikt mål kan være krevende både generelt (3, 41–48), og spesifikt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser

og store og sammensatte behov (49–51). Muligheten for integrert behandling påvirkes av kontekst (28, 42, 46, 52–54), blant annet av ulike strukturer ved tjenestesystem (43, 55, 56) og geografi (57–59). FACT-modellens fungering påvirkes også av kontekst (60). De fleste studier av modellen ser på effekter av å få behandling fra FACT-team (14, 16, 61–73), mens få har studert selve etableringen av modellen (15). FACT ble utviklet i Nederland, et land med forskjellig geografi og tjenestesystem fra det norske. Det norske tjenestesystemet innen psykisk helse er beskrevet som komplekst og fragmentert (5, 59, 74–79), med samarbeidsutfordringer (51, 59, 76–82). Norge har også mange rurale regioner (83–86). Rural kontekst og komplekse og fragmenterte tjenestesystem kan gi noen særlige utfordringer, og det er lite kunnskap om hvordan FACT-modellen passer inn i og kan tilpasses til slike kontekster. Rurale regioner er ikke unikt for Norge, og tjenestesystemet innen psykisk helse er også i flere andre land beskrevet som komplekst (31, 87–90), fragmentert (5, 19, 31, 44, 56, 59, 74, 75, 87, 89, 91–96), og med samarbeidsutfordringer (56, 59). Å studere hvordan FACT-modellen passer inn og tilpasses til norske forhold, vil derfor ha internasjonal relevans.

Avhandlingens formål er å bidra til økt kunnskap og forståelse for hvordan FACT-modellen passer inn i og tilpasses til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. Disse to kontekster studeres hver for seg. Formålet er belyst gjennom beskrivelser fra ansatte i FACT-team og fra samarbeidspartnere i det eksisterende formelle tjenestesystemet, og det diskuteres opp mot hvordan teamene synes å ivareta noen sentrale elementer i FACT-modellen og målet om integrert behandling. Kunnskap om dette kan gi økt forståelse for hvordan denne type innovasjoner kan passe inn i og tilpasses rurale regioner eller komplekse og fragmenterte tjenestesystem. Både beslutningstakere, helsemyndigheter, ledelse i kommuner og spesialisthelsetjenester, samt etablerte FACT-team eller team under planlegging, vil kunne ha nytte av dette. Kunnskapen vil også kunne bidra til forskningsfeltet og til fremtidig forskning på FACT-modellen og tjenesteinnovasjoner.

2.0 BAKGRUNN

I dette kapittelet vil det gjøres rede for FACT-modellen og bakgrunnen for etableringen av FACT-team i Norge. Det norske tjenestesystem innen psykisk helse og den norske geografiske kontekst vil også bli presentert, samt noen av utfordringene med komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster. Begrepene innovasjon og integrert behandling blir også kort gjennomgått.

2.1 FACT-modellen

FACT er en tverrfaglig tjenestemodell for langvarig behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. FACT-modellen er basert på Assertive Community Treatment (ACT) (1). ACT ble utviklet i USA i 1970-årene for å gi oppsøkende behandling til mennesker med alvorlige psykiske lidelser utenfor institusjoner (97). Brukergruppen i ACT utgjør 20 prosent av de personene med mest alvorlige psykiske lidelser, mens FACT inkluderer hele gruppen med personer med alvorlige psykiske lidelser. FACT-teamene har dermed en større og bredere målgruppe enn ACT-team, noe som krever et mindre opptaksområde.



Figur 1: Byggesteinene i FACT (hentet fra FACT-håndboka, NKROP, 2014)

FACT-team skal jobbe etter seks byggestein (se figur 1). Teamene skal følge opp bruker der hvor han eller hun selv ønsker bistand. Det betyr at de skal jobbe på brukers egen arena. Det kan for eksempel handle om å møtes der hvor brukeren oppholder seg, som hjemme eller på jobben. Teamene skal ha en aktiv oppsøkende arbeidsform, og jobbe for at bruker opplever trygghet og tilknytning til tjenestene. I perioder skal de besøke brukeren flere ganger i uken. Teamene skal være fleksible og tilgjengelige. De skal gi praktisk hjelp, veiledning i hverdagsfungering, rehabilitering og behandling. Teamene skal jobbe for å hindre innleggelse,

og samarbeide med døgnavdelinger når det er nødvendig med innleggelser. De skal også støtte opp under sosial inkludering og nettverksbygging. Dette innebærer blant annet å samarbeide med og/eller jobbe for at brukere får et sosialt støtteapparat. De som får oppfølging fra FACT-team skal til enhver tid tilbys den behandling som er nødvendig der og da. Dette betyr blant annet at intensiteten i behandlingen skal tilpasses deres behov. Teamene skal jobbe kunnskapsbasert og tilby behandling i tråd med faglige retningslinjer. Et viktig mål i FACT-modellen er å støtte brukeren i sin recoveryprosess. Dette betyr blant annet at teamene skal støtte opp under yrkesrettet rehabilitering og selvhjelp (11). FACT-modellen har utviklet seg i retning av økt recoveryorientering, og brukerens egne mål skal være retningsgivende for behandlingen (2, 11, 67, 98). Å jobbe recoveryorientert innebærer en helhetlig tilnærming, som fokuserer på å gi håp, støtte til selvhjelp, sosial inkludering og at brukerne blir ansett som eksperter på eget liv (99). Dette skal gjenspeiles i behandlingsplanen. Alle brukere skal ha en behandlingsplan slik at teamene skal kunne organisere og lede behandlingen (11). FACT-team skal jobbe i tråd med FACT-håndboken og FACT fidelityskala. I Norge brukes fidelityskalaen fra 2010 (100).

FACT-team skal jobbe ut fra en tverrfaglig teamtilnærming. Teamene skal ha ansatte med både sosialfaglig og helsefaglig bakgrunn, som psykiater, sykepleier, sosialarbeider og psykolog. De skal også ha ulike spesialistfunksjoner som brukerspesialist, arbeidsspesialist og russspesialist. Disse bør ha tilnærmet fulle stillinger for å sikre helhetlig og sammenhengende behandling. Videre vil tverrfaglig teamtilnærming si at de ansatte ikke skal jobbe som enkeltbehandlere, men sammen som et team gjennom delt caseload. Den ulike kompetansen skal brukes aktivt (11).

Teamene skal jobbe ut fra to nivå av intensitet i behandlingen. De skal gi ordinær behandling fra case manager og det tverrfaglige teamet til de fleste brukerne. Hvis personen er i risiko for psykotiske episoder, hvis det vurderes innleggelse, er økt symptomtrykk, krisesituasjoner eller at vedkommende av andre grunner er i en situasjon som krever økt oppmerksomhet fra teamet, skal det gis tettere oppfølging. I slike situasjoner settes brukeren på en tavle, og det diskuteres daglig hvilken behandling det er behov for og hvem fra teamet som skal følge opp. Disse daglige møtene kalles tavlemøter. Når personens situasjon stabiliseres, tas han eller hun av tavlen, og får igjen ordinær oppfølging hvor case manager har hovedansvaret. FACT-tavlen og de to nivåene av intensitet er viktig for å gi integrert behandling (11).

FACT-teamene skal ha hovedansvaret for at brukerne får helhetlig behandling, og skal gi de fleste tjenestene selv. Dette betyr at de skal bruke andre tjenester så lite som mulig for å øke

sjansene for integrert behandling. Det betyr også at teamene må jobbe med ulike typer tilnærminger. Disse skal være i tråd med gjeldende retningslinjer og kunnskapsbasert praksis. Krisehåndtering er et sentralt element i modellen. FACT-team skal håndtere krisesituasjoner og ha en døgnkontinuerlig tilgjengelighet. Teamene bør ha en base hvor alle ansatte møtes daglig. Opptaksområdet bør være omkring 50 000 innbyggere over 18 år, og antall brukere per ansatt, caseload, maks 20 (11).

Som nevnt er FACT-modellen utviklet i Nederland. Nederland har flere kjennetegn som skiller seg fra Norge. De har en befolkningstetthet 508 innbyggere per km² (84), og 80 prosent av befolkningen bor i regioner med over 50 000 innbyggere. Det vil si at de har en høyere konsentrasjon av mennesker som bor urbant enn gjennomsnittet for OECD-land (85). Psykisk helsetjeneste i Nederland er i stor grad organisert i sykehussektoren (11). Antall tilgjengelige sykehussenger ligger på samme nivå som gjennomsnittet for OECD-landene, som vil si høyere enn i Norge (85). I Nederland er det mindre involvering og føringer fra nasjonale helsemyndigheter i utviklingen av psykisk helsetjeneste enn det er i Norge, blant annet når det gjelder hvem som skal ha ansvar for hva. Nederland har et system hvor private forsikringsordninger i stor grad finansierer tjenestene, og FACT-teamene er det primære tilbudet til målgruppen (101).

2.2 Bakgrunnen for og etableringen av FACT-team i Norge

På 1980-tallet startet flere land i Europa, inkludert Norge, en prosess med gradvis nedbygging av sengeplasser i psykisk helsevern, og samtidig planlegging for å erstatte disse med tilbud nærmere der folk bor (102). På slutten av 1990-tallet kom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) (103). En av målsettingene i denne var å bygge ut og bedre kvaliteten på tjenestene i kommunene. Viktigheten av at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skulle kunne leve verdige liv i lokalsamfunnet ble trukket frem. Til tross for oppbyggingen av lokalbasert psykisk helsearbeid, viste evalueringen av Opptappingsplanen at mange med alvorlige psykiske lidelser fortsatt ikke fikk god nok hjelp. Det ble også pekt på at samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenester hadde et forbedringspotensial (104). I 2010 kunngjorde Helsedirektoratet en ny tilskuddsordning. Denne ga mulighet til å søke statlige stimuleringsmidler for opprettelse og drift av ACT-team. De første ACT-teamene i Norge var da allerede etablert (105). I 2011 kom Samhandlingsreformen (106), hvor plikten til samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste ble fremhevet. Da Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser (50) kom i 2012, ble blant annet ACT-team anbefalt. ACT-team ble også anbefalt i

Primærhelsemeldingen (81) som kom to år etter. I 2014 kom veilederen Sammen om mestring (107). I denne blir både ACT- og FACT-team anbefalt. Siden har flere norske helsepolitiske dokumenter anbefalt FACT-team for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (10, 108–110). En av hovedgrunnene for anbefalingene, er behovet for økt integrering av tjenestene (107–113). Norske helsemyndigheter har derfor utvidet den nevnte tilskuddsordningen til å også inkludere FACT-team. Et krav for å få tilskudd er at teamene etableres som en forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (114). Det betyr at teamene skal etableres, driftes og finansieres som et samarbeid mellom tjenestenivåene, formalisert i en skriftlig samarbeidsavtale. De fleste teamene i Norge er forankret i spesialisthelsetjenesten, mens noen er forankret i kommunen.

Fra 2007 til 2012 ble det etablert 14 ACT-team i Norge (115). Flere av disse er nå FACT-team. Ifølge tall fra februar 2023 var det om lag 80 FACT-team for voksne i Norge (116). Det er også opprettet en egen tilskuddsordning for FACT ung (117), og det er nå rundt 14 slike team i drift, og 15 under etablering. Det første FACT-teamet ble etablert i Norge i 2013 (116). Gjennom disse årene har særlig to kompetansesentre hatt i oppdrag å bistå i etableringen av team: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (NKROP) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). NKROP har oversatt og utarbeidet en håndbok for FACT-modellen, forsket på ACT- og FACT-modellen, samt utgitt rapporter og evalueringer (118). NAPHA og NKROP har utgitt en etableringshåndbok for ACT- og FACT-team, gitt opplæring til teamene, samt gjennomført fidelity-vurderinger og annen type implementeringsstøtte.

2.3 Beskrivelse av det norske tjenestesystemet innen psykisk helse

Norge er en offentlig velferdsstat med mange ulike tjenester (5, 77), både i kommunen og spesialisthelsetjenesten (119). Det norske offentlige og formelle tjenestesystemet innen psykiske helse er delt inn i to tjenestenivå: kommunene som er ansvarlig for primærtjenestene og det statlige nivået som er ansvarlige for spesialisthelsetjenestene (9). På begge tjenestenivåene er det flere ulike tjenester og disse er til dels omfattet av ulike lovverk (79), ulike journalsystemer og ulike digitale systemer (26, 79). Det har gjennom flere år vært en målsetting at ressursene innen psykisk helse forskyves fra døgnbehandling til poliklinisk og ambulant behandling, samt at tjenestene i kommunene bygges ut (120). Oppfølgingen av mennesker med psykisk helse- og rusmiddellidelser gjøres i stor grad av ansatte i kommunale tjenester (121). Både kommuner og spesialisthelsetjenester er ansvarlige for å tilby oppfølging og behandling til personer med alvorlige psykiske lidelser, og hjelpen skal tilbys nært der

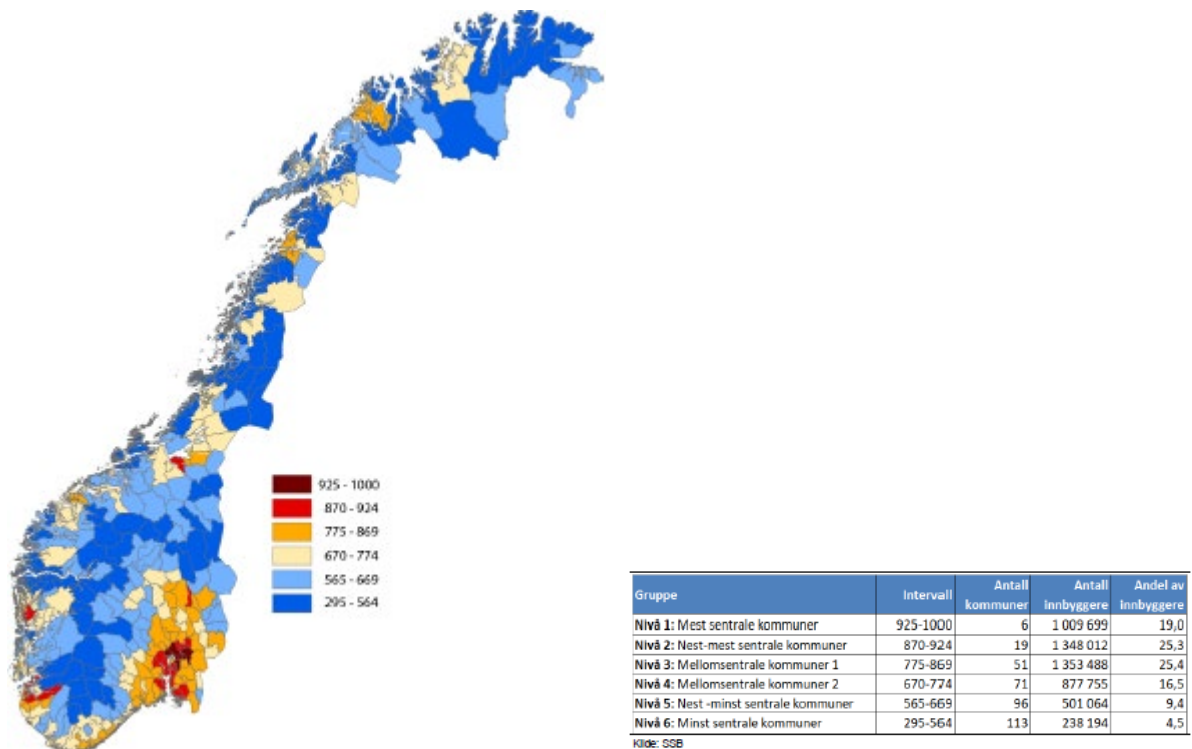
brukerne bor. Sammen med de distriktpsikiatriske sentrene og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen, skal kommunene gi brukerne tilpasset oppfølging i tråd med deres behov. Psykisk helsetjenester i kommunene og legevakt skal jobbe for å hindre unødige innleggelse. Hvis noen er i en situasjon hvor de trenger innleggelse eller poliklinisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, skal de henvises dit. Når personen får samtidig hjelp fra begge tjenestenivå, skal tjenestene samhandle om oppfølgingen og behandlingen (107). Det er som regel fastlege som henviser til spesialisthelsetjenesten. Mye av hjelpen skjer i kommunene, og fastlege henviser oftest til andre kommunale tjenester, som psykisk helse- og rustjenester eller boliger med oppfølging. En annen sentral aktør er Nav (Arbeids- og velferdsforvaltningen). Nav er ansvarlig for økonomisk sosialhjelp, uføre-, arbeids- og sykepensjon, oppfølging av arbeidssøkere og bistand til boligstøtte. Også private og frivillige organisasjoner gir i noen grad tjenester (122). I 2020 var det totalt 16 569 årsverk i psykisk helse- og rustjeneste i norske kommuner. 41 prosent av disse var tilknyttet fast personell i boliger for mennesker med alvorlig psykisk lidelse, mens 27 prosent var tilknyttet behandling, oppfølging, rehabilitering og koordinering. 20 prosent av årsverkene gikk til hjemmetjenester og ambulante tjenester (123).

Psykisk helsetjeneste i Norge er beskrevet å ha mangler i koordinering (5, 8–10), å være byråkratiske (59, 78), og at det kan være uklar oppgave- (8, 10) og ansvarfordeling (26, 77, 120, 124) mellom ulike aktører. En studie beskrev at ansatte i kommune- og spesialisthelsetjeneste i liten grad så det som sin oppgave å ta ansvar i situasjoner med manglende kontinuitet (7). Riksrevisjonen peker på at spesialisthelsetjenesten avviser omkring en av fem henvisninger, noe de mener kan tyde på at kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke har felles forståelse av hvor pasientene hører hjemme (125). Flere studier har beskrevet samarbeidsutfordringer mellom de ulike tjenestene (59, 76–80, 124, 126, 127), og noen nasjonale dokumenter har pekt på forbedringspotensial i samarbeidet (10, 51, 81, 82), både innad i (81) og mellom tjenestenivåene (10, 81).

2.4 Beskrivelse av den norske geografiske kontekst

Norge har 365 kommuner, hvorav 71 har under 2000 innbyggere (83). 209 kommuner ligger i det som kan kalles mindre sentrale områder. Disse kommunene dekker 72 prosent av arealet i Norge. Samtidig bor bare 14 prosent av befolkningen i disse kommunene. De fleste av kommunene ligger i fjell- og innlandsområder i sør eller nord (86). Befolkningstettheten er 15 innbyggere per km² (84). Arealet er 385 180 km², og er særpreget av fjellandskap og kyst. Kystlinjen er på 100 915 km og består av 37 000 øyer. Norge deles vanligvis inn i fem landsdeler: Østlandet, Sørlandet, Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge (128). I noen

områder, særlig i Nordland og Møre og Romsdal, er flere avhengig av ferge. I Norge er det totalt 120 fergesamband (86). Statistisk sentralbyrå (SSB) har utviklet det de kaller en sentralitetsindeks. Denne er inndelt i seks nivå som illustrert i kartet under (hentet fra publikasjonen Sentralitetsindeksen). Av disse regnes ofte nivå 5 og 6 som de mest typiske distriktskommunene, i avhandlingen omtalt som rurale regioner. På disse to nivåene ligger 60 prosent av Norges kommuner (129).



Figur 2: Sentralindeks for norske kommuner (hentet fra Sentralindeksen, SSB, 2020)

Riksrevisjonen har undersøkt psykisk helsetjeneste i Norge. De fant blant annet at tilgangen til tjenester varierer mellom kommuner (125). OECD har fremhevet at Norge i større grad bør øke kvaliteten på tjenestene på tvers av regioner, og at kapasiteten til å gi tjenester av god kvalitet til mennesker med alvorlige psykiske lidelser er svakere i små kommuner (9). Det er variasjoner i hvordan norske kommuner er organisert (130), og de regionale forskjellene er høyere enn gjennomsnittet i andre OECD-land (85). Dette kan handle om at små kommuner kan ha mangel på nødvendige ressurser og kompetanse (131), blant annet på grunn av rekrutteringsutfordringer og at de ikke får utnyttet stordriftsfordeler som større kommuner har (130). Interkommunalt samarbeid kan løse noen av ressurs- og kompetanseutfordringene i små kommuner (131). De aller fleste norske regioner har færre sykehussenger per innbygger enn gjennomsnittet i OECD-land (85).

Tall fra Helsedirektoratet viser at små kommuner i mindre grad er fornøyde med tilbudet sitt til mennesker med alvorlige psykiske lidelser (120). Rurale regioner i Norge har særlig tre utfordringer: befolkningsnedgang, aldring og spredt bosetting. I en NOU (Norges offentlige utredninger) fra 2021, *Det handler om Norge*, fremheves det at tjenesteorganiseringen i distriktene utformes under andre rammebetingelser enn i mer urbane regioner. Den anbefaler at tjenester organiseres slik at de kan fungere best mulig for bruker, og ikke kun ut fra det som er mest økonomisk lønnsomt. Tjenestene må ha en tilfredsstillende standard, samtidig som en må kunne forsvare dem samfunnsøkonomisk (86).

På oppdrag fra Helsedirektoratet, ble potensialet for ACT- og FACT-team i Norge vurdert i 2017. I rapporten ble det konkludert med at 94 prosent av Norges befolkning bor slik at det vil være mulig å etablere team, og at det er potensial for rundt 83 FACT-team for voksne. Det ble anbefalt å etablere FACT-team i regioner med minst 15 000 innbyggere og maks en times reisevei, og at det i regioner med lengre avstander ble etablert modifiserte team (132).

2.5 Komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster

Det finnes ulike definisjoner av tjenestesystem (133–135) og helsetjenestesystemer (27). Helsetjenestesystem kan sees på som del av et system med mange overlappende systemer (136, 137). Det er ofte ikke et klart skille mellom hvem eller hva som er del av hvilket system. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser trenger tjenester fra ulike aktører, og en kan si disse tilhører ulike helsesystemer, da det ofte gis tjenester fra både psykisk helsetjenester, somatiske tjenester og sosiale tjenester. Aktørene tilhører også ulike tjenestenivåer, og noen av tjenestene gis fra andre tjenester, som fengsel og politi. I denne studien defineres tjenestesystem som de offentlige og formelle tjenestene FACT-teamene må forholde seg til for å gi brukerne integrert behandling. Dette systemet består av ulike tjenester, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, som for eksempel fastlege, distriktpsikiatrisk senter (DPS), hjemmetjeneste, Nav, Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), døgntjenester, boligjenester og psykisk helse- og rustjenester i kommunen. Disse aktørene sees på som tjenestetilbydere og vil omtales som tjenester i avhandlingen.

Med komplekst og fragmentert menes i denne avhandlingen at et tjenestesystem har mange ulike, oppdelte og ulikt organiserte tjenester. Fragmentering av tjenester kan skape dårlig informasjonsflyt, manglende kontinuitet i behandlingen (138), koordineringsutfordringer (139–141), og parallelle tjenester (43). Fragmentering kan også føre til usikkerhet og ansvarsfraskrivelse (126). Uklarheter rundt hvem som har ansvar for hva, kan føre til at ingen

gir oppfølging (126) eller tar hovedansvaret (127). Dette kan få negative følger for brukere, for eksempel ved uklart kommunikasjon rundt medisiner (57). Fragmenteringen i helsetjenestene skaper økt behov for samarbeid (141), blant annet grunnet behovet for koordinering. Samtidig kan fragmenterte tjenestesystemer hemme samarbeid (78). For å koordinere tjenester er det pekt på viktigheten av samarbeid på tvers (55, 130). Det å skape integrert behandling i fragmenterte (142) og komplekse systemer kan være særlig krevende, blant annet på grunn av upassende strukturer og kompleksitet (55).

Det finnes ulike definisjoner på hva som betegner en rural region (143, 144). Her defineres rural som regioner med lav befolkningstetthet og lange avstander. Flere studier har pekt på at det å sikre gode tjenester i slike regioner kan være utfordrende (145–151). Ulike faktorer kan bidra til dette (144, 152), som lange avstander (57, 153) og lav befolkningstetthet (153, 154). I rurale kontekster kan det være færre (144, 150, 155, 156) og mindre spesialiserte tjenester (155), mindre tilgang på fagfolk (57, 58, 144, 148, 155, 157–160) og spesialistkompetanse (144, 153). Dette skyldes blant annet utfordringer med rekruttering (57, 58, 144, 153, 155) og høy turnover (157, 159). Videre kan det bli mindre integrerte (57), koordinerte (58) og sammenhengende (59) tjenester i rurale regioner. Integrering av tjenester innen psykisk helse er særlig viktig i slike områder (144). Rurale kontekster gjør at man må jobbe på andre måter for å skape dette (161). Lange avstander kan gi økt tidsbruk og kostnader (86, 129, 156), og gjøre det utfordrende å jobbe oppsøkende (162–165). Lange avstander kan gjøre det vanskeligere å håndtere krisesituasjoner (166), og det kan føre til utfordringer med å komme seg dit en skal (57, 145, 152, 155, 164). Tjenester kan også måtte redusere antall brukere per ansatt (165). Tverrfaglige team kan fungere i rurale regioner (143, 147), men denne type tjenestemodeller er ofte utviklet for mer urbane kontekster (147, 150, 165). Det kan gjøre at det blir gjort relativt omfattende tilpasninger ruralt (162, 165, 167–169). Slike tilpasninger kan for eksempel være interkommunalt samarbeid (170), bruk av digitale verktøy (159, 169, 171, 172), fleksible måter å jobbe på (173), og samarbeid med andre tjenester (174, 175).

Det å være del av en rural region kan også ha fordeler (144), som for eksempel enklere kommunikasjon mellom fagfolk (144). Dette kan blant annet komme av at det i rurale kontekster kan være bedre muligheter for uformelle og langvarige relasjoner, som i neste omgang kan forenkle kommunikasjonen mellom tjenester (161, 176). Det kan også være enklere å få til samlokalisering av tjenester i rurale regioner, og denne samlokalisering kan fremme relasjoner mellom tjenester (161).

2.6 Innovasjon

Innovasjoner er endringer med visse egenskaper. Det betyr at ikke alle endringer er innovasjoner (22, 25, 177). Det finnes ingen omforent definisjon av begrepet innovasjon (35). De fleste definisjoner inkluderer imidlertid ordet *ny* (21, 22, 25, 33, 35-37, 177, 178). Det samme kriteriet brukes også i definisjoner av offentlige innovasjon (25, 177). Dette nye kan omhandle en begrenset endring, gjerne kalt inkrementelle innovasjoner, eller et radikalt brudd med det som var tidligere (21, 22, 25, 26, 36, 177, 179, 180). Videre inkluderer definisjoner ofte kriteriene om at det nye må tas i bruk (22, 24, 25, 36–38) og at endringen må være repeterbar (21, 22, 40, 177). Noen bemerker at en innovasjon ikke nødvendigvis er positivt for alle som berøres (21, 35, 181), mens andre trekker frem at den må inneha et potensial for å gi en form for forbedring (134, 181) eller fordel (22, 182) for noen. Det skilles ofte mellom innovasjoner i tjenester og i vare- og produktproduksjon (21, 137, 183, 184). Toivonen og Tuominen (22) bruker Sundbos (21) definisjon av tjenesteinnovasjon. Basert på en av hans artikler har de utformet denne definisjonen:

A service innovation is a new service or such a renewal of an existing service which is put into practice and which provides benefit to the organisation that has developed it; the benefit usually derives from the added value that the renewal provides the customers. In addition, to be an innovation the renewal must be new not only to its developer, but in a broader context, and it must involve some element that can be repeated in new situations, i.e. it must show some generalisable feature(s). A service innovation process is the process through which the renewals described are achieved. (side 893)

Forenklet, og oversatt til norsk, kan en si at en tjenesteinnovasjon er en ny tjeneste, eller fornyelse av en eksisterende tjeneste, som tas i bruk og gir en fordel for noen. Det nye må kunne repeteres. Avhandlingen baserer seg på denne definisjonen, og FACT-teamene anses, som nevnt, som en tjenesteinnovasjon. Teamene representerer en helt ny måte å organisere tjenestene på og gir et nytt tjenestetilbud til brukerne. De skal jobbe i tråd med FACT-modellen og den kan i grove trekk overføres til og repeteres av andre regioner. Teamene har mål om og potensial for å forbedre tjenestene for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Senere i avhandlingen omtales en del tilpasninger til FACT-modellen som innovasjoner. Dette er endringer som vurderes å oppfylle kriteriene i den nevnte definisjonen.

Ofte regnes Barras å være først ute med teori om innovasjoner i tjenester. Hans arbeid er imidlertid beskrevet som et svakt bidrag, da han utelukkende så på teknologiske tjenesteinnovasjonsprosesser (180, 185). Sundbø og Gallouj er trukket frem som noen av de som sto for fremveksten av tjenesteinnovasjon som forskningsfelt (22, 186). I en artikkel fra 2000 trakk de frem noen særtrekk ved innovasjoner i tjenester. Ett slikt særtrekk var at prosessene i større grad omhandlet kollektive interaksjonsprosesser, både internt i tjenestene og eksternt. De beskrev at tjenesteinnovasjonsprosessene ofte var mer usystematiske enn andre innovasjonsprosesser, og at både ansatte og ledere kunne ha en sentral rolle (185). Også Fuglsang og Sundbo (187) hevder at denne type innovasjoner ofte utvikles av ansatte i konkrete situasjoner, gjerne som skreddersydde løsninger i daglig arbeid. Toivonen knytter tjenesteinnovasjonsprosesser tett til praksis, og mener innovasjoner ofte utvikles samtidig med tjenestelevering (22, 40).

Innovasjonsprosesser kan deles inn i stegvise faser på ulike måter (33, 37, 38, 40). Toivonen deler dem inn i tre faser: fremveksten av en idé, utviklingen av en idé og implementering av idéen. I denne prosessen beveger en seg ofte frem og tilbake (22, 40). Dette samsvarer med flere andres forståelse om at innovasjonsprosesser ofte ikke er lineære (21, 32, 188).

2.7 Integrert behandling

Behovet for mer integrert behandling er trukket frem internasjonalt, både innenfor helsefeltet generelt (3, 41, 46–48, 96), og innen psykisk helsefeltet spesifikt (4, 42, 59, 95, 145, 189–194). Begrepet integrering brukes innen ulike helsetjenestesystemer (48), og det forstås ulikt (28, 195). Det finnes ulike typer integrering (41), rammeverk og definisjoner (45, 48, 54, 196, 197). Goodwin mfl. (48) er noen av de som har utviklet teori om integrert behandling. De viser til Verdens helseorganisasjons definisjon av begrepet, som er mye brukt:

The management and delivery of health services such that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease-management, rehabilitation and palliative care services, through the different levels and sites of care within the health system, and according to their needs throughout the life course. (Goodwin mfl., side 9)

Forenklet kan en si at integrert behandling handler om at behandlingen skal være helhetlig og sammenhengende. Helhetlig vil si å ha fokus på å bedre brukers helse og hans eller hennes opplevelse av å ha det bra (48) på alle områder i livet: det fysiske, psykiske og sosiale (59, 198). Sammenheng, også omtalt som kontinuitet, kan defineres som det å se på tilbudet bruker får

som et «sammenhengende hele», uavhengig av hvilken tjeneste som er inne (7). Goodwin mfl. (48) hevder det krever at noen tar det overordnede ansvaret for behandlingen. Ifølge Weaver mfl. (94) krever det at tjenestene er koordinerte. Koordinering omhandler å knytte sammen ulike tjenester, kommunisere, utveksle informasjon, overføre ansvar mellom tjenester og fasilitere overføringer mellom dem (139). For å lykkes med slik koordinering kan en være nødt til å involvere mange ulike tjenester (46), og det krever samarbeid (55, 130). Samarbeid kan være utfordrende både å oppnå (59, 199–201) og vedlikeholde (199, 201).

Samarbeid er særlig sentralt for å kunne jobbe mot målet om integrert behandling. Axelsson og Axelsson (3) hevder samarbeid kan forstås som at tjenester, mer eller mindre frivillig, inngår i relasjoner med andre tjenester hvor en fordeler hvem som skal gjøre hva, utveksler informasjon og hjelper hverandre ved behov. Begrepet samarbeid blir gjerne brukt om hverandre med begreper som partnerskap, integrering (202) og samhandling (3, 5). Begrepet samhandling forstås gjerne som en mer bindende form for samarbeid og brukes ofte som begrep når en snakker om tverrfaglige team (3). Samarbeid mellom fagfolk (52, 201, 203) og tjenester (3, 5, 41, 59, 191, 200, 204) er i flere studier beskrevet som avgjørende når målet er integrert behandling, også spesifikt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (5, 199). Samarbeid er også generelt viktig i innovasjoner (37) og offentlig tjenester (23).

Ulike lover og regler kan hemme samarbeid (136) og muligheten for integrert behandling (28, 43, 56, 201). Ulike lovverk kan gjøre at hver enkelt tjeneste blir mer opptatt av egne oppgaver og plikter enn brukernes behov. Tjenestene kan også få forskjellig syn på hva som er viktig for brukerne (205). Et tjenestesystem har gjerne mange nivå (206), og psykisk-helsetjenestesystemet er intet unntak (31). Ulike tjenestenivå kan hemme samarbeid (77) og integrering av tjenester (59, 142, 201), samt skape byråkratiske barrierer (75). Byråkrati kan hemme samarbeid (201) og integrering av tjenester (55). Det kan for eksempel skape utfordringer når en trenger raske løsninger (127). Byråkrati baserer seg på skriftliggjorte regler og har ofte en hierarkisk beslutningsstruktur (140). Hierarkisk struktur kan gjøre det mer krevende å skape godt samarbeid (5). Byråkrati kan også oppta fagfolks tid (26, 205), og gi mindre tid til direkte brukerkontakt (205). Fagpersoner kan da komme i en situasjon hvor de har for knappe ressurser og mål som er i konflikt med hverandre (26). Overgangen mellom tjenester kan også hemmes av byråkratiske prosesser (59).

Bruk av ulike digitale verktøy kan redusere muligheten for integrert behandling (52, 54, 56, 201, 203, 207) og samarbeid (201). Kommunikasjon er beskrevet som viktig for å skape integrert behandling (48, 201, 203), og for å kunne koordinere behandling og oppfølging

mellom tjenester må en ha en måte å utveksle informasjon på (135, 208). Mye kommunikasjon mellom tjenester er skriftlig (5) og gjennom digitale plattformer (41). Hvis systemene som skal sørge for utveksling av kommunikasjon ikke er kompatible, kan det få negative følger for brukerne (208). Ulike digitale systemer kan for eksempel redusere sammenhengen i informasjonsutveksling i kommunale psykisk helseteam (207). Det kan også skape utfordringer i krisesituasjoner grunnet mangel på relevant informasjon (209). Dermed kan det å ha felles digitale plattformer bidra til mer integrerte tjenester (42, 47, 48, 89, 210), også spesifikt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (210). Felles journalsystem kan forbedre kommunikasjonen mellom ulike aktører og bedre samarbeidet (54, 89, 189, 211, 212), samt gi mer integrerte tjenester (89). Felles digitale system kan for eksempel gi mer effektiv kommunikasjon ved inn- og utskrivelser i sykehus (57, 208).

For å skape integrert behandling er som nevnt samarbeid helt sentralt. Å investere i å bygge gode relasjoner mellom fagfolk er viktig når en skal etablere nye måter å jobbe på som krever samarbeid (5, 77, 136, 213). Gode relasjoner mellom fagfolk kan bedre muligheten både for integrert behandling (52) og samarbeid (5, 77, 136, 213). Videre kan formalisering av samarbeid mellom tjenester (212), faste møter (5, 56, 77, 202) og felles visjoner (202, 214) fremme samarbeid. Fleksibilitet og lett tilgjengelighet kan øke muligheten for integrert behandling (88, 130). Å være fleksibel (136) og tilgjengelig (5, 59, 77) kan også fremme samarbeid.

Innovasjoner som etableres i et eksisterende tjenestesystem kan gi utfordringer om hvilke oppgaver og ansvar de ulike fagpersoner skal ha (215), og de endrer ofte rollene til de involverte aktørene (26). Når en skal jobbe for å skape integrerte tjenester må en ofte jobbe på nye måter, noe som kan skape endrede roller (216). Dette kan gi uklarhet om oppgavene til ulike aktører, noe som i neste omgang kan hemme mulighetene for integrert behandling (76, 89). Definerte roller (189, 203) og forståelse av eksisterende roller (217), kan fremme integrering. Klarhet i roller er videre beskrevet som viktig ved etablering av lignende modeller som FACT i allerede eksisterende tjenestesystem (218).

3.0 TEORI OG KUNNSKAPSSTATUS

Avhandlingens formål er å få økt kunnskap om og forståelse for hvordan FACT-modellen passer inn i og tilpasses til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. Relevant forskning om FACT- og ACT-modellene vil derfor gjennomgås. Teori og forskning om hva som kan innvirke på hvordan innovasjoner passer inn i og kan tilpasses til lokale kontekster vil også gjøres rede for.

3.1 Kunnskapsstatus FACT- og ACT-team

Det er gjort relativt lite forskning på FACT-modellen som del av det eksisterende tjenestesystem og rurale kontekster. Både studier av FACT- og noen om ACT-modellen vil derfor gjennomgås. Først blir det redegjort for forskning om nytte og effekt av FACT-modellen for brukerne.

Studier om nytte og effekt av FACT-modellen for brukere

Det finnes noe forskning om nytte og effekt av FACT-modellen for brukere (14, 16, 62, 63, 65, 69–73). Flere av studiene fant at personer som hadde fått oppfølging fra FACT-team opplevde bedre livskvalitet og psykososial fungering (14, 62, 69). Fire av studiene fant reduksjon i innleggelses og oppholdsdøgn i psykisk helsevern (62, 63, 69, 70). En dansk studie fant også nedgang i innleggelses i psykisk helsevern, men ingen reduksjon i antallet oppholdsdøgn, hverken frivillig eller under tvang (16). En av studiene som fant færre oppholdsdøgn var en engelsk studie som så på hvordan personer som tidligere fikk oppfølging fra kommunale psykisk helseteam, responderte etter å ha fått oppfølging fra FACT. De fant mindre behov for krisetjenester etter innskriving i FACT (71). Nugter mfl. (69) fremhever at FACT-team kan bidra til kontinuitet i behandlingen da brukere ikke trenger å overføres til andre tjenester ved endring i tjenestebehov. De hevder også at gjennom bruk av tavlemetodikken kan FACT-team følge bedre med på brukeres situasjon og tilpasse oppfølgingen mer fleksibelt i tråd med deres behov. Samtidig fant en studie fra 2018 at brukeres psykososiale fungering forble relativt stabil etter å ha vært i FACT-team (73).

Det er svakheter ved flere av disse studiene. De har ulikt design og målgruppe, samt at kontrollgruppene i flere av dem ikke er ensartet sammensatt. I en artikkel fra 2014, hvor de fem studiene som til da var gjort på FACT-modellen ble oppsummert, ble det hevdet at det ikke var påvist signifikant bedring for brukere av FACT-team når det gjaldt symptomreduksjon, fungering eller livskvalitet (61). Denne artikkelen ble senere kritisert av Veldhuizen mfl. (219).

Ifølge dem var det bare i én av studiene i denne oppsummeringen hvor en ikke fant en slik effekt av FACT-modellen.

Videre har en i en svensk studie intervjuet ansatte i FACT-team. De ansatte opplevde at teamene førte til økt kvalitet på tjenestene, blant annet gjennom å bidra til bedre dokumentasjon og krisehåndtering. De formidlet også at teamene hadde mer bevissthet om brukere med behov for særlig intensiv oppfølging, og mer fokus på å forebygge sykehusinnleggelser. Den recoveryorienterte tilnærmingen i modellen ble beskrevet å gi økt involvering av brukerne (68). En norsk studie intervjuet 32 brukere i FACT-team. Brukerne formidlet blant annet at teamene, i større grad enn tidligere tjenester, støttet medborgerskap. Å få hjelp med alle problemer innenfor samme team ga dem økt opplevelse av trygghet, noe som bidro til økt tillit til teamet og tjenestene generelt. Det å bli møtt som en hel person ga økte muligheter for bedring og deltakelse i samfunnet. Flere beskrev en opplevelse av å bli mer involvert i beslutninger rundt eget liv enn tidligere, og at teamene hadde mer fokus på deres egne ønsker og behov. Det å få praktisk bistand fra teamet bidro til bedre økonomisk situasjon. Flere opplevde det også trygt at teamene var lett tilgjengelige og kunne gi rask oppfølging ved kriser. Samtidig var det et forbedringspotensial i teamenes arbeid med inkludering av brukere i lokalsamfunnet (220).

Den norske nasjonale evalueringen av FACT-team fant at brukerne oppnådde bedring på ulike områder i livet, målt to år etter de hadde blitt inkludert i teamene. Flere var i meningsfull aktivitet eller under utdanning, og opplevde bedret livskvalitet. Evalueringen fant forbedring i brukernes bosituasjon og sosial fungering. Det var derimot ingen endring når det gjaldt andelen brukere som var kommet i ordinært arbeid. Evalueringen fant heller ingen nedgang i antallet innleggelser i psykisk helsevern, men det var en reduksjon på 33 prosent i oppholdsdøgn. Antallet oppholdsdøgn på tvang i psykisk helsevern var redusert med 40 prosent to år etter inntak i FACT-teamene (221).

Det er ikke gjennomført metastudier om FACT-modellen. Cochrane gjennomførte i 2010 (222) og 2017 (223) kunnskapsoppsummeringer om ACT-modellen. Disse konkluderte blant annet med at ACT-team reduserer hyppigheten og varigheten av sykehusinnleggelser. De fant også at ACT-team gir høyere pasienttilfredshet enn mer tradisjonelle psykiske helsetjenester. En dansk studie har ved et kontrollert studie-design sett på hva som skjer når brukere overføres fra ACT-team til FACT-team. Det ble ikke funnet negative effekter av en slik overføring, og FACT ble beskrevet å være et trygt alternativ til ACT (16).

Oppsummert peker gjennomgangen på at kunnskapsgrunnet for FACT-modellen er svakt. Samtidig viser flere studier nytteverdi for brukerne. Ingen av studiene har et RCT-design.

FACT- og ACT-team som en del av eksisterende tjenestesystem

Det er gjort to studier som berører FACT-modellen som del av det norske tjenestesystemet. I tillegg er det gjennomført en nasjonal evaluering av FACT-team. Evalueringen inkluderte fem urbane og to rurale team. Her kom det frem at teamene samarbeidet med andre tjenester, oftest hjemmetjenester og psykisk helse- og rustjenester i kommunene. I tillegg ble det gitt tjenester fra andre instanser uten at det var som et samarbeid med teamet. I intervju med ansatte i FACT-teamene ble samarbeid med andre tjenester til dels beskrevet som positivt. Ulike digitale løsninger, tjenestenivå og lovverk ble beskrevet som barrierer for samarbeid. Samarbeid med andre ble beskrevet å kreve koordinering, noe de i neste omgang opplevde tidkrevende. De ansatte formidlet samtidig at de i stor grad hadde oversikt over tjenestene brukerne fikk utenfor teamet. Videre beskrev de tavlemøtene som viktige for å få struktur på arbeidet, for å jobbe sammen i oppfølgingen av brukerne og for samholdet i teamet. Flere team hadde delte stillinger, og formidlet at dette ga utfordringer med koordinering, muligheten for helhetlig oppfølging og det å integrere ansatte i teamet. I teamene som hadde deltidsstillinger, uttrykte de ansatte behov for hele stillinger. FACT-teamene som deltok i evalueringen hadde ikke 24/7- tilgjengelighet. Det var en utbredt holdning blant ansatte at det ikke var nødvendig med døgnåpne team. Å håndtere kriser etter kontortid mente flere kunne løses ved telefonordninger og aktiv bruk av kriseplaner. I rapportens anbefalinger heter det blant annet at innsatsen for å involvere brukerne i lokalsamfunnet bør styrkes, at teamene bør ha et overordnet ansvar for brukerne og de bør koordinere alle tjenester. Evalueringen reiser usikkerhet ved om brukerne får integrert behandling. De fant at det delvis gis *parallele tjenester* ved at både kommuner og FACT-team noen ganger var inne med samtidige tjenester (221).

I en norsk studie som intervjuet brukere av FACT-team, beskrev brukerne at teamene samarbeidet med andre tjenester. Samarbeidet ga brukerne økt opplevelse av kontroll over eget liv, og en bedre oversikt over alt de ellers måtte forholde seg til i tjenestesystemet. Teamenes samarbeid med hjemmetjenestene ble for eksempel beskrevet å gi bedre oppfølging av medisiner. Samtidig ble det beskrevet et forbedringspotensial i teamenes samarbeid med noen av tjenestene (220). En annen norsk studie har sett på hvordan etableringen av FACT-team i Norge har blitt påvirket av e-helsepolicy, infrastruktur og ulike reguleringer. Denne peker på at den nåværende infrastrukturen relatert til e-helse gjorde det vanskelig å dele data innad i teamet og med andre tjenester. Dette var en barriere i implementeringen. Digitale

verktøy ble beskrevet brukt i noen grad, men at det ikke alltid fungerte ved oppfølging av brukere (224).

I en dansk studie om FACT-team ble ansatte i teamene intervjuet om implementeringen. De beskrev at teamene jobbet bevisst for å skape godt samarbeid med andre tjenester, særlig døgn-tjenester. Teamene prøvde blant annet å skape en felles visjon rundt behandlingsplanene og planlegge utskrivelser sammen med spesialisthelsetjenesten. Teamene hadde samarbeidsutfordringer med noen døgnenheter. De ansatte beskrev også at FACT-teamene adresserte et gap i tjenestesystemet, og bidro til å tette et hull i systemet for brukerne som trengte intensive tjenester. U hensiktsmessig organisering og det å ikke se fordelene av modellen, hemmet implementeringen. Daglige tavlemøter ble opplevd å bedre kvaliteten på behandlingen, fordi teamet fikk drøftet oppfølgingen av brukerne på tvers og de teamansatte fikk bedre oversikt over brukernes behov (20). Denne studien er del av en avhandling om effekten av FACT-modellen. I avhandlingen ble det beskrevet noe motstand mot implementering av FACT-modellen blant noen av de som jobbet i teamene. Den organisatoriske konteksten ble formidlet som viktig i implementeringen, og faktorer som for eksempel høy caseload og uklarhet i fordeling av roller ble beskrevet som barrierer. Noen ansatte i FACT-teamene så behov for at tjenestene ble bedre, og var motiverte til å implementere modellen. Andre igjen så ikke nytten, og hadde motstand mot implementeringen. Flere team beskrev stadige økende caseload. Høy caseload gjorde deler av kontaktetableringen og den intensive oppfølgingen krevende. Det gjorde det også vanskeligere å jobbe i tråd med recoveryorientert tilnærming, i både urbane og rurale team. Det danske tjenestesystemet ble opplevd å gjøre det utfordrende å gi alle tjenester fra teamet, og ulike lovverk gjorde det vanskeligere å gi integrert behandling. Modellen måtte derfor tilpasses dansk kontekst (225). Også en nederlandsk studie fant at ulike barrierer mellom de ulike sektorene innen helsetjenestene og ulike lovverk gjorde det vanskeligere å levere sammenhengende tjenester (12).

Det er gjort noen relevante studier i Sverige. Der er psykisk helse- og sosiale tjenester delt inn i to tjenestenivå. Å skape integrerte tjenester for FACT-team i et slikt system, stiller høye krav til samarbeid mellom nivåene og det kan gjøre det vanskeligere å gi gode tjenester til målgruppen. Ulike lovverk i de to sektorene gjorde det vanskelig å utføre hverandres oppgaver og taushetsplikten skapte utfordringer. Modellen ble likevel implementert relativt raskt og enkelt. Positive holdninger og troen på FACT-modellen blant ansatte bidro til dette (15). En annen studie pekte på at FACT-teamene tettet hull mellom ulike tjenester i det som ble beskrevet som en kontekst med stor grad av sektorinndeling av tjenestene. Gapet teamene bidro

til å tette, ble beskrevet å være en barriere for å kunne gi adekvat behandling og rehabilitering for målgruppen i FACT-team i den svenske konteksten (14). I en annen svensk studie ble ansatte i FACT-team intervjuet. Denne viste at teamene skapte et felles handlingsrom mellom fagfolk i psykisk helse- og sosiale tjenester når de jobbet sammen i FACT-teamet. Dette ble blant annet forklart med at de ansatte da fikk en mer felles forståelse (68).

Den norske nasjonale evalueringen av ACT-team viste at teamene samarbeidet med flere andre tjenester, oftest døgnavdelinger, Nav, psykisk helse- og rustjenesten i kommunen og fastlegene. I tillegg ble det gitt tjenester fra andre instanser uten at teamene var involvert. ACT-teamene ble av deres samarbeidspartnere beskrevet som brobyggere, koordinatore, at de avlaster andre tjenester og ga andre fagpersoner økt opplevelse av trygghet. De ansatte i teamene hadde varierte erfaringer med samarbeidet med andre tjenester, men de var likevel avhengige av samarbeid. De formidlet at det hadde tatt tid å finne sin plass i tjenestesystemet. Den forpliktende samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste ble beskrevet som avgjørende for pasientoppfølgingen (115). I en artikkel som bygger på de samme data som overnevnte evaluering, ble det beskrevet at teamene delegerte oppgaver til andre tjenester. De fleste beskrev dette som en god ordning. De som jobbet i ACT-teamene, opplevde at teamene ble en integrert del av det eksisterende tjenestesystemet. Det høye antallet tjenester, de ulike nivåene og de ulike lovverkene ble sett på som utfordrende. Samarbeidsutfordringer utfordret koordineringen av tjenestene (226).

I internasjonale studier om ACT-modellen, er det pekt på at dårlig samarbeid (227) og vanskeligheter med å bygge samarbeidsrelasjoner (228) kan hemme implementeringen. En studie fant for eksempel at ansatte i ACT-team opplevde at noe av det mest krevende med å jobbe i teamene var å skape relasjoner med andre tjenester, og at koordinering var tidkrevende (228). I en amerikansk studie beskrev ansatte i ACT-team utfordringer med å få de andre tjenestene med på endringene teamene representerte, særlig i oppstarten. De beskrev også frustrasjon over at tjenestesystemet de ble etablert i ikke var klargjort for modellen, og at det ikke var brukt nok tid på å identifisere barrierene som lå i det eksisterende systemet. Studien påpekte at det å implementere nye tjenestemodeller kan hemmes om infrastrukturen i systemet ikke er klar for modellen (227). I Sverige viste en studie at det var utfordrende å implementere ACT-team som en del av de eksisterende tjenestene. Dette ble begrunnet i ulikt formelt ansvarsforhold mellom sosiale tjenester og psykisk helsetjenester (142). En annen svensk studie viste at samarbeidet med andre psykisk helsetjenester fungerte bra, mens det var større utfordringer i samarbeidet med de sosiale tjenestene. Teamene representerte en annen måte å

jobbe på enn de ansatte var vant med fra før, og endringene skapte usikkerhet hos noen. Studien beskrev at modellen ikke passet med eksisterende reguleringer og tradisjoner (229).

Gjennomgangen peker på at FACT-team samarbeider med andre tjenester. Slike team kan få en koordinatorrolle, en brobyggerfunksjon, og tette hull i tjenestesystem. Mange ulike tjenester, tjenestenivå, lovverk og digitale verktøy kan hemme fungeringen. Studiene gir noen indikasjoner, men beskriver i liten grad hvordan modellen passer inn i og tilpasses til komplekse og fragmenterte tjenestesystemer.

FACT- og ACT-team som del av rurale kontekster

Den norske nasjonale evalueringen av FACT-team berørte i noen grad teamene som del av rurale kontekster. De to inkluderte rurale teamene ble blant annet fidelityvurdert, og ville blitt sertifisert som FACT-team i Nederland. De rurale teamene hadde færre brukere enn de rurale. Noen teamansatte opplevde at kontaktfrekvensen med brukerne ble påvirket negativt av lange reiseavstander. Delegering av noen oppgaver til kommunen bidro til å beholde kontaktfrekvensen og akuttfunksjonen. Ansatte i de to rurale teamene, beskrev at de ikke gjennomførte daglige tavlemøter da det ville ta for mye tid. Noen formidlet at det fungerte greit, mens andre mente hyppigere møter ville vært en fordel. Ansatte i teamene fulgte ofte opp de brukerne som bodde i deres egne hjemkommuner og startet ofte arbeidsdagen hos brukerne for å spare tid (221).

En dansk studie har sett noe på FACT-team i rurale kontekster. De rurale teamene som var inkludert i studien hadde lavere caseload enn de urbane. Avstand ble beskrevet som en barriere for å kunne jobbe oppsøkende, og det ble pekt på at lange avstander hemmet samarbeidet mellom FACT-teamene og døgnavdelinger. Avstandene medførte at det ikke alltid ble gjennomført besøk eller møter under innleggelse. Noen ganger besøkte teamene flere brukere samtidig for å spare tid. De ansatte informerte også hverandre på morgenmøtene om hvor de skulle for å samkjøre eller bytte om på oppdrag. Teamene brukte noen ganger digitale verktøy ved lange avstander. De hadde for eksempel digitale møter med sykehusavdelinger som lå langt unna. På noen av disse møtene deltok også brukere (20).

ACT-modellen er i flere studier funnet mindre hensiktsmessig i rurale regioner (98, 168, 230–232). Ifølge Naughter mfl. (232) gjaldt dette særlig områder med lav befolkningstetthet og færre typer andre tjenester. Dette gjorde det vanskeligere å implementere fullverdige ACT-team. En annen studie pekte på at lange avstander gjorde det vanskeligere å få besøkt brukere, og at ansatte i teamene opplevde det krevende å måtte reise langt. Høy turnover blant ansatte og

vanskeligheter med å finne kvalifiserte fagfolk ble pekt som noen av de største utfordringene i slike regioner (227). Dette kan gjøre det krevende å få til tverrfaglig sammensatte team (167, 233). En studie knyttet denne problemstillingen særlig til utfordringer med å rekruttere spesialister (167). Flere studier har pekt på at ACT-team derfor har gjort ulike tilpasninger til rural kontekst (151, 162, 167-169, 233, 234), som for eksempel delte stillinger (175) og færre interne møter (162). En av artiklene som beskrev tilpasninger til rural kontekst var en gresk studie som så på implementeringen av det de betegner som en hybrid ACT-modell. I denne studien ble det blant annet vist til at lange avstander gjorde det utfordrende å besøke brukerne hjemme, noe som begrenset hvor mange brukere de kunne ha i teamet. Bruk av digitale verktøy ble også beskrevet som utfordrende, da ikke alle brukere i rurale regioner hadde tilgang til internett (233).

Oppsummert peker gjennomgangen på at lange avstander kan gjøre det utfordrende å drive intensiv oppsøkende virksomhet og ha tilgang til nødvendig fagkompetanse. Studiene beskriver i liten grad hvordan FACT-modellen passer inn i og tilpasses til rurale kontekster.

3.2 Hvordan kan innovasjoner passe inn i eksisterende kontekster?

Offentlige innovasjoner foregår oftest på tvers av tjenestenivå og sektorer (111), og involverer mennesker med ulike fokus, interesser, tidsrammer og måter å jobbe på. Disse gir ofte tjenester samtidig, men ikke alltid i samarbeid (35). Det å implementere innovasjoner i allerede eksisterende systemer kan være krevende (27, 29, 33, 235–237) og uforutsigbart (30). Dette gjelder også ved etablering av innovative modeller for personer med alvorlige psykiske lidelser (142, 227, 229, 238). Det vil derfor her redegjøres for teori og forskning om hva som kan virke inn på hvordan innovasjoner passer inn i lokale kontekster.

Hvorvidt en innovasjon passer med de eksisterende strukturer vil ifølge De Vries og Bekkers (25) kunne innvirke på innovasjonsprosesser. I en review-studie fra 2019 (239) er geografi, upassende strukturer og kompleksitet funnet å kunne hemme innovasjoner i offentlige tjenester. Hemmende strukturer kan også omhandle mangler i støttende teknologi (239), ulike tjenestenivå (33, 239) og ulike lovverk (33, 239). Videre hevder Grønroos (240) at offentlige tjenester ofte er organisert og ledet på byråkratiske måter, og byråkratiske strukturer kan gjøre det vanskeligere å få til innovasjoner (36, 38).

Innovasjonsprosesser kan være vanskelig å kontrollere, og hvordan en innovasjon tas imot av aktører som berøres av den, vil kunne påvirke dens fungering (24). En innovasjon er sjelden noe en enkelt aktør gjør alene (37), og for at innovasjoner skal fungere, er det sentralt at de

etableres i et system som støtter endringene (218). Endringer kan støttes (218, 241) eller hindres (241). Det kan også oppstå motstand mot endring (30, 141, 201, 236, 242) eller det kan være motivasjon for endring (243). Behov hos de som eventuelt skal ta imot en innovasjon, kan innvirke på innovasjonsprosesser i offentlige tjenester (239). Cinar mfl. (239) gjorde i 2019 en systematisk review av studier på barrierer i innovasjonsprosesser i offentlig sektor. Flere av de inkluderte studiene omhandlet helsetjenester. De pekte på at når en innovasjon ikke passer inn med behovene til de som skal ta den imot, kan det hemme prosessen. Singh mfl. (244) gjorde i 2020 også en systematisk review-studie. Denne handlet om implementering av tjenesteinnovasjoner og de fleste inkluderte studiene var fra helsetjenester. Denne studien fant at det å se fordeler ved en innovasjon kan bidra til at ansatte blir mer positivt innstilt til å ta den imot når den implementeres.

Videre hevder Choi og Chang (245) at hvis ansatte har tro på at en innovasjon kan gi en fordel for dem selv og tjenesten de jobber i, vil sjansen for at de aksepterer den øke. Og hvis fagfolk opplever utfordringer med hverdagen slik den er, kan det være en driver for innovasjoner (36). Det samme kan opplevelse av at det er hull i eksisterende tjenestesystem. En studie fra Canada så på implementering av to nye tjenestemodeller som var inspirert av FACT. Denne fremhevet viktigheten av å se på behovene for endringen for å kunne vurdere om ansatte var klar for endringen (19). Motivasjon for endring kan blant annet omhandle manglende ressurser, og det å få mulighet til å ha mer helhetlig fokus (243). En studie fra 2021 pekte videre på at det å oppleve fragmentering kan motivere til endring. Fragmentering kan oppleves negativt og dermed gi motivasjon for endring dersom den antas å kunne redusere fragmentering (246). Hvis en på den andre siden ikke ser fordelene av endringen, kan noen jobbe for å beholde ting slik de er (241, 247), særlig hvis de er fornøyde med status quo (241) eller føler seg truet av endringen (247). I innovasjonsprosesser kan det oppstå konkurranse (179). Dersom innovasjonen oppleves som kritikk av det som var før eller som en konkurrent, kan det hemme innovasjonens fungering (26).

Oppsummert peker gjennomgangen på at hvordan en innovasjon passer inn i eksisterende kontekst kan innvirke på fungeringen. Geografiske trekk og strukturer i tjenestesystem som ikke passer med innovasjonen kan være barrierer. Hvis det oppleves å være behov for og innovasjonen gir en fordel, er det større sjanse for at endringen støttes. Hvordan en innovasjon som FACT-team passer inn i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster, fremkommer ikke. Det er derfor behov for mer kunnskap om dette.

3.3 Hvordan kan innovasjoner tilpasses til lokal kontekst?

Ifølge teori og forskning utvikles og etableres innovasjoner som en prosess (33, 37, 38, 40). Innovasjoner spres gjerne til andre kontekster. Når det er store forskjeller mellom opprinnelig kontekst og konteksten den skal overføres til, anbefaler Røvik (39) at en heller enn å imitere, gjør prosessen om til innovasjoner hvor en gjør tilpasninger eller endringer i den opprinnelige innovasjonen. Slike tilpasninger kan ifølge Toivonen sees på som inkrementelle innovasjoner, og hun viser til at innovasjoner kan fortsette å innovere etter etablering (40). Også Rønning hevder at en etter etablering av en innovasjon kan fortsette å innovere (26). Han hevder rene imitasjoner sjelden er mulig grunnet ulike kontekster, og at det derfor må gjøres tilpasninger. Disse tilpasningene kan sees som egne innovasjoner.

Det finnes ulike beskrivelser av hvordan tjenesteinnovasjoner generelt, (40, 177, 180, 248) og innovasjoner i offentlig sektor spesifikt (25, 37, 177), utvikles. FACT-modellen kan betegnes som en type innovasjon hvor en først utvikler et prosjekt gjennom forskning og utviklingsprosesser, FACT-modellen, for så å etablere den som en del av praksis (22, 40). Dette kaller Toivonen for prosjekt separat fra praksis, altså at utviklingen av den nye løsningen skjer separat fra praksis (40). Tradisjonelt har det vært vanlig å se på utvikling av innovasjoner på denne måten (22, 40). Dette er fortsatt en «vanlig» måte å forstå innovasjonsprosesser på (185). Denne forståelsen er imidlertid ikke like vanlig i tjenesteinnovasjonsprosesser (187).

Innovasjoner kan oppstå for å løse utfordringer en møter i daglig praksis. Ad hoc-innovasjon, bricolage, praksisdrevet og rapid application er slike typer innovasjoner (249). Ad hoc-innovasjon er et begrep som brukes av flere (22, 35, 177, 180, 185, 248, 249), og handler om prosesser hvor en finner nye løsninger i direkte møter med brukere. Denne type prosesser er ikke nødvendigvis repeterbare, men kan inneha repeterende elementer. Ved å identifisere disse elementene kan de videreutvikles til innovasjoner (22). Bricolage er et annet begrep brukt av flere (35, 177, 249, 250). Bricolage handler om å ta i bruk det en har for hånden i direkte møter med brukere for å skape nye løsninger (177). Fuglsang og Rønning (35) mener bricolage og ad hoc-innovasjon er relevant når en skal fange potensialet for innovasjon i offentlig sektor. Flere beskriver at innovasjonsprosesser kan utvikles uten at det bevisst har vært prøvd å innovere. Dette kalles a posteriori (40, 177), og omhandler innovasjoner en først i ettertid ser ble utviklet (40). En annen type innovasjonsprosess er formaliseringsinnovasjoner (22, 180, 248). Disse handler om å tydeliggjøre eller standardisere noen karakteristikk i tjenesten (180). Drejer (248) peker på at formaliseringsinnovasjon ikke egentlig er en innovasjon, da denne prosessen handler om å gjøre om taus kunnskap om til eksplisitt. Det kan likevel være et viktig steg mot

en innovasjon. Toivonen og Tuominen har pekt på at dette også passer inn med kriteriene for innovasjon (22). Skillene mellom de nevnte typene innovasjonsprosesser kan være uklare. Toivonen har utviklet et rammeverk hvor hun skiller mellom tre typer tjenesteinnovasjonsprosesser (40). Dette rammeverket vil derfor gjennomgå mer inngående.

Toivonen (40) deler som nevnt tjenesteinnovasjoner inn i tre ulike typer. Den ene kaller hun innovasjon som et prosjekt separat fra praksis. De to andre er tettere knyttet til praksis. En av disse kaller hun rapid application. Her er hoveddelen av innovasjonsprosessen innlemmet i praksis. Etter at en får en idé om en måte å gjøre noe på, starter en raskt å jobbe slik, og utviklingen skjer hånd i hånd med praksisutførelsen. En vil først etterpå se at det var en innovativ løsning som ble utviklet. Likevel har utviklingen av innovasjonen vært en bevisst strategi for å løse et problem eller en oppgave. For at det skal være en rapid application må endringen være repeterbar (40). Djellal mfl. (249) skriver at et særtrekk ved rapid application er at tjenestelevering og innovasjonsprosessen skjer samtidig. Den andre typen innovasjon som er tett knyttet til praksis, kaller Toivonen praksisdrevet. Også denne er integrert i praksis, og også her ser en først etterpå at det var en innovasjon som ble utviklet. Praksisdrevet innovasjon handler imidlertid mer om skreddersydde løsninger utviklet som en del av den praktiske arbeidshverdagen. Innovasjonen starter ikke som en ny bevisst idé, men en ny type praksis utvikles som svar på noen opplevde muligheter eller utfordringer. Dette kan være i direkte kontakt med en bruker for å håndtere en situasjon en står i der og da. Dersom dette kan repeteres og bli en del av daglig praksis, vil en kunne si at de har utviklet seg til nye innovasjoner (40). Også Djellal mfl. (249) hevder at innovasjoner i offentlig sektor er tett knyttet til praksis. De beskriver praksisdreven innovasjon og rapid application som eksempler på to slike. De hevder det er et behov for å gjøre mindre formaliserte eller lineære innovasjonsprosesser i offentlige tjenester, da innovasjonene der ofte skjer i tjenestene lokalt.

Russo-Spena og Mele (251) bruker begrepet innovere, heller enn innovasjon, om denne type prosesser. Det er for å synliggjøre den dynamiske, kollektive og handlingspregede prosessen som ofte foregår i utvikling av slike praksisnære innovasjoner. De hevder at innovasjoner utvikles ved at aktører sammen skaper og deler kunnskap i den praktiske arbeidshverdagen, bevisst eller ubevisst. Hvorvidt slike skreddersydde løsninger utvikles til innovasjoner vil avhenge av tjenestens evne til å generalisere og spre løsningene (187). Djellal mfl. (249) sier praksisdrevne innovasjonsprosesser også handler om å identifisere endringer i praksis, for så å utvikle og institusjonalisere disse for at det skal bli en innovasjon.

Oppsummert peker gjennomgangen på at tilpasninger til kontekst kan skje gjennom praksisnære innovasjoner. Disse skjer ofte som kollektive prosesser ved å løse utfordringer i daglig praksis, og kan omhandle det Toivonen kaller rapid application eller praksisdrevne innovasjoner. FACT-teamene er en innovasjon i seg selv, men hvordan modellen tilpasses til lokal kontekst er det behov for mer kunnskap om.

4.0 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Avhandlingens formål er å bidra til økt kunnskap og forståelse for hvordan FACT-modellen passer inn i og tilpasses til formelle komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. Den overordnede problemstillingen er derfor: Hvordan passer FACT-modellen inn i hvordan tilpasses den til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner? Disse to kontekstene belyses hver for seg gjennom beskrivelser fra ansatte i FACT-team og fra samarbeidspartnere i det eksisterende tjenestesystemet. Problemstillingen vil diskuteres opp mot hvordan teamene synes å kunne jobbe i tråd med noen av de sentrale elementene i FACT-modellen og målet om integrert behandling gjennom tre problemstillinger.

Problemstilling 1: Hvordan opplever ansatte i det eksisterende tjenestesystemet FACT-teamenes fungering som del av systemet?

Problemstilling 2: Hvilke barrierer beskriver ansatte i FACT-team reduserer muligheten for integrert behandling i det norske tjenestesystemet, og hvordan beskriver de å ha tilpasset sin måte å jobbe på for å øke mulighetene for integrert behandling?

Problemstilling 3: Hvilke elementer i FACT-modellen beskriver teamledere i rurale FACT-team som særlig utfordret av den rurale konteksten, og hvilke tilpasninger har teamene gjort til modellen?

5.0 MATERIALE OG METODE

Det er problemstillingene som bestemmer hvilken metodologi og metode en skal velge (252), og det vil her redegjøres for metodiske og metodologiske valg i studiene. Da dette omhandler to ulike ting (253), vil de redegjøres for hver for seg.

Gjennom problemstillingene søkte vi å få svar på erfaringer gjennom beskrivelser. Kvalitativ metode ble valgt. I kvalitativ forskning er ofte målet å forstå (254, 255) og beskrive det som studeres (256). Kvalitativ forskning kan være særlig nyttig når det en studerer er komplekst, når det er behov for å utforske og utdype eksisterende kunnskap (257), og når en ønsker å få tak i erfaringer (256). Denne studien søker å øke forståelsen av hvordan FACT-modellen kan passe inn i og tilpasses til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. Dette studeres gjennom å gå i dybden og få beskrivelser av erfaringer fra ansatte i FACT-team og i det eksisterende tjenestesystemet.

5.1 Metodologi og vitenskapsteoretisk ståsted

Metodologi omhandler den verktøykassen en bruker for å tilegne seg kunnskap (253). Denne vil i neste omgang være styrende for de metodiske valg som tas, og da er det viktig at leser vet hva som ligger bak avhandlingens metodologiske valg (252, 258).

Kvalitativ forskning er del av det fortolkende paradigmet. I dette paradigmet er tenkningen at virkeligheten som studeres, endres etter hvordan den fortolkes (254). De fleste kvalitative studier har et konstruktivistisk kunnskapssyn (255). Dette er langt på vei avhandlingens vitenskapsteoretiske ståsted. I konstruktivismen tror en ikke på en objektiv sannhet, men at mening konstrueres (252) og endres fra situasjon til situasjon (259). Den konteksten forskere er del av (260–263) og deres personlige perspektiver vil derfor påvirke forskningen (253). Det er derfor lagt vekt på hvordan forsker kan ha påvirket studien. Avhandlingens ontologiske ståsted, hvordan virkeligheten oppfattes (264), sees som påvirket av kontekst, tid og brillene en ser verden gjennom. Derfor er det redegjort for både den norske kontekst, bakgrunnen for etableringen av FACT-team i Norge, og det vil redegjøres for forskers ståsted til tema.

Avhandlingens epistemologiske ståsted, synspunkt på hva kunnskap er (253), er også i hovedsak basert i konstruktivismen. Kunnskap sees som påvirket av både de som forsker og de det forskes på, tiden og konteksten studien skjer i, og hvordan disse faktorene spiller sammen. Samtidig ser avhandlingen på forskning som en god kilde til kunnskap. Forskning kan gi økt forståelse av det som studeres, og hvis den leses som del av den kontekst den er i, kan

forskning brukes til videreutvikling av praksis, teori og forskning, også ut over den studerte kontekst. Her skiller forskning seg fra evaluering. I evaluering kan resultatene hovedsakelig overføres og brukes til å videreutvikle den inkluderte praksis. I studiene som inngår i avhandlingen har det vært et mål å bidra med kunnskap som har overføringsverdi ut over de inkluderte FACT-teamene.

En kvalitativ studie har ofte en induktiv tilnærming (254, 256), noe denne studien til dels har. Studien er datadrevet og ikke teoridrevet, såkalt datadrevet analyse (256). Samtidig har forskere alltid med seg både kunnskap og epistemologisk ståsted (265), noe som vil påvirke underveis. Dette medfører at en aldri vil kunne være helt induktiv i denne type studier. Kunnskapen avhandlingen frembringer sees derfor ikke på som en fasit upåvirket av forskeren og forskergruppen.

I et konstruktivistisk ståsted er refleksivitet viktig (261). Refleksivitet er en forskningsteknikk som kan brukes for å redusere forskers påvirkning (255) og kvalitetssikre kvalitativ forskning (265, 266). Refleksivitet innebærer at forsker er bevisst sin rolle i forskningen (267), og reflekterer kritisk (265, 268). Det kan innebære å reflektere over forskerens relasjon til deltakerne og hvorvidt denne kan påvirke svarene de gir (268). Det kan også omhandle å reflektere over verdier, interesser, politisk ståsted, erfaringer og sosiale identitet (267). Forsker har derfor brukt mye tid på å snakke med kollegaer og forskningsgruppen om sin rolle. Forsker har også skrevet ned tanker rundt dette og hatt «dialog med meg selv» før og etter intervjuene. Det anbefales å redegjøre for kjennskapen deltakerne hadde til forsker før intervjuene (258). Forsker kjente ikke deltakerne før studien, men deltakerne kjente forskers to arbeidssteder. Dette kan ha hatt innvirkning på hva som ble sagt.

5.2 Forskers ståsted relatert til studien

I konstruktivismen tror en ikke på verdifri forskning (269). Også forskerens egne verdier vil påvirke forskningen. Det redegjøres derfor her for forskers faglige ståsted og verdigrunnlag. Forsker har jobbet i NAPHA siden 2013, men har gjennom stipendiatperioden hatt 80 prosent permisjon fra stillingen. Forsker er ansatt ved NKROP som stipendiat. NAPHA og NKROP har i flere år hatt i oppdrag å følge opp etableringen av FACT-team i Norge. Forsker hadde ikke jobbet direkte med FACT ved oppstart av ph.d.- prosjektet, men gjennom beskrivelser fra kollegaer og kunnskap om modellen, hadde forsker en oppfatning om at dette kan være en god måte å organisere tjenestene på. En viktig verdi for forsker er at alle mennesker skal ha like rettigheter og tilgang til god hjelp, uavhengig av hvor de bor. Det har gitt motivasjon til å bidra

med kunnskap som kan bli nyttig for tjenestene, og dernest forhåpentligvis for brukerne, uavhengig av deres bosted. Forsker er utdannet barnevernspedagog og har hovedfag i sosialt arbeid. Motivasjonen for yrkesvalget var et engasjement og ønske om å bidra til at alle mennesker skal få mulighet til å leve så gode liv som mulig. NKROP har i en årrekke jobbet med og forsket på FACT-modellen. Leder av forskningsprosjektet avhandlingen er del av og hovedveileder har vært ledende i dette arbeidet. Dette kan ha påvirket studien.

5.3 Metode og utvalg

I studie en og to ble det brukt fokusgruppeintervju som metode. Fokusgruppeintervju ble valgt for å utforske deltakernes erfaringer (264, 270, 271) og identifisere felles kunnskap (264, 271), men også gi rom for kritiske diskusjoner og ulike meninger (272). Fokusgruppestudier kan passe fint inn med en konstruktivistisk tilnærming (255), og når det er behov for rike detaljer på komplekse erfaringer (257). FACT-modellen er kompleks, etablert i et komplisert system og skal gi integrert behandling til en målgruppe som ofte har komplekse behov. I den tredje studien ble individuelle intervju valgt som metode for å få mer detaljerte og rike beskrivelser av erfaringer og perspektiver (265) om FACT-modellen i rurale kontekster. Det var behov for å få en mer inngående forståelse (256) og stille mer utdypende spørsmål (265).

FACT-teamene og deltakerne i alle studiene ble valgt ut ved målrettet rekruttering (264, 270, 271). De totalt 11 FACT-teamene som er inkludert i avhandlingen er fidelityvurdert, og ville blitt sertifisert som FACT-team i Nederland. Teamene har deltatt på en tidagers opplæring i FACT-modellen. Teamene er også del av regionale nettverk som møtes en til to ganger i året, for kompetanseheving og utveksling av erfaringer på tvers. Bakgrunnen for at det ble valgt målrettet rekruttering var å få deltakere som har førstehånds- og dybdekunnskap om problemstillingene. I studie en ble datainnsamlingen gjennomført fysisk, mens i studie to og tre ble det gjennomført digitalt. I alle studiene ble det brukt semistrukturert intervjuguide (257). Dette for å sørge for at intervjuene omhandlet forskningsspørsmålenes tema, men samtidig ikke var for rigide. Alle studiene ble gjennomført mens det var en pågående satsing på FACT-modellen i Norge. Dette innebar blant annet at de fleste av teamene mottok tilskuddsmidler finansiert av Helsedirektoratet.

Flere anbefaler at transkribering gjøres av forskeren selv (264, 270, 271, 273). Dette kan gi bedre oversikt (271) og en grundigere forståelse av data (273). Alle intervjuene i studie tre og noen av intervjuene i studie en og to ble derfor transkribert av forsker selv. Studiene ble analysert ved bruk av Braun og Clarkes tematiske tekstanalyse (274), og ble til dels inspirert av

retningen de kaller refleksiv tematisk analyse (273, 274). Tematisk analyse kan passe godt når forskningsspørsmålene skal gi svar på erfaringer og forståelse hos fagpersoner (265), identifisere detaljerte og rike beskrivelser (273) og forstå eksisterende praksiser (275). I alle studiene har det vært en målsetting å få rike beskrivelser av erfaringene med FACT-modellen, og bruk av tematisk analyse ble derfor sett som hensiktsmessig. Tematisk analyse kan brukes innen helsefeltet, ikke bare innen psykologi som metoden først ble utviklet for (276). Metoden i studien er i hovedsak inspirert av retningen som kalles refleksiv tematisk analyse. Det innebærer at det ikke er en «oppskrift» som skal følge slavisk, men at forsker skal bruke seg selv aktivt i analysen. Ved tematisk analyse organiserer og beskriver en data på tvers av datasettet i seks ulike faser (265, 273). Alle studiene er analysert på tvers (264) og det er sett etter mønster og kategorier i materialet (254). I alle studiene ble det som Braun og Clarke kaller komplett koding gjennomført (265). Det vil si at alle data som kunne være relevant for å svare på forskningsspørsmålet ble kodet. Analysene var semantiske (265). Det som faktisk ble sagt ble analysert, ikke den en kunne tolke som mening ut fra utsagnene. Tematisk analyse er ikke bundet til noe spesifikt teoretisk rammeverk (254), og kan passe i et konstruktivistisk perspektiv (273). Under er et eksempel på hvordan koder og tema ble utledet i studiene. Denne fra studie en.

	TEMA	KODER
1.	FACT teamene bygger bro mellom ulike tjenester	FACT teamene ser helheten bedre FACT teamene gir kortere vei inn til spesialisthelsetjenesten FACT teamene har gjort tjenestesystemet mer oversiktlig
2.	FACT teamene samarbeider med andre tjenester	FACT teamene samarbeider tett med andre tjenester FACT teamene og deres samarbeidspartnere spiller på hverandre
3.	FACT teamene tar ansvar og trygger andre tjenester	FACT teamene har bidratt til at økt opplevelse av trygghet hos de andre aktørene FACT teamene tar ansvar for brukerne
4.	FACT teamene tetter ikke alle hull i tjenestesystemet	FACT teamene er ikke et tilbud til alle brukere med store utfordringer FACT teamene har bare åpent i ordinær kontortid FACT teamene og andre tjenester har delvis uklar rolle og ansvarsfordeling
5.	FACT teamene er del av et tjenestesystem som hemmer deres fungering	Det er fortsatt mange aktører i tjenestesystemet Ulike lovverk, kommunikasjons- og journalsystemer vanskeliggjør samhandlingen Er det norske tjenestesystemet klart for FACT modellen?

Figur 3: Eksempel på identifiserte tema og koder fra studiene

Studie 1

Setting: Denne studien ble gjennomført i fem regioner hvor seks FACT-team er etablert. De inkluderte teamene var blant de første FACT-teamene i Norge, etablert i perioden 2013 til 2016. Regionene var ulike med tanke på befolkningsgrunnlag, befolkningstetthet og avstander.

Teamene var noe ulikt organisert, men alle var etablert som en forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Ett av teamene var organisert som et interkommunalt samarbeid. Teamene hadde mellom 40 og 153 brukere. Det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer med samarbeidspartnere til disse FACT-teamene.

Rekruttering og deltakere: Totalt deltok 40 tjenesteanstatte i fokusgruppeintervjuene. Det var mellom sju og ti deltakere i hvert intervju. Deltakerne i studien jobbet i ulike deler av tjenestesystemet, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og de fleste var ledere. 19 var fra spesialisthelsetjenesten og 21 fra kommunehelsetjenesten. De var ansatt i tjenester som for eksempel DPS, Nav, LAR og døgn tjenester. Teamlederne for de inkluderte FACT-teamene deltok også i intervjuene. Det var FACT-teamene selv som rekrutterte deltakerne ved å ta kontakt med noen av sine samarbeidspartnere. De ble bedt om å rekruttere fra ulike tjenester i begge tjenestenivå for å få variasjon i erfaringer. Samarbeidspartnere til seks ulike team i fire urbane og to rurale regioner ble rekruttert. Disse ble intervjuet omkring to år etter at teamene var etablert i det eksisterende tjenestesystemet. Grunnen til dette var for at de skulle ha noe erfaring med teamene, samtidig som teamene ikke skulle ha vært der så lenge at det ble utfordrende å snakke om dem som en relativt ny aktør.

Datainnsamling: To forskere gjennomførte fokusgruppeintervjuene, som varte fra 60–90 minutter. I tråd med anbefalinger for fokusgruppeintervju satt deltakerne i sirkel slik at de kunne se hverandre (257, 277). Intervjuene ble tatt opp med lyd. Noen kjente hverandre godt, mens andre ikke kjente hverandre fra før. Intervjuene foregikk enten i lokalene til FACT-teamet eller på en nøytral plass i nærheten av der teamet var lokalisert. Ett av intervjuene ble gjennomført på et hotell og et i et annet leid lokale. Intervjuguiden hadde primært fokus på hvordan deltakerne opplevde FACT-modellens fungering i det eksisterende tjenestesystemet, og hadde tre hovedtema. Det første omhandlet erfaringer med hvordan teamene var organisert og hvordan samarbeidet mellom teamet og øvrige tjenester fungerte. Det andre temaet var erfaringer med organiseringen av teamene som en forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, mens det tredje omhandlet synspunkter på teamenes rolle fremover.

Forsker deltok ikke selv på intervjuene da de ble gjennomført før prosjektstart. Årsaken til at disse dataene ble brukt, var både at de allerede var samlet inn uten å være systematisk analysert og at Covid 19-pandemien førte til nedstengning av samfunnet. Nedstengningen gjorde at en ikke kunne reise ut til regionene som planlagt. På dette tidspunktet var det lite erfaringer med at slike intervjuer også kunne gjøres digitalt. Dataene var samlet inn av forskers arbeidssted, NKROP, og ble delvis inkludert i sluttrapporten for evalueringen av FACT-team i Norge (221).

Den delen av evalueringsrapporten som omhandlet disse dataene, fokusgruppeintervjuer med samarbeidspartnere, er derfor ikke inkludert i kunnskapsstatus.

Analyse: Etter at alle intervjuene var gjennomført, ble de analysert i tråd med tematisk tekstanalyse. Først ble intervjuene lyttet til og transkripsjonene lest gjennom. Det ble ikke tatt notater. Deretter ble det sett etter mønstre i dataene. Dette ble gjort ved å først lese gjennom alle transkripsjonene på ny, og kode dem linje for linje. Alle data ble kodet. Dette ble gjort to ganger, før forsker sorterte de ulike kodene i tema. Etter første utkast med sortering av tema og koder, ble alle transkripsjonene lest gjennom igjen for å se om tema og koder virket å være i overenstemmelse med data. Det ble da gjort noen endringer i navn på koder og tema, og noen koder ble flyttet til andre tema. Nye koder ble også identifisert. Transkripsjonene ble så lest gjennom igjen, og det ble gjort mindre justeringer på koder og tema. Så begynte forsker å lete etter kontrastfunn. Dette bidro til at noen tema endret navn. Transkripsjonene ble så lest gjennom enda en gang. All tekst som tilhørte hvert enkelt tema og de enkelte kodene ble sortert og lagret i et word-dokument. Teksten ble sortert slik at tekstbitene til hver enkelt kode ble lagt under det identifiserte tema. De ulike intervjuene hadde forskjellig fargekode slik at teksten fra et av intervjuene for eksempel var rødt og et annet gult. Dette gjorde at en kunne se hvilke av intervjuene det var tekst fra. Det ble også laget et word-dokument med oversikt over tema og koder uten tekstbiter. Disse filene ble sendt til hovedveileder, og ga grunnlag for diskusjon av den foreløpige analysen. Diskusjonen førte til noen endringer i både tema og koder. Endringene ble sendt veileder, og det ble gjennomført to nye runder med diskusjon av tema og koder. Etter dette ble kun de tema og koder som ble vurdert relevante for forskningsspørsmålet tatt med videre. Det ble deretter skrevet en analysetekst av hvert enkelt tema. Også denne ble drøftet med hovedveileder, og førte til noen mindre justeringer i navn på tema. Transkripsjonene ble så lest igjen før resultatdel til artikkelen ble skrevet. Også under skriving av resultatkapittelet ble transkripsjonene gjennomgått for å sikre at et så «korrekt» bilde av data som mulig var formidlet.

Studie 2

Setting: I denne studien ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer med fem FACT-team. Teamene var lokalisert i både urbane og rurale regioner i ulike deler av landet. Alle teamene var forankret i spesialisthelsetjenesten, men organisert som en forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Tre av teamene var etablert som interkommunale samarbeid. Teamene hadde mellom 29 og 122 brukere. Tre av teamene var blant de første FACT-teamene som ble etablert i Norge, mens de andre to ble etablert i 2018.

Rekruttering og deltakere: For å få bredde av team, ble det valgt FACT-team fra ulike deler av landet og med delvis ulik organisering. Det var totalt 35 deltakere, mellom fem og ni på hvert intervju. Teamleder deltok på alle intervjuene. De andre deltakerne hadde ulik fagbakgrunn og roller i teamet. Alle de ulike fag- og spesialistrollene som skal være i et FACT-team var representert i intervjuene.

Datainnsamling: Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført digitalt vinteren 2021. Intervjuene varte mellom 60 og 80 minutter. Forsker ledet intervjuene, og hovedveileder deltok på fire av dem. Intervjuene ble tatt opp med bilde og lyd. Det varierte hvorvidt deltakerne satt sammen i et rom, hver for seg, eller om noen satt sammen og noen hver for seg. Noen satt på FACT-teamenes kontor, mens andre satt i egen bolig. Forsker og veileder satt hver for seg på hjemmekontor. Den semistrukturerte intervjuguiden fokuserte på integrert behandling, særlig hemmere og fremmere for integrert behandling. Samarbeid med andre tjenester og FACT-teamenes plass i det eksisterende tjenestesystemet sto også sentralt. Fokusgruppeintervjuene ble lagt opp slik at deltakerne snakket mest mulig med hverandre, uten at forsker styrte samtalen. Når noen sluttet å snakke, forsøkte forsker ofte å avvente med å si noe, for å se om noen andre tok over eller den som snakket først fortsatte. Dette kan bidra til at deltakere selv utfyller hull i det de sier (265) og at forsker ikke får «hovedrollen» i intervjuene.

Analyse: Det som skiller denne analysen noe fra analysen som ble gjort i studie en, var at det noe tidligere ble valgt et mer avgrenset forskningsspørsmål. Dette gjorde at kodingen av data ikke var like tidkrevende. Det ble heller ikke gjennomført like mange drøftinger med veileder som i studie en. De foreløpige resultatene fra analysen ble presentert for ni brukerspesialister og teamledere som til sammen representerte alle de inkluderte teamene. Dette ble gjort for å få innspill på om resultatene som fremkom av analysen var gjenkjennbare. Funnene ble beskrevet som «veldig gjenkjennbare». Gjennomgangen førte dermed ikke til endringer i analysen.

Studie 3

Setting: I denne studien ble det gjennomført individuelle intervjuer med teamledere i fem rurale FACT-team i ulike deler av landet. Teamene ble etablert i perioden 2014–2020. Alle var organisert som en forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Opptaksområdet og antall ansatte i teamene varierte. Det samme gjorde antall brukere i teamene, som varierte fra 16 til 40.

Rekruttering og deltakere: Fem teamledere fra fem rurale FACT-team deltok. Teamene ble valgt ut ved målrettet rekruttering for å få med noen av de mest rurale teamene i Norge. Disse

var fra ulike deler av landet, for å gi bredde i erfaringer fra ulike landsdeler på områder som blant annet klima, infrastruktur og andre regionale variasjoner.

Datainnsamling: Individuelle intervju ble gjennomført digitalt i september 2021. Intervjuene ble tatt opp med bilde og lyd, og varte mellom 55 og 60 minutter. Forsker satt på hjemmekontor under intervjuene og det varierte hvorvidt deltakerne satt på FACT-teamenes kontor eller i egen bolig. I forkant av selve intervjuene var det inntil fem minutters uformell prat mellom forsker og deltakere. Det samme gjaldt etter at intervjuene var avsluttet. Den semistrukturerte intervjuguiden fokuserte på å få beskrivelser om utfordringene teamlederne opplevde med det å være del av en rural region. Den hadde også spørsmål som omhandlet hvordan teamene jobbet for å håndtere utfordringene, samt deres erfaringer med dette.

Analyse: Denne analysen ble i større grad enn de to første drevet som en kombinasjon av empiri, teori og den aktive forsker. Analysen ble til dels styrt av å se data opp mot sentrale elementer i FACT-modellen. Analysen ble enda mer det Braun og Clarke kaller refleksiv tematisk analyse (274). Det ble brukt mer tid på å skrive refleksjonsnotater og forforståelse, for så å ta dette frem underveis i analysen. Rett etter hvert enkelt intervju ble det skrevet ned noen umiddelbare tanker. I hovedsak dreide disse seg om hvorvidt, og hvordan, teamene jobbet i tråd med FACT-modellen eller ikke. Etter første gangs gjennomlesing av transkripsjonene ble det også skrevet ned noen umiddelbare tanker og refleksjoner. Data fra intervjuene ble så kodet linje for linje. Alle utfordringer, tilpasninger og erfaringer med teamenes fungering opp mot FACT-modellen ble kodet. Utfordringer og tilpasninger som ble vurdert å ikke være særegne for rurale team, ble ikke tatt med videre. Prosessen med utvikling av tema og koder ble gjentatt flere ganger. Deretter ble tema og koder drøftet med hovedveileder. Det ble gjort noen endringer i etterkant av dette. Videre ble de umiddelbare tankene gjennomgått for å se hvordan de passet med tema og koder. Dette stemte i stor grad overens. Det som ikke ble synlig i analysen var at forsker hadde skrevet ned tanker om at ett av teamene i mindre grad enn de andre virket å fungere i tråd med modellen, mens ett annet team skilte seg ut ved å fungere særlig godt. Det ble vurdert om og hvordan dette eventuelt kunne inkluderes i presentasjonen av resultatene. Grunnet fare for gjenkjennelse ble det ikke presentert noe om dette.

5.4 Etiske avklaringer

Etiske betraktninger skal gjøres gjennom hele forskningsprosessen (256), og det vil her bli beskrevet hvordan dette har vært forsøkt ivaretatt. Prinsipper som ærlighet, respekt, konfidensialitet og ansvarlighet er viktige faktorer i forskning (260). Det som formidles om

studien er korrekt, selv om en aldri kan få et faktisk bilde av en virkelighet gjennom forskning. Respekt for deltakere i forskning og de som skal lese forskningen sees som særlig viktig, og har vært forsøkt ivaretatt så godt som mulig gjennom hele prosessen. Å ikke påføre noen skade er et hovedprinsipp i forskning som involverer mennesker (278), og en bør være bevisst på hvordan forskning både kan ha negative følger for mennesker, samfunn og miljø (260). Denne studien har et design som i utgangspunktet ikke kan gi skade.

Et annet viktig prinsipp i forskning er autonomi. Det vil si at alle har rett til å velge selv (260). Det skal det gis informert samtykke i all forskning hvor mennesker er involvert (279). Deltakere må derfor få all relevant informasjon for å kunne vurdere om de ønsker å delta (278), og de må få vite hva som er formålet med studien (279). Alle deltakerne fikk derfor tilsendt et informasjonsskriv i forkant av intervjuene og de skrev under på samtykkeskjema. Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om formålet med studien, hvordan data skulle lagres og forskningsgruppens arbeid for å sikre anonymitet og konfidensialitet. Imidlertid er særlig fokusgrupper uforutsigbare av natur, og det er derfor vanskelig å på forhånd gi nøyaktig informasjon om hvordan de vil utvikle seg (279). Det kan også være mer utfordrende å sikre konfidensialitet ved bruk av fokusgrupper da en ikke har kontroll over hva som skjer i etterkant (270, 280). Barbour (270) hevder at konfidensialitet særlig kan utfordres når en intervjuer allerede eksisterende grupper, slik det var i studie to.

Alle delstudiene er gitt tilrådning av Personvernombudet ved Sykehuset Innlandet, saksnummer 137828, 12123384 og 15459224. Studiene er også vurdert av Regional etisk komite, hvor de ble vurdert å være utenfor deres mandat, slik at de kunne gjennomføres uten deres godkjenning, saksnummer 104537.

5.5 Avhandlingen er en del av et større prosjekt

Sykehuset Innlandet, ved NKROP, har det formelle ansvaret for prosjektet. Det ledes av forskningsleder Anne Landheim og er finansiert av Forskningsrådet og HELSEVEL-programmet. Forskers studiested er Høgskolen Innlandet, ved avdeling INTOP, Innovasjon i tjenesteyting i offentlig og privat sektor. Avhandlingen er del av et større prosjekt hvor FACT-team i Norge studeres fra ulike innfallsvinkler. En av disse studiene forsker på FACT-modellen fra et brukerperspektiv. Samarbeidspartnere i forskningsprosjektet er UiT Norges arktiske universitet, Høgskolen Innlandet, NAPHA og Nasjonalt senter for e-helseforskning. Det er også samarbeid med Mental Helse Norge. Forskningsgruppen er tverrfaglig sammensatt og har en brukerspesialist ansatt.

Prosjektet har en internasjonal referansegruppe som er sammensatt av forskere fra ulike land og fagfelt. Prosjektet har også en nasjonal referansegruppe bestående av teamledere og brukerspesialister i FACT-team. Videre ble det gjennomført et møte med ekspertrådet til NKROP midt i prosjektet, hvor flere brukerorganisasjoner og fagorganisasjoner deltok. Disse ga ulike innspill, for eksempel til problemstillinger og studienes relevans for praksisfeltet.

6.0 RESULTATER

6.1 Studie 1

Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A., & Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems* 15(38) DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>

Formål: Formålet med studien var å utforske hvordan FACT-team integreres i det formelle offentlige tjenestesystemet, hvordan teamene fungerer og påvirker systemet, samt beskrive faktorer som kan påvirke funksjonen. Problemstillingen var: Hvordan opplever ansatte i det eksisterende formelle tjenestesystemet FACT-teamenes funksjon i tjenestesystemet?

Metode: Fem fokusgruppeintervju med ansatte i det eksisterende tjenestesystemet ble gjennomført to år etter at FACT-teamene var etablert. Totalt deltok 40 tjenesteansatte fra ulike tjenester, i både kommune- og spesialisthelsetjeneste. Teamledere fra FACT-teamene deltok også, og tematisk tekstanalyse ble brukt for å analysere intervjuene.

Resultat: Erfaringene med FACT-teamenes funksjon i det eksisterende tjenestesystemet kunne deles inn i fem hovedområder. Det første var at FACT-teamene bygger bro mellom de ulike tjenestene og tjenestenivåene. Teamene ble blant annet beskrevet å være en slags mellomting mellom de to tjenestenivåene og at de så helheten bedre. Samarbeidspartnerne opplevde også at det var lettere å vite hvem de skulle kontakte når, og hvem som fulgte opp brukerne. Den forpliktende samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og at det var opplevd behov for en tjeneste som FACT, så ut til å ha bidratt til dette. Det andre området var at FACT-teamene samarbeidet med andre tjenester. Dette gjorde de gjennom å bygge relasjoner på tvers av tjenester, tilrettelegge for faste møter, samt være tilgjengelige og fleksible. Noen samarbeidspartnere beskrev at de hadde opplevd behov for bedre samarbeid mellom tjenester før teamene ble etablert, og flere beskrev at teamene hadde forbedret dette samarbeidet. Det tredje området omhandlet at FACT-teamene tok det overordnede ansvaret for brukernes behandling, noe som bidro til trygghet i de andre tjenestene. At teamene holdt kontakten med brukere under innleggelse, at de ikke ga opp brukere som er vanskelige å nå, og at teamene ga tjenester med bedre kvalitet var eksempler på dette. I det fjerde området beskrev deltakerne at det fortsatt var hull i systemet som teamene ikke dekket, for eksempel at teamene ikke var tilgjengelige 24/7. Begrenset åpningstid gjorde det vanskeligere å vite hvor

brukere skulle henvises etter kontortid, og det ga dårligere oppfølging ved kriser. Det femte området handlet om hvordan det høye antallet tjenester, ulike lovverk, digitale systemer, byråkrati og til dels uklarheter i ansvar og roller mellom teamet og de andre tjenester, hemmet teamenes fungering. Det ble stilt spørsmål ved om det norske tjenestesystemet egentlig var klar for FACT-modellen. Teamene syntes samtidig å bli integrert som del av det øvrige systemet, og virket å bli sett på som samarbeidspartnere mer enn konkurrenter.

Konklusjon: FACT-teamene ble beskrevet å bidra til positive endringer i det eksisterende tjenestesystemet, og til et mindre komplekst og fragmentert system. Behov i det eksisterende tjenestesystemet virket å ha bidratt positivt til dette. Samtidig hemmet det komplekse og fragmenterte tjenestesystemet FACT-teamenes fungering.

6.2 Studie 2

Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A., & Landheim, A. (2022). Integration of Care in Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Staff in Flexible Assertive Community Treatment Teams. *International Journal of Integrated Care*, 22, 17. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.6011>

Formål: Formålet i denne studien var å få kunnskap om hva som kan hemme muligheten for integrert behandling i komplekse og fragmenterte tjenestesystem, og hvordan teamene tilpasset sin måte å jobbe på. Problemstillingen var: Hvilke barrierer beskriver ansatte i FACT-team reduserer muligheten for integrert behandling i det norske tjenestesystemet, og hvordan beskriver de å ha tilpasset sin måte å jobbe på for å øke mulighetene for integrert behandling?

Metode: Ved bruk av en semistrukturert intervjuguide ble det gjennomført digitale fokusgruppeintervju med ansatte i fem norske FACT-team. Totalt deltok 35 ansatte i fokusgruppeintervjuene. Tematisk tekstanalyse ble brukt som analysemetode.

Resultat: I analysen av intervjuene ble det beskrevet seks barrierer for integrert behandling i tjenestesystemet: fragmentering av tjenester, ulike lovverk og ulike digitale system mellom tjenester, samarbeidsutfordringer, byråkrati, redusert åpningstid og til dels uklarheter i ansvar og oppgaver mellom teamene og noen av de andre tjenestene. De mange ulike tjenestene, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, ble også beskrevet å være en barriere for integrert behandling. Det gjorde at det var mange andre tjenester teamene måtte etablere samarbeid med. Dette førte til mye informasjonsarbeid og høy møtevirksomhet. Det var også samarbeidsutfordringer med noen av tjenestene. Nav ble trukket frem som en samarbeidspartner

de både var avhengig av å få til samarbeid med og som det ofte var krevende å samarbeide med. De strukturelle barrierene i tjenestesystemet ble beskrevet å ta tid som ellers kunne vært brukt på direkte brukerrettet arbeid, og de gjorde det utfordrende for teamene å ha god oversikt og koordinere tjenestene. Det kom samtidig frem tre tilpasninger teamene hadde gjort i sin måte å jobbe på for å øke mulighetene for integrering. En av disse var at teamene hadde særlig fokus på å være den ansvarlige koordinator, både for behandlingen og oppfølgingen teamene selv ga og tjenestene andre aktører ga. Denne tilpasningen krevde at teamene hadde god oversikt over de ulike tjenestene. Dette ble beskrevet som krevende, men at de likevel stort sett hadde oversikt. Å ta rollen som ansvarlig koordinator ble formidlet som en viktig tilpasning i og med at teamene ikke kunne gi alle tjenestene selv. Den andre tilpasningen var at teamene var bevisst på rollen som samarbeidsaktør. De jobbet aktivt for å etablere samarbeid med andre tjenester. Dette gjorde de gjennom å bevisst bygge samarbeidsrelasjoner med andre tjenester, initiere faste møter, samt være fleksible og tilgjengelige. Den tredje tilpasningen var at teamene forsøkte å være én dør inn til tjenestesystemet. Dette gjorde de ved å ha et helhetlig fokus, være tilgjengelige, og fungere som los for brukerne i tjenestesystemet. Brukerne kunne ta kontakt med teamet uansett tema og teamet tok ansvar for den videre oppfølgingen. De teamansatte formidlet også at de holdt kontakten med brukere ved innleggelse. Det å finne gode måter å sikre oversikt på og å gi så mange tjenester som mulig fra teamet, så ut til å øke muligheten for integrert behandling.

Konklusjon: Komplekse og fragmenterte tjenestesystem kan redusere FACT-teams mulighet for å nå målet om integrert behandling. Samtidig beskrev teamene at de gjorde noen tilpasninger. Studien peker på at dersom FACT-team jobber for å være den ansvarlige koordinator, en samarbeidsaktør og den ene døra inn i tjenestesystemet, ser muligheten for integrert behandling ut til å kunne bedres.

6.3 Studie 3

Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A., & Landheim, A. S. (2022). Flexible Assertive Community Treatment in Rural and Remote Areas: A Qualitative Study of the Challenges and Adaptations of the Model. *Frontiers in public health*, 10, 913159. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.913159>

Formål: Formålet med studien var å få økt kunnskap om hvilke utfordringer rurale FACT-team kan stå i, hvilke tilpasninger de gjør, samt diskutere hvordan disse kan innvirke på modellens potensial i rurale kontekster. Problemstillingen var: Hvilke elementer i FACT-modellen

beskriver teamledere i rurale FACT-team ble særlig utfordret av den rurale kontekst, og hvilke tilpasninger har de gjort til modellen?

Metode: Det ble gjennomført digitale individuelle intervju med fem teamledere i fem rurale FACT-team, i ulike rurale regioner i Norge. Disse ble rekruttert gjennom målrettet rekruttering. Tematisk tekstanalyse ble brukt for å analysere intervjuene.

Resultat: Tre elementer i FACT-modellen ble beskrevet særlig utfordret av den rurale kontekst: tverrfaglige teamtilnærming, intensivt oppsøkende arbeid og krisehåndtering. Dette handlet blant annet om tilgang til kompetanse som er i tråd med modellen og høy turnover blant ansatte i noen team. Noen ganger ble geografi mer styrende for hvilken ansatt som fulgte opp den enkelte bruker enn hvilken kompetanse den ansatte hadde. De lange reiseavstandene tok også mye tid og gjorde at noen team ikke hadde daglige tavlemøter. Det å jobbe oppsøkende ble beskrevet som særlig utfordrende når brukere hadde behov for besøk flere ganger i uken. Krisehåndtering i tråd med modellen kunne også være utfordrende, da teamene ikke selv fikk fulgt opp så raskt som de burde og krisetjenestene ofte brukte lang tid på å hente brukerne. Noen av utfordringene så ut til å kunne reduseres gjennom tilpasninger, mens noen ikke kunne løses av teamene selv. Dette ble særlig synlig der akutt-tjenester brukte lang tid på å rykke ut. Noen tilpasninger så også ut til å gjøre det enda mer krevende å innfri modellens krav om tverrfaglig teamtilnærming. Dette gjaldt særlig to tilpasninger: delte stillinger og reduisering av antall tavlemøter. Delte stillinger ble formidlet som å være utfordrende, tidkrevende og at det reduserte muligheten for å jobbe i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen. Den rurale kontekst gjorde også at teamene måtte ha lavere caseload enn skissert i modellen. Dette kan på den ene siden øke FACT-modellens potensial, samtidig som det kan gjøre teamene mer kostnadskrevende å drive. De tre tilpasningene interkommunalt samarbeid, digitale verktøy og konteksttilpasset planlegging så ut til å kunne fungere uten å svekke modellen betydelig. Også tilpasningene delegering av oppgaver og geografisk spredning av ansatte så ut til å kunne fungere i tråd med modellen under noen gitte forutsetninger. Geografisk spredning av ansatte så ut til å kunne fungere om teamene likevel jobbet i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen, møttes fysisk jevnlig og hadde fokus på teamtilhørighet.

Konklusjon: Studien pekte på at den rurale konteksten utfordret FACT-modellens fungering. Hvis modellkrav som tverrfaglige teamtilnærming, intensivt oppsøkende arbeid, krisehåndtering og det å gi de fleste tjenester selv, i stor grad svekkes, er sentrale elementer i modellen ikke ivaretatt. Samtidig peker studien på at teamene har gjort tilpasninger som kan øke modellens potensial i rurale kontekster.

6.4 Sammendrag av studiene

Samlet sett gir de tre artiklene beskrivelser av hvordan teamansatte og samarbeidspartnere opplever at FACT-team passer inn i og tilpasses til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. I artikkel en beskrev flere samarbeidspartnere at teamene hadde tettet noen hull i tjenestesystemet og bygget bro mellom ulike aktører. Før teamene ble etablert hadde flere opplevd samarbeidsutfordringer i tjenestesystemet, noe teamene ble beskrevet å bidra til å bedre.

I artikkel en og to gis det beskrivelser av hvordan kjennetegn ved tjenestesystemet ser ut til å gi utfordringer for FACT-teamenes fungering, mens artikkel tre peker på at den rurale kontekst utfordrer fungeringen. Både FACT-teamene selv og andre tjenester beskrev utfordringer med ulike lovverk, de mange ulike tjenestene, ulike digitale systemene, byråkrati, uklare roller og ansvarsfordeling og redusert åpningstid. I artikkel to beskrev også ansatte i FACT-team hvordan ulike tjenestenivå hemmet muligheten for integrert behandling. I artikkel tre ble det gitt beskrivelser av hvordan lange avstander og lav befolkningstetthet kan gi utfordringer for modellens fungering. Særlig virket dette å gjelde muligheten til å jobbe i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen, å jobbe intensivt oppsøkende og håndtering av kriser i tråd med modellen.

Til dels berørte alle tre artiklene tilpasninger til lokal kontekst. I artikkel to og til dels i artikkel en, får en beskrivelser av tilpasninger for å fungere best mulig som del av et komplekst og fragmentert tjenestesystem. I artikkel to fremkom tre tilpasninger som ble gjort for å øke muligheten til integrert behandling i det norske tjenestesystemet. Disse var å ha særlig fokus på å være den ansvarlige koordinator, en samarbeidsaktør, og én dør inn til tjenestesystemet. Også artikkel en beskrev at teamene virket å ha stor oppmerksomhet på å etablere samarbeid med andre tjenester og at de tok det overordnede ansvaret i tjenestesystemet. Artikkel tre beskrev tilpasninger til rural kontekst. Noen av tilpasningene så ut til å fungere innen modellens rammer og målet om integrert behandling, mens andre virket å bevege teamene lengere fra modellen.

7.0 DISKUSJON AV MATERIALE OG METODE

Her vil styrker og svakheter ved avhandlingens metodiske og metodologiske valg drøftes. Dette vil i hovedsak gjøres med utgangspunkt i validitet og refleksivitet. Validitet handler overordnet om hvorvidt, og under hvilke betingelser, kunnskapen studien frembringer er gyldig (264). Som en del av dette vil derfor avhandlingens relevans og overførbarhet drøftes. Refleksivitet er en sentral del av dette (268), og det vil redegjøres for noen styrker og svakheter ved studienes fremgangsmåter. Nærhet til det en studerer kan vanskeliggjøre refleksivitet (264). Hvordan forsker kan ha påvirket studien vil derfor diskuteres.

7.1 Intern validitet

En studies validitet handler blant annet om den interne validiteten (264). Dette vil si hvorvidt funnene gir mening og er troverdige (278), og om en studerer det som skal studeres (256, 281). Da er det viktig å velge riktig metode. I vår studie ble det benyttet fokusgruppe og individuelle intervju. Dette ble vurdert som de beste metodene for å belyse problemstillingene da de handlet om å få beskrivelser og opplevelser fra ansatte i FACT-team og samarbeidspartnere. Observasjon kunne vært benyttet som metode for å studere hvordan samhandling faktisk foregår eller hvordan tilpasningene fungerer. Da ville en gjennom egen tilstedeværelse kunne fått førstehånds tilgang til det som foregår (264). Dette kunne for eksempel bidratt til at vi fikk studert noen av de beskrevne tilpasningene mer inngående, og fått dypere innsikt i hvordan de fungerer i praksis. Det kunne også gitt mer svar på hvilke utfordringer tilpasningene kan gi, og i hvilke situasjoner de ser ut til å fungere særlig dårlig. Samtidig er dette en relativt tid- og ressurskrevende metode som det ville vært vanskelig å få gjennomført i en stipendiatperiode preget av pandemi. En ville også i tillegg måttet gjennomføre intervju for å få svar på problemstillingene.

Problemstillingene i studie to og tre kan sies å ha noen likheter når det gjelder formuleringene om å få beskrivelser av hemmende faktorer i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner, samt tilpasningene som ble gjort. Hvorfor det er valgt ulik metode i disse studiene, og hvordan dette kan ha påvirket den interne validiteten, er derfor et relevant spørsmål. Fokusgruppeintervju er ofte mer overfladiske enn individuelle dybdeintervju (257). Dette gjør det relevant å stille spørsmål ved om studie to ga nok dybde i beskrivelsene. På den andre siden fikk en mer bredde i erfaringene ved at det var flere enn bare teamleder som ble intervjuet. Årsaken til at det ble valgt ulikt, handlet i størst grad om at det i studie to ble benyttet en mer åpen intervjuguide, hvor en ønsket svar på hemmere og fremmere. Det var da viktig å

få et bredt bilde på dette, og kunnskap om hvordan teamene jobbet for å skape mest mulig integrert behandling. I studie tre hadde forsker mye forkunnskap om at rural kontekst ga en del utfordringer for teamene, samt at de måtte gjøre noen tilpasninger. Det ble derfor utviklet en intervjuguide som gikk mer i dybden på dette. Forkunnskapen omhandlet for eksempel at lange avstander gir noen utfordringer for teamene, og siden dette allerede var kjent for forsker gjorde det at en kunne spørre mer spesifikt om hvilke typer utfordringer de opplevde.

Setting, rekruttering og deltakere

For å sikre internt validitet er det viktig å intervju de som faktisk kan belyse problemstillingene, og inkludere nok deltakerne. Skulle en sett på hvordan FACT-team fungerer overordnet måtte også brukere og pårørende vært inkludert i studien. Problemstillingene i artiklene var imidlertid spisset mot å få belyst opplevelser og erfaringer fra ansatte i eksisterende tjenester og i FACT-team. Den overordnede problemstillingen for avhandlingen belyses gjennom beskrivelser fra FACT-teamansatte og noen av deres samarbeidspartnere. Ut fra dette kan en si at det var inkludert deltakere med førstehånds kunnskap om temaene. Den interne validiteten er dermed relativt godt ivaretatt. Jo mer relevant informasjon de som bli intervjuet har, jo færre deltakere trengs (282). Det er samtidig viktig å være bevisst på om en rekrutterer for smalt (278), noe som kan være tilfelle i denne avhandlingen, særlig i studie en. Her var problemstillingen formulert med tanke på å få beskrivelser fra ansatte i eksisterende tjenester. De som ble inkludert i studien var imidlertid tjenester teamene allerede hadde samarbeidet noe med, ikke tjenestene generelt. Dette har gjort det nødvendig å spesifisere at avhandlingens overordnede problemstilling belyses ut fra beskrivelser fra samarbeidspartnere og ikke tjenester generelt. Det er også flere andre samarbeidspartnere som kunne hatt nyttige erfaringer. Hvis en hadde inkludert for eksempel fastleger eller hjemmetjenester, ville de kunne bidratt med erfaringer som kunne gitt et noe annet resultat. Og skulle avhandlingen virkelig gitt svar på hvordan teamene passer inn i og tilpasses til komplekse og fragmenterte tjenestesystem, burde det også vært gjennomført intervju med tjenesteaktører teamene ikke hadde lyktes eller forsøkt å etablere samarbeid med. Det kan videre sees på som en svakhet at det var FACT-teamene selv som rekrutterte samarbeidspartnerne. Det kan ha medført at de som ble rekruttert var ansatt i tjenester det var enklest å få tilgang til eller de som teamene i størst grad samarbeidet godt med. Det kan også være at det var de som var mest positive til FACT-teamene som sa ja til å delta. Beskrivelsene av FACT-teamene var stor grad positive, noe som kan handle om dette. Det kom imidlertid

også frem kritiske beskrivelser, og deltakerne kom fra ulike tjenester, både fra kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

Datainnsamling

Selve gjennomføringen av intervju vil påvirke den interne validiteten. Både relasjonen mellom forsker og deltakere og relasjonen mellom deltakerne vil ha betydning. Ifølge Powell og Single (257) bør deltakere i fokusgrupper ikke kjenne hverandre da det kan føre til uønskede gruppedynamikker. Når deltakere ikke har en relasjon fra før kan det være lettere å få til en så ærlig som mulig formidling av erfaringer. Malterud (264, 271), på den andre siden, anbefaler nettopp at deltakerne kjenner hverandre fra før. Dette hevder hun kan gi bedre kommunikasjon og flyt i diskusjonene. I studie en kjente ikke alle hverandre på forhånd, mens de gjorde det i studie to, i og med at de jobbet sammen. Begge deler kan ha påvirket dialogen. Samtidig fløt diskusjonen i begge fokusgruppeintervjuene godt. Fokusgruppeintervju hvor deltakerne kjenner hverandre fra før, kan også føre til at samtalen følger gamle spor, at de fokuserer på ting de ofte snakker om ellers (271), samt at intervjuene i større grad vil ligne på hverdagen (272). Samtalene dreide seg om de temaene det ble spurt om, så dette ble ikke opplevd problematisk. Likevel kan «sporene» på hvem som svarte mest på de ulike spørsmål, ha påvirket. I noen av intervjuene var det teamleder som snakket mest, noe som kan ha handlet om at det ofte er slik ellers i hverdagen. Dette kan også skyldes ulikheter i makt. Krueger mfl. (277) anbefaler at en unngår ulikheter i makt mellom deltakerne. I våre intervju var det både forskjeller i fagbakgrunn, ansvar, samt at noen var leder eller hadde lederroller på høyere nivå enn andre. Dette kan ha gjort at noen ikke våget å formidle sine synspunkter under fokusgruppeintervjuene. I studie to kan det være at noen ikke ville si meningen sin i og med at deres leder var til stede. Det kan være en svakhet at teamlederne i FACT-teamene deltok på intervjuene i studie en. Dette kan ha gjort det vanskeligere for samarbeidspartnere å være kritiske, og ha gjort at beskrivelsene av teamene som samarbeidsaktør ble mer positive enn de ville vært uten teamlederne til stede. Samtidig kom det frem flere kritiske synspunkter.

Det var ulikt hvor mye hver deltaker snakket. Dette er etisk utfordrende. Forsker har ansvar for å sikre at alle får muligheten til å uttrykke sitt syn (279). Ulikheten kan ha ført til at noens erfaringer kom bedre frem enn andres. Derfor ble de som sa mindre, spurt direkte flere ganger. Likevel kan det være at noen stemmer ikke kom godt nok frem. For store fokusgrupper kan forsterke dette. Noen kan få høyere terskel for å ta ordet jo flere tilhørere som er til stede. Det vil også være mindre tid til hver enkelt deltaker jo flere som deltar. Det er ulike synspunkter på hvor store fokusgrupper bør være (265). Noen anbefaler mellom seks og åtte deltakere (277),

noen mellom tre og åtte (270), noen mellom fire og åtte (271) og noen mellom seks og åtte deltakere (257). Fokusgruppene i denne studien lå mellom fem og ti deltakere. De to fokusgruppene med ti deltakere, kan dermed sies å ha hatt noe høyt deltakerantall. Det kan ha gjort at hver enkelt stemme kom mindre frem, og det kan derved ha påvirket den interne validiteten.

Powell, Single (257) og Krueger mfl. (277) anbefaler at en gjør intervjuene på en nøytral plass, mens Barbour (270) hevder at det ikke finnes noe nøytralt sted for en fokusgruppe. Hun anbefaler at en heller redegjør for hvordan ulike lokasjoner kan påvirke. I studiene som inngår i avhandlingen var dette svært ulikt. Fire av de fysiske fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i tilknytning til FACT-teamenes base. Dette kan ikke sies å ha vært et nøytralt sted. I de digitale intervjuene satt noen sammen og noen alene. De som satt alene, kan ha opplevd det vanskeligere å ta ordet enn de som satt flere sammen. Samtidig ble det noen ganger opplevd mer utfordrende å få frem alle stemmene der hvor det var flere deltakere i samme rom, særlig der hvor en stemme «dominerte». Dette gjorde at forsker flere ganger etterspurte konkret hva enkelte som satt sammen mente. Ifølge Kitzinger (272) er det viktig å skape en avslappet og komfortabel setting, helst i en sirkel hvor deltakerne får noe servering. I vår studie var dette delvis ute av vår kontroll, i og med at flere intervju var digitale. Samtidig ble det delt perspektiver som var til dels ulike mellom flere av deltakerne. Dette kan tyde på at flere var trygge nok til å si sin mening.

Intervjuene i del-studie to og tre var digitale, noe som kan ha påvirket dialogen. Samtidig ble det overraskende gode intervju, og funksjonen «rekk opp hånden» ble bevisst ikke brukt, for å få best mulig flyt i samtalene uten aktiv styring av ordet. Dette fungerte godt, noe som kan skyldes at deltakerne kjente hverandre fra før, og at flere var vant med å bruke digitale verktøy.

Sentralt for intern validitet er å sikre at en har en felles forståelse for det en snakker om (271). Dette ble særlig viktig i studie to, da begrepet integrert behandling har mange ulike definisjoner. Deltakerne ble derfor spurt hva de la i begrepet, og deres forståelse samsvarte i stor grad med forskningsgruppens. En annen måte å sikre felles forståelse på, er å be deltakerne om eksempler på det som beskrives. Dette ble gjort flere ganger. Under analysene så forsker likevel at det var noen ganger en med fordel kunne stilt utdypende spørsmål eller bedt om flere eksempler. For å sikre felles forståelse er det også viktig at forsker forstår det deltakerne snakker om. Forsker har relativt god kjennskap til FACT-modellen og det norske tjenestesystemet, og kunne derfor henge godt med på deltakernes «stammespråk». Det gjorde det også enklere å stille oppfølgende spørsmål. Det kan ha styrket validiteten. Å følge opp det som blir sagt og å klargjøre uklareheter,

blir av Brinkmann og Kvale (256) trukket frem som et viktig kvalitetskriterium for gode intervju.

Analyse

I alle delstudiene ble Braun og Clarkes tematiske tekstanalyse brukt (274). Denne analysemetoden kan fungere godt når en skal få svar på erfaringer hos fagpersoner (265), slik målet var i alle delstudiene. Tematisk analyse kan også være godt egnet for å identifisere detaljerte beskrivelser (273), noe metoden vurderes å ha bidratt til i alle delstudiene. Tematisk analyse er en tverrgående analysemetode (265, 273), og det ble søkt etter likhetstrekk og forskjeller på tvers av ulike intervju. Dette ble vurdert som den beste måten å belyse avhandlingens problemstillinger på, blant annet da det gjorde at en kunne sammenfatte erfaringene fra ulike team og identifisere flere relevante tilpasninger. Samtidig kunne en valgt langsgående analyse (264). Dette kunne gitt mer dybdekunnskap om noen av utfordringene eller tilpasningene. Det kunne imidlertid gjort det vanskeligere å overføre kunnskapen til andre kontekster. Det finnes flere typer tverrgående analysemetoder som kunne vært valgt. Ifølge Malterud (264) er også innholdsanalyse og systematisk tekstkondensering eksempler på tverrgående analysemetoder. Som fersk forsker kunne det for eksempel med fordel vært brukt systematisk tekstkondensering. Dette er en anbefalt metode for forskere med lite erfaring (264). Systematisk tekstkondensering kan også fungere godt for å beskrive deltakeres erfaringer slik vi var ute etter. I denne metoden starter en med å lage koder mer overordnet først når alle transkripsjonene er lest gjennom. Dette kunne ført til at en kanskje tidligere hadde fanget opp mer overordnede temaer og koder. Bakdelen kan imidlertid være at ens egen forforståelse i større grad påvirker valget av tema og koder, enn når en koder linje for linje, og det er fare for å gå glipp av relevante tema. Det kunne også vært valgt innholdsanalyse. Ifølge Malterud har innholdsanalyse og tematisk analyse flere likheter, særlig når det gjelder utviklingen av koder og tema (264). En forskjell mellom disse metodene er at innholdsanalyse teller mer, og kan ligne noe mer på kvantitative analyser enn kvalitative (273). Da problemstillingen omhandlet beskrivelser og opplevelser, ble tematisk analyse vurdert som best. Også hermeneutisk analyse er trukket frem som noe lik tematisk analyse og denne kan brukes for å utvikle teori (285). Hermeneutisk analyse kunne bidratt til at avhandlingen ga et relevant teoretisk bidrag. En analyse kan i ulik grad være styrt av teori, og det kunne vært brukt en mer teoristyrte analyse (264). Hvis forsker for eksempel hadde valgt å ta utgangspunkt i Toivonens rammeverk, ville en sannsynligvis fått mer dybdekunnskap om dette rammeverkets egnethet til å beskrive tjenesteinnovasjonsprosesser. Forsker kunne for eksempel stilt spørsmål om bevisstheten rundt valgte tilpasninger og bedre identifisert flere

kjennetegn ved tilpasningene sett i forhold til rapid application og praksisdrevet innovasjon. Det kunne samtidig ført til at avhandlingen ikke fikk identifisert alle de ulike tilpasningene.

Det er anbefalt at flere enn én er involvert i analyse av data (270, 278, 283). I den første studien jobbet forsker tett sammen med hovedveileder, mens forsker jobbet mer og mer alene med analysen utover i prosjektet. I studie en kan en derfor si det å være to var en styrke, mens det dernest kan sies å ha vært en svakhet at forsker jobbet mer alene i de to siste. Å jobbe sammen i den første analysen kan ha gitt et bredere perspektiv, særlig da forsker og veileder har ulik bakgrunn og erfaring. At forsker analyserte mer alene i den siste studien ha derimot ha gjort at forsker i større grad ble påvirket av egne synspunkter. Det å være flere som analyserer, kan redusere feil i analysen (283), og dernest øke validiteten. Å ha analysert sammen med den øvrige forskningsgruppen kunne derfor økt studiens validitet. Samtidig hever Braun og Clarke (274) at det å være flere som koder ikke nødvendigvis gir en bedre analyse. Dette begrunner de med at selv om to forskere for eksempel kommer frem til de samme tema, vil det uansett ikke gi en helt «riktig» analyse. Noe som virkelig kunne bragt inn andre perspektiv og gitt et mer helhetlig bilde, hadde vært å involvere brukere og pårørende i analyse av data. Dette kunne gitt et «utenfra-blikk» (268) og i større grad sikret at brukeres interesser ble ivaretatt (284). Det kunne for eksempel bidratt til nyttige diskusjoner og refleksjoner, og gitt større dybde i tolkning av data. Også involvering av tjenesteansatte i analysen kunne bidratt på lignende måte. I studie to ble de foreløpige resultatene presentert for ni ansatte i teamene for å undersøke om det som ble sagt i intervjuene stemte overens med deres opplevelse. Dette er anbefalt for å øke en studies troverdighet (258, 265, 268). At det ikke ble gjort en slik «utsjekk» i de to andre studiene, kan dermed ha vært en svakhet.

Det kan være en svakhet at forsker selv ikke deltok på intervjuene i studie en. Det kan særlig ha svekket analysen, ved at forsker ikke ble like godt kjent med data. En kan si at det da ville vært særlig viktig at forsker selv transkriberte alle intervjuene. At det ikke ble gjort, kan være en svakhet. Det å ikke transkribere selv kan gi dårligere oversikt over og forståelse av data. Samtidig ble alle intervjuene hørt gjennom med transkripsjonene foran seg. Dette er anbefalt av Braun og Clarke for å sikre nøyaktighet (265).

Det å følge opp overraskende funn kan styrke kvaliteten på analysen (256, 278). I refleksjonsnotatene etter intervjuene ble det skrevet ned noe av det som var overraskende, og det ble rettet spesiell oppmerksomhet mot disse. Ett slikt funn var at digitale verktøy ble brukt i så stor grad som beskrevet i studie tre. Dette ble fulgt ekstra nøye opp ved å lete etter både

hvordan digitale verktøy ble brukt, når det ikke ble brukt, samt i hvilke situasjoner digitale verktøy virket å fungere bra og mindre bra.

Telling er ikke en sentral del av kvalitative analyser, men telling kan bidra til å verifisere at det mest mulig riktige bilde blir formidlet (278). Det ble gjort tellinger ved flere anledninger for å sikre riktigere rapportering når det ble skrevet formuleringer som *de fleste*, *mange* eller *alle*. Et eksempel var at de aller fleste samarbeidspartnerne ønsket at FACT-teamene skulle fortsette. For å sikre at det ikke var de samme som hadde sagt dette mange ganger, eller at forsker var farget av eget personlig syn, ble alle de ulike deltakerne som hadde sagt dette skrevet opp. Slik kunne en stå inne for å si at de aller fleste uttrykte at teamene burde fortsette.

En fallgrube i kvalitative analyser er å legge for stor vekt på data fra deltakere med høy status og for lite vekt på data fra deltakere med lavere status (278). For å unngå dette hadde forsker et bevisst forhold til hvilken rolle den som snakket hadde og hvilket team eller region de representerte. Dette ble også lagt vekt på ved utvelgelse av sitater, for å sikre best mulig spredning på hvem det ble brukt sitater fra i artiklene.

7.2 Ekstern validitet

Validitet handler også om en studies overførbarhet, gjerne kalt ekstern validitet (264, 278). Dette omhandler hvorvidt studien er relevant i andre sammenhenger og er overførbar til andre kontekster (268, 278, 281). Studiene i denne avhandlingen er i første omgang overførbare til kontekster med komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner, og til FACT-team spesifikt. Deler av funnene kan imidlertid også ha noe overføringsverdi til andre helsetjenestemodeller. FACT-teamene som deltok i studiene var fra ulike deler av landet, de var organisert noe ulikt og representerte både urbane og rurale regioner. Dette styrker resultatenes overførbarhet. Samtidig var alle teamene i studie to og tre forankret i spesialisthelsetjenesten og bare ett av teamene i studie en var forankret i kommunen. Ved å inkludere flere team med forankring i kommunene, kunne det økt studienes overførbarhet. Det samme gjelder hvis en hadde inkludert flere tjenester i studie en, som nevnt tidligere.

I studie en og to, hvor både urbane og rurale team ble intervjuet, kan det være at flere intervju ville gitt noen andre resultater. Krueger mfl. (277) anbefaler at om en ønsker å få synspunkter som skal reflektere et land med både urbane og rurale regioner, bør en vurdere tre eller fire fokusgrupper i begge typer kontekster. Det kan derfor være en svakhet at det ble gjennomført intervju med to rurale og fire urbane team i studie en, og tre rurale og to urbane team i studie to. Det kan ha svekket validiteten. Samtidig var ikke problemstillingene i studie en og to å se

på forskjellene mellom urbane og rurale team, og rekrutteringen ble gjort for å sikre et bredt utvalg med deltakere fra begge typer kontekster. Det ble likevel, som en del av analysen, søkt etter forskjeller mellom urbane og rurale regioner uten at særlige ulikheter ble identifisert. Avhandlingen gir for eksempel derfor ikke svar på om komplekse og fragmenterte tjenestesystemer kan oppleves enda mer krevende eller enklere å forholde seg til for rurale team. Det å jobbe i rurale regioner kan blant annet kreve mer fleksibilitet når det gjelder roller og ansvars- og oppgavefordeling (143). På den andre siden kan samlokalisering av tjenester og kommunikasjon mellom fagfolk være enklere å få til i rurale regioner (144). Dette bør studeres nærmere i fremtidig forskning.

For å øke overførbarheten (256, 268) er det formidlet delvis hvem som sa hva i presentasjon av resultatene. I studie en og to ble det beskrevet om situasjonene kom fra ansatte i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. I studie to ble skrevet hvilken rolle deltaker hadde i teamet. I begge studiene ble det formidlet om den som snakket tilhørte en urban eller rural kontekst. I studie tre ble dette mer utfordrende da kun teamledere i rurale regioner deltok. Spesifikk kunnskap om disse teamlederne kunne ført til gjenkjennelse. Dette kan ha redusert studiens overførbarhet.

Det er flere kontekstuelle faktorer som kan innvirke på avhandlingens overførbarhet, og som dermed må tas med i betraktning ved bruk av resultatene i andre kontekster. Trekk ved det norske politiske systemet, og organisering og finansiering av offentlige tjenester, er noen eksempler. En faktor som kan redusere overførbarheten til andre land, er at Norge har et svært godt velferdssystem og er et land med god økonomi sammenlignet med de fleste andre land. Det har i en årrekke eksistert en tilskuddsordning for etablering av team. Det er ikke kjent at det finnes en slik ordning i noen andre land. Tilskuddsmiddelperiodene går over flere år. Dette kan ha betydd mye for villigheten til å prøve ut og ta imot modellen. FACT-modellen er også en tydelig politisk villet satsing i Norge. Det kan innvirke på ulike måter. På den ene siden kan det øke sannsynligheten for at det opprettes team. På den andre siden kan det gjøre at noen regioner opplever seg presset til å etablere FACT-team uten å ha god nok motivasjon, noe som kan gjøre det vanskeligere å implementere teamene i tråd med modellen.

Tett knyttet til en studies validitet er dens relevans. Dette kalles gjerne pragmatisk validitet og omhandler hvorvidt kunnskapen kan brukes til noe (264). Dette vurderes også å være knyttet til etikk, da det å bruke andres tid på en studie uten relevans, ikke vil være etisk riktig. Den relativt storstilte satsingen på FACT-team i Norge gjør at det er vurdert både som viktig og nyttig å få økt kunnskap om modellens fungering i en norsk kontekst. Og både HELSEVEL programmet (112) og den norske helsestrategien HelseOmsorg21 (113), har trukket frem behov

for mer forskning på implementeringsprosesser av nye praksiser i norske helsetjenester. Avhandlingen bidrar med kunnskap som kan brukes i den videre implementeringen av modellen, både i enkelt-team, i regioner hvor en vurderer å etablere team, men også for helsemyndighetene og de valg som skal tas i en eventuell videre satsing på modellen. Også internasjonalt etableres det FACT-team, og studien vil kunne ha relevans i andre land med komplekse og fragmenterte tjenestesystem eller rurale regioner.

7.3 Refleksivitet og forskers påvirkning på studien

Til tross for at forsker har brukt refleksivitet som en forskningsteknikk gjennom hele prosessen, er muligheten til stede for at verdier, interesser, faglige ståsted og erfaringer kan ha påvirket studiene. Dette henger også sammen med avhandlingens konstruktivistiske ståsted, hvor en mener forskning ikke er verdifri. Det vil derfor her bli drøftet hvordan forsker kan ha påvirket. Samtidig er det viktig å stadfeste at det å skulle beskrive alt som kan ha hatt innvirkning ikke er mulig. Forskere vil aldri komme til et punkt hvor vi kan si at vi er totalt bevisste våre verdier (286), og kanskje er det de verdiene som vi er minst bevisste på som påvirker oss mest.

Gjennom å jobbe med refleksivitet kan en bli mer bevisst på egen forforståelse (268, 287). I oppstarten av studien ble derfor tanker om hvordan forsker så for seg FACT-teams fungering i Norge, synspunkt på ønsket fungering, samt tanker og ønsker om mulige konklusjoner for forskningen, skrevet ned. Noen av tankene og synspunktene var i tråd med resultatene, for eksempel at samarbeidet med Nav kom til å bli beskrevet som utfordrende og at bruken av den tverrfaglige teamtilnærmingen ikke var helt i tråd med modellen overalt. Recovery fikk mindre plass i beskrivelsene av modellens fungering enn antatt. På forhånd hadde forsker for eksempel notert noen tanker om hvilken betydning recovery har for ansatte i teamene: *Jeg tror det at modellen har fokus på recovery er det som gjør at fagfolk ønsker å jobbe etter modellen. Recovery er i vinden, og jeg tror ansatte i tjenestene ønsker å utvikle både seg, personlig og tjenestene.* Begrepet recovery ble mindre brukt enn antatt. Først tenkte forsker derfor at teamene ikke var særlig opptatt av dette. Hadde ikke forsker gjennomført en refleksiv samtale med en kollega om akkurat dette, kunne det blitt stående som en unyansert «sannhet». Gjennom samtalen med kollegaen ble det tydelig at selv om deltakerne ikke brukte begrepet recovery, snakket de om mange områder som er viktig i recoveryorientert praksis. Forsker hadde også en formening på forhånd om at det burde etableres FACT-team over hele landet. Denne antagelsen ble nyansert.

Forsker kan som nevnt påvirke hva som sies i intervjuene, og deltakernes kjennskap til forsker kan påvirke. Forsker kjente ikke noen av deltakerne i forkant av intervjuene, men deltakerne kjente relativt godt til forskers arbeidssteder. Dette kan ha påvirket hva de formidlet, og det kan ha satt forsker i en slags maktposisjon. Dette kan ha blitt forsterket i intervjuene hvor hovedveileder deltok. Hun er blant mange kjent som en av de med mest kunnskap om FACT-modellen i Norge. Dette kan ha påvirket hva som ble sagt. Noen kan også ha trodd at forsker eller hovedveileder har mandat til å påvirke tildeling av tilskuddsmidler, og dernest unngått å si ting som kunne medført stopp i utbetaling av slike midler. I både studie en og to var det relativt stor grad av positivitet til FACT-teamene. Det er en fare for at deltakere i intervjuene kan si kun det de tenker forsker ønsker å høre (271) eller kun det de ønsker å gjøre kjent (288). Det at forsker representerer to nasjonale kompetansesentre som har hatt ansvar for store deler av implementeringen av FACT-team i Norge, kan ha gjort at noen har svart det de trodde forsker ville høre og som satte teamet i så godt lys som mulig. Hvis det er slik, kan beskrivelsene ha blitt for positive.

Kunnskap som fremkommer i intervju, vil være påvirket av kontekst og den relasjonen som oppstår mellom deltaker(e) og forsker (256). Dette var forsker bevisst på, og jobbet aktivt for å hele tiden være refleksiv i tråd med anbefalingene til særlig Finlay (288). I forkant av intervjuene prøvde forsker for eksempel å tenke nøye over om det var slik at en håpet mer på positive beskrivelser enn negative. Også i selve intervjuene hadde forsker fokus på dette, og det ble stilt spørsmål om både hva som var bra og hva som kunne bli bedre i teamene. Vi forsøkte å ha en uformell tone og være tydelig på målet med studiene. Forsker var for eksempel tydelig på at det var et mål for studien å få frem både hemmere og fremmere for muligheten til integrert behandling i delstudie to. Da det så ble mye fokus på utfordringene, ble transkripsjonene gjennomgått for å se om dette virket å handle om måten spørsmålene ble stilt på eller om det faktisk var slik at tjenestesystemet gav teamene mange utfordringer. Etter disse gjennomgangene ble fokuset i liten grad vurdert å ha sammenheng med forskers spørsmål og kommentarer.

Nærhet til det en studerer kan gjøre refleksivitet vanskelig (264). Gjennom forskers arbeidssteder kan en si at det var en betydelig nærhet til FACT-modellen. Det har derfor vært forsøkt å innta metaposisjoner (264), blant annet gjennom å diskutere studien med andre innen fagfeltet og forskningsgruppen. Forskningsgruppen har også en ansatt med egenerfaring. Før oppstart av studien gjennomførte forsker en samtale med ham, med særlig fokus på forforståelse og etikk. Han har også deltatt på flere forskningsgruppemøter. Likevel har forsker blitt påvirket

av egen forforståelse, men også av veilederes forforståelse og synspunkter. Forsker har lyttet til de aller fleste innspill fra veiledere, til tross for å ikke alltid være enig. Hadde forsker hatt en relasjon til veiledere som ikke var slik at de sto i en maktposisjon, ville det vært enklere å ta flere egne valg og stole mer på egne vurderinger.

Avhandlingen er som nevnt i stor grad induktiv da den er datadrevet og ikke teoridrevet. Samtidig tar en alltid med seg teoretiske perspektiver og tidligere kunnskap inn i forskning (273). En kan dermed si at studien ligger et sted mellom det induktive og det deduktive. Det å stå mellom disse tilnærmingene er beskrevet å fungere godt sammen med en refleksiv tematisk analyse og det kan styrke troverdigheten (289). I analysen ble det lett etter mønstre i data. Slike mønstre kan imidlertid være konstruerte (278). En fallgrube er å tolke data som mer mønstrede enn de egentlig er, og at forsker lar sin egen agenda påvirke (278). Det ble derfor bevisst lett etter personlig agenda. Forsker har også jobbet mye med kontrastfunn. Det vil si funn som ikke var i overensstemmelse med koder eller tema (278). Dette kan styrke analysen (256, 278) og øke en studies troverdighet (278). I studie to, hvor et av funnene var at FACT-teamene var avhengig av Nav for å gi integrerte tjenester, ble dette særlig relevant. Allerede i analysen av studie en, ble det reflektert over at Nav burde vært med i FACT-teamene. Da dette ble et funn i studie to, ble det lett aktivt etter kontrastfunn og undersøkt hvorvidt forsker på noen måte hadde stilt ledende spørsmål. Transkripsjonene ble derfor lest gjennom på nytt for å se hvordan spørsmålene som ga svar relatert til Nav var stilt. Dette viste at det ikke hadde blitt spurt noe om Nav konkret i intervjuene. Det ble heller ikke funnet kontrastfunn som viste at Nav ikke var særlig viktige.

For forsker har det vært viktig å gå åpent ut og være så empiridrevet som mulig. Forsker har vært opptatt av å sette seg inn i noe teori og forskning på feltet i forkant av hver studie, men samtidig prøvd å ha det Brinkmann og Kvale (256) kaller kvalifisert naivitet. Dette grunnet et syn om at det er viktig å ikke gå glipp av sentrale tema fordi en for eksempel har tatt utgangspunkt i en spesifikk modell. Barbour (270) anbefaler også å være oppmerksom på den mulige fristelsen til å prøve å få data til å passe med et bestemt teoretisk rammeverk. Hun anbefaler derfor at en fra starten av ikke fokuserer på én teoretisk retning. Dette har vært viktig gjennom alle studiene. Målet om å være så induktiv som mulig, står samtidig både i strid med at forsker har god bakgrunnskunnskap om FACT- modellen. Det er også i strid med at forsker uansett påvirker, selv om en forsøker å være bevisst på å unngå det. Forsker har vært opptatt av å formidle det som kommer frem gjennom data, kode data i sin helhet, og dernest få et så praksisnært bilde av teamenes fungering som mulig. Dette gjør samtidig at teori i hovedsak har

vært hentet inn i slutfasen av skrivingen av artiklene og arbeidet med avhandlingen. Det har bevisst blitt valgt å «hente» teori som kan forklare de empiriske funnene, i stedet for å bruke empiri for å forklare teori. Dette valget handler i stor grad om forskers personlige og faglige fokus på å studere noe som kan bli relevant for praksis, heller enn teoriutvikling. Dette har bidratt til at studien ikke har gitt bidrag på sistnevnte.

8.0 DISKUSJON AV RESULTATER

Her vil det først drøftes hvordan FACT-modellen synes å passe inn med komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster. Deretter blir det drøftet hvordan teamene tilpasser FACT-modellen til disse kontekstene. Begge deler diskuteres opp mot teamenes mulighet til å jobbe i tråd med noen av de sentrale elementene i modellen og målet om integrert behandling. Deretter vil de identifiserte tilpasningene drøftes i et innovasjonsperspektiv. Til slutt blir det diskutert hvorvidt FACT-modellen ser ut til å fungere i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner.

8.1 Hvordan passer FACT-modellen inn i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster?

Hvorvidt en innovasjon passer med eksisterende strukturer, kan ha betydning for hvordan den fungerer (25). I avhandlingen beskrives flere kjennetegn ved det norske tjenestesystemet og den rurale kontekst som virker å ikke passe helt med FACT-modellen. Samtidig syntes modellen å passe inn med noen behov i det eksisterende tjenestesystem.

FACT-teamene passer inn med noen behov i det eksisterende tjenestesystemet

Hvis berørte aktører erkjenner behov for en innovasjon (239) og ser fordelen med den, øker sjansen for at den aksepteres og tas imot (244). Et slikt behov kan for eksempel være at fagfolk opplever hull i eksisterende tjenestesystem (19). FACT-teamene ser ut til å passe inn med noen av behovene i det eksisterende tjenestesystemet, og de fleste samarbeidspartnerne som deltok i studien så noen fordeler med teamene. Teamene ble for eksempel beskrevet å tette hull i tjenestesystemet, bygge bro mellom tjenester, ta ansvar for brukerne og trygge andre tjenester. Også en dansk (20) og en svensk (14) studie av FACT-modellen har beskrevet at teamene opplevdes å tette hull i tjenestesystemet. Både i Sverige (15) og Danmark (225) er FACT-team implementert for å kunne gi mer integrert behandling og oppfølging. I begge landene er også tjenestesystemet inndelt i ulike administrative nivå og består av mange ulike tjenester. Dette underbygger antagelsen om at FACT-team kan bidra til å tette hull mellom ulike tjenester i land med et fragmentert tjenestesystem.

Samtidig tettet ikke teamene alle hullene i tjenestesystemet, for eksempel ved at de ikke var tilgjengelig 24/7. Samarbeidspartnerne beskrev at den reduserte tilgjengeligheten gjorde det uklart hvem som skulle følge opp brukere etter kontortid og at det skapte dårligere oppfølging ved kriser. Likevel ble teamene beskrevet å ha en brobyggerrolle i tjenestesystemet. Det handlet

blant annet om at de gjorde tjenestesystemet mer oversiktlig og at teamene ble en mellomting mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Brobyggerrollen synes tett knyttet til at de studerte FACT-teamene er etablert som en forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Å organisere teamene på denne måten virker å gjøre at modellen passer bedre inn med behovene i komplekse og fragmenterte tjenestesystem. Det kan henge sammen med at ulike tjenestenivå er en mulig barriere for både samarbeid (77) og integrerte tjenester (59, 142, 201). Disse barrierene kan se ut til å bli redusert fordi teamene er organisert som en forpliktende samhandling mellom tjenestenivåene, og dermed synes å knytte nivåene tettere sammen. I neste omgang forbedrer det muligheten for å jobbe i tråd med FACT-modellen og nå målet om integrert behandling. Dette impliserer at norske FACT-team også fremover bør organiseres som en forpliktende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Flere samarbeidspartnere fortalte at de hadde kjent behov for bedre samarbeid før FACT-teamene ble etablert. Det uttrykte behovet for bedre samarbeid stemmer overens med andre studier som har funnet samarbeidsutfordringer i det norske tjenestesystemet (59, 76–80, 124, 126, 127). Samarbeidsbehovet kan i seg selv ha bidratt til en positiv innstilling til FACT-teamene, da det å oppleve utfordringer med hverdagen slik den er kan øke sjansen for at innovasjoner tas imot (245). Det kan også ha redusert motstanden mot endringen teamene representerer og gjort at teamene i større grad ble sett på som en samarbeidspartner heller enn en konkurrent. I tillegg omtales FACT-modellen ofte som en samhandlingsmodell i Norge, og det kan ha gitt tjenesteansatte tro på at teamene kan bedre samarbeidet. Troen på at en innovasjon kan gi en fordel kan i seg selv øke sjansene for at den tas imot (245). FACT-teamenes samarbeidspartnere beskrev også at teamene hadde bidratt til bedre samarbeid i tjenestesystemet gjennom måten de jobbet på. Det ble særlig formidlet som positivt at de jobbet bevisst for å bygge relasjoner på tvers av tjenester, la til rette for faste møter, og var fleksible og tilgjengelige. Tidligere forskning har pekt på at dette kan øke muligheten for å lykkes med samarbeid. Gode relasjoner mellom fagfolk (5, 77, 136, 213), faste møter (5, 56, 77, 202), samt det å være fleksibel (136) og tilgjengelig (5, 59, 77) kan fremme nettopp samarbeid. I neste omgang øker det mulighetene for at teamene tas imot som samarbeidspartner, noe som bedrer muligheten for å nå målet om integrert behandling. Tjenester med mål om integrert behandling, må samarbeide med andre tjenesteaktører (3, 5, 52, 59, 191, 201, 203). FACT-teams muligheter for å nå målet om integrert behandling synes altså å kunne bedres hvis det oppleves å være behov for dem. Dette peker også på viktigheten av å kartlegge behov i tjenestesystemet før implementering av FACT-team. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at

samarbeidspartnerne som ble intervjuet, var ansatte som teamene allerede samarbeidet med. Studien gir dermed ikke svar på hvordan tjenestene generelt i det eksisterende tjenestesystemet opplevde dette. De ansatte i teamene beskrev også samarbeidsutfordringer med noen tjenester, noe som forsterker antagelsen om at ikke alle tjenester nødvendigvis så behov for teamene.

Oppsummert synes FACT-teamene å passe inn med noen behov i komplekse og fragmenterte tjenestesystem. Dette gjelder særlig behovet for bedre samarbeid mellom tjenester og tjenestenivå og behovet for en tjeneste som bygget bro mellom ulike aktører. Avhandlingen bidrar dermed i noen grad med å underbygge at behov i tjenestesystem og det å se fordelene med en innovasjon, kan bidra til at denne typen innovasjoner fungerer som tenkt. Dette bør imidlertid studeres mer inngående.

Komplekse og fragmenterte tjenestesystem gjør det vanskeligere for FACT-team å passe inn

De ansatte i FACT-teamene beskrev flere kjennetegn ved det norske tjenestesystemet som hemmende for muligheten til integrert behandling. Deres samarbeidspartnere opplevde også at flere kjennetegn ved systemet var hemmende for samarbeidet. Ulike lovverk og ulikheter i digitale verktøy var to barrierer som ga utfordringer med blant annet utveksling av informasjon på tvers av tjenester. Dette er i tråd med tidligere forskning som peker på at ulike lovverk kan hemme både samarbeid (136) og muligheten for integrert behandling (28, 43, 56, 201). Videre er ulike lovverk ofte årsaken til at en må ha ulike digitale kommunikasjonsverktøy og journalsystemer, som i seg selv også kan redusere muligheten for integrert behandling (52, 54, 56, 201, 203, 207) og samarbeid (201). Det går direkte ut over kommunikasjonen mellom tjenester, og uten kommunikasjon blir det vanskelig å skape integrert behandling (48, 201, 203). Ulike lovverk også er beskrevet å gjøre det vanskeligere å gi integrert behandling for FACT-team både i Danmark (225), Nederland (12), og Sverige (15). Dette peker på at ulike lovverk mellom involverte tjenester er en særlig utfordring for FACT-teams mulighet til å jobbe i tråd med modellen og gi integrert behandling. Hvis FACT-team skal passe bedre inn i komplekse og fragmenterte tjenestesystem, kan det derfor synes relevant at helsemyndighetene ser på mulighetene for å gjøre endringer i lovverket.

Både de FACT-teamansatte selv og deres samarbeidspartnere beskrev utfordringer med mange ulike tjenester og til dels uklar oppgave- og ansvarsfordeling mellom teamene og øvrige tjenester. Dette er sammenfallende med at innovasjoner kan endre roller og oppgaver (26, 215). En ny tjeneste må finne sin plass i det eksisterende tjenestesystemet, og dette er ofte krevende (27, 29, 33, 235–237) og kan ta tid (227). Flere av de studerte teamene var relativt ny-etablerte og noen kan sies å være i en fase hvor de må finne sin plass. Deler av uklarhetene i oppgave-

og ansvarsfordeling kan derfor forklares ut fra dette og vil kunne bedres med tiden. Samtidig var teamene etablert i et tjenestesystem med mange andre tjenester, noe som kan gjøre det mer utfordrende å skape god ansvar- og oppgavefordeling. En kan anta at jo flere tjenester en må gjøre slike avklaringer med, jo vanskeligere kan det bli å hindre uklarheter og ha god oversikt. Uklarhet i fordeling av roller er også beskrevet å hemme implementeringen av FACT-modellen i Danmark. Som i Norge, kan ikke danske FACT-team gi alle tjenester fra teamet (225), og de må gjøre avklaringer om ansvar og oppgaver med flere andre tjenester. Dette kan gjøre det vanskeligere å ha god oversikt og vil kunne føre til misforståelser mellom tjenester. Uklarheter rundt hvem som har ansvar for hva, kan føre til at ingen gir oppfølging (126), og gjøre det mer utfordrende å nå målet om integrert behandling (56, 76, 89). Samtidig beskrev de teamansatte i vår studie at de stort sett hadde oversikt over tjenestene andre aktører ga. Uansett, når både teamene og deres samarbeidspartnere beskrev at ansvar og oppgavefordeling ikke alltid var tydelig, impliserer det at FACT-team bør ha fokus på å klargjøre dette og gi så mange tjenester de kan selv.

Oppsummert peker dette på at flere av kjennetegnene ved komplekse og fragmenterte tjenestesystem gjør det vanskelig for FACT-team å passe helt inn, særlig ved at det kan bli vanskeligere å nå målet om integrert behandling. Dette gir noen indikasjoner på at kjennetegn ved eksisterende tjenestesystem kan hemme fungeringen for denne type innovasjoner, men bør studeres mer inngående.

Rurale kontekster gjør det vanskeligere for FACT-team å passe inn

Avhandlingen viser at rurale kontekster kan gjøre det vanskeligere for FACT-team å passe helt inn. I tråd med tidligere forskning (57, 153) peker den på at lange avstander og lav befolkningstetthet kan gjøre det krevende å fungere ruralt. De lange avstandene gjorde det blant annet vanskelig å jobbe intensivt oppsøkende. Også i en dansk studie av FACT team ble dette beskrevet (20), noe som underbygger at det er utfordrende å jobbe oppsøkende i rurale kontekster. Danmark har høyere befolkningstetthet og kortere avstander enn mange rurale kontekster i Norge. Når de opplever utfordringer ruralt, er det ikke overraskende at dette ble utfordrende også i Norge. Hvis et ruralt FACT-team skal jobbe i tråd med modellen, kan det bety å besøke en eller flere brukere nesten daglig. Krever det en biltur på fem timer tur-retur, tar det i praksis nesten en hel arbeidsdag. Lange avstander gjør det også vanskeligere å innfri byggesteinen i modellen om å tilby bruker den oppfølging som til enhver tid er nødvendig, inkludert rask håndtering av krisesituasjoner.

De FACT-teamansatte beskrev videre at rural kontekst gjorde det mer krevende å jobbe i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen. To av årsakene til dette var at noen team ikke fikk tak i all nødvendig kompetanse og opplevde høy turnover. Rekrutteringsutfordringer (57, 144, 148, 153, 155, 158, 160) og høy turnover (157, 159) i rurale kontekster er også beskrevet i tidligere forskning. Til tross for at teamene i relativt stor grad var tverrfaglig sammensatt, er det ikke overraskende at også de møter utfordringer med tilgang til nødvendig kompetanse. Hvis FACT-team ikke lykkes med å bli tverrfaglig sammensatt i tråd med modellen, vil mulighetene for integrert behandling reduseres. Dette skyldes at det er behov for ulike kompetanse for å kunne se og følge opp brukernes helhetlige behov. For å oppnå dette er det nødvendig med kunnskap og erfaring fra ulike profesjoner. Samtidig holder det heller ikke å være tverrfaglig sammensatt for å nå målet om integrert behandling. Teamene må også bruke den ulike kompetansen aktivt. Dette bringer oss over på den andre årsaken til at det var utfordrende å jobbe i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen, lange avstander. Geografisk avstand beskrives noen ganger å bestemme hvem som skal følge opp brukerne, på bekostning av kompetansebehovet. Også evalueringen av norske FACT-team beskrev dette. Ansatte i de rurale teamene fulgte ofte opp brukerne som bodde i den samme kommunen som dem selv for å spare tid (221). Slike løsninger kan gjøre at team ikke får brukt den tverrfaglige kompetansen i tråd med modellen. Det kan redusere muligheten for integrert behandling, og peker på at rurale regioner gjør det vanskeligere for FACT-modellen å passe inn. Samtidig vil også andre tjenester møte slike utfordringer, og skal en ha tjenester for mennesker med alvorlige psykiske helseutfordringer også ruralt, vil både FACT-team og andre tjenester måtte håndtere slike utfordringer. Teamene virket også å ha fokus på å bruke den tverrfaglige kompetansen så godt som mulig.

Oppsummert synes flere kjennetegn ved rurale kontekster å gjøre det vanskeligere å få FACT-modellen til å passe helt inn. Slike kontekster gjør det vanskeligere å jobbe i tråd med sentrale elementer i FACT-modellen og å nå målet om integrert behandling. Utfordringene ruralt tar også tid fra direkte brukerrettet arbeid. Slike forhold må derfor tas i betraktning ved etablering av FACT-team i rurale områder.

8.2 Hvordan tilpasses FACT- modellen til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster?

FACT-teamene gjør ulike tilpasninger til modellen. Hvordan disse ser ut til å fungere opp mot modellen og målet om integrert behandling vil her diskuteres.

FACT-teamene gjør tilpasninger til komplekse og fragmenterte tjenestesystem

FACT-teamene gjør tilpasninger til komplekse og fragmenterte tjenestesystem. Det ble identifisert tre tilpasninger som kan bedre muligheten for å jobbe i tråd med FACT-modellen og målet om integrert behandling. Den første var at teamansatte fokuserte på å være den ansvarlige koordinator. Også samarbeidspartnerne formidlet at teamene tok det overordnede ansvaret. Tilpasningen er tidligere beskrevet i de norske evalueringene av FACT- (221) og ACT- (115) team. Dette tyder på at flere team enn de som er inkludert i akkurat denne studien har tatt en koordinatorrolle. Selv om teamene synes å gi mange tjenester selv, er det flere tjenester som gis av andre aktører. Når en tjeneste ikke kan gi all oppfølging og behandling selv, må tjenestene koordineres (55, 94, 130), og noen må ta det overordnede ansvaret (48). At FACT-teamene ser ut til å ha tatt dette ansvaret, og at de synes å koordinere både tjenestene de selv og andre aktører gir, kan derfor bedre mulighetene for integrert behandling. Samtidig vil de tidligere beskrevne barrierene kunne gjøre dette utfordrende, og skal tilpasningen fungere godt fordrer det at teamene har god oversikt. Koordineringen ble også opplevd utfordrende og tidkrevende, og det impliserer at den har ressursmessige kostnader for teamene og går ut over direkte brukerkontakt.

Den andre identifiserte tilpasningen var at ansatte i FACT-team beskrev at de jobbet bevisst for å etablere samarbeid med andre tjenester, noe også teamenes samarbeidspartnere formidlet. Også ansatte i danske FACT-team beskrev å jobbe bevisst med dette (20). At tilpasningen er tatt i bruk også i Danmark, støtter antagelsen om at rollen som samarbeidsaktør er relevant i tjenestesystem med mange ulike aktører. Hverken norske eller danske FACT-team kan gi alle tjenestene selv. Dermed må de som nevnt koordinere både de tjenestene teamene selv gir og de tjenestene andre aktører gir, om behandlingen skal være integrert. Det krever i neste omgang samarbeid. FACT-team i komplekse og fragmenterte tjenestesystem må derfor jobbe bevisst for å skape samarbeid med andre tjenester hvis de skal kunne jobbe i tråd med modellen og nå målet om integrert behandling. Tilpasningen er samtidig avhengig av at teamene faktisk lykkes med å etablere samarbeid med andre aktører, noe teamene, som tidligere nevnt, noen ganger strever med.

Den tredje tilpasningen var at teamene fokuserte på å være én dør inn til tjenestesystemet. Hvis FACT-team i komplekse og fragmenterte tjenestesystem har fokus på denne rollen, kan brukernes opplevelse bli at tjenestene er integrerte. Det krever at teamene både har et helhetlig fokus og skaper kontinuitet i behandlingen. Gjennom at brukerne kan ta kontakt med teamene om alle utfordringer og at de så enten får tjenesten fra teamet selv eller loses videre, kan det

bidra til økt sammenheng i behandlingen. Det å være den ene døra inn til tjenestesystemet ble også beskrevet å bidra til et helhetlig fokus, noe som er viktig for å skape integrert behandling (48). Dette indikerer at tilpasningen er avgjørende for at FACT-team i komplekse og fragmenterte tjenestesystem skal lykkes med å gi integrert behandling. Samtidig gir også teamene mange tjenester selv. Flere brukere av norske team har beskrevet at det å få hjelp til alle problemer innenfor samme team ga dem økt opplevelse av trygghet (220). Disse brukerne ble rekruttert fra de samme teamene som inngår i vår studie. FACT-team synes altså å kunne bidra til at brukere i større grad opplever å ha én dør å forholde seg til. Tilpasningen er avhengig av at teamene koordinerer tjenestene de ikke gir selv, og av at de får etablert samarbeid med øvrige tjenester. Skal brukere for eksempel kunne ta kontakt med teamene om alle utfordringer, betyr det at teamet må ha samarbeid og kontakt med andre tjenester når de selv ikke kan gi oppfølging. Det betyr også at hvis en bruker er innlagt på en døgnpost, må det etableres samarbeid for å sikre integrert behandling under og etter oppholdet.

Det ble også identifisert en fjerde tilpasning til tjenestesystemet, men denne synes å bevege teamene lenger fra FACT-modellen og målet om integrert behandling. Denne tilpasningen handlet om redusert tilgjengelighet på ettermiddag, kveld og helg, noe som står i motsetning til FACT-modellens krav. Både samarbeidspartnere og ansatte i teamene beskrev dette som utfordrende. Flere av samarbeidspartnerne trakk blant annet frem at den reduserte åpningstiden gjorde det mer utfordrende å gi brukere god hjelp i krisesituasjoner. Noen teamansatte formidlet videre at det reduserte muligheten for å jobbe med inkludering i lokalsamfunnet. Et forbedringspotensial i norske FACT-teams arbeid med inkludering i lokalsamfunnet er også beskrevet tidligere (220, 221). Dette forsterker antagelsen om at redusert åpningstid har negative følger for arbeidet med inkludering i lokalsamfunnet. Ifølge FACT-modellen skal det gis helhetlig behandling, og én av de seks byggesteinene er å støtte opp under inkludering og sosial nettverksbygging, samt være der bruker ønsker å lykkes (11). Skal en gi integrert behandling inkluderer det oppfølging og behandling relatert til alle aspekter av en persons liv, både det fysiske, psykiske og sosiale (59, 198). Mye av menneskers liv leves på ettermiddager og i helgene. Ved å ikke være tilgjengelig utenfor ordinær kontortid, gjør teamene derfor en tilpasning som kan hemme muligheten for å gi integrert behandling. Skal FACT-team virkelig jobbe i tråd med modellen fremover, impliserer det at teamene i større grad bør lete etter løsninger som øker deres tilgjengelighet.

Oppsummert gir dette en pekepinn på at hvis FACT-team tar i bruk tilpasningene ansvarlig koordinator, samarbeidsaktør og én dør inn i tjenestesystemet, kan de ha bedre muligheter til å

jobbe i tråd med modellen og målet om integrert behandling. Redusert åpningstid kan imidlertid bevege teamene lenger fra dette.

FACT-teamene gjør tilpasninger til rural kontekst

De rurale teamene gjorde også tilpasninger til FACT-modellen. Alle disse teamene var del av interkommunale samarbeid ved at flere kommuner var en del av teamene, sammen med spesialisthelsetjenesten. Dette kan sies å være en forutsetning for å i det hele tatt kunne etablere FACT-team i norske rurale regioner. Denne tilpasningen er også brukt i andre typer helsetjenester (170). Samtidig ble interkommunale samarbeid opplevd som ekstra tidkrevende, særlig fordi det var mange ulike tjenester å samarbeide med. Ett team var organisert som et interkommunalt samarbeid mellom seks kommuner. De måtte derfor forsøke å etablere samarbeid med seks ulike Nav-kontor, noe som naturligvis var tidkrevende. Størrelsen på det geografiske nedslagsfeltet var også stort med så mange kommuner inkludert, noe som ga relativt lange avstander til en del brukere. Det kan derfor synes som et går en grense for hvor mange kommuner som bør involveres i interkommunale samarbeid. Hvis det derimot ikke er for mange kommuner involvert, og teamene finner gode måter å etablere samarbeid på, kan denne tilpasningen se ut til å fungere.

En annen tilpasning var kontekstilpasset planlegging. Flere ansatte brukte bilturer til møter og brukerkontakt, og besøkte ofte flere brukere eller samarbeidspartnere samtidig. Også danske FACT-teamansatte har beskrevet en lignende tilpasning (20), noe som indikerer at dette er en tilpasning som kan fungere for FACT-team også utenfor Norge. Denne type tilpasning ser ut til å kunne øke bruken av tverrfaglig kompetanse, gjøre det enklere å håndtere krisesituasjoner, øke muligheten til å jobbe intensivt oppsøkende, samt redusere tidsbruken. Da kan teamene i større grad jobbe i tråd med modellen og dens byggesteiner på områder som er viktig for å gi integrert behandling. Samtidig ble også all planleggingen beskrevet å ta mye tid, og den kan dermed også ha noen ressursmessige kostnader.

Delegering av oppgaver og geografisk spredning av ansatte er to tilpasninger som synes å kunne fungere under noen gitte forutsetninger. Alle teamene delegerte oppgaver i større eller mindre grad for å håndtere lange avstander. Dette fremkom også i evalueringen av norske FACT-team, både i urbane og rurale regioner (221). Denne tilpasningen synes altså nødvendig for både urbane og rurale team som er del av komplekse og fragmenterte tjenestesystem. Stor grad av delegering kan imidlertid redusere muligheten for å jobbe i tråd med modellen og gi integrert behandling. Problemet blir særlig stort hvis teamene ikke har god oversikt over hvorvidt oppgavene blir utført, hvordan de blir utført, eller hvis de som skal følge opp ikke kjenner til

eller har kompetanse til å følge opp brukers helhetlige behov. Noe delegering av oppgaver vil imidlertid kunne fungere hvis teamene har god oversikt over de delegerte oppgavene, hvis oppgavene- og ansvarsfordelingen er tydelig, og hvis teamene har tett dialog med de andre tjenester for å gjøre dem mest mulig kjent med brukerens behov.

I noen av teamene var ansatte geografisk lokalisert på ulike steder. Dette er også beskrevet i den norske evalueringen av FACT-team (221). Tilpasningen gjøres selv om det står i modellbeskrivelsen at teamene bør ha én base hvor alle ansatte møtes daglig, blant annet for å ivareta teamtilhørigheten (11). Geografisk spredning av ansatte ser imidlertid ut til å kunne fungere dersom teamene samtidig bruker den tverrfaglige kompetansen på tvers og jobber for å sikre teamtilhørighet. At ansatte er lokalisert på ulike steder kan også bidra til å oppfylle modellens krav om krisehåndtering og intensitet i oppfølgingen, da reiseveien blir kortere. Ved en tilpasning som geografisk spredning av ansatte, er teamene imidlertid avhengig av digitale verktøy for å ha mulighet til å jobbe i tråd med modellen. Studien går ikke i dybden på hvordan denne tilpasningen kan fungere best mulig, noe som bør gjøres i fremtidig forskning.

Alle teamlederne formidlet i større eller mindre grad bruk av digitale kommunikasjons verktøy, både i kontakt med brukere, samarbeidspartnere og innad i teamet. Bruk av digitale verktøy er også beskrevet i FACT-team (20) og andre psykisk helsetjenester i rurale regioner (159, 169, 171, 172), og viser at dette kan være en relevant tilpasning. Digitale verktøy kan bidra til redusert tidsbruk ved lange avstander og økt utnyttelse av den tverrfaglige kompetansen i teamet. En ansatt i teamet kan for eksempel dra hjem til en bruker, for så å koble opp én eller flere andre teamansatte digitalt. Da får teamene jobbet mer i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen, og muligheten for integrert behandling vil kunne øke. Både vår og en annen norsk studie (224), pekte samtidig på at digitale verktøy ikke alltid fungerer i kontakt med brukere. Dette underbygger at tilpasningen må brukes i samråd med den enkelte og i situasjoner hvor det anses som hensiktsmessig. Samlet tyder dette på at digitale verktøy kan være en viktig tilpasning i rurale FACT-team. Brukes den i kombinasjon med konteksttilpasset planlegging, vil en også kunne se for seg økt mulighet for daglige tavlemøter.

Lavere caseload, altså færre brukere per ansatt, er en annen tilpasning i rurale team, og bidrar til at teamene blir bedre i stand til å ivareta sentrale elementer i modellen. Dette særlig fordi det gir dem bedre tid til å følge opp den enkelte bruker. Å ha færre antall brukere per ansatt er også beskrevet som nødvendig i andre rurale psykisk helsetjenester (165), og peker på at det ikke bare er FACT-team som tar i bruk en slik tilpasning. Det å håndtere lange avstander tar tid, og flere av utfordringene og tilpasningene i rurale regioner oppleves som tidkrevende. Skal FACT-

team i regioner med lange avstander ha caseload i tråd med modellen, vil det sannsynligvis være nærmest umulig for dem å følge opp brukerne slik modellen tilsier. I Danmark er høy caseload, også i mer urbane FACT-team, beskrevet å gi utfordringer med å jobbe intensivt, og noe de opplevde gjorde det vanskelig å jobbe etter en recoveryorientert tilnærming (225). Dette peker på nødvendigheten av å redusere caseload i rurale regioner, og en vil kunne anta at behov for reduisering kan øke i takt med lengden på avstandene. Lavere caseload vil samtidig øke kostnadene, fordi teamene gir tilbud til færre brukere. At lange avstander kan gi økte kostnader, er også beskrevet tidligere (86, 156). Dette kan skape utfordringer for teamenes bærekraft. Samtidig slår NOUen *Det handler om Norge* (86) fast at tjenestene bør organiseres slik at det blir best mulig for brukerne, og ikke først og fremst ut fra hva som er økonomisk lønnsomt.

Noen av de rurale teamene hadde flere ansatte i delte stillinger. Dette ble beskrevet som utfordrende. Det å unngå flere deltidsstillinger og små stillingsandeler, formidles i FACT-modellen som viktig for å kunne gi integrert behandling (11). Teamledernes beskrivelser er i stor grad sammenfallende med modellens begrunnelse for hvorfor dette bør unngås. Viktige begrunnelser er at deltidsstillinger kan hemme kontinuiteten og teamtilnærmingen, og at mye tid kan gå bort på informasjonsutveksling (11). Dette sammenfaller også med beskrivelser fra ansatte i både urbane og rurale norske FACT-team (221), noe som bidrar til å understreke utfordringene delte stillinger kan gi. Samtidig er det ikke alltid opp til teamene selv å unngå denne tilpasningen. Dette impliserer behov for at ledelse i kommuner og helseforetak gjøres kjent med at delte stillinger kan gjøre det vanskelig å jobbe i tråd med modellen.

Flere av teamlederne i de rurale teamene formidlet at de hadde redusert antall tavlemøter. Tavlemøtene beskrives i FACT-modellen som viktig for å kunne gi integrert behandling, blant annet for å sikre kontinuitet og jobbe i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen (11). Også den norske nasjonale evalueringen pekte på at tavlemøtene er viktige for den tverrfaglige teamtilnærmingen (221). Videre beskrev en dansk studie at daglige tavlemøter bidro til bedre oversikt over brukernes behov og til bedre kvalitet på behandlingen (20). Tavlemetodikken kan også bidra til bedre og mer fleksibel oppfølging i tråd med den enkeltes brukers behov (73). Samlet sett tyder dette på at reduisering av antall tavlemøter kan bevege teamene lenger bort fra modellen og målet om integrert behandling. I urbane team vil dette kunne gi lignende utfordringer. Dette impliserer at både urbane og rurale team bør etterstrebe daglige tavlemøter. Bruk av digitale verktøy vil kunne gjøre det enklere å gjennomføre disse møtene.

Oppsummert peker dette på at rurale FACT-team som tar i bruk tilpasningene interkommunale samarbeid, redusert caseload, kontekstilpasset planlegging og bruk av digitale verktøy, kan ha

bedre muligheter for å nå målet om integrert behandling og jobbe i tråd med modellen. Noe delegering av oppgaver og geografisk spredning av ansatte kan også fungere under noen forutsetninger. Delte stillinger og redusering av antall tavlemøter kan imidlertid bevege teamene lenger fra modellen og målet om integrert behandling.

8.3 De identifiserte tilpasningene i et innovasjonsperspektiv

FACT-teamene er etablert i kontekster hvor det å jobbe i tråd med modellen og målet om integrert behandling utfordres. Det kan se ut som om flere teamansatte har «reagert» på denne utfordringen med å utvikle tilpasninger gjennom sin praksis. Etableringen av FACT-modellen i Norge er i seg selv en innovasjon. Samtidig indikerer studien at innovasjonsprosessen ikke stopper der. FACT-teamene ser ut til å innovere gjennom å utvikle tilpasninger som løsninger på utfordringene de møter i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster.

Sett opp mot definisjonen av innovasjon som avhandlingen baserer seg på, synes de fleste av tilpasningene å være innovative, og de benevnes derfor her som innovative tilpasninger. De representerer nye måter å jobbe i tråd med FACT-modellen på og de er tatt i bruk. De identifiserte tilpasningene er også i stor grad repeterbare. Det vil si at de kan gjentas av ansatte i teamene og formidles videre til andre FACT-team, som så vil kunne ta dem i bruk. For å kunne gjøre det må en sette ord på og fortelle om tilpasningene. Det synes å være forskjeller i hvor stor grad tilpasningene er satt navn på. Benevnelsen ansvarlig koordinator ble for eksempel ikke brukt av de ansatte i intervjuene, og er utviklet gjennom analyse av data. Avhandlingen kan på denne måten være med å bidra til at de identifiserte tilpasningene kan spres til andre team.

I definisjonen av innovasjon som avhandlingen baserer seg på, heter det videre at det nye må gi en fordel for noen for at det skal sees på som en innovasjon. Her skiller de identifiserte tilpasningene seg noe fra hverandre. Noen av tilpasningene, som delte stillinger, redusert antall tavlemøter og tilgjengelighet, synes å bevege teamene lenger fra modellen og målet om integrert behandling. Disse tilpasningene gir muligens en fordel for ansatte i teamene, ved at de for eksempel ikke må jobbe turnus eller fordi noen kanskje ønsker delte stillinger. For målet om integrert behandling synes de imidlertid suboptimale. Hvilke fordeler disse tilpasningene har for brukerne kan dermed være vanskeligere å identifisere. Samtidig, hvis FACT er en bedre måte å organisere tjenestene på, og det for eksempel ikke lar seg gjøre ruralt uten noen delte stillinger, så kan det likevel gi en fordel for brukerne sammenlignet med ingen FACT-team. I så fall vil en kunne anse tilpasningene som innovative. Da tilpasningene synes å bevege

teamene lenger fra modellen og målet om integrert behandling, vil likevel ikke avhandlingen inkludere disse tilpasningene når en videre bruker benevnelsen innovative tilpasninger.

De identifiserte tilpasningene synes å ha flere fellestrekk med teori om hvordan tjenesteinnovasjoner ofte utvikles. Tjenesteinnovasjoner er gjerne tett knyttet til daglig praksis (22, 40, 187) og utviklet av ansatte og ledere sammen (185, 187). Russo-Spena og Meles (251) sitt begrep innovere kan synes å passe til denne type prosesser. Begrepet synliggjør den aktive handlingspregede praksisnære prosessen de ansatte i teamene har stått i sammen. Dette impliserer også at en etablert tjenesteinnovasjon som FACT-team vil kunne fortsette å innovere, slik Toivonen (40) og Rønning (26) hevder.

De innovative tilpasninger kan sees på som inkrementelle innovasjoner da de omhandler mindre endringer i hvordan teamene jobber (40). Samtidig kan en diskutere om alle disse tilpasningene egentlig er små endringer, og hvor grensen går mellom små og mer omfattende innovasjoner. Det er også forskjeller mellom tilpasningene. En kan argumentere for at konteksttilpasset planlegging er en betydelig mindre innovasjon enn for eksempel interkommunalt samarbeid. Interkommunalt samarbeid er en relativt stor organisatorisk endring, mens planleggingen teamene gjør for å fungere best mulig ruralt, kan handle om mindre endringer. Bruk av digitale verktøy for å håndtere situasjoner teamene møter i sin daglige praksis kan også være en mindre endring. Hvis digitale verktøy imidlertid etter hvert tas mer systematisk i bruk, slik noen av teamene virket å gjøre, begynner en å se konturene av en relativt stor endring i måten FACT-team jobber.

De fleste innovative tilpasningene virker å være det Toivonen (40) kaller rapid application. Noen har også likhetstrekk med praksisdrevne innovasjoner. Tilpasningene er ikke et resultat av en grundig og langsiktig plan som skjer separat fra praksis, men er utviklet av ansatte i teamene for å løse utfordringer de møter i sin daglige praksis. Interkommunale samarbeid skiller seg imidlertid fra de nevnte innovasjonstypene. Dette er en tilpasning som en må anta både er diskutert og planlagt relativt godt før teamene tar løsningen i bruk. Denne ligner derfor mer på typen innovasjon Toivonen kaller prosjekt separat fra praksis (40).

Praksisdrevet innovasjon og rapid application kan sies å ha flere fellestrekk. Likevel er det en viss distinksjon mellom dem. Rapid application har et tydeligere bevisst planleggingselement, til tross for at utviklingen går nærmest hånd i hånd med praksis. Praksisdrevet innovasjon er mer en løsning som vokser frem over tid gjennom utvikling av skreddersydde løsninger for å håndtere utfordringer i daglig praksis. De fleste identifiserte tilpasningene har, som nevnt, mest

likhetstrekk ved rapid application. Bruk av digitale verktøy, lavere caseload og geografisk spredning av ansatte kan en for eksempel anta er iverksatt gjennom konkrete beslutninger om endringer, og hvor det i større eller mindre grad må ha eksistert planer om endringene. Når FACT-team for eksempel velger å ha en lavere caseload virker det å være bevisst valgt fordi de ikke har kapasitet til å ta inn flere brukere. For å kunne bruke digitale verktøy må en skaffe de nødvendige tekniske verktøy, lære seg å bruke det, og aktivt bestemme seg for å benytte verktøyet. Når teamene delegerer oppgaver er det noe de bevisst gjør fordi teamet ikke har ressurser til å gjøre alt selv eller på grunn av lange avstander. Flere team sier også at de for eksempel jobber bevisst og målrettet med å skape samarbeidsrelasjoner med andre tjenester.

Flere av tilpasningene har samtidig elementer av praksisdrevne innovasjoner ved seg. Delegering av oppgaver kan for eksempel skje gradvis over tid før det blir en synlig endring. Teamene kan ha startet med å delegerer medisiner til én bruker, så til en til, og så ble dette etter hvert noe de «alltid» gjorde. I kontekstilpasset planlegging kan en også finne elementer av praksisdrevne innovasjoner. Det kan være at en ansatt i teamet ved en anledning tok et tavlemøte i bilen, for så å si til en annen at det fungerte bra, som dermed medførte at flere gjorde det. Til slutt kan det så ha blitt en endring hvor teamene planla for at tavlemøter skal tas i bilen ved behov. Hvis teamet videre raskt begynte å jobbe slik og videreutviklet løsningen med tavlemøter i bilen, kan det se ut som en beveger seg mellom de ulike typene innovasjoner i Toivonens rammeverk. Dette viser at det kan være vanskelig å skille klart mellom disse innovasjonstypene og at det er behov for mer forskning om dette.

Tilpasningene som her ble sett på som mer utilstrekkelige, har samtidig flere kjennetegn som passer med hvordan innovasjoner, ifølge Toivonens rammeverk, utvikles. Reduksjon av antall tavlemøter ligner på rapid application. Teamene begrunner denne tilpasningen særlig med tidsbruk grunnet lange avstander. De har bevisst startet å jobbe slik og dermed etablert den nye løsningen som en del av praksis. Det samme synes å gjelde delte stillinger og redusert åpningstid. Utviklingen av disse tilpasningene har også likhetstrekk med prosjekt separat fra praksis, da en kan anta at tilpasningene er overveid og planlagt, mest sannsynlig i tett dialog med teamenes ledelse. Dette fremkommer imidlertid ikke tydelig i studien, og peker på et behov for å forske mer på innovasjonsaspektene ved tilpasning av FACT-modellen til norske kontekster.

Oppsummert gir avhandlingen en indikasjon på at Toivonens rammeverk kan være relevant for å studere hvordan denne type praksisnære offentlige innovasjoner utvikles. Samtidig er det behov for å utvikle mer kunnskap om innovasjonsaspektene ved tilpasninger av FACT-

modellen i ulike kontekster. Fremtidige studier bør derfor gå dypere inn hvordan praksisnære offentlige innovasjoner utvikles i FACT-team. Blant annet kan det være relevant å se nærmere på om det i praksis er klare skiller mellom de ulike typene innovasjonsprosesser. Denne avhandlingen har ikke gått dypt inn i dette, men gir et visst innblikk i hvordan slike innovasjoner kan synes å utvikles.

8.4 Kan FACT-modellen fungere i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner?

På den ene siden peker avhandlingen på at flere kjennetegn ved komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster gjør det vanskeligere for FACT-teamene å passe helt inn. På den andre siden identifiserer den flere innovative tilpasninger som gjøres av teamansatte for å nettopp passe bedre inn. Avhandlingen indikerer også at teamene passer inn med noen behov i eksisterende tjenestesystem og gir noen fordeler.

Komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster gjør det mer utfordrende å jobbe i tråd med FACT-modellen og å nå målet om integrert behandling. Dette skyldes flere av kjennetegnene ved systemet og den rurale konteksten, samt noen av tilpasningene som gjøres. Ulike tjenestenivå, lovverk og digitale verktøy, ser sammen med de mange ulike tjenestene, byråkrati og uklar ansvars- og oppgavefordeling, ut til å vanskeliggjøre muligheten for integrert behandling. Lange avstander og lav befolkningstetthet kan gjøre det vanskeligere å jobbe i tråd med den tverrfaglige teamtilnærmingen, håndtere krisesituasjoner i tråd med modellen og å jobbe intensivt oppsøkende. Noen av tilpasningene er også med på å utfordre muligheten til å jobbe i tråd med FACT-modellen og målet om integrert behandling. Delte stillinger, få tavlemøter og redusert tilgjengelighet etter kontortid gjør dette krevende. Disse tilpasningene synes å gi utfordringer for både urbane og rurale team. Dette indikerer at komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner kan gjøre det vanskeligere for FACT-modellen å passe helt inn i. Samtidig gjør teamene flere innovative tilpasninger som et slags svar på utfordringene de møter i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner.

De innovative tilpasningene synes å kunne fungere i tråd med modellen og målet om integrert behandling, og bidrar til at FACT-modellen kan passe bedre inn i slike kontekster. Hvis FACT-team tar i bruk rollen som ansvarlig koordinator, samarbeidsaktør og den ene døråpneren inn til tjenestesystemet, ser muligheten for å kunne jobbe i tråd med FACT-modellen og målet om integrert behandling, ut til å kunne bedres. Hvis rurale FACT-team ikke har høy caseload, bruker digitale verktøy, gjør konteksttilpasset planlegging og etableres som interkommunale

samarbeid, kan det bedre fungeringen. Noe delegering av oppgaver kan også fungere dersom teamene har god oversikt og tett dialog med tjenestene som utfører de delegerte oppgavene. Også geografisk spredning av ansatte synes å kunne fungere om teamene samtidig har fokus på teamtilhørighet og det å jobbe i tråd med en tverrfaglig teamtilnærming. De ovennevnte tilpasningene kan sies å ha økt FACT-modellens potensial. Avhandlingen peker samtidig på at både utfordringene i og tilpasningene til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner er ressurskrevende for teamene. Dette impliserer at høyere økonomiske kostnader bør tas høyde for ved etablering av team, særlig rurale.

Videre indikerer avhandlingen at FACT-teamene passer inn med noen av behovene i komplekse og fragmenterte tjenestesystem. Dette synes særlig å gjelde behovet for en tjeneste som bygger bro mellom ulike aktører og bedrer samarbeidet i tjenestesystemet. Den forpliktende samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste virker å være sentral. Dette impliserer at norske FACT-team bør fortsette å etableres som en forpliktende samhandling, og at andre land med ulike tjenestenivå kan ha nytte av en slik tilpasning. Det er videre med på å underbygge at behov i eksisterende systemer og det å se fordelen med en innovasjon, kan innvirke på denne type innovasjoners fungering. Behovene for en tjeneste som FACT synes å bidra til å redusere motstand mot endring og bidra til at flere tjenester tar imot teamene som en samarbeidspartner.

Norge er et land med både et komplekst og fragmentert tjenestesystem og mange rurale regioner. Dette gjør det mer utfordrende å jobbe i tråd med sentrale elementer i modellen og målet om integrert behandling. Samtidig synes de innovative tilpasningene og behovene for en modell som FACT, å gjøre modellen mer anvendbar i en norsk kontekst. Uansett vil en måtte inkludere et bredere utvalg av informanter for å virkelig kunne gi et godt bilde på modellens fungering. Det vil blant annet kreve å involvere brukere og pårørende. Til tross for de innovative tilpasningene og eksisterende behov i tjenestene, peker avhandlingen likevel på at det synes å være en grense for hvor lange avstander og lav befolkningstetthet FACT-modellen kan fungere under. Hvis en ikke kan jobbe i tråd med de sentrale byggsteinene i modellen, vil muligheten for integrert behandling i liten grad bedres. Dette impliserer på den ene siden at team kan bevege seg så langt fra FACT-modellen at det kan være riktigere å etablere andre typer samhandlingsmodeller. På den andre siden identifiserer avhandlingen noen tilpasninger som det kan være relevant å inkludere i en modifisert FACT-modell.

9.0 KONKLUSJONER OG IMPLIKASJONER

FACT-team er en innovasjon som etableres i et allerede eksisterende tjenestesystem. De teamansatte virker å bli innovatører som sammen utvikler praksisnære innovasjoner for å passe best mulig inn i den kontekst de er etablert i. Avhandlingen peker på at FACT-teamene passer inn med noen behov i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og at de gir fordeler. Dette synes å redusere motstand mot endringen teamene representerer, og bidra til at flere tjenester tar imot teamene som en samarbeidspartner. Komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster gjør det samtidig mer utfordrende å jobbe i tråd med FACT-modellen og å nå målet om integrert behandling. Dette skyldes flere av kjennetegnene ved systemet og den rurale konteksten, samt noen av tilpasningene som gjøres.

Et av hovedmålene med etableringen av FACT-team i Norge er målet om mer integrert behandling. For at teamene virkelig skal ha mulighet til å nå dette målet, bør helsemyndighetene redusere noen av barrierene. Ved etablering av team bør en kartlegge potensielle barrierer og ta i bruk relevante tilpasninger. De identifiserte innovative tilpasningene kan samtidig bidra til at FACT-team fungerer mer i tråd med modellen og målet om integrert behandling i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. Tilpasningene kan derfor sies å ha økt FACT-modellens potensial.

Avhandlingen peker samtidig på at både utfordringene i og tilpasningene til komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner, er ressurskrevende for teamene, og tar tid fra direkte brukerrettet arbeid. Dette bør tas høyde for ved etablering av team, særlig rurale. Det kan også synes å være en grense for hvor lange avstander og hvor lav befolkningstetthet FACT-modellen kan fungere i. Hvis teamene ikke kan jobbe i tråd med sentrale elementer i modellen, vil muligheten for integrert behandling i liten grad bedres.

Avhandlingen identifiserer noen implikasjoner for fremtidig forskning. Studiene følger ikke FACT-teamene over tid, noe fremtidig forskning bør utforske, også etter at tilskuddsordningen tar slutt. Det kan være interessant å få mer kunnskap om hvordan de sterke økonomiske insentiver for satsingen i Norge kan ha innvirket på hvordan teamene passer inn og tilpasses. Avhandlingen gir videre bare et bilde på noen sentrale faktorer for å jobbe i tråd med FACT-modellen og målet om integrert behandling i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner. Fremtidig forskning bør studere dette mer inngående og belyse de seks byggesteinene i modellen grundigere. Selv om studie en og to inkluderte både urbane og rurale FACT-team, er komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster studert hver for

seg. Det ble ikke funnet særlige forskjeller mellom urbane og rurale regioner i hvordan FACT-modellen passet inn og ble tilpasset til komplekse og fragmenterte system. Samtidig ble ikke slike eventuelle forskjeller studert spesielt, noe det derfor er behov for mer kunnskap om. Avhandlingen indikerer at flere av tilpasningene i rurale regioner synes relevante også i mer urbane kontekster. Fremtidig forskning bør derfor studere hvordan noen av de identifiserte tilpasningene til rurale team kan fungere urbant. Videre peker avhandlingen på hvordan ansatte kan utvikle praksisnære innovasjoner. Dette bør imidlertid studeres mer inngående. En vil også kunne anta at ansatte i det øvrige tjenestesystemet, samt brukere og pårørende, kan ha bidratt i utviklingen av tilpasningene. Hvordan denne type innovative tilpasninger kan samskapes der hvor FACT-team etableres, bør derfor studeres.

For at noe skal være en innovasjon er det en vanlig oppfatning at den gir en fordel eller er til nytte for noen. Avhandlingen peker på at FACT-team kan imøtekomme noen behov hos samarbeidspartnere i det eksisterende tjenestesystemet. Hvilke fordeler eller ulemper teamene og tilpasningene har for brukere og pårørende gir den ikke svar på. Det bør derfor gjennomføres forskning som belyser dette. Det er kun brukerne som kan svare på om behandlingen virkelig blir integrert og om FACT-modellen er den beste måten å nå dette målet på i komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale regioner.

Referanser

1. van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community mental health journal*, 43(4), 421–433. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9089-42>
2. Westen, K. H., Vugt, M. D. V., Rosenquist, A., Lexén, A., Delespaul, P. & Kroon, H. (2022). The flexible assertive community treatment fidelity scale: Description of the development in the Netherlands and adaptation in Denmark and Sweden. *Nordic Social Work Research*. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2021.1952479>
3. Axelsson, R. & Axelsson, S.B. (2006). Integration and collaboration in public health--a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, 21(1), 75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
4. Karapareddy, V. (2019). A Review of Integrated Care for Concurrent Disorders: Cost Effectiveness and Clinical Outcomes. *Journal of dual diagnosis*, 15(1), 56–66. <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1518553>
5. Bjørkquist, C. & Hansen, G. V. (2018). Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 11, 233–243. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S157769>
6. Davis, E., Barnhill, L. J. & Saeed, S. A. (2008). Treatment models for treating patients with combined mental illness and developmental disability. *The Psychiatric quarterly*, 79(3), 205–223. <https://doi.org/10.1007/s11126-008-9082-2>
7. Olsen, B. M., Vatne, S. & Buus, N. (2015). Kontinuitets- og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester: en fokusgruppestudie. *Klinisk Sygepleje*, 15(4), 55–68. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2015-04-06>
8. Helsetilsynet. (2019). *Det heng dårleg saman. Landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med kommunale tenester for personar med samtidig rusproblem og psykisk lidning – oppsummeringsrapport* (Rapport fra Helsetilsynet 6/2019). Helsetilsynet.
9. OECD. (2014). *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards* (OECD Reviews of Health Care Quality). Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264208469-en>
10. Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
11. van Veldhuizen, J. & Bahler, M. (2013). *Manual: Flexibel Assertive Community Treatment: Vision, model, practice and organization*. Groningen: Certification Centre for ACT and FACT (CCAF).
12. Neijmeijer, L.J., Didden, R., Nijman, H.L.I. & Kroon, H. (2018). Assertive Community Treatment for People With Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning and Mental Health Problems or Challenging Behavior: State of the Art and Implementation in the Netherlands. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2018;15(4), 329–42. <https://doi.org/10.1111/jppi.12254>
13. Nakhost, A., Law, S. F., Francombe Pridham, K. M. & Stergiopoulos, V. (2017). Addressing Complexity and Improving Access in Community Mental Health Services: An Inner-City Adaptation of Flexible ACT. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 68(9), 867–869. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700195>
14. Svensson, B., Hansson, L. & Lexén, A. (2018). Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *Nordic journal of psychiatry*, 72(3), 226–231. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1430168>
15. Svensson, B., Hansson, L., Markström, U. & Lexén, A. (2017). What matters when implementing Flexible Assertive Community Treatment in a Swedish healthcare context: A two-year implementation study. *International Journal of Mental Health*, 46(4), 284–298. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1345041>
16. Nielsen, C.M., Hjorthøj, C., Killaspy, H. & Nordentoft, M. (2020). The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 27–35. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30424-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30424-7)

17. Ruimveld, J. A., Bosma, M., Hermanides, R., van Os, J., Becker, H., Mauricio, M., Jansen, E. & Delespaul, P. (2018). De ggz in Bonaire - een inspiratie voor de beweging 'de nieuwe ggz' [Mental health in Bonaire - an inspiration for the Dutch New Mental Health Movement]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 60(7), 462–470.
18. Delespaul, P. (2018). Belgische FACT-teams: Op zoek naar borging van goede zorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 61, 386–387.
19. Stergiopoulos, V., Saab, D., Francombe Pridham, K., Aery, A. & Nakhost, A. (2018). Building flexibility and managing complexity in community mental health: lessons learned in a large urban centre. *BMC Psychiatry*, 18(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1597-y>
20. Nielsen, C. M., Hjorthøj, C., Nordentoft, M. & Christensen, U. (2021). A Qualitative Study on the Implementation of Flexible Assertive Community Treatment - an Integrated Community-based Treatment Model for Patients with Severe Mental Illness. *International journal of integrated care*, 21(2), 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.5540>
21. Sundbo J. (1997). Management of Innovation in Services. *The Service Industries Journal*. 17(3), 432-55. <https://doi.org/10.1080/02642069700000028>
22. Toivonen, M. & Tuominen, T. (2009). Emergence of innovations in services. *The Service Industries Journal*, 29(7), 887–902. <https://doi.org/10.1080/0264206902749492>
23. Osborne, S., Radnor, Z., Kinder, T. & Vidal, L. (2015). The SERVICE Framework: A Public-service-dominant Approach to Sustainable Public Services. *British journal of management*, 26(3), 424–438. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12094>
24. Reff, A. & Johansen M. (2011). En organisatorisk rejse gennem innovationslandskabet. I E. Sørensen & J. Torfing (Red.), *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor* (s. 101–115). København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
25. De Vries, H., Bekkers, V. & Tummers, L. (2016). Innovation in the public sector: a systematic review and future research agenda. *Public Administration*, 94(1), 146–166. <https://doi.org/10.1111/padm.12209>
26. Rønning, R. (2021). *Innovasjon i offentlig sektor. Innover eller bli innover*. Oslo: Universitetsforlaget.
27. Atun R. (2012). Health systems, systems thinking and innovation. *Health policy and planning*, 27 Suppl 4, iv4–iv8. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs088>
28. Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E. & Suter, E. (Red.). (2017). *Handbook Integrated Care*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5>
29. Dryden-Palmer, K. D., Parshuram, C. S. & Berta, W. B. (2020). Context, complexity and process in the implementation of evidence-based innovation: a realist informed review. *BMC health services research*, 20(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4935-y>
30. Savigny, Donald de, Adam, Taghreed, Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. (2009). *Systems thinking for health systems strengthening* / edited by Don de Savigny and Taghreed Adam. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44204>
31. Hannigan, B. & Coffey, M. (2011). Where the wicked problems are: the case of mental health. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 101(3), 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.002>
32. Van de Ven A.H. (2017). The innovation journey: you can't control it, but you can learn to maneuver it. *Innovation: Organization & Management*, 19(1), 39–42. <https://doi.org/10.1080/14479338.2016.1256780>
33. Fleuren, M., Wiefferink, K. & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 16(2), 107–123. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh030>
34. Van de Ven, A.H. & Sun, K. (2011). Breakdowns in implementing models of organization change. *Academy of Management Perspectives*, 25(3), 58–74. <https://doi.org/10.5465/AMP.2011.63886530>
35. Fuglsang, L. & Rønning, R. (2014). Introduction. I L. Fuglsang, R. Rønning & B. Enquist (Red.), *Framing Innovation in Public Service Sectors* (s. 1–11). New York: Routledge.

36. Hartley J. (2013). Public and private features of innovation. I S. Osborne & L. Brown (Red.), *Handbook of Innovation in Public Services* (s. 44–59). Cheltenham: Edward Elgar Publishing. <http://dx.doi.org/10.4337/9781849809757>
37. Sørensen, E. & Torfing, J. (2011). *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
38. Osborne, S. & Brown, L. (Red.) (2013). *Handbook of Innovation in Public Services*. Edward Elgar Publishing.
39. Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget.
40. Toivonen, M. (2010). Different types of innovation processes in services and their organisational implications. I F. Gallouj & F. Djellal (Red.), *The Handbook of Innovation and Services. A Multi-disciplinary Perspective* (s. 221–249). Edward Elgar Publishing Limited.
41. van Duijn, S., Zonneveld, N., Lara Montero, A., Minkman, M. & Nies, H. (2018). Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. *International journal of integrated care*, 18(2), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.3107>
42. Maruthappu, M., Hasan, A. & Zeltner, T. (2015). Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. *Health systems and reform*, 1(4), 250–256. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1077301>
43. Bjørkquist, C. & Fineide, M. (2019). Introduksjon: Behovet for samordning og samarbeid. I C. Bjørkquist & M. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse og velferdstjenester* (s. 7–17). Cappelen Damm Akademisk.
44. Isaacs, S., Jellinek, P., Martinez Garcel, J., Hunt, K. A. & Bunch, W. (2013). New York State Health Foundation: integrating mental health and substance abuse care. *Health affairs (Project Hope)*, 32(10), 1846–1850. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0479>
45. World Health Organization. (2016). *Integrated care models: an overview* (Working document). Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe.
46. World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services* (Interim report). Geneva: World Health Organization.
47. Heyeres, M., McCalman, J., Tsey, K. & Kinchin, I. (2016). The Complexity of Health Service Integration: A Review of Reviews. *Frontiers in public health*, 4, 223. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00223>
48. Goodwin, N., Stein, V. & Amelung, V. (2017). What is integrated care? I V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter (Red.), *Handbook Integrated Care* (s. 3–23). Springer International Publishing.
49. Meld. St. 19 (2018–2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet.
50. Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948 Nasjonale faglige retningslinjer). Helsedirektoratet.
51. Helsedirektoratet. (2017). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov* (Nasjonalt veileder). Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. februar 2019).
52. Ling, T., Brereton, L., Conklin, A., Newbould, J. & Roland, M. (2012). Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *International journal of integrated care*, 12, e129. <https://doi.org/10.5334/ijic.982>
53. Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D. & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International journal of integrated care*, 9, e82. <https://doi.org/10.5334/ijic.316>
54. Murtagh, S., McCombe, G., Broughan, J., Carroll, Á., Casey, M., Harrold, Á., Dennehy, T., Fawsitt, R. & Cullen, W. (2021). Integrating Primary and Secondary Care to Enhance Chronic Disease Management: A Scoping Review. *International journal of integrated care*, 21(1), 4. <https://doi.org/10.5334/ijic.5508>
55. Tzasis, P., Evans, J. M. & Owen, S. (2012). Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective. *International journal of integrated care*, 12, e190. <https://doi.org/10.5334/ijic.843>

56. Davidsen, A. S., Davidsen, J., Jønsson, A., Nielsen, M. H., Kjellberg, P. K. & Reventlow, S. (2020). Experiences of barriers to trans-sectoral treatment of patients with severe mental illness. A qualitative study. *International journal of mental health systems*, 14(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00419-x>
57. Browne, T., Priester, M. A., Clone, S., Iachini, A., DeHart, D. & Hock, R. (2016). Barriers and Facilitators to Substance Use Treatment in the Rural South: A Qualitative Study. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 32(1), 92–101. <https://doi.org/10.1111/jrh.12129>
58. Storm, M., Fortuna, K. L., Gill, E. A., Pincus, H. A., Bruce, M. L. & Bartels, S. J. (2020). Coordination of services for people with serious mental illness and general medical conditions: Perspectives from rural northeastern United States. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43(3), 234–243. <https://doi.org/10.1037/prj0000404>
59. Triliva, S., Ntani, S., Giovazolias, T., Kafetsios, K., Axelsson, M., Bockting, C., Buysse, A., Desmet, M., Dewaele, A., Hannon, D., Haukenes, I., Hensing, G., Meganck, R., Rutten, K., Schønning, V., Van Beveren, L., Vandamme, J. & Øverland, S. (2020). Healthcare professionals' perspectives on mental health service provision: a pilot focus group study in six European countries. *International journal of mental health systems*, 14, 16. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00350-1>
60. Westen, K. H., van Vugt, M. D., Bähler, M., Mulder, C. L., Delespaul, P. H. & Kroon, H. (2020). FACT als onderdeel van wijkgerichte zorg in het (zorg)netwerk [Flexible assertive community treatment (FACT) as part of a community (health) network]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 62(4), 298–303. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32388852/>
61. Nordén, T. & Norlander, T. (2014). Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach?. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 10, 87–91. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010087>
62. Drukker, M., Maarschalkerweerd, M., Bak, M., Driessen, G., à Campo, J., de Bie, A., Poddighe, G., van Os, J. & Delespaul, P. (2008). A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC psychiatry*, 8, 93. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-93>
63. Firn, M., Hindhaugh, K., Hubbeling, D., Davies, G., Jones, B. & White, S. J. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(6), 997–1003. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0602-x>
64. Bak, M., van Os, J., Delespaul, P., de Bie, A., á Campo, J., Poddighe, G. & Drukker, M. (2007). An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(2), 125–130. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0147-y>
65. Drukker, M., Visser, E., Sytema, S. & van Os, J. (2013). Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life Observational Study. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 9, 202–209. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010202>
66. Drukker, M., van Os, J., Sytema, S., Driessen, G., Visser, E. & Delespaul, P. (2011). Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 20(3), 273–278. <https://doi.org/10.1017/s2045796011000369>
67. van Veldhuizen, R., Delespaul, P., Kroon, H. & Mulder, N. (2015). Flexible ACT & Resource-group ACT: Different Working Procedures Which Can Supplement and Strengthen Each Other. A Response. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 11, 12–15. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010012>
68. Lexén, A. & Svensson, B. (2016). Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 25(4), 379–384. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207236>
69. Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R. & van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real

- Life Study. *Community mental health journal*, 52(8), 898–907.
<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>
70. Firm, M., White, S. J., Hubbeling, D. & Jones, B. (2018). The replacement of assertive outreach services by reinforcing local community teams: a four-year observational study. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 27(1), 4–9.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139073>
 71. Sood, L., Owen, A., Onyon, R., Sharma, A., Nigriello, J., Markham, D. & Seabrook, H. (2017). Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis teams: an evaluation. *BJPsych bulletin*, 41(4), 192–196. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.053967>
 72. Neijmeijer, L. J., Korzilius, H., Kroon, H., Nijman, H. & Didden, R. (2019). Flexible assertive community treatment for individuals with a mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: results of a longitudinal study in the Netherlands. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 63(8), 1015–1022. <https://doi.org/10.1111/jir.12619>
 73. Kortrijk, H., Schaefer, B., van Weeghel, J., Mulder, C. L. & Kamperman, A. (2019). Trajectories of patients with severe mental illness in two-year contact with Flexible Assertive Community Treatment teams using Routine Outcome Monitoring data: An observational study. *PloS one*, 14(1), e0207680. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207680>
 74. Ådnanes, M. & Steihaug, S. (2016). "You Never Know What Happens Next" - Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year. *International journal of integrated care*, 16(3), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.2435>
 75. Ådnanes, M. & Steihaug, S. (2013). Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways - an explorative study. *International journal of integrated care*, 13, e031.
 76. Steihaug, S., Johannessen, A. K., Ådnanes, M., Paulsen, B. & Mannion, R. (2016). Challenges in Achieving Collaboration in Clinical Practice: The Case of Norwegian Health Care. *International journal of integrated care*, 16(3), 3. <https://doi.org/10.5334/ijic.2217>
 77. Vik, E. (2018). Coordination Between Health Care Professions – A Scoping Review. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
 78. Ness, O., Borg, M., Semb, R. & Karlsson, B. (2014). "Walking alongside:" collaborative practices in mental health and substance use care. *International journal of mental health systems*, 8(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-55>
 79. Fineide, M. J., Haug, E. & Bjørkquist, C. (2021). Organisational and Professional Integration Between Specialist and Primary Healthcare Services: A Municipal Perspective. *International journal of integrated care*, 21(2), 21. <https://doi.org/10.5334/ijic.5606>
 80. Wormdahl, I., Husum, T.L., Rugkåsa, J. & Rise, M.B. (2020). Professionals' perspectives on factors within primary mental health services that can affect pathways to involuntary psychiatric admissions. *Int J Ment Health Syst* 14, 86. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00417-z>
 81. Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
 82. St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
 83. Statistisk sentralbyrå. (2020). *Store endringer i kommuneartet og statistikken*. [Nettartikkel]. <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/store-endringer-i-kommuneartet-og-statistikken>; 2020 <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/store-endringer-i-kommuneartet-og-statistikken>
 84. Worldometers. (2021). *Countries in the world by population*. [Nettartikkel]. <https://www.worldometers.info/world-population/>
 85. OECD. (2020). *OECD Regions and Cities at a Glance 2020*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/959d5ba0-en>

86. NOU 2020: 15. (2020). *Det handler om Norge – Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>
87. Ellis, L. A., Churrua, K. & Braithwaite, J. (2017). Mental health services conceptualised as complex adaptive systems: what can be learned?. *International journal of mental health systems*, 11, 43. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0150-6>
88. Beere, D., Page, I. S., Diminic, S. & Harris, M. (2019). A mixed methods evaluation of an integrated adult mental health service model. *BMC health services research*, 19(1), 691. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4501-7>
89. Rodgers, M., Dalton, J., Harden, M., Street, A., Parker, G. & Eastwood, A. (2018). Integrated Care to Address the Physical Health Needs of People with Severe Mental Illness: A Mapping Review of the Recent Evidence on Barriers, Facilitators and Evaluations. *International journal of integrated care*, 18(1), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.2605>
90. Fantuzzi, C. & Mezzina, R. (2020). Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. *The International journal of social psychiatry*, 66(3), 300–310. <https://doi.org/10.1177/0020764019899975>
91. Melamed, O. C., Fernando, I., Soklaridis, S., Hahn, M. K., LeMessurier, K. W. & Taylor, V. H. (2019). Understanding Engagement with a Physical Health Service: A Qualitative Study of Patients with Severe Mental Illness. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 64(12), 872–880. <https://doi.org/10.1177/0706743719862980>
92. Cetrano, G., Salvador-Carulla, L., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gutiérrez-Colosía, M. R., Gonzalez-Caballero, J. L., Park, A. L., McDaid, D., Sfetcu, R., Kalseth, J., Kalseth, B., Hope, Ø., Brunn, M., Chevreur, K., Straßmayr, C., Hagmair, G., Wahlbeck, K., Amaddeo, F. & REFINEMENT group (2018). The balance of adult mental health care: provision of core health versus other types of care in eight European countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e6. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000574>
93. Mueller-Stierlin, A. S., Meixner, F., Kohlmann, A., Schumacher, M., Hänsel, A., Pouwels, M., Bias, N., Hartl, S., Reichstein, J., Prestin, E., Greve, N., Becker, T. & Kilian, R. (2020). Effectiveness and cost-effectiveness of a community-based mental health care programme (GBV) for people with severe mental illness in Germany: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 21(1), 598. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04492-y>
94. Weaver, N., Coffey, M. & Hewitt, J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(6), 431–450. <https://doi.org/10.1111/jpm.12387>
95. Tansella, M., Thornicroft, G. & Lempp, H. (2014). Lessons from community mental health to drive implementation in health care systems for people with long-term conditions. *International journal of environmental research and public health*, 11(5), 4714–4728. <https://doi.org/10.3390/ijerph110504714>
96. Kaehne A. (2016). The Building Blocks of Integrated Care. *International journal of integrated care*, 16(4), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.2527>
97. Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 392–397. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
98. Westen, K., Boyle, P. & Kroon, H. (2022). An observational comparison of FACT and ACT in the Netherlands and the US. *BMC psychiatry*, 22(1), 311. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03927-x>
99. Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 62(12), 1470–1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
100. Bähler, M., van Veldhuizen, J., van Vugt, M., Delespaul, P., Kroon, H., Lardinois, J. & Mulder, N. (2010). *Fidelity scale FACT*. Certification Centre for ACT and FACT (CCAF).
101. van Hoof, F., Knispel, A., Aagaard, J., Schneider, J., Beeley, C., Keet, R. & van Putten, M. (2015). The role of national policies and mental health care systems in the development of

- community care and community support: an international analysis. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 24(4), 202–207. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1036973>
102. Aakerholt A. (2013). *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen*. (2. utgave). Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.
103. St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
104. Brofoss, K. & Larsen, F. (2009). *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1248431256883.pdf>
105. HelseDirektoratet. (2010). *Kunngjøring av tilskuddsordning for etablering av aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT- team)*. HelseDirektoratet.
106. Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak*. [Nasjonal veileder]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen--lovpaalagte-samarb/id661886/?msclid=446a7c56d11211ecbc74654558e7c50f2011>.
107. HelseDirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. [IS-2076 Veileder]. HelseDirektoratet. <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
108. HelseDirektoratet. *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*. [Nettartikkel]. HelseDirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/tema/psykisk-helse>
109. Departementene. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. [Strategi]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
110. Prop. 15 S (2015–2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>
111. Meld. St. 30 (2019–2020). *En innovativ offentlig sektor — Kultur, ledelse og kompetanse*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>
112. Forskningsrådet. (2017). *Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL. Programplan*. Oslo: Forskningsrådet.
113. HelseOmsorg21. (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
114. HelseDirektoratet. (2022). *Tilskudd til voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester*. [Nettartikkel]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/tilskudd/tilbud-til-voksne-med-langvarige-og-sammensatte-tjenestebehov>
115. Landheim, A., Ruud, T., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K. & Stuen, H. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.
116. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). (2022). *ACT- og FACT-team*. [Nettside]. <https://napha.no/content/13921/act--og-fact-team>
117. HelseDirektoratet. (2022). *Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester* [Nettartikkel]. Tilgjengelig fra <https://www.helseDirektoratet.no/tilskudd/tilbud-til-barn-og-unge-med-behov-for-langvarig-sammensatt-oppfolging>
118. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelse (NKROP). *ACT/FACT*. [Nettside]. <https://rop.no/kompetanseheving/actfact/>
119. Ruud, T. & Friis, S. (2021). *Community-based Mental Health Services in Norway. Consortium Psychiatricum*, 2(1), 47–54. <https://doi.org/10.17816/CP43>

120. Helsedirektoratet. (2018). *Helhet og sammenheng. Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester*. [IS-2765 Rapport]. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helhet-og-sammenheng-utvikling-og-variasjon-i-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester-blant-pasienter-med-behov-for-helhetlige-tjenester>
121. Bjørkquist, C. & Ramsdal H. (Red.). (2021). *Statlig politikk og lokale utfordringer. Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse*. Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing).
122. Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T. & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study. *BMC health services research*, 17(1), 763. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>
123. Ose, S. & Kaspersen, S. (2020). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. https://www.regjeringen.no/contentassets/d7875972fb5843ef92a3d20ebbe32e1c/endingrappo rtis24_8_2020.pdf
124. Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J. & Anthun, K.S. (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. [Rapport]. SINTEF på oppdrag fra KS. <https://www.ks.no/contentassets/37b511d26ff94bc9bb200538ecba4430/Samhandling-mellom-kommuner-og-sykehus.pdf>
125. Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021)*. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>
126. Pedersen L. L. (2020). Interprofessional collaboration in the Norwegian welfare context: a scoping review. *Journal of interprofessional care*, 34(6), 737–746. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1693353>
127. Danbolt, L.J., Hestad, K., Kjønsgberg, K., Kvalvik, A-M. & Hynnekleiv, T. (2016). *From exclusivity to mutuality. Collaboration regarding patients with complex mental health care needs*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Publisert 2. mai 2016. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/05/fra-ensidighet-til-gjensidighet>
128. Wikipedia. (2022). *Norges geografi*. [Nettartikkel]. https://no.wikipedia.org/wiki/Norges_geografi
129. Statistisk sentralbyrå (SSB). (2020). *Sentralitetsindeksen. Oppdatering med 2020-kommuner*. SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/413602?ts=17085d29f50>
130. Hansen, G. V. (2021). Helhetlige tjenestetilbud i en liten kommune. I C. Bjørkquist & H. Ramsdal (Red.), *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse* (kap. 8, s. 155–173). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.140.ch8>
131. Romøren, T. I., Torjesen, D. O. & Landmark, B. (2011). Promoting coordination in Norwegian health care. *International journal of integrated care*, 11(Spec 10th Anniversary Ed), e127. <https://doi.org/10.5334/ijic.581>
132. Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholdt, A. & Aasbrenn, K. (2017). *Potensialet for Assertive community treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*. NAPHA. <https://napha.no/multimedia/7931/ACT-FACT-i-rurale-strok>
133. Stoshikj, M., Kryvinska, N. & Strauss, C. (2016). Service Systems and Service Innovation: Two Pillars of Service Science. *Procedia Computer Science*, 83, 212–220. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2016.04.118>
134. Spohrer, J., Vargo, S., Caswell, N. & Maglio, P. (2008). The Service System Is the Basic Abstraction of Service Science. *Inf. Syst. E-Business Management*. <http://dx.doi.org/10.1109/HICSS.2008.451>
135. Spohrer, J., Maglio, P., Bailey, J. & Gruhl, D. (2007). Steps Toward a Science of Service Systems. *Computer*, 40(1), 71–77 <http://dx.doi.org/10.1109/MC.2007.33>
136. Eriksson, E., Andersson, T., Hellström, A., Gadolin, C. & Lifvergren, S. (2019). Collaborative public management: coordinated value propositions among public service organizations. *Public Management Review*, (22)1. <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2019.1604793>

137. Skålén, P. (2016). *Tjänstelogik*. Lund: Studentlitteratur.
138. Vik, E. & Aarseth, T. (2019). Koordinatorordninger som samordningstiltak – tre mulige paradokser. I C. Bjørkquist C. & M. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. NOASP/Cappelen Damm Akademisk (s. 119–144).
139. Storm, M., Husebø, A., Thomas, E. C., Elwyn, G. & Zisman-Ilani, Y. (2019). Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental Illness: A Scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community. *Administration and policy in mental health*, 46(3), 352–367. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-00918-7>
140. Torfing, J. (2011). Teorier om offentlig administration og styring: Fra stillestående bureaukrati til samarbejdsdrevet innovation. I E. Sørensen E & J. Torfing (Red.), *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor* (s. 117–136). København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
141. Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.). (2015). *Sosial innovasjon – fra politikk til tjenesteutvikling*. Fagbokforlaget.
142. Markström U. (2014). Staying the course? Challenges in implementing evidence-based programs in community mental health services. *International journal of environmental research and public health*, 11(10), 10752–10769. <https://doi.org/10.3390/ijerph111010752>
143. Rygh, E. M. & Hjortdahl, P. (2007). Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study. *Rural and remote health*, 7(3), 766.
144. Caxaj, C. S. (2015). A Review of Mental Health Approaches for Rural Communities: Complexities and Opportunities in the Canadian Context. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 35(1): 29-45. <https://doi.org/10.7870/cjemh-2015-023>
145. Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D. & Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of substance abuse treatment*, 61, 47–59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
146. World Health Organization. (2010). User's guide to the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. [Meeting report]. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-HRH-HMR-2010.2>
147. Perkins, D., Farmer, J., Salvador-Carulla, L., Dalton, H. & Luscombe, G. (2019). The Orange Declaration on rural and remote mental health. *The Australian journal of rural health*, 27(5), 374–379. <https://doi.org/10.1111/ajr.12560>
148. van Spijker, B. A., Salinas-Perez, J. A., Mendoza, J., Bell, T., Bagheri, N., Furst, M. A., Reynolds, J., Rock, D., Harvey, A., Rosen, A. & Salvador-Carulla, L. (2019). Service availability and capacity in rural mental health in Australia: Analysing gaps using an Integrated Mental Health Atlas. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 53(10), 1000–1012. <https://doi.org/10.1177/0004867419857809>
149. Lake, J. & Turner, M. S. (2017). Urgent Need for Improved Mental Health Care and a More Collaborative Model of Care. *The Permanente journal*, 21, 17–024. <https://doi.org/10.7812/TPP/17-024>
150. Ezekiel, N., Malik, C., Neylon, K., Gordon, S., Lutterman, T. & Sims, B. (2021). *Improving Behavioral Health Services for Individuals with SMI in Rural and Remote Communities*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association for the Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
151. Peritogiannis, V., Papathanasiou, I.V., Giotakos, O. (2022). Community Psychiatry in Rural Greece: The Role of the Mobile Mental Health Units. *Psych*, 4, 277-280. <https://doi.org/10.3390/psych4020024>
152. Salinas-Perez, J. A., Gutierrez-Colosia, M. R., Furst, M. A., Suontausta, P., Bertrand, J., Almeda, N., Mendoza, J., Rock, D., Sadeniemi, M., Cardoso, G. & Salvador-Carulla, L. (2020). Patterns of Mental Health Care in Remote Areas: Kimberley (Australia), Nunavik (Canada), and Lapland (Finland): Modèles de soins de santé mentale dans les régions éloignées: Kimberley (Australie), Nunavik (Canada) et Laponie (Finlande). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 721–730. <https://doi.org/10.1177/0706743720944312>
153. Calloway, M., Fried, B., Johnsen, M. & Morrissey, J. (1999). Characterization of rural mental health service systems. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural*

- Health Association and the National Rural Health Care Association*, 15(3), 296–307.
<https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1999.tb00751.x>
154. Buykx, P., Humphreys, J. S., Tham, R., Kinsman, L., Wakerman, J., Asaid, A. & Tuohey, K. (2012). How do small rural primary health care services sustain themselves in a constantly changing health system environment?. *BMC health services research*, 12, 81.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-81>
 155. Merwin, E. I., Goldsmith, H. F. & Manderscheid, R. W. (1995). Human resource issues in rural mental health services. *Community mental health journal*, 31(6), 525–537.
<https://doi.org/10.1007/BF02189437>
 156. Ala-Nikkola, T., Sadeniemi, M., Kaila, M., Saarni, S., Kontio, R., Pirkola, S., Joffe, G., Oranta, O. & Wahlbeck, K. (2016). How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC psychiatry*, 16, 289.
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0992-5>
 157. Wakerman, J., Humphreys, J., Russell, D., Guthridge, S., Bourke, L., Dunbar, T. Zhao, Y. Ramjan, M., Murakami-Gold, L. & Jones, M.p. (2019). Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Hum Resour Health*, 17, 99.
<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0432-y>
 158. Moore, T., Sutton, K. & Maybery, D. (2010). Rural mental health workforce difficulties: a management perspective. *Rural and remote health*, 10(3), 1519.
 159. Edelman, A., Grundy, J., Larkins, S., Topp, S. M., Atkinson, D., Patel, B., Strivens, E., Moodley, N. & Whittaker, M. (2020). Health service delivery and workforce in northern Australia: a scoping review. *Rural and remote health*, 20(4), 6168.
<https://doi.org/10.22605/RRH6168>
 160. Cosgrave, C., Hussain, R. & Maple, M. (2015). Factors impacting on retention amongst community mental health clinicians working in rural Australia: a literature review. *Advances in Mental Health*, 13(1), 58–71. <https://doi.org/10.1080/18374905.2015.1023421>
 161. Henderson, J., Dawson, S., Fuller, J., O'Kane, D., Gerace, A., Oster, C. & Cochrane, E. M. (2018). Regional responses to the challenge of delivering integrated care to older people with mental health problems in rural Australia. *Aging & mental health*, 22(8), 1025–1031.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1320702>
 162. Siskind, D. & Wiley-Exley, E. (2009). Comparison of assertive community treatment programs in urban Massachusetts and rural North Carolina. *Administration and policy in mental health*, 36(4), 236–246. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0208-0>
 163. Mohamed, S., Neale, M. & Rosenheck, R. A. (2009). VA intensive mental health case management in urban and rural areas: veteran characteristics and service delivery. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(7), 914–921. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.914>
 164. Kaufman, A. V., Scogin, F. R., Burgio, L. D., Morthland, M. P. & Ford, B. K. (2007). Providing mental health services to older people living in rural communities. *Journal of gerontological social work*, 48(3-4), 349–365. https://doi.org/10.1300/j083v48n03_05
 165. Weaver, A., Capobianco, J. & Ruffolo, M. (2015). Systematic review of EBPs for SMI in rural America. *Journal of evidence-informed social work*, 12(2), 155–165.
<https://doi.org/10.1080/15433714.2013.765815>
 166. Philo, C., Parr, H. & Burns, N. (2003). Rural madness: a geographical reading and critique of the rural mental health literature. *Journal of Rural Studies*, 19(3), 259–281.
[https://doi.org/10.1016/S0743-0167\(03\)00005-6](https://doi.org/10.1016/S0743-0167(03)00005-6)
 167. Meyer, P. S. & Morrissey, J. P. (2007). A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 58(1), 121–127. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.1.121>
 168. Bond, G. R. & Drake, R. E. (2007). Should we adopt the Dutch version of ACT? Commentary on "FACT: a Dutch version of ACT". *Community mental health journal*, 43(4), 435–438.
<https://doi.org/10.1007/s10597-007-9091-x>
 169. Swanson, C. L. & Trestman, R. L. (2018). Rural Assertive Community Treatment and Telepsychiatry. *Journal of psychiatric practice*, 24(4), 269–273.
<https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000313>

170. Holen-Rabbersvik, E., Thygesen, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., & Slettebø, Å. (2018). Barriers to exchanging healthcare information in inter-municipal healthcare services: a qualitative case study. *BMC medical informatics and decision making*, 18(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0701-z>
171. Bane, S. D., & Bull, C. N. (2001). Innovative Rural Mental Health Service Delivery for Rural Elders. *Journal of Applied Gerontology*, 20(2), 230–240. <https://doi.org/10.1177/073346480102000207>
172. Fletcher, T. L., Hogan, J. B., Keegan, F., Davis, M. L., Wassef, M., Day, S., & Lindsay, J. A. (2018). Recent Advances in Delivering Mental Health Treatment via Video to Home. *Current psychiatry reports*, 20(8), 56. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0922-y>
173. Wagenfeld M. O. (2000). Delivering mental health services to the persistently and seriously mentally ill in frontier areas. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 16(1), 91–96. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2000.tb00438.x>
174. Hoefl, T. J., Fortney, J. C., Patel, V., & Unützer, J. (2018). Task-Sharing Approaches to Improve Mental Health Care in Rural and Other Low-Resource Settings: A Systematic Review. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 34(1), 48–62. <https://doi.org/10.1111/jrh.12229>
175. Schroeder R. A. (2018). Unique Practice, Unique Place: Exploring Two Assertive Community Treatment Teams in Maine. *Issues in mental health nursing*, 39(6), 499–505. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1413460>
176. Crotty, M. M., Henderson, J. & Fuller, J. D. (2012). Helping and hindering: perceptions of enablers and barriers to collaboration within a rural South Australian mental health network. *The Australian journal of rural health*, 20(4), 213–218. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2012.01282.x>
177. Fuglsang, L. & Sørensen, F. The balance between bricolage and innovation: Management dilemmas in sustainable public innovation. *The Service Industries Journal*, 31, 581–595. <http://dx.doi.org/10.1080/02642069.2010.504302>
178. Witell, L., Gebauer, H., Jaakkola, E., Hammedi, W., Patrício, L., & Perks, H. (2017). A bricolage perspective on service innovation. *Journal of Business Research*, 79, 290–298. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.03.021>
179. Aasen, T.M.B. & Amundsen, O. (2014). *Innovasjonsarbeid. Organisasjon, kultur og ledelse*. Gyldendal akademisk.
180. Gallouj, F. & Weinstein, O. (1997). Innovation in services. *Research policy*, 26(4-5), 537–556. [https://doi.org/10.1016/S0048-7333\(97\)00030-9](https://doi.org/10.1016/S0048-7333(97)00030-9)
181. Helkkula, A., Kowalkowski, C., & Tronvoll, B. (2018). Archetypes of Service Innovation: Implications for Value Cocreation. *Journal of Service Research*, 21(3), 284–301. <https://doi.org/10.1177/1094670517746776>
182. Osborne, S. & Brown, L. (2011). Innovation, public policy and public services delivery in the UK. The word that would be king? *Public Administration*, 89(4), 1335–50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2011.01932.x>
183. Vargo, S.L., Wieland, H., & Akaka, M.A. (2015). Innovation through institutionalization: A service ecosystems perspective. *Industrial Marketing Management*, 44, 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2014.10.008>
184. Lusch, R. & Vargo, S. (2014). *Tjenestedominant logikk. Premisser, perspektiver, potensial*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
185. Sundbo, J. & Gallouj, F. (2000). Innovation as a Loosely Coupled System in Services. I J.S. Metcalfe & I. Miles (Red.), *Innovation Systems in the Service Economy. Measurement and Case Study Analysis* (s. 43–68). Economics of Science, Technology and Innovation, vol 18. Boston: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4425-8_3
186. Carlborg, P., Kowalkowski, C. & Kindström, D. (2013). The evolution of service innovation research: A critical review and synthesis. *Service Industries Journal*, 34(5), 373–398. <https://doi.org/10.1080/02642069.2013.780044>

187. Fuglsang, L. & Sundbo, J. (2016). Innovation in Public Service Systems. I M. Toivonen (Red.), *Service Innovation. Translational Systems Sciences*, (6), 217–234. Tokyo: Springer. https://doi.org/10.1007/978-4-431-54922-2_10s
188. Brown, L. & Osborne, S. (2013). Risk and Innovation. Towards a framework for risk governance in public services. *Public Management Review*, (15)2, 186–208. <https://doi.org/10.1080/14719037.2012.707681>
189. Lee, S. J., Crowther, E., Keating, C. & Kulkarni, J. (2013). What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness?. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 47(4), 333–346. <https://doi.org/10.1177/0004867412463975>
190. World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
191. Ala-Nikkola, T., Pirkola, S., Kaila, M., Joffe, G., Kontio, R., Oranta, O., Sadeniemi, M., Wahlbeck, K. & Saarni, S. I. (2018). Identifying Local and Centralized Mental Health Services-The Development of a New Categorizing Variable. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1131. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061131>
192. Kelly, T. M. & Daley, D. C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social work in public health*, 28(3-4), 388–406. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774673>
193. Buckley P. F. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *The Journal of clinical psychiatry*, 67 Suppl 7, 5–9.
194. World Health Organization. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
195. Singer, S. J., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M. B., Leape, L. & Schneider, E. (2011). Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Medical care research and review : MCRR*, 68(1), 112–127. <https://doi.org/10.1177/1077558710371485>
196. Goodwin N. (2016). Understanding Integrated Care. *International journal of integrated care*, 16(4), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>
197. Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. & Minkman, M. (2018). Values of Integrated Care: A Systematic Review. *International journal of integrated care*, 18(4), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.4172>
198. Cloninger, C.R., Cloninger, K.M. & Mezzich, J.E. (2016). Holistic Framework for Ill Health and Positive Health. I J. Mezzich, M. Botbol, G. Christodoulou, C. Cloninger & I. Salloum (Red.), *Person Centered Psychiatry*, s. 47–59. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-39724-5_4
199. Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management. *Administration & Society*, 47(6), 711–739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
200. Andreassen, T.A. (2019). Tilnærminger i forskning om samordning og samarbeid. I C. Bjørkquist & M. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*, s. 19–46. Cappelen Damm Akademisk.
201. Auschra C. (2018). Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International journal of integrated care*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.3068>
202. Winters, S., Magalhaes, L., Anne Kinsella, E. & Kothari, A. (2016). Cross-sector Service Provision in Health and Social Care: An Umbrella Review. *International journal of integrated care*, 16(1), 10. <https://doi.org/10.5334/ijic.2460>
203. Gurung, G., Atmore, C., Gauld, R. & Stokes, T. (2020). Integrated ambulatory care in the New Zealand health system: a scoping review. *Journal of Integrated Care*, 28(3), 253–280. <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2020-0003>
204. Kaehne, A. (2018). The tacit assumptions of care integration. *Journal of Integrated Care*, 26(4), 254–256. <https://doi.org/10.1108/JICA-10-2018-057>

205. Jørgensen, K., Rasmussen, T., Hansen, M. & Andreasson, K. (2021). Recovery-oriented intersectoral care between mental health hospitals and community mental health services: An integrative review. *The International journal of social psychiatry*, 67(6), 788–800. <https://doi.org/10.1177/0020764020966634>
206. Watson, S.I. & Lilford, R.J. (2016). Integrating multiple sources of evidence: a Bayesian perspective. I R. Raine, R. Fitzpatrick, H. Barratt, G. Bevan, N. Black, R. Boaden, P. Bower, M. Campbell, J.L. Denis, K. Devers, M. Dixon-Woods, L. Fallowfield, J. Forder, R. Foy, N. Freemantle, N.J. Fulop, E. Gibbons, C. Gillies, L. Goulding, R. Grieve, ... M. Zwarenstein (Red.), *Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health*, 4(16), 1–18. NIHR Journals Library. <http://dx.doi.org/10.3310/hsdr04160>
207. Belling, R., Whittock, M., McLaren, S., Burns, T., Catty, J., Jones, I. R., Rose, D., Wykes, T. & ECHO Group (2011). Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implementation science : IS*, 6, 23. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-23>
208. Urbanski, D., Reichert, A., Amelung, V. (2017). Discharge and Transition Management in Integrated Care. I V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter (Red.), *Handbook Integrated Care*, 97–111. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5_6
209. Kvangarsnes, M., Hole, T., Teigen, S. & Teige, B.K. (2016). Samhandlande praksis som innovasjon. I M. Kvangarsnes, J.I. Håvold & Ø. Helgesen, *Innovasjon og entreprenørskap*, s. 188–209. Universitetsforlaget.
210. von Esenwein, S. A. & Druss, B. G. (2014). Using electronic health records to improve the physical healthcare of people with serious mental illnesses: a view from the front lines. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 26(6), 629–637. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.987221>
211. World Health Organization. (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence: interim report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>
212. Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International journal of nursing studies*, 79, 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
213. Sørensen, M., Stenberg, U. & Garnweidner-Holme, L. (2018). A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *International journal of integrated care*, 18(3), 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>
214. Kousgaard, M. B., Scheele, C. E. & Vrangbæk, K. (2019). Inter-Sectoral Collaboration in Municipal Health Centres: A Multi-Site Qualitative Study of Supporting Organizational Elements and Individual Drivers. *International journal of integrated care*, 19(2), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.4196>
215. Lehoux, P., Roncarolo, F., Silva, H. P., Boivin, A., Denis, J. L. & Hébert, R. (2019). What Health System Challenges Should Responsible Innovation in Health Address? Insights From an International Scoping Review. *International journal of health policy and management*, 8(2), 63–75. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.110>
216. Pomerantz, A. S., Corson, J. A. & Detzer, M. J. (2009). The challenge of integrated care for mental health: leaving the 50 minute hour and other sacred things. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16(1), 40–46. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9147-x>
217. Williams P. M. (2012). Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. *Health & social care in the community*, 20(5), 550–560. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01076.x>
218. Kelly, B. J., Perkins, D. A., Fuller, J. D. & Parker, S. M. (2011). Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *International journal of mental health systems*, 5, 31. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-31>
219. van Veldhuizen, R., Delespaul, P., Kroon, H. & Mulder, N. (2015). Flexible ACT & Resource-group ACT: Different Working Procedures Which Can Supplement and Strengthen

- Each Other. A Response. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 11, 12–15. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010012>
220. Brekke, E., Clausen, H. K., Brodahl, M., Lexén, A., Keet, R., Mulder, C. L. & Landheim, A. S. (2021). Service User Experiences of How Flexible Assertive Community Treatment May Support or Inhibit Citizenship: A Qualitative Study. *Frontiers in psychology*, 12, 727013. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727013>
221. Landheim A. & Odden, S. (2020). Evaluering av FACT-team i Norge. [Sluttrapport]. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF. <https://rop.no/actfact/>
222. Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD007906. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub2>
223. Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD007906. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>
224. Bønes, E., Granja, C. & Solvoll, T. (2022). Implementation of the Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Model in Norway: eHealth Assessment Study. *Journal of medical Internet research*, 24(1), e32220. <https://doi.org/10.2196/32220>
225. Nielsen, C.M. (2021). *Evaluation of Flexible Assertive Community Treatment, A multiple methods study on the effectiveness and implementation of Flexible Assertive Community Treatment in Denmark*. Denmark: University of Copenhagen. <https://research.regionh.dk/en/publications/evaluation-of-flexible-assertive-community-treatment-a-multiple-m>
226. Odden, S., Landheim, A., Clausen, H., Stuen, H. K., Heiervang, K. S. & Ruud, T. (2019). Model fidelity and team members' experiences of assertive community treatment in Norway: a sequential mixed-methods study. *International journal of mental health systems*, 13, 65. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0321-8>
227. Nelson-Cooke, E. (2020). Olmstead Mandated Statewide Implementation of Assertive Community Treatment: Precipitating Factors and Participant Experiences. University of Kentucky. https://uknowledge.uky.edu/csw_etds/29/
228. Amodeo, M., Lundgren, L., Cohen, A., Rose, D., Chassler, D., Beltrame, C. & D'Ippolito, M. (2011). Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: comparing staff reports on Motivational Interviewing, Adolescent Community Reinforcement Approach, Assertive Community Treatment, and Cognitive-behavioral Therapy. *Evaluation and program planning*, 34(4), 382–389. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.02.005>
229. Bergmark, M., Bejerholm, U., Svensson, B. & Markström, U. (2018). Complex Interventions and Interorganisational Relationships: Examining Core Implementation Components of Assertive Community Treatment. *International journal of integrated care*, 18(4), 11. <https://doi.org/10.5334/ijic.3547>
230. Bond, G. R. & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 240–242. <https://doi.org/10.1002/wps.20234>
231. Rapp, C. A. & Goscha, R. J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 319–333. <https://doi.org/10.2975/27.2004.319.333>
232. Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R. & van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community mental health journal*, 52(8), 898–907. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>
233. Peritogiannis V. & Tsoli, F. (2021). The Greek Hybrid Version of the Assertive Community Treatment Model: A Perspective View between Challenges and Limitations. *Psych*, 3(4), 792–799. <https://doi.org/10.3390/psych3040050>
234. Dixon L. (2000). Assertive community treatment: twenty-five years of gold. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 51(6), 759–765. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.6.759>

235. Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F. & Benrimoj, S. I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health research policy and systems*, 13, 16. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0005-z>
236. Hanlon, N., Reay, T., Snadden, D. & MacLeod, M. (2019). Creating Partnerships to Achieve Health Care Reform: Moving Beyond a Politics of Scale?. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 49(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/0020731418807094>
237. Hilland, G.H., Rørvik, M. & Hansen, N.V. (2020). *Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse-og omsorgssektoren. En kvalitativ studie med dybdeintervjuer og samtaler med ledere i kommuner, helseforetak og norsk helseindustri*. SINTEF. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1837097/>
238. Markström, U., Lindqvist, R. & Sandlund, M. (2009). Case management for people with psychiatric disabilities in rural Sweden; experiences from the implementation of a national policy. *European Journal of Social Work*, 12(4). <http://dx.doi.org/10.1080/13691450902930787>
239. Cinar, E., Trott, P. & Simms, C. (2019). A systematic review of barriers to public sector innovation process. *Public Management Review*, 21(2), 264–290. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1473477>
240. Grönroos, C. (2019). Reforming public services: does service logic have anything to offer? *Public Management Review*, 21(5), 775–788. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1529879>
241. Moulton, S. & Sandfort, J.R. (2016). The strategic action field framework for policy implementation research. *Policy Studies Journal*, 45(1), 144–169. <https://doi.org/10.1111/psj.12147>
242. Kotter, J. & Schlesinger, L. (2008). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, 86(7), 130–139. <https://hbr.org/2008/07/choosing-strategies-for-change>
243. Wakida, E. K., Talib, Z. M., Akena, D., Okello, E. S., Kinengyere, A., Mindra, A. & Obua, C. (2018). Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Systematic reviews*, 7(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0882-7>
244. Singh, S., Akbani, I. & Dhir, S. (2020). Service innovation implementation: a systematic review and research agenda. *The Service Industries Journal*, 40(7-8), 491–517. <http://dx.doi.org/10.1080/02642069.2020.1731477>
245. Choi, J. N., & Chang, J. Y. (2009). Innovation implementation in the public sector: an integration of institutional and collective dynamics. *The Journal of applied psychology*, 94(1), 245–253. <https://doi.org/10.1037/a0012994>
246. Bolton, R., Logan, C., Gittell, J.H. (2021). Revisiting Relational Coordination: A Systematic Review. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 57(3), 290–322. <https://doi.org/10.1177/0270021886321991597>
247. Goodwin, N. (2017). Change management. I V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte & E. Suter (Red.), *Handbook Integrated Care*, s. 253–275. Springer.
248. Drejer, I. (2004). Identifying innovation in surveys of services: a Schumpeterian perspective. *Research Policy*, 33(3), 551–562. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2003.07.004>
249. Djellal, F., Gallouj, F. & Miles, I. (2013). Two decades of research on innovation in services: Which place for public services? *Structural change and economic dynamics*, 27, 98–117. <http://dx.doi.org/10.1016/j.strueco.2013.06.005>
250. Baker, T., & Nelson, R. E. (2005). Creating Something from Nothing: Resource Construction through Entrepreneurial Bricolage. *Administrative Science Quarterly*, 50(3), 329–366. <https://doi.org/10.2189/asqu.2005.50.3.329>
251. Russo-Spena, T. & Mele, C. (2016). Innovating in practices. I M. Toivonen (Red.), *Service innovation*, s. 129–148. Springer.
252. Crotty, M. (1998). *The foundations of social research. Meaning and perspective in the research process*. Sage.
253. Moses, J. & Knutsen, T. (2012). *Ways of knowing. Competing methodologies in social and political research* (3. utg.). Bloomsbury Academic.

254. Malterud K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how?. *Scandinavian journal of public health*, 44(2), 120–129. <https://doi.org/10.1177/1403494815621181>
255. Kuper, A., Reeves, S. & Levinson, W. (2008). An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a288. <https://doi.org/10.1136/bmj.a288>
256. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Doing interviews*. Sage.
257. Powell, R. A. & Single, H. M. (1996). Focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 8(5), 499–504. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.499>
258. Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
259. Snævarr, S. (2017). *Vitenskapsfilosofi for humaniora: en kritisk innføring*. Cappelen Damm akademisk.
260. Shamoo, A.E. & Resnik, D.B. (2009). *Responsible conduct of research* (2. utg.). Oxford University Press.
261. Freeman, T. (2006). 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 491–497. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04043.x>
262. Lawrence, F. (1981). Contemporary Hermeneutics: Hermeneutics as Method, Philosophy and Critique. *Horizons*, 8(2), 436–438. <https://doi.org/10.1017/S0360966900019605>
263. Thuren, T. (2018). *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Gyldendal akademisk.
264. Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
265. Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research. A practical guide for beginners*. Sage Publications Ltd.
266. Berger, R. (2013). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219–234. <https://doi.org/10.1177%2F1468794112468475>
267. Borg, M., Karlsson, B., Kim, H. S. & McCormack, B. (2012). Opening up for Many Voices in Knowledge Construction. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1793>
268. Korstjens, I. & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *The European journal of general practice*, 24(1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
269. Douglas, H. (2009). *Science, policy, and the value-free ideal*. University of Pittsburgh Press.
270. Barbour, R. (2018). *Doing focus groups*. Sage Publications Ltd.
271. Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
272. Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ (Clinical research ed.)*, 311(7000), 299–302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
273. Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
274. Braun, V. & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
275. Alhojailan, M. (2012). Thematic analysis: A critical review of its process and evaluation. *West East Journal of Social Sciences*, 1(1), 39–47.
276. Braun, V. & Clarke, V. (2014). What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers?. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
277. Krueger, R., Casey, M., Donner, J., Kirsch, S. & Maack, J. (2010). *Social analysis : selected tools and techniques* (English). Social development papers ; no. 36 Washington, D.C. : World

- Bank Group. <https://documents.worldbank.org/curated/en/568611468763498929/Social-analysis-selected-tools-and-techniques>
278. Miles, M., Huberman, A.M. & Saldana, J. (2020). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*. Sage Publications, Inc.
279. Sim, J. & Waterfield, J. (2019). Focus group methodology: some ethical challenges. *Qual Quant*, 53, 3003–3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
280. Smith, M.W. (1995). Ethics in focus groups: A few concerns. *Qualitative Health Research*, 5(4), 478–486. <https://doi.org/10.1177/104973239500500408>
281. Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet (London, England)*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
282. Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
283. Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health services research*, 34(5 Pt 2), 1189–1208.
284. Ives, J. C. S., Damery, S., & Redwood, S. (2013). PPI, paradoxes and Plato: who's sailing the ship? *Journal of Medical Ethics*, 39(3), 181-185. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100150>
285. Alhojailan, M. (2012). Thematic analysis: A critical review of its process and evaluation. *West East Journal of Social Sciences*, 1(1), 39–47.
286. Intemann, K. (2005). Feminism, Underdetermination, and Values in Science. *Philosophy of Science*, 72(5), 1001–1012. <https://doi.org/10.1086/508956>
287. Habermas, J. (1986). On hermeneutics' Claim to Universality. I K. Mueller-Vollmer (Red.), *The Hermeneutics Reader*, 294–319. Oxford: Blackwell.
288. Finlay, L. (2012). Five lenses for the reflexive interviewer. I J.F. Gubrium, J.A. Holstein & A.B. Marvasti, *The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft*, s. 317–332). SAGE Publications, Inc. <https://dx.doi.org/10.4135/9781452218403.n23>
289. Finlay, L. (2021). Thematic Analysis: : The 'Good', the 'Bad' and the 'Ugly'. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 11, 103–116. Retrieved from <https://ejqrp.org/index.php/ejqrp/article/view/136>

Vedlegg 1: Vurdering fra Regional etisk komité



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst B	Elin Evju Sagbakken	22845502	24.06.2020	104537
			Deres referanse:	

Anne Landheim

104537 Flexible Assertive Community Treatment i Norge

Forskningsansvarlig: Sykehuset Innlandet HF

Søker: Anne Landheim

Søkers beskrivelse av formål:

Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er utviklet i Nederland og er en forpliktende samhandling mellom kommune og distriktspsykiatriske senter. FACT skal gi helhetlige og integrerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser. Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan FACT «oversettes», innføres og implementeres i ulike norske kontekster, og hva som er nytteverdien for pasientene. Videre å undersøke hvordan IKT-løsninger kan utvikles for å bedre informasjons- og kommunikasjonsflyten mellom teamansatte. Data vil bli innhentet fra fem FACT-team: 1) offentlige dokumenter 2) intervju med prosjektledere, styringsgruppe, teamledere, teamansatte, samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenesten, pasienter 3) data om innleggelses og oppholds døgn i psykisk helsevern (lokale journalsystemer), og observasjon av teamene. Prosjektet vil gi viktig kunnskap om tjenestetilbudet for ei pasientgruppe som i dag ikke får god nok oppfølging og behandling.

REKs vurdering

Saksgang

Søknad om forhåndsgodkjenning ble første gang behandlet av komiteen i møte 11.03.2020. Det ble besluttet å utsette vedtak i saken. Følgende inngikk i komiteens vurdering jf. brev av 31.03.2020:

«Slik komiteen forstår søknad og protokoll er formålet med prosjektet å beskrive og utforske erfaringene til personer som får oppfølging fra FACT-team, for på sikt å kunne forbedre tilbudet til denne pasientgruppen. Videre skal man undersøke hvordan IKT-løsninger kan utvikles for å bedre informasjons- og kommunikasjonsflyten mellom teamansatte.

Prosjektet kan på sikt bidra med kunnskap om tjenestetilbudet for en pasientgruppe som i dag ikke får god nok oppfølging og behandling.

Prosjektgruppen samarbeider med Sverige, Canada, Storbritannia, Nederland. Samarbeidet omfatter planlegging av studien, tolkning og analyse av data og medfatterskap/artikkelskriving.

Studien har et kombinert kvalitativt og kvantitativt design bestående av fire arbeidspakker inkludert tre PhD-prosjekter og et postdoc prosjekt.

REK sør-øst B

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 E-post: rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

Data genereres fra ikke-validerte spørreskjema og intervjuer. Spørreskjemaet til pasientene om bruk av smarttelefon, Skype og PC. Spørsmålene er tilpasset formålet med studien om å utvikle digitale kommunikasjonsløsninger mellom pasientene og behandlerne i FACT-team. Intervjuet blir tatt opp på lydopptaker. Etter intervjuet blir alt skrevet ned, og lydfilen slettet.

Data vil bli innhentet fra fem FACT-team:

- 1) Offentlige dokumenter
- 2) Intervju med prosjektledere, styringsgruppe, teamledere, teamansatte, samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenesten, pasienter.
- 3) Data om innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern (lokale journalsystemer), og observasjon av teamene.

I protokollen er fire arbeidspakker (WP 1-4) beskrevet. Det fremstår uklart for komiteen hvilke arbeidspakker dette prosjektet omfatter, og i søknad og pasientinformasjon er dette heller ikke presisert.

Det må fremgå tydelig hva de skal spørre deltakerne om. Dersom dette prosjektet omhandler flere arbeidspakker bør det utarbeides ett informasjonsskriv for hver arbeidspakke.

I informasjonsskrivene til pasienter mangler også kontaktopplysninger til PVO., og setningen «slette innsamlede prøver» må fjernes.

Komiteen utsetter derfor å derfor fatte vedtak i saken til det foreligger en tilbakemelding på følgende merknader:

Det må innsendes en ny protokoll med markerte endringer som kun beskriver de arbeidspakker som dette prosjektet omfatter.

Det må innsendes reviderte informasjonsskriv med markerte endringer der det tydelig fremgår hva de skal spørre deltakerne om. Dersom prosjektet omfatter flere arbeidspakker, bør det utarbeides ett informasjonsskriv pr. WP».

Prosjektleder har sendt tilbakemelding mottatt 15.04.2020.

Tilbakemeldingen ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst B) i møtet 10.06.2020.

Ny vurdering

Det er innsendt en revidert protokoll der alle arbeidspakker i prosjektet er omtalt. Endringene fra tidligere innsendt protokoll er markert med gult.

Det er innsendt informasjonsskriv til de tre arbeidspakkene og delprosjekter i arbeidspakkene. Informasjonsskrivene inneholder opplysninger om hva deltakerne skal spørres om.

Videre er det vedlagt en tilrådning fra PVO på Sykehuset Innlandet for de delene av datainnsamlingen som allerede er i gang og godkjent. Alle tre stipendiatene og postdoktor skal benytte deler av disse dataene som allerede er samlet inn. Søknaden til REK går ut på å få godkjent tilgang til disse dataene og innsamling av nye data.

Komiteen har vurdert tilbakemeldingen. Slik protokoll, arbeidspakker og informasjonsskriv nå er formulert, synes prosjektets hovedformål som helhet å være å gi kunnskap om deltakernes bruk og erfaringer med helsetjenestetilbudet.

I informasjonsskrivet til pasientene tydeliggjøres dette ved å skrive at, sitat «Gjennom å delta kan du bidra til verdifull kunnskap både for dette FACTteamet og andre team, som kan føre til bedre tjenester».

Etter en samlet vurdering har komiteen nå kommet frem til at prosjektet som helhet anses som helsetjenesteforskning.

Helsetjenesteforskning omfattes ikke av helseforskningslovens virkeområde, som omfatter prosjekter med det formål å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven § 2 og § 4 a, og er dermed ikke fremleggingspliktig for REK.

Helsetjenesteforskning er et flerfaglig vitenskapelig felt hvor man studerer hvordan sosiale faktorer, finansieringssystemer, organisatoriske strukturer og prosesser, helseteknologi og personellatferd påvirker tilgang til helse - og omsorgstjenester, kvaliteten og kostnadene ved helse og omsorgstjenester, og endelig helse og velvære. Helsetjenesteforskning er også forskning på forbedring av helsetjenesten og effektiv bruk av ressurser for samfunnet. I helsetjenesteforskningen studerer man blant annet hvordan helsetjenester leveres, hvordan de er utformet, og hvordan helsetjenesten fungerer som system.

Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Ragnhild Emblem
Professor, dr. med.
Leder REK sør-øst B

Elin Evju Sagbakken
Seniorrådgiver

Kopi sendes forskningsansvarlig institusjon og eventuelle medbrukere som er gitt tilgang til prosjektet i REK-portalen.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Vedlegg 2: Vurdering endringsmelding Personvernombudet i Sykehuset Innlandet

Journalført i Public 360°



Kristin Trane
kritra@sykehuset-innlandet.no

Personvernombudet i Sykehuset Innlandet HF
Per Christian Jørgensen
personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Saksbehandler:
Rådgiver Birgit Hovde

Vår ref.: 12123384

Brumunddal, 09.02.2021

PERSONVERNOMBUDETS VURDERING I SAK NR 12123384 ENDRINGSMELDING TIL 137828 HVORDAN INNPASSES FACT TEAM I ULIKE LOKALE STØTTE TJENESTESYSTEMER

Viser til innsendt melding til personvernombudet, og tilhørende saksdokumentasjon. Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Sykehuset Innlandet (SI). Den dataansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SI å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger er derfor meldt til personvernombudet.

Om saken – beskrevet av innmelder

Grunnet reiserestriksjoner relatert til Covid 19 er det behov for å gjennomføre fokusgruppe intervjuer med FACT team digitalt. Et intervju er gjennomført ved bruk av Teams, mens de resterende vil bli og er gjennomført via Zoom. Intervjuene inneholder ikke sensitive personopplysninger.

Vurdering

Personvernombudet har vurdert at endringen i behandlingen av personopplysninger er i tråd med personopplysningsloven og personvernforordningen.

Vilkår:

- Behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i melding og øvrig dokumentasjon
- Personene som deltar informeres om endringen
- Ved eventuelle andre endringer sendes det melding til personvernombudet.
- Behandlingen av personopplysninger foregår i henhold til rutiner for informasjonssikkerhet i SI – her under bruk av telefon, Skype, Zoom og Teams som beskrevet, for innhenting av vanlige, ikke-sensitive opplysninger fra ansatte som det her er snakk om. (Ved opplysninger som er av sensitiv art, knyttet til pasientbehandling eller er i annen særskilt kategori, skal telefon eller SI's Ciscos møteroms-utstyr / virtuelle møterom over Norsk Helsenett benyttes).

BESØKSADRESSE:
Furnesveien 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 915 06 200 Telefax: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no

Org.nr. 983 971 709

HELSE SØR-ØST



Dette dokumentet er lagret i Public 360, og er ikke unntatt offentlighet.

Lykke til videre

Vennlig hilsen

Birgit Hovde
Rådgiver hos personvernombudet i SI
936 422 75
personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Vedlegg 3: Tilråding personvernombudet fokusgruppeintervju FACT-team-ansatte



PERSONVERNOMBUDETS VURDERING I SAK NR 137828

13.07.2020

Hvordan innpasses FACT-team i ulike lokale tjenestesystemer?

Opplysningene som er kommet inn gir tilstrekkelig informasjon, og saken er vurdert av personvernombudet i Sykehuset Innlandet. Første del av dette dokumentet inneholder den opprinnelige teksten fra meldeskjemaet - til personvernombudet fra innmelderen. Andre del av dokumentet inneholder personvernombudets vurdering. Før personvernombudet gjorde sin vurdering, ble det innhentet flere opplysninger og annen dokumentasjon enn den opprinnelige meldeteksten viser.

Generelle opplysninger

Innmelders navn	Kristin	Trane
Innmelder e-post	kritra@sykehuset-innlandet.no	
Er innmelder ansatt i SI?	Ja	
Innmelders arbeidssted	NKROP- Sykehuset innlandet	
Prosjektleders navn	Anne	Landheim
Hva slags sak er dette?	Helsetjenesteforskning	
Innhentes det samtykke	Ja	

Beskrivelse av formålet

Flexible Assertive Community Treatment i Norge
Hvordan innpasses FACT-team i ulike lokale tjenestesystemer, og bidrar slike team til helhetlige og integrerte tjenesteforslag? Delstudie 2
Hvorvidt og hvordan opplever teamene at de evner å gi helhetlige og integrerte tjenester, hvordan oppleves samarbeidet med det lokale tjenestesystemet og organiseringen av teamene, samt hvordan fungerer særlig de rurale team relatert til disse faktorene?
Det vil bli gjennomført fokusgruppeintervjuer med ansatte i 5 FACT team.

Om personopplysningene

Hvilken type opplysninger skal hentes? Helsetjenesteopplysninger fra ansatte i 5 FACT team

BESØKSADRESSE:
Furnesvegen 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 06200 Telefax: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no
Org.nr. 983 971 709



Innhenter opplysninger fra	Det skal samles inn nye data. Fokusgruppeintervju med teamleder og ansatte i fem FACT team.
Behandling av opplysninger	Data vil lagres ved Sykehuset innlandet.
Utlevering av opplysninger	Rådata skal ikke deles med noen utenfor Sykehuset innlandet.
Slettes eller anonymiseres opplysningene?	Ja
Slettes eller anonymiseres dato	30/9/2022

Annen informasjon - utdrag fra innsendt meldeskjema og dokumentasjon

<u>De registrerte er i følgende kategori</u>		Dataansvarlig	Sykehuset Innlandet HF
Pasienter	0	Dataansvarlig annet	
Ansatte i SI	1	Databehandler	
Pårørende	0	Databehandler annet	
Foreligger det en databehandleravtale			
Utleveres opplysningene	Nei		
Utleveres opplysningene til utland	Nei		

Personvernombudets vurdering

Dette er et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvordan FACT (Flexible assertive community treatment) innpasses som en del av tjenestesystemet i Norge. Studien skal belyse hvilke erfaringer teamansatte, ulike aktører i kommunen og spesialisthelsetjenesten har i forhold til hvordan etablerte FACT- team innpasses, integreres og organiseres i det lokale og formelle tjenestesystemet. Videre skal studien identifisere geografiske, økonomiske, strukturelle og organisatoriske hemmere og fremmere for å skape helhetlige og integrerte tjenester. Prosjektet er i kategorien helsetjenesteforskning.

Deltakerne er ansatte i FACT-team, og metoden som brukes er individuelle intervju og fokusgruppeintervju. Det behandles ikke særskilte opplysninger. Deltakelsen er informert, frivillig og samtykkebasert. Databehandlingen foregår på sikkert område i SI, og enkeltpersoner kan ikke gjenkjennes i publisert materiale.

Etter ikrafttredelse av ny personopplysningslov, er det lovlige grunnlag for behandling av

BESØKSADRESSE:
Furnesvegen 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 06200 Telefax: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no
Org.nr. 983 971 709



personopplysninger GDPR artikkel 6.1 bokstav
a. Samtykke

Vilkår

- Behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i melding og øvrig dokumentasjon Ved eventuelle endringer sendes det endringsmelding til personvernombudet
- Ved prosjektslutt sendes sluttmelding til personvernombudet
- For sikker lagring, tilganger og annen forskerstøtte, kontakt forskningsavdelingen. Behandlingen av personopplysninger foregår i henhold til rutiner for informasjonssikkerhet i SI

Dette dokumentet er lagret i arkivsystemet Public 360, og er offentlig tilgjengelig. Lykke til!

Vennlig hilsen

for Personvernombudet i SI
Birgit Hovde
(Personvernrådgiver)

Personvernombud i SI: Per Christian Jørgensen
personvernombud@sykehuset-innlandet.no

BESØKSADRESSE:
Furnesvegen 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 06200 Telefax: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no
Org.nr. 983 971 709



Vedlegg 4: Tiltråding individuelle intervju teamledere FACT-team

Journalført i Public 360°



Kristin Trane
kriitra@sykehuset-innlandet.no
Nasjonal kompetansetjeneste ROP

Anne Landheim

Personvernombudet i Sykehuset Innlandet HF
personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Saksbehandler:
Spesialrådgiver Birgit Hovde

Vår ref.: 15459224

Brumunddal, 09.09.2021

PERSONVERNOBUDETS VURDERING I SAK 15459224 FACT TEAM I RURALE REGIONER

Viser til innsendt melding til personvernombudet, og tilhørende saksdokumentasjon. Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Sykehuset Innlandet (SI). Den dataansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger SI å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger er derfor meldt til personvernombudet.

Om saken – prosjektansvarliges beskrivelse

Formål

Formålet med studien er å utvikle kunnskap om hvorvidt og hvordan FACT team kan fungere i rurale regioner, hvordan teamene håndterer utfordringene som er særegne i slike regioner og hvilke erfaringer teamledere har med måten teamene håndterer utfordringene på.

Hvem er de registrerte?

Ansatte

Samles det inn nye opplysninger eller gjenbrukes det opplysninger som allerede er samlet inn?

Nye opplysninger

Hvor / hvordan behandles opplysningene?

o_sensitiv

Annen lagring av koblingsnøkler

Navn på den enkelte teamleder som intervjues vil lagres separat fra de transkriberte intervjuene.

Datoer

Oppstart

1/9/2021

BESØKSADRESSE:
Furnesveien 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 915 06 200 Telefax: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no

Org.nr. 983 971 709

HELSE SØR-ØST



Avslutning

30/12/2021

Av dokumentasjons og oppbevaringshensyn bevares opplysningene til

30/12/2026

Benyttes det databehandlere?

nei

Annet eller kommentar til personvernombudet

Utkast til intervjuguide vedlegges for både de individuelle intervju og fokusgruppeintervju med teamledere.

Personvernombudets vurdering

Den innmeldte saken er i kategorien Helsetjenesteforskning, og dataansvarlig er Sykehuset Innlandet HF. Formålet med prosjektet er å se nærmere på hvordan FACT teamene fungerer ute i rurale regioner, som her betyr en region ute på landsbygda utenfor de større tettstedene / byene. Det er teamledere i de rurale regionene som skal intervjues. Det gis informert samtykke til deltakelsen, og i samtykket står det:

Det vil ikke være mulig å identifisere hva enkeltpersoner sier i resultatene av studien når disse publiseres.

I og med at det er FACT team ute på landsbygda og at studien kanskje gjelder få team som via andre opplysninger kan være gjenkjennbare, stiller personvernombudet seg spørrende til om det er mulig å oppfylle lovnaden over. Hvis det er mulig å oppfylle lovnaden, kan samtykkeskrivet stå slik det er. Hvis det er vanskelig å holde identiteten skjult, må deltakerne informeres om det.

Personvernombudet har vurdert at behandlingen av personopplysninger er i tråd med personopplysningsloven og personvernforordningen. Behandlingen av personopplysninger kan trå i kraft, forutsatt at vilkårene under er oppfylt.

Etter ikrafttredelse av ny personopplysningslov, er behandlingsgrunnlaget personvernforordningen artikkel 6.1 bokstav

A Samtykke

Supplerende lovgrunnlag

Vilkår:

- Behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i melding og øvrig dokumentasjon
- Ved vesentlige endringer sendes det endringsmelding til personvernombudet.
- Prosjektet / saken er forankret hos avdelingsjef for det aktuelle fagområdet i SI
- Behandlingen av personopplysninger foregår i henhold til rutiner for informasjonssikkerhet i SI – her under bruk av:
 - Behandling av opplysninger på o:/sensitiv
- Hvis behov, bestill mappe og tilganger på o:/sensitiv i henhold til prosedyre 50165 i Kvalitetsportalen.
- Kodeliste som kobler pseudonymiserte data, lagres og oppbevares separat enten på tilgangsstyrt prosjektområde på o:/sensitiv eller i papirform – nedlåst



Dette dokumentet er lagret i Public 360, og er ikke unntatt offentlighet. Saken er registrert i protokoll over behandlingsaktiviteter i SI, i henhold til personvernforordningens artikkel 30.

Vennlig hilsen

Per Christian Jørgensen
Personvernombud

Birgit Hovde
Saksbehandler

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring studie 1



Vil du delta i forskningsprosjektet *Forskningsbasert evaluering av FACT-team?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å evaluere FACT-team, en ny type behandlingsteam. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet, og hva det vil innebære for deg å delta.

Formål

Formålet med er å belyse hvilke erfaringer samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenesten har med FACT-teamet som samhandlingsmodell.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Sykehuset Innlandet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi du representerer en samarbeidende instans til FACT-teamet. Vi spør et utvalg av samarbeidspartnere om å delta i evalueringen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Delta i et gruppeintervju der vi spør om dine erfaringer med og synspunkter om FACT-teamet. Intervjuet tar vel 1 time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikke være mulig å identifisere hva enkeltpersoner sier i resultatene av studien når disse publiseres. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, som lagres på sikker portal i Sykehuset Innlandet, og som slettes når dataene er analysert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Evalueringen vil omfatte en periode på fem år, og alle opplysninger blir da fullstendig anonymisert eller slettes.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nasjonal kompetansetjeneste ROP, ved Anne Landheim, (tlf 40 84 75 77).
- Vårt personvernombud: Per Christian Jørgensen hos Sykehuset Innlandet (personvernombud@sykehuset-innlandet.no)

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forskningsleder)

Samtykke

Jeg er kjent med hva det innebærer å delta i studien, og samtykker til å delta i studien slik den er beskrevet i informasjonsskrivet

.....
(Dato, signatur fra prosjektdeltaker)

Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring studie 2

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

FACT i Norge

Hvordan innpasses FACT-team i ulike lokale tjenestesystemer, og bidrar slike team til helhetlige og integrerte tjenester?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvordan FACT (Flexible assertive community treatment) innpasses som en del av tjenestesystemet i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet, og hva det vil innebære for deg å delta.

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Formålet med studien er å belyse hvilke erfaringer teamansatte, ulike aktører i kommunen og spesialisthelsetjenesten har i forhold til hvordan etablerte FACT- team innpasses, integreres og organiseres i det lokale og formelle tjenestesystemet. Videre skal studien identifisere geografiske, økonomiske, strukturelle og organisatoriske hemmere og fremmere for å skape helhetlige og integrerte tjenester. Samarbeid mellom FACT team og det lokale tjenestesystemet vil også bli studert. Både team i urbane og rurale regioner vil delta i studien.

Du får denne forespørselen fordi du jobber i et FACT team. Vi spør et utvalg av dere om å delta i undersøkelsen.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Det innebærer å delta i enten individuelle intervju eller fokusgruppeintervju der vi spør om dine erfaringer med og synspunkter relatert til formålet med prosjektet. Intervjuet tar omkring en time, og vil foregå gjennom digitalt. Det vil bli tatt opptak med bilde og lyd av intervjuet.

Du vil bli spurt om:

- Erfaringer og synspunkter på organiseringen av FACT-teamet
- Erfaringer og synspunkter på måten teamet er innpasset og integrert som del av det eksisterende tjenestesystemet
- Hva du opplever som hemmere og fremmere for å lykkes med å ivareta sentrale elementer i FACT modellen
- Erfaringer og synspunkter på om brukerne får helhetlige og integrerte tjenester
- Erfaringer relatert til å samarbeide med det øvrige tjenestesystemet
- Hvordan du mener teamets mulighet til å gi helhetlige og integrerte tjenester påvirkes av avstand og geografiske forhold.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil ikke innebære noen ulemper for deg ved å delta i intervjuet, men vi vil be om å få disponere cirka en og en halv time av din arbeidstid.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Hvis du velger å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan du når som helst trekke samtykke uten å oppgi noen grunn.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikke være mulig å identifisere hva enkeltpersoner sier i resultatene av studien når disse publiseres. Intervjuene lagres i sikkert lagringsområde på Sykehuset Innlandet.

Prosjektet vil vare til og med 2023. Opplysningene vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollenssyn. Alle opplysninger vil etter det bli fullstendig anonymisert eller slettet. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter.

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert, samt rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og Sykehuset innlandet sitt personvernombud. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger.

GODKJENNINGER

Personvernombudet i Sykehuset Innlandet har gitt tilrådning til prosjektet, saksnummer 137828.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (NKROP), ved Sykehuset Innlandet er ansvarlige for prosjektet. Prosjektleder Anne Landheim er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

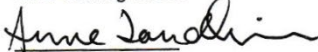
KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til studien, eller ønsker å trekke deg fra deltagelse, ta kontakt med:

- Prosjektleder Anne Landheim (tlf. 40 84 75 77)
- PhD- stipendiat: Kristin Trane (tlf. 91 31 80 11)

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte Personvernombudet ved Sykehuset innlandet HF, Per Christian Jørgensen, e-postadresse; .

Med vennlig hilsen



Anne Landheim

Prosjektansvarlig

(Forskningsleder)



Kristin Trane

Phd- stipendiat

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Jeg er kjent med hva det innebærer å delta i studien, og samtykker til å delta slik forskningsprosjektet er beskrevet i informasjonsskrivet.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 7: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring studie 3

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

FACT i Norge

FACT teams fungering i rurale regioner

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvordan FACT (Flexible assertive community treatment) team kan fungere i rurale regioner. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet, og hva det vil innebære for deg å delta.

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Formålet med studien er å utvikle kunnskap om hvorvidt og hvordan FACT team kan fungere i rurale regioner, hvordan teamene håndterer utfordringene som er særegne i slike regioner og hvilke erfaringer teamledere har med måten teamene håndterer utfordringene på.

Du får denne forespørselen fordi du er leder i et ruralt FACT team. Vi spør et utvalg av dere om å delta i undersøkelsen.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Det innebærer å delta et individuelt intervju og et fokusgruppeintervju der vi spør om dine erfaringer med og synspunkter relatert til formålet med prosjektet. Intervjuene tar inntil to timer til sammen, og vil foregå digitalt. Det vil bli tatt opptak med bilde og lyd av intervjuet.

Du vil bli spurt om:

- Erfaringer og synspunkter på hvordan du opplever at FACT teamet fungerer i den rurale konteksten
- Beskrivelser av hvilke utfordringer du opplever at den rurale konteksten gir
- Beskrivelser av hvordan dere som FACT team håndterer de særlige utfordringene rurale regioner gir i det daglige arbeidet
- Erfaringer og synspunkter på hvordan måten dere håndterer de rurale utfordringene

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil ikke innebære noen ulemper for deg å delta i intervjuet, men vi vil be om å få disponere inntil to timer av din arbeidstid fordelt på to intervjuer.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Hvis du velger å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan du når som helst trekke samtykke uten å oppgi noen grunn.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikke være mulig å identifisere hva enkeltpersoner sier i resultatene av studien når disse publiseres. Intervjuene lagres i sikkert lagringsområde på Sykehuset Innlandet.

Prosjektet vil vare til og med 2023. Opplysningene vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollenssyn. Alle opplysninger vil etter det bli fullstendig anonymisert eller slettet. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter.

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert, samt rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og Sykehuset innlandet sitt personvernombud. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger.

GODKJENNINGER

Personvernombudet i Sykehuset Innlandet har gitt tilrådning til prosjektet, saksnummer...

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (NKROP), ved Sykehuset Innlandet er ansvarlige for prosjektet. Prosjektleder Anne Landheim er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til studien, eller ønsker å trekke deg fra deltagelse, ta kontakt med:

- Prosjektleder Anne Landheim (tlf. 40 84 75 77)
- PhD- stipendiat: Kristin Trane (tlf. 91 31 80 11)

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte Personvernombudet ved Sykehuset innlandet HF, Per Christian Jørgensen, e-postadresse; personvernombud@sykehuset-innlandet.no.

Med vennlig hilsen



Anne Landheim

Prosjektansvarlig

(Forskningsleder)



Kristin Trane

Phd- stipendiat

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Jeg er kjent med hva det innebærer å delta i studien, og samtykker til å delta slik forskningsprosjektet er beskrevet i informasjonsskrivet.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 8: Intervjuguide studie 1

Intervjuguide fokusgruppeintervju samarbeidspartnere

Erfaringer relatert til brukernes tilgang til helhetlige og integrerte tjenester?

- Hvordan mener dere etableringen av FACT-teamet har påvirket det samlede tilbudet i regionen?
- Mener dere brukere av FACT-teamet evner å gi de fleste tjenestene fra teamet, og begrunn?
- Hva mener dere er hemmende faktorer for at dere sammen med FACT-teamene kan gi brukerne de tjenester de er i behov av?
- Hva mener dere er fremmende faktorer for at dere sammen med FACT-teamene kan gi brukerne de tjenester de er i behov av?
- Hvordan mener dere FACT-teamet ivaretar rollen som koordinator for brukerne?

FACT-teamets tilpasning til lokale forhold

- Hvilke erfaringer har dere relatert til hvordan FACT-teamet er tilpasset de lokale forhold?
- Hva mener dere kunne vært gjort annerledes for å få FACT til å fungere bedre som en del av det øvrige tjenestesystemet?
- Hva mener dere har vært gode grep for å tilpasse FACT-teamet til de lokale forhold?
- Er det oppgaver FACT-teamet burde ta som andre tar i dag eller motsatt?

Organisering av FACT-teamet

- Hvordan mener dere måten FACT-teamet er organisert på påvirker kvaliteten på tjenestene brukerne får?
- Hvordan mener dere FACT-teamene bør organiseres, og hva er begrunnelsene deres for dette?

Samarbeid med FACT-teamet

- Hvordan foregår samarbeidet med FACT-teamet konkret i det daglige?
- Hva mener dere er hemmende faktorer for å få til et godt samarbeid med FACT-teamet?
- Hva mener dere er fremmende faktorer for å få til et godt samarbeid med FACT-teamet?

- Fortell om en gang samarbeidet fungerte særlig godt.
- Hvis der kunne valgt en endring som hadde bedret samarbeidet med FACT-teamet, hva ville det vært?
- Hva er de viktigste faktorer å ta tak i relatert til samarbeid fremover?

Geografiske forhold

- Hvordan opplever dere at avstand og geografiske forhold påvirker samarbeidet med FACT-teamet?
- Hvilke erfaringer har dere relatert til hvordan geografiske faktorer påvirker hvorvidt brukerne får et godt tilbud?

Avsluttende spørsmål

- Hvis dere kunne velge en endring rundt FACT-teamet som dere ville bidratt til bedre tjenester for brukerne, hva ville det vært?
- Hva er ville en eventuell nedleggelse av FACT-teamet føre til?
- Er det tema vi ikke har tematisert, som vi burde snakket om?
- Er det noen som har lyst å si noe før vi avrunder?

Vedlegg 9: Intervjuguide studie 2

Intervjuguide fokusgruppeintervju FACT-team

I dette intervjuet ønsker vi å høre om deres erfaringer med hvordan FACT-teamet er innpasset som en del av det ordinære tjenestesystemet. Ifølge FACT modellen er det tenkt at teamet skal gi de fleste tjenestene brukerne er i behov av, og målet er helhetlige og integrerte tjenester.

Vi ønsker derfor å få mer kunnskap om dere erfarer at FACT-teamet evner å gi helhetlige og integrerte tjenester og hvordan dere opplever at dette påvirkes av organisering, samarbeid med det lokale tjenestesystemet og geografiske forhold. Vi vil også spørre dere om hva dere ser som hemmere og fremmere for muligheten til å gi helhetlige og integrerte tjenester.

1). Vi skal studere FACT som en del av det øvrige tjenestesystemet.

Hvem av de andre tjenestene samarbeider dere med, hva samarbeider dere om og hva er erfaringene deres med hvordan dette samarbeidet fungerer?

Hvilken oppfølging og behandling gir teamet selv og hva gis av andre tjenester?

Hvordan ivaretar dere oversikten og koordineringen av de tjenestene som gis av andre? Gi gjerne eksempler.

Hvilken rolle opplever dere at teamet har som en del av tjenestesystemet?

2). Vi skal studere om FACT-teamene gir helhetlige og integrerte tjenester, og når vi skal snakke sammen om dette er det viktig at vi vet litt om hvordan dere forstår begrepene.

Kan dere alle si litt om hva dere legger i begrepene helhetlige og integrerte tjenester?

3). Vi ønsker å vite mer om dere mener FACT-teamet bidrar til helhetlige og integrerte tjenester.

Mener dere at FACT-teamet skal gi «alle» tjenester fra teamet? Begrunn svaret.

Mener dere FACT-teamet gir helhetlige og integrerte tjenester? Begrunn svaret og gi gjerne eksempler.

Hva mener dere i størst grad påvirker FACT-teamets mulighet til å gi helhetlige og integrerte tjenester?

4). Det å finne ut mer om hva som er utfordringene og suksessfaktorene for å skape helhetlige og integrerte tjenester gjennom FACT er en sentral del av studien.

Hva opplever dere som hemmende faktorer for muligheten til å gi helhetlige og integrerte tjenester?

Hva opplever dere som fremmende faktorer for muligheten til å gi helhetlige og integrerte tjenester?

5). Nå skal vi begynne å avrunde, men har et par spørsmål til.

Hvis dere kunne gjøre én endring som virkelig bidro til mer helhetlige og integrerte tjenester, hva ville det vært?

Er det noe vi ikke har snakket om som noen av dere mener burde vært tematisert?

Vedlegg 10: Intervjuguide studie 3

Intervjuguide individuelle intervju teamledere i rurale FACT-team

I dette intervjuet ønsker vi å høre om hvilke utfordringer dere opplever at den rurale konteksten gir for det å fungere som et FACT-team, hvordan dere håndterer disse utfordringene og hva deres erfaringer med denne håndteringen er.

1). Vi ønsker å starte med å be deg beskrive utfordringsbildet med det å være FACT-team i en rural region.

Opplever du at det å være FACT-team i en rural region gir noen ekstra utfordringer?

Hvilke utfordringer opplever du det å være FACT-team i en rural region gir?

Hvilke utfordringer skaper lange avstander for teamets arbeid?

Hvilke utfordringer skaper lav befolkningstetthet for teamets arbeid?

Opplever du at det å være FACT-team i en rural region gir noen fordeler og eventuelt hvilke?

2). Vi ønsker å snakke med deg om hvordan dere håndterer utfordringene dere opplever som FACT-team i en rural region.

Hvordan håndterer dere utfordringene dere opplever som FACT-team i en rural region?

Hvordan håndterer dere de lange avstandene i deres daglige arbeid?

Hvordan håndterer dere det at det er lav befolkningstetthet i det daglige arbeidet?

Kan du gi noen eksempler på hvordan dere håndterer utfordringene i det daglige arbeidet?

3). Vi ønsker å høre om dine erfaringer med måten dere håndterer de særlige utfordringene dere som ruralt FACT-team har.

Hvordan opplever du måten dere håndterer utfordringene med å være ruralt FACT-team fungerer?

Hva synes du dere håndterer på en særlig god måte?

Hva synes du dere burde håndtert annerledes?

4). Avslutning

Ser du noen fordeler ved å være FACT-team i en rural region, og hva er i så fall disse?

Hvis du skulle gitt et tips til en rural region som skulle til å starte opp et FACT-team, hva ville det være?

Er det noe du ønsker å si om det å være FACT-team i en rural region som jeg ikke har spurt om?


1

RESEARCH

Open Access

Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers



Kristin Trane^{1*} , Kristian Aasbrenn², Martin Rønningen², Sigrun Odden¹, Annika Lexén³ and Anne Landheim^{1,2}

Abstract

Background: Implementing innovative health service models in existing service systems is complicated and context dependent. Flexible assertive community treatment (FACT) is a multidisciplinary service model aimed at providing integrated care for people with severe mental illness. The model was developed in the Netherlands and is now used in several countries, such as Norway. The Norwegian service system is complex and fragmented, with challenges in collaboration. Limited research has been performed on FACT teams and other new integrative health service models as part of such systems. However, such knowledge is important for future adjustments of innovation processes and service systems. Our aim was to explore how FACT teams are integrated into the existing formal public service system, how they function and affect the system, and describe some influencing factors to this. We sought to address how service providers in the existing service system experience the functioning of FACT teams in the system.

Methods: Five focus group interviews were undertaken 3 years after the FACT teams were implemented. Forty service providers representing different services from both levels of administration (primary and specialist healthcare) from different Norwegian regions participated in this study. Team leaders of the FACT teams also participated. Service providers were recruited through purposeful sampling. Interviews were analysed using thematic text analysis.

Results: The analysis revealed five main themes regarding FACT teams: (1) They form a bridge between different services; (2) They collaborate with other services; (3) They undertake responsibility and reassure other services; (4) They do not close all gaps in service systems; and (5) They are part of a service system that hampers their functioning.

Conclusions: The FACT teams in this study contributed to positive changes in the existing service system. They largely contributed to less complex and fragmented systems by forming a bridge and undertaking responsibility in the system and by collaborating with and reassuring other services; this has reduced some gaps in the system. The way FACT teams function and needs of the existing system appear to have contributed positively to these findings. However, complexity and fragmentation of the system partly hamper functioning of the FACT teams.

Keywords: Flexible assertive community treatment, Public service system, Fragmented, Complex, Innovation, Collaboration, Integrated care, Change

Background

Implementing innovations in health service systems is complicated [1–3]. Flexible assertive community treatment (FACT) is a multidisciplinary service model aimed

*Correspondence: kritra@sykehuset-innlandet.no

¹Inland Hospital Trust, The Norwegian National Advisory Unit on Concurrent Substance Abuse and Mental Health Disorders, Hamar, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2021. This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

at providing integrated care for people with severe mental illness (SMI) [4]. The model was developed in the Netherlands [5], has spread internationally [6–11] and has been implemented in the Netherlands [12, 13], Norway, Sweden, England [7] and Denmark [8]. The Norwegian health authorities have funded implementation of FACT teams since 2013, resulting in approximately 70 teams being implemented. FACT teams are a new way of organizing services for people with SMI in the regions where they have been implemented, thus making them an innovation [14].

Implementation of innovations in service systems is context dependent [2, 3, 15, 16], also with regard to innovative healthcare models [17] and the FACT model [18]. Moreover, innovations need to be adjusted depending on different preconditions [19] and needs of the existing systems are central to innovations [20]. Building relations in health systems is vital [21] and innovations in such systems are affected by collaboration [22]. Implementation of innovations mainly involves introduction of changes [23]. However, changing healthcare systems is challenging [24] and innovations do not always result in planned, expected [22, 25] or successful changes [19, 26]. Changes involve uncertainty [27], and in health systems, they might be unpredictable [28] and dependent on interactions [2]. Change in one part of a system affects other parts [28], and new actors, such as FACT teams, can affect the whole system [23]. Changes might be supported or hindered [23]. Some might not value the change [29] and resistance to change can occur [27]. Some might work to preserve the status quo, especially if they are satisfied with things the way they are [23] or feel threatened by the change [29]. Specifically, in health service systems [28] and among healthcare professionals, resistance to change has been observed [24, 30]. Changes might result in cooperation or competition [23]. System-level challenges can increase [31], and roles, power or resources can change [32]. However, if changes are considered beneficial, they are more likely to be accepted [32].

With regard to implementation of new service models for people with SMI, studies have described challenges in implementing models as part of existing service systems [33–37]. Implementation of such models is described as context dependent [38] and are requiring changes that often take time to occur in the system [36]. Roles might change [37] and there can be challenges in knowing who is responsible for what [35]. Risks for challenges in collaboration [35, 39] or models working in isolation from the existing system are present [34]. However, it can be support for changes [37], for example, if professionals recognize gaps in the system [11] or have positive expectations [40]. Implementation of such models might then

contribute to better communication [37] or collaboration [35], and FACT teams have been specifically found to bridge gaps between services [7]. The FACT model is a further development of Assertive community treatment (ACT) [5]. Linking ACT teams to existing services is central [41] but challenging [33]. Poor collaboration [36], difficulties in building collaborative relationships [42] and an infrastructure that is not “ready” [36] might hamper implementation of ACT teams in existing systems. Rochefort [43] stated: “ACT changed the mental health sector and was changed by it.” Hence, it is important to study what happens when implementing FACT teams as part of existing service systems. To our knowledge, there is limited research on experiences of FACT, ACT or other innovative integrative healthcare models functioning in such systems.

The service systems in which FACT teams are implemented are described as complex [44–47] and fragmented [11, 44, 45, 47–54], with challenges in collaboration [50, 54]. Complexity, fragmentation [55–60] and challenges in collaboration [58–61] are also found in the Norwegian system. The Norwegian formal public service system consists of two levels of administration: the municipal level, which is responsible for primary care, and the state level, which is responsible for specialized care. The two levels are regulated by different legislations. The system includes several actors [55, 59], such as inpatient and outpatient specialist health services, mental health and substance abuse services in primary care, the Norwegian Labour and Welfare Organization (NAV), general practitioners (GPs) and medication-assisted treatment (LAR). The Norwegian FACT teams are implemented as part of this system (henceforth referred to as service system) and according to the FACT model, the FACT teams provide most services themselves [4]. However, because of differences in legislations, the Norwegian FACT teams cannot be held responsible for services such as the NAV, GPs and inpatient care. Hence, they need to collaborate extensively. Moreover, more knowledge about new innovations, such as FACT teams, in complex and fragmented service systems is required. Such knowledge might provide enhanced understanding of factors affecting implementation of FACT teams and other innovative service models as part of such systems. Identifying influential factors is central when implementing innovations [1, 20], and the findings of our study might contribute to future adjustments of innovation processes and service systems. The main purpose of this study was to explore how the innovation FACT is integrated as part of the existing formal public service system, how the FACT teams’ function and affect the system and to describe some factors influencing the way they function and are integrated. We sought to address the following research

question: How do service providers in the existing service system experience the functioning of FACT teams in the system?

Methods

Design

This study employed a qualitative approach, with a descriptive and inductive design [62], using thematic text analysis [63]. To elaborate on the existing knowledge [64, 65] and identify common and shared knowledge [66], we conducted focus group interviews 3 years after the FACT teams had been implemented as part of the existing service system. The interviewees were service providers working in the service system outside six of the seven first FACT teams implemented in Norway, which were established in the period 2013–2016.

Setting and sampling

This study is part of the Norwegian national evaluation of FACT teams, initiated and financed by the Directorate of Health. We have investigated FACT teams as part of the existing Norwegian formal public service system for mental health and substance abuse.

The study was conducted in five regions in which six FACT teams have been implemented. These regions differ in population density and geography (henceforth referred to as urban and rural regions). The teams were organized in slightly different ways, and catchment area, team caseload and characteristics varied. Most teams were organized in specialist health services and all teams had a binding collaboration agreement with specialist and primary health services. Table 1 provides greater details of the characteristics of the FACT teams. These teams had moderate to high fidelity to the FACT model [67].

Using purposeful sampling [64], service providers working in the existing service system, in which the six

FACT teams were implemented, were allocated to five focus groups. The FACT teams in these regions recruited participants. They were asked to recruit participants that they considered to be key service providers with leading roles to ensure sound knowledge of the service they represented. Furthermore, teams were asked to recruit service providers from both primary and specialist healthcare and from different services to provide a diversity of experiences. This was considered the best way to ensure that participants had experience of FACT teams as part of the service system.

Forty service providers participated in the focus group interviews, together with five FACT team leaders. The FACT team leaders did not have an active role in the interviews. As shown in Table 2, teams 2 and 3 from Table 1 were allocated to one focus group. Participants from different services and levels participated in the interviews. Some participants knew each other well, while others did not. Table 2 provides greater details of the characteristics of the focus groups.

Data collection

A semi-structured interview guide was created, focusing primarily on how participants experienced the functioning of FACT teams within the existing service system, using three main topics. The first was experiences of the organization, context and collaboration. The second dealt with experiences of FACT as a binding collaboration model, whereas the aim of the third topic was to explore views about FACT teams in the future. The interviews were conducted in the teams' third year of operation and took place either in their office or a neutral venue close to their location. Two researchers conducted the interviews, one as a moderator and the other as a leader. The focus group interviews lasted from 60 to 90 min. In accordance with recommendations, participants sat in a circle so that they could easily see each other [64, 68]. The interviews

Table 1 Characteristics of FACT teams included in this study

Team	1	2	3	4	5	6
Organization	Specialist healthcare	Specialist healthcare	Specialist healthcare	Specialist healthcare	Primary healthcare	Specialist healthcare
Binding collaboration agreement with primary and specialist healthcare	X	X	X	X	X	X
Shared employer responsibility with primary and specialist healthcare		X	X	X	X	X
Including more than one municipality	X			X		
Multidisciplinary teams	X	X	X	X	X	X
Number of patients	40	140	153	52	44	69
Population in the catchment area	19,395	34,728	53,848	28,320	57,283	117,967
Type of region	Rural	Urban	Urban	Rural	Urban	Urban

Table 2 Characteristics of focus groups

Focus group with regions	1	2 and 3	4	5	6	Total
Number of participating service providers	9	6	9	7	9	40
Number of FACT team leaders	1	1	1	1	1	5
Participants from primary care	4	3	7	4	3	21
Participants from specialist healthcare	5	4	2	2	6	19
Participants from specialist mental healthcare centres (DPS)	1	1	1	1	2	6
Participants from primary mental health and substance use services	3	2	4	1	2	12
Participants from staffed housing in primary care	1	1	2			4
Participants from inpatient services in specialist healthcare	4	1	1	1	2	9
Others, such as NAV, LAR, user organizations and head of municipal affairs		2	1	1	3	7

started with all participants being invited to share their experiences of collaboration with the FACT team. Thereafter, the interview guide was used to structure the interview; however, using open questions and facilitate for discussions between participants. The interviews were digitally recorded.

Data analysis

The interviews were transcribed verbatim. After all the interviews were complete, they were analysed to identify common themes, following thematic text analysis as described by Braun and Clarke [63]. In the first step, we listened to all interview recordings and read the transcripts carefully to identify patterns. In the second step, data were initially coded line by line, and the codes were named according to their descriptive content. We searched across the data, using an inductive approach [63]. We actively searched for who said what, related to region and level of care. In the third step, the initial codes were grouped into themes and given descriptive names. The transcripts were then reread to determine how well the initial themes were supported by the data. In this step, some codes were moved to different themes and the names of some themes were changed to better reflect the content of the interviews. We also scrutinized the data set for exceptions to subcategories [62]. The codes and themes were then discussed, and further changes were made, resulting in a coded file with themes and subthemes; this comprised the fourth step of the analysis. The themes considered most relevant to the research question were then processed further. An analytic description was also written about each theme (fifth step). Then, the results section of the article was written (sixth step). While writing, we also reread the transcripts several times to ensure that we arrived at the whole and “correct” picture.

In the article, quotations are used to describe content as it appears in the interviews. We have made small

adjustments to the quotations to make their meaning more readily comprehensible, without changing the content.

Ethical considerations

The study was approved by the Data Protection Officer for South-Eastern Norway (ID 104,187). Participants in the focus groups provided written informed consent to participate. The consent letter contained information about the purpose of the study, how interview data would be stored and how the research group worked to ensure confidentiality and anonymity.

Results

The analysis revealed five main themes regarding FACT teams: (1) They form a bridge between different services; (2) They collaborate with other services; (3) They undertake responsibility and reassure other services; (4) They do not close all gaps in service systems; and (5) They are part of a service system that hampers their functioning.

FACT teams form a bridge between different services

Participants from both levels of care, primary and specialist health services, described how the FACT teams play a role as a bridge between different services. They said that the teams see the perspectives of both levels, understand *the big picture* and *see the patients at both levels*. The FACT teams were described as a *hybrid*, *glue*, a *link*, and *something in between* primary and specialist healthcare, as well as a *translator* between the levels and various services. Some participants said that the teams had made it easier to understand the service system and to know whom to contact and give feedback to. One leader in primary care said: “FACT is in a way both a primary and a specialist health service.” Another participant said service users previously were “*floating about*” in the system, while one said that they earlier did not know who was providing care. In addition, one participant said: “For

us in specialist healthcare, it's much easier to know who to contact." In all regions, participants from primary care said that the teams provided a more direct link to specialist health services. Several stated that they had felt a need for better collaboration before the FACT teams were implemented.

In all regions, almost all participants agreed that they wanted the teams to continue. Some said that the distinction between substance abuse and mental illness had narrowed down. One leader in specialist healthcare said that if the FACT team was dissolved, what he called the *battle* between substance abuse and mental health services would return, a *battle* over where the service users belong in the system. He said that the FACT team had closed a gap in the system. At the same time, one participant from primary care said that they had experienced refusals by the FACT team because of *involvement of excessive substance abuse*.

Several participants, in all regions and from both levels of care, said that the organization of FACT teams as an intermediary between primary and specialist health services was an important aspect of the teams' role as a bridge. One manager in primary care said: "Collaboration and easier contact with the specialists for us in primary care, well, I think that's a huge advantage." Many participants also said that it was important that the teams were interdisciplinary, with members from both service levels. One participant found that the FACT team moved *between units and levels*, while a leader in primary care said:

What we see in primary care is how important it is to have a foot in both camps, and that's where the FACT team comes in, as a link between primary and specialist health services, and this has been strengthened.

FACT teams collaborate with other services

Several participants said that the FACT teams' role as a bridge had enhanced collaboration between services. Although some called for closer collaboration, most participants described the FACT teams to be good collaborators. In four regions, collaboration was described as *close*, while in all regions, it was described as involving the *exchange of tasks* or *benefiting from each other*. Participants mentioned that teams and other services *combine well and supplement each other*. One described the FACT team as the solution to problems of collaboration around people with SMI: "We have FACT, we have the solution." Another primary care leader said:

There's good collaboration for clients receiving FACT services if they've been admitted to a DPS. My expe-

rience is that we work like this: now he is being discharged and now you take over. Then, things are kind of combined in our collaboration.

In all regions, some participants from both service levels stated that collaboration with the FACT team was organized around regular meetings. This was described as a *priority for both parties*; one participant said: "If there's any problem, we bring it up there." Some participants said that meeting with the FACT team helped to *clarify matters* and *improve flow* in patient pathways. However, only in one urban and one rural region, some participants called for such meetings. One participant *missed* them, while another said that it was *challenging* without them.

Several participants from both primary and specialist healthcare found that the FACT teams were available and could aid other services, such as LAR, mental health and substance abuse services in primary care and acute and inpatient services in specialist healthcare. The teams were described as easy to contact; they had *open doors*. Many participants said that they had never found it difficult to contact the FACT team, and a leader in specialist healthcare said that the FACT team was often the first to make contact. Some participants saw a connection between accessibility and flexibility. One participant said the FACT team *went to great lengths*, and a manager in specialist healthcare described the situation as follows:

FACT provides greater flexibility than we saw in the DPSs before we got FACT. There is no doubt about that. So, it is really true that when you see a bit of flexibility, and you see how useful the FACT model is, well, then you want more of it.

In all regions, participants from both levels stated that it had taken time to find a good way to collaborate with the FACT teams. They indicated that they *fumbled* in the beginning and had *vague expectations*, but that there had been a *gradual development*. Some participants said that *it took time to get to know each other's systems*, and that they needed to change their way of thinking when this new player arrived in the service system.

FACT teams undertake responsibility and reassure other services

In all regions and in both primary and specialist care, several participants talked about how the FACT teams undertake responsibility, *take over patients* and are *responsible for treatment*. Several participants said that the teams maintained contact with service users during inpatient stays and were *strongly involved in the cases of individual patients*. Other descriptions included phrases such as *persevering with the patients* and *rarely letting*

go, and some participants said that they felt *relieved* at the responsibility being undertaken by the FACT teams. Although some participants in one region said that they did not observe a great difference in services after implementation of the FACT team, the vast majority reported an improvement. One primary care leader stated that after the FACT team started work, *other staff have not had to deal with a group they do not feel qualified to treat*. Another participant said: "We're no longer all alone with these patients. We used to be." By contrast, one participant said that in their local authority, only few clients were supported by the FACT team. One leader in specialist care said that *clients' lives are better organized* when the FACT team supports them:

Our experience with this client group is that we get fewer emergency calls. They don't call us about crises so much, for example, in the middle of a Friday, now somebody must do something. Because these patients' lives are better, they're being followed up.

Some participants from both service levels said that the FACT teams' work had resulted in fewer crises and more accessible help in crisis situations. One participant said that the teams meant *less fuss and less police involvement* in the rest of the system. Several, especially leaders in specialist healthcare, reported fewer inpatient days as a result of FACT. One exemplified this by saying that eight inpatient beds had been closed in his region after the FACT team was established and added: "We could have never coped with that without them."

In four of the regions, participants, especially those in primary care, described how the FACT teams reassure other professionals and make them feel more confident in their work. Typical statements were: "We feel more relaxed now," and "The staff are more reassured." One leader in specialist healthcare described the FACT team as *patient*, which was considered an important quality in relation to service users that others found it difficult to reach. He found this reassuring. Another specialist leader found that the improved service quality enhanced the confidence of other professionals, while a primary care leader explained:

You hardly hear anymore about the clients that are in FACT now. Because there is a system around them and the team's involved all the services. It reassures NAV, the specialist health service, GPs and other services around the clients, who know they're being taken care of.

Some participants stated that the experience of FACT teams reassuring other services was connected to the teams' undertaking of responsibility for service users. One leader in specialist healthcare felt that *individual*

therapists had great responsibility, but that they feel more secure when closely collaborating with the team. One participant mentioned that the teams' accessibility made it easier for people working directly with clients to cope in difficult cases, while one leader in specialist healthcare explained: "We can always rely on FACT, they come along ready to take the case." One primary care leader said that the accessibility of the teams made staff feel more at ease:

It makes the staff more reassured and better able to cope in their daily work, as it's easier to make contact and we can ring the FACT team. Then, we always get someone on the line to talk to, and they always ring back or come and see us.

Participants in all regions, particularly in primary care, described how the FACT teams functioned as knowledge providers for other services. In the two rural areas, primary care participants stated that the FACT teams made their expertise available through advice and teaching. This was described as *useful*, and it made it *easier to let go of problems*. One participant felt that advice from the FACT team provided reassurance for staff who work with *challenging clients in the local community*.

FACT teams do not close all the gaps in service systems

Several participants, from both primary and specialist care, said that having a FACT team in the region had not solved all challenges; *there were still gaps in the system*. Many of them talked about people who were not offered FACT, people who were refused and those they wished the FACT teams would include. Participants used expressions such as *falling between cracks* and *a missing link in the system*. One leader in primary care said that the rest of the services are then left *with very difficult cases that they cannot easily solve*. Some participants connected this to a perception that the approach in the FACT model works well, and one leader in specialist healthcare wanted FACT to expand: "We want more of the same for more people." Several participants wished the FACT teams' target group was larger, and some participants said that it was unclear who qualified for FACT and who didn't.

The FACT teams stop their work at 4 p.m. This was described as a problem in four of the regions and by participants at both service levels. Several participants felt that the working hours of the FACT teams should be extended. One participant mentioned uncertainty about who should refer a client when the FACT team was not working, while another connected it to the expenses involved in admissions. It was also mentioned that a 24-h FACT team would have had more competent staff in crises. A leader in primary care exemplified this by saying that then emergency medical centres must be used:

People in the emergency centre are often not very well qualified. They're doctors who don't necessarily have much training for dealing with this group of clients.

In two regions, one urban and one rural, some participants from both levels said that there was still an unclear division of roles and responsibilities between the FACT team and other services. One leader in primary care asked: "What is FACT supposed to do? And what are the primary care services supposed to do?" A leader in specialist healthcare also asked who will do what between the FACT team and the DPS, adding: "We have to make sure that we don't become so divided into silos—as to who is responsible for which aspect of each patient." In one region, some participants found that the way the FACT team was organized did not work, and that it had resulted in disagreements, which in turn made it difficult to *pull in the same direction*. In the same region, one participant stated that the FACT team required considerable resources and was a *cumbersome way of organizing* to achieve closer contact with specialist health services.

FACT teams are part of a service system that hampers their functioning

In all regions and at both levels of care, participants discussed how the service system around the FACT teams creates challenges. The system was described as *complex, bureaucratic, vulnerable and divided into silos*. The high number of services was also mentioned by some participants as creating challenges, especially by those from the two rural regions. One participant said that the FACT teams were an additional service, an *extension*, while another stated that *different units will be working with the same clients*. One participant related this to the high number of services for the target group: "There's probably no other group with so many different services around them." The word *manoeuvre* was used to explain how the FACT team must move between services, and one manager in specialist care said: "There are so many specialities in the specialist health services that the FACT team cannot organize cooperation with all of them."

Different legislations, patient records and communication were also described as creating challenges for the FACT teams, especially in relation to collaboration. Several participants experienced these challenges in everyday communication, such as being unable to send each other information and messages through electronic messaging systems. The lack of common communication systems was *missed* by some participants, making exchange of information more difficult and time consuming. One participant stated, "We miss out on a lot of important information." Another participant said that if a common

communication system had already been present, it would have been only a matter of *one keystroke* instead of having to wait a week for a letter, while a primary care leader said: "That is our biggest challenge." Different patient records meant that the parties did not have access to each other's records, and thus they missed important information. Some participants found this particularly impractical for the administration of medication. One participant said that different legislations were one of the *main challenges*, while another found this particularly problematic when admitting and discharging patients due to confidential information.

In four of the regions, there were discussions about whether the Norwegian service system is ready for the FACT model. It was said that it is difficult to change the system, and that challenges at the system level were therefore a recurring issue, which in turn was described as affecting collaboration. Some participants said that the FACT teams were *at the mercy of the Norwegian system*, and a team leader of a FACT team said:

I think that the FACT model in Norway challenges the system at both levels. And the authorities haven't yet reached the stage where they've said that the hospital system can jump out of its current framework so that it can implement the FACT model.

Discussion

In this study, we found that the FACT teams have made a difference to the existing service system, by contributing to positive changes. Both urban and rural teams have largely contributed to less complex and fragmented systems by forming a bridge and undertaking responsibility in the service system and by collaborating with and reassuring other services. This has contributed to closing some gaps in the system. The way the FACT teams function and the needs of the existing systems for a model such as the FACT appear to have contributed to these findings. However, complexity and fragmentation of the system do hamper the functioning of FACT teams to some extent, which reduces the possibilities of even larger changes and teams being fully integrated as part of the service system.

FACT teams contribute to positive changes in the service system

Within 3 years of functioning, the FACT teams have led to positive changes in the existing service systems. The functioning of FACT teams has largely contributed to less complex and fragmented service systems via their role as a bridge and by closing some gaps in the service systems. However, service systems are capable of improving [69] and the way they respond is not a result

of changes in one of their parts, but a result of interactions [2]. Hence, to be able to create changes, not only do the FACT teams need to function in ways that contribute to positive changes, but the existing service system also needs to include the teams as part of the system. The changes to which the FACT teams contribute appear to be supported more than hindered, and their influence seems to be largely affected by needs of the existing system. Descriptions of FACT teams were largely congruent within urban and rural regions.

The FACT teams are described as forming a bridge between different services and levels of care. They largely link services and contribute to a clearer and more integrated system. In addition, a Swedish study assumed that FACT teams appear to bridge gaps between services [6]. FACT teams as a binding collaboration between specialist and primary care appear to be of great importance in their role as a bridge. Formal agreements between primary and specialist care have been found to support models of shared care [37]. The bridging role of FACT teams between these levels is interesting related to different levels of administration being a potential barrier to both innovation [22] and collaboration [59]. These levels also have difficulties in cooperation [50]. FACT teams appear to reduce the influence of this barrier through their function as a bridge. Moreover, needs for someone to bridge these levels might have also contributed to teams being integrated into the system. Working between different parts of service systems has been described as one of the most challenging aspects of working in mental health [70], and experience of challenges in current arrangements can be a driver for innovations [26].

The FACT teams are further described to fill some gaps in the service system by undertaking responsibility, reassuring other services and collaborating with them. A study of a model inspired by FACT found that recognition of gaps by professionals strengthened implementation [11], and that needs of existing systems are central to innovations [20]. The need among service providers for a mechanism to close gaps and reduce complexity and fragmentation of the system might have contributed to this finding, especially related to descriptions of improved collaboration. Several participants stated that they had felt a need for better collaboration before the FACT teams were implemented. Collaboration is found to be a strength when implementing models such as FACT in fragmented service systems [11] and when implementing innovative integrative models for people with SMI [40]. However, two Scandinavian studies on ACT reported challenges in collaboration [35, 39]. Some participants described that forming good collaboration had taken time, and some called for closer collaboration.

The service providers appear to welcome the FACT teams as collaborators more than they consider them as competitors. This is interesting because there are found to be challenges in collaboration within such systems, and former experiences of collaboration might influence both how services collaborate and their willingness to collaborate [30]. Despite this possible barrier, teams are met by professionals who largely consider them as collaborators. A reason for this finding might be the way teams are described to collaborate. This is in line with findings of some studies suggesting that certain activities, such as building relationships across services [55, 59, 71], collaborating through regular meetings [54, 55, 59], being flexible [71] and accessible [50, 55, 59], enhance collaboration. Such ways of collaborating can also be a contradiction to often bureaucratic structures of mental health services in Norway [50, 60] and challenges when attempting to contact the each other [50, 55, 59]. This finding might have contributed to service providers feeling the need for FACT teams, contributing to teams being integrated as part of the service system and making it possible to contribute to positive changes in the system. Moreover, this implies that implementing FACT teams as part of a complex and fragmented service system demands focus on both the functioning of the teams and the needs of the existing systems.

The complex and fragmented service system hampers the functioning of FACT teams in the system

Fragmentation and complexity of the service system hampered the functioning of the FACT teams in this study. Especially, different levels of administration and different legislations appear to be barriers. Moreover, different levels of care and regulations are potential barriers to innovation [20, 22], and different regulations can make information exchange more difficult [30]. A Norwegian study described that most exchange of information is in writing [55]. This finding might make the described challenges even easier to understand, because patient records and information technology systems are not connected. Lack of supportive technology is considered a barrier in both innovations [20] and collaboration [54], and if information technology systems are not connected, then it might create unclear communication, which might in turn create risky situations for users [72]. By contrast, shared client records may enhance communication [40], implying that reducing such challenges may contribute positively when implementing innovative models, such as FACT as part of existing service systems. Having systems that support and promote changes is important when implementing new service models [37] and when adapting strategies for more integrated care one is dependent on a system accepting the change [29]. Some participants

discussed whether the Norwegian service system is ready for FACT teams. Hence, focusing on both human and structural readiness is important when implementing such models as part of existing service systems.

Moreover, FACT teams have not closed all gaps. There are still many different services, FACT teams stop working after office hours and not all people with SMI get access to teams. The functioning of the Norwegian FACT teams as collaborators is also bilateral. Teams need to collaborate largely with others because of many services and different legislations, but FACT teams are not primarily implemented to be collaborators. They are supposed to offer most services themselves [4]. This might enhance complexity and differ from how FACT teams' function within other service systems. The Norwegian FACT teams are dependent on being integrated as part of the existing system and need to collaborate largely with other services. They need to work together with the rest of the system to divide responsibility and roles. Implementation of new service models might create challenges in knowing who is responsible for what, and this might be especially difficult for the FACT model as part of complex and fragmented systems. Some participants said that the division of roles and responsibilities between the FACT teams and other services was still unclear. This is in line with findings of studies on similar models [35, 37]. Lack of clarity with respect to roles is challenging [54] and might have negative effects on collaboration [58], while role clarity might reduce burnout among mental health professionals [73]. This finding implies that working to reduce some of these uncertainties can enhance the functioning of teams in service systems and make it easier to work as part of complex and fragmented systems.

Strengths and limitations

Several aspects were considered to increase the reliability of this study [74]. The focus group interviews provided rich data and a broad view of the study aim, from the perspective of service providers working in different parts of the system. We interviewed them 3 years after the implementation of FACT teams. At that point, the teams were established as part of the service system, though still rather new, and participants could describe experiences of these new teams as part of the existing system. Taken together, this increased the credibility of the study findings. However, we studied six of the seven first FACT teams in Norway, and they did not have the same opportunity as teams being established presently to learn from other Norwegian teams. We were not able to hold a focus group interview in one of the regions. This was a large urban region and might have provided relevant contributions to the study findings. However, large urban regions were represented in two interviews. Furthermore, GPs

and home care services were not sampled and should be included in further studies. Including these services in the study could have provided an even broader perspective and increased transferability of our findings [74].

Prior to the interviews, participants were told about the study and they provided their consent. However, it might be difficult to provide full details about a focus group study to the participants in advance because of the unpredictable nature of using this study method, such as how discussions will evolve [75]. To increase credibility [74], the same interview guide was used in all interviews, even though there were some differences in the topics emphasized. One of the interviews differed from the others, often taking a different direction. However, we assumed arriving at a broad picture of the aim, and the participants were actively talking. The possibility that some participants did not speak their mind, agreeing with dominant voices or people they feel dependent on, is difficult to avoid and might reduce the credibility of this study [74]. Overall, the participants had a positive opinion of the FACT teams. However, this might not represent how service providers experience FACT teams in general, and the presence of FACT team leaders might have affected perspectives shared in the interviews.

According to recommendations in the consolidated criteria checklist [76], we have used quotations from different participants. To enhance transferability, we have also stated whether the quotations are by participants from primary or specialist healthcare. This has also been done during the presentation of results, connecting the results to regions and levels of care. This study includes both rural and urban regions, FACT teams from various organizations and service providers working in different services. The study aim is therefore described from different perspectives, and the findings are relevant when implementing FACT teams in other contexts, both in Norway and internationally. Knowledge of FACT teams as part of existing service systems is useful for both politicians and healthcare leaders in regions where a FACT team has already been implemented or is being considered. FACT is a specific service model, which is studied within a specific healthcare context. However, we assume that our findings are transferable to and relevant in other contexts and are related to other integrative health service models.

Conclusions

This study describes how the FACT teams have made a difference in the Norwegian service system, contributing to positive changes in both urban and rural regions. The teams have largely contributed to less complex and fragmented systems and have closed some gaps in the systems. Both the way FACT teams function and

needs of the existing system appear to have contributed to this finding. Service providers' descriptions of how teams take responsibility, are close collaborators, reassure other services and their bridging role are central to this. However, the complexity and fragmentation of the system hamper the FACT teams' functioning, thereby reducing possibilities for teams to be fully integrated as part of the existing service system.

Our study shows that it is possible for innovative service models to contribute to positive changes in complex and fragmented service systems, perhaps both despite and because of complexity and fragmentation. Needs of the existing systems appear to be central, and a system willing to include the model is essential. However, if a service system is not "ready" for the model that is implemented, then this might hamper its functioning, possibilities of teams being fully integrated as part of the system and possibilities of even larger changes.

Abbreviations

FACT: Flexible assertive community treatment; GPs: General practitioners; LAR: Medication-assisted treatment; NAV: Norwegian labour and welfare organization; SMI: Severe mental illness; ACT: Assertive community treatment; DPS: Specialist mental healthcare centres.

Acknowledgements

We wish to thank the FACT teams that were a part of our study and the service providers who participated in the focus group interviews.

Authors' contributions

ASL and SO created the interview guide and conducted interviews. KT and ASL performed the analysis. KT wrote the manuscript. ASL, KA, MR, AL and SO participated in revision of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

This study was funded by the Norwegian Ministry of Health, which had no role in the study.

Availability of data and materials

The data transcripts and analysis are not publicly available.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

The study was approved by the Data Protection Officer for South-Eastern Norway (ID 104187).

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Inland Hospital Trust, The Norwegian National Advisory Unit on Concurrent Substance Abuse and Mental Health Disorders, Hamar, Norway. ²Inland Norway University of Applied Sciences, Hamar, Norway. ³Department of Health Sciences, Lund University, Lund, Sweden.

Received: 22 February 2021 Accepted: 15 April 2021
Published online: 23 April 2021

References

- Moullin JC, Sabater-Hernandez D, Fernandez-Llmos F, Benrimoj SJ. A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Res Policy Syst.* 2015;13:16.
- Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. *Health Policy Plan.* 2012;27(suppl_4):iv4-8.
- Dryden-Palmer K, Parshuram C, Berta W. Context, complexity and process in the implementation of evidence-based innovation: a realist informed review. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):81.
- van Veldhuizen J, Bahler M. Manual. flexible assertive community treatment: vision, model, practice and organization. CCAF. 2013;52:898-907.
- Van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J.* 2007;43(4):421-33.
- Svensson B, Hansson L, Lexén A. Outcomes of clients in need of intensive team care in flexible assertive community treatment in Sweden. *Nord J Psychiatry.* 2018;72(3):226-31.
- Svensson B, Hansson L, Markström U, Lexén A. What matters when implementing flexible assertive community treatment in a Swedish healthcare context: a two-year implementation study. *Int J Ment Health.* 2017;46:1-15.
- Nielsen CM, Hjorthøj C, Killaspy H, Nordentoft M. The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *Lancet Psychiatry.* 2020;8(1):27-35.
- Ruimveld J, Bosma M, Hermandes R, van Os J, Becker H, Mauricio M, et al. Mental health in Bonaire—an inspiration for the Dutch new mental health movement. *Tijdschr Psychiatr.* 2018;60(7):462-70.
- Delepaul P. Belgian FACT teams: looking for assurance of good care. *Tijdschr Psychiatr.* 2018;60:386-7.
- Stergopoulos V, Saab D, Francombe Pridham K, Aery A, Nakhost A. Building flexibility and managing complexity in community mental health: lessons learned in a large urban centre. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):20.
- Neijmeijer LJ, Didden R, Nijman HJ, Kroon H. Assertive community treatment for people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and mental health problems or challenging behavior: state of the art and implementation in the Netherlands. *J Policy Pract Intellect Disabil.* 2018;15(4):329-42.
- Nakhost A, Law SF, Francombe Pridham KM, Stergopoulos V. Addressing complexity and improving access in community mental health services: an inner-city adaptation of flexible ACT. *Psychiatr Serv.* 2017;68(9):867-9.
- De Vries H, Bekkers V, Tummers L. Innovation in the public sector: a systematic review and future research agenda. *Public Administration.* 2016;94(1):146-66.
- Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK, Carpenter CR, Griffey RT, Bunger AC, et al. A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Med Care Res Rev.* 2012;69(2):123-57.
- Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E. *Handbook Integrated Care.* 1st ed. Berlin: Springer; 2017.
- Misra-Hebert AD, Perzynski A, Rothberg MB, Fox J, Mercer MB, Liu X, et al. Implementing team-based primary care models: a mixed-methods comparative case study in a large, integrated health care system. *J Gen Intern Med.* 2018;33(11):1928-36.
- Westen KH, van Vugt MD, Bähler M, Mulder CL, Delepaul PH, Kroon H. Flexible assertive community treatment (FACT) as part of a community (health) network. *Tijdschr Psychiatr.* 2020;62(4):298-303.
- Fuglsang L, Rønning R. Introduction. In: Fuglsang L, Rønning R, Enquist B, editors. *Framing Innovation in Public Service Sectors.* New York: Routledge; 2014. p. 1-11.
- Cinar E, Trott P, Simms C. A systematic review of barriers to public sector innovation process. *Public Manag Rev.* 2019;21(2):264-90.
- Van de Ven AH. The innovation journey: you can't control it, but you can learn to maneuver it. *Innovation.* 2017;19(1):39-42.
- Fleuren M, Wierferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care.* 2004;16(2):107-23.
- Moulton S, Sandfort JR. The strategic action field framework for policy implementation research. *Policy Stud J.* 2017;45(1):144-69.
- Hanlon N, Reay T, Snadden D, MacLeod M. Creating partnerships to achieve health care reform: moving beyond a politics of scale? *Int J Health Serv.* 2019;49(1):51-67.

25. Van de Ven AH, Sun K. Breakdowns in implementing models of organization change. *Acad Manag Perspect*. 2011;25(3):58–74.
26. Hartley J. Public and Private Features of Innovation. In: Osborne S, Brown L, editors. *Handbook of Innovation In Public Services*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2013. p. 44–59.
27. Kotter J, Schlesinger L. Choosing Strategies for Change. *Harv Bus Rev*. 2008;86(7):130–9.
28. De Savigny D, Adam T. Systems thinking for health systems strengthening. *World Health Organization*; 2009.
29. Goodwin N. *Change Management. Handbook Integrated Care*. Berlin: Springer; 2017. p. 253–75.
30. Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *Int J Integr Care*. 2018;18(1):5.
31. Lehoux P, Roncarolo F, Silva HP, Boivin A, Denis J-L, Hébert R. What health system challenges should responsible innovation in health address? Insights from an international scoping review. *Int J Health Policy Manag*. 2019;8(2):63–75.
32. Oreg S. Personality, context, and resistance to organizational change. *Eur J Work Organ Psychol*. 2006;15(1):73–101.
33. Markström U. Staying the course? Challenges in implementing evidence-based programs in community mental health services. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):10752–69.
34. Markström U, Lindqvist R, Sandlund M. Case management for people with psychiatric disabilities in rural Sweden; experiences from the implementation of a national policy. *Eur J Soc Work*. 2009;12(4):495–508.
35. Bergmark M, Bejenholm U, Svensson B, Markström U. Complex interventions and interorganisational relationships: examining core implementation components of assertive community treatment. *Int J Integr Care*. 2018;18(4):11.
36. Nelson-Cooke E. *Olmstead mandated statewide implementation of assertive community treatment: precipitating factors and participant experiences [doctoral dissertation]*. Lexington: University of Kentucky; 2020.
37. Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5(1):31.
38. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*. 2009;9:e82.
39. Odden S, Landheim A, Clausen H, Stuen HK, Heiervang KS, Ruud T. Model fidelity and team members' experiences of assertive community treatment in Norway: a sequential mixed-methods study. *Int J Ment Health Syst*. 2019;13(1):65.
40. Lee SJ, Crowther E, Keating C, Kulkarni J. What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *The Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(4):333–46.
41. Benoit F, Lesage A. Implementation of intensive follow-up in the community: lessons to be considered. *Can J Psychiatry*. 1999;44(8):781–7.
42. Amodeo M, Lundgren L, Cohen A, Rose D, Chassler D, Beltrame C, et al. Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: comparing staff reports on motivational interviewing, adolescent community reinforcement approach, assertive community treatment, and cognitive-behavioral therapy. *Eval Program Plann*. 2011;34(4):382–9.
43. Rochefort DA. Innovation and its discontents: pathways and barriers in the diffusion of assertive community treatment. *Milbank Q*. 2019;97(4):1151–99.
44. Hannigan B, Coffey M. Where the wicked problems are: the case of mental health. *Health Policy*. 2011;101(3):220–7.
45. Ellis LA, Churruarín K, Braithwaite J. Mental health services conceptualised as complex adaptive systems: what can be learned? *Int J Ment Health Syst*. 2017;11(1):43.
46. Beere D, Page IS, Diminic S, Harris M. A mixed methods evaluation of an integrated adult mental health service model. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):691.
47. Rodgers M, Dalton J, Harden M, Street A, Parker G, Eastwood A. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. *Int J Integr Care*. 2018;18(1):9.
48. Melamed OC, Fernando I, Soklaridis S, Hahn MK, LeMessurier KW, Taylor VH. Understanding engagement with a physical health service: a qualitative study of patients with severe mental illness. *Can J Psychiatry*. 2019;64(12):872–80.
49. Kaehne A. The building blocks of integrated care. *Int J Integr Care*. 2016;16:5.
50. Trilliva S, Ntani S, Giovazolias T, Kafetsios K, Axelsson M, Bockting C, et al. Healthcare professionals' perspectives on mental health service provision: a pilot focus group study in six European countries. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14(1):1–18.
51. Isaacs S, Jellinek P, Martinez Garcel J, Hunt KA, Bunch W. New York state health foundation: integrating mental health and substance abuse care. *Health Aff*. 2013;32(10):1846–50.
52. Cetrano G, Salvador-Carulla L, Tedeschi F, Rabbi L, Gutiérrez-Colosía MR, Gonzalez-Caballero JL, et al. The balance of adult mental health care: provision of core health versus other types of care in eight European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e6.
53. Mueller-Stierlin AS, Meikner F, Kohlmann A, Schumacher M, Hänsel A, Pouwels M, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a community-based mental health care programme (GBV) for people with severe mental illness in Germany: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):1–14.
54. Davidsen AS, Davidsen J, Jønsson ABR, Nielsen MH, Kjellberg PK, Reventlow S. Experiences of barriers to trans-sectoral treatment of patients with severe mental illness. A qualitative study. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14(1):1–13.
55. Bjørkquist C, Hansen GV. Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:233–43.
56. Ådnanes M, Steihaug S. "You never know what happens next" – young adult service users' experience with mental health care and treatment through one year. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):5.
57. Ådnanes M, Steihaug S. Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways-an explorative study. *Int J Integr Care*. 2013;13:e031.
58. Steihaug S, Johannessen A-K, Ådnanes M, Paulsen B, Mannion R. Challenges in achieving collaboration in clinical practice: the case of Norwegian health care. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):e031.
59. Vik E. Coordination between health care professions—a scoping review. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2018;21:119–47.
60. Ness O, Borg M, Semb R, Karlsson B. "Walking alongside" collaborative practices in mental health and substance use care. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8(1):55.
61. Wormdahl I, Husum TL, Rugkåsa J, Rise MB. Professionals' perspectives on factors within primary mental health services that can affect pathways to involuntary psychiatric admissions. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14(1):86.
62. Miles M, Huberman AM, Saldana J. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. 4th ed. Arizona State University: Sage Publications, Inc; 2019.
63. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77–101.
64. Powell R, Single H. Focus Groups. *Int J Qual Health C*. 1996;8(5):499–504.
65. Barbour R. *Doing Focus Groups*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd; 2018.
66. Kitzinger J. *Qualitative Research. Introducing Focus Groups* BMJ. 1995;311(7000):299–302.
67. Landheim A, Odden S. Evaluation of Norwegian FACT teams. Hamar: Inland hospital Trust; 2020.
68. Krueger R, Casey M, Donner J, Kirsch S, Maack J. *Social analysis: selected tools and techniques*, Paper Number 36. Washington: World Bank; 2001.
69. Spohrer J, Vargo SL, Caswell N, Maglio PP, editors. *The service system is the basic abstraction of service science. Proceedings of the 41st Annual Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS 2008)*; IEEE. 2008.
70. Priest P, Dunn C, Hackett J, Wills K. How can mental health professionals best be supported in working with people who experience significant distress? *J Ment Health*. 2011;20(6):543–54.
71. Eriksson E, Andersson T, Hellström A, Gadolin C, Livérgren S. Collaborative public management: coordinated value propositions among public service organizations. *Public Manag Rev*. 2019;22:1–22.

72. Melby L, Brattheim BJ, Hellesø R. Patients in transition—improving hospital–home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. *J Clin Nurs*. 2015;24(23–24):3389–99.
73. O'Connor K, Neff DM, Pitman S. Burnout in mental health professionals: a systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry*. 2018;53:74–99.
74. Korstjens I, Moser A. Series: practical guidance to qualitative research. Part 4: trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):120–4.
75. Sim J, Waterfield J. Focus group methodology: some ethical challenges. *Qual Quant*. 2019;53(6):3003–22.
76. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



2

Integration of Care in Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Staff in Flexible Assertive Community Treatment Teams



RESEARCH AND
THEORY

]u[ubiquity press

KRISTIN TRANE
KRISTIAN AASBRENN
MARTIN RØNNINGEN
SIGRUN ODDEN
ANNIKA LEXÉN
ANNE LANDHEIM

*Author affiliations can be found in the back matter of this article

ABSTRACT

Introduction: To provide more integrated care, several countries have implemented the Flexible Assertive Community Treatment (FACT) model. However, this model does not guarantee full integration, especially in complex and fragmented service systems like in Norway. Hence, we investigated which barriers that might reduce the potential for integrated care in the Norwegian system, as described by staff in FACT teams, and how they adjust their way of working to increase the opportunities for integration.

Methods: Online focus group interviews involving 35 staff members of five Norwegian FACT teams were conducted using a semi-structured interview guide. The material was analysed using thematic text analysis.

Results: Six themes described the barriers to integrated care in the service system: fragmentation, different legislation and digital systems, challenges in collaboration, bureaucracy and limited opening hours. Three themes described adjustments in the teams' way of working to enhance integration: working as the responsible co-ordinator, being a collaborator, and the only entry channel into the service system.

Conclusion: The FACT team staff described several barriers to integration within the system. However, they made some adjustments in their way of working that might provide opportunities for integrated care within complex and fragmented service systems.

CORRESPONDING AUTHOR:

Kristin Trane
Inland Hospital Trust, NO
kritra@sykehuset-innlandet.no

KEYWORDS:

integration; integrated care; holistic; continuity; flexible assertive community treatment

TO CITE THIS ARTICLE:

Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M, Odden S, Lexén A, Landheim A. Integration of Care in Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Staff in Flexible Assertive Community Treatment Teams. *International Journal of Integrated Care*, 2022; 22(2): 17, 1–12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.6011>

INTRODUCTION

People with severe mental illness may have complex needs [1–4] and often experience mental health services as fragmented [5, 6]. Fragmented services are a challenge in several countries [7–17], and better integration of care is needed [4, 9, 18–22]. Integration can be achieved in various ways [23–27], such as through multidisciplinary teams [18, 23, 28–30]. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) is a multidisciplinary team model that is used in several countries [11, 31–37] and aims to provide integrated care for people with severe mental illness [38]. However, such services do not guarantee the full integration of care [29, 39]. Integration can be challenging [19, 23, 24, 27, 28, 40, 41], is context dependent [19, 26, 30, 42, 43] and might be especially difficult to achieve in complex health systems [41]. Hence, service systems can influence the potential for integrated care and how services work at improving opportunities for integration.

The concept of integrated care has various definitions within different health systems [27, 28, 30, 44, 45]. We consider this concept an umbrella term that includes holistic and continuous care [28]. Holistic care focuses on all aspects of people's lives, including improving both health and perceived well-being [28]. Continuous care is defined as care that is connected and co-ordinated [17]. To provide integrated care, services need to take responsibility for treatment and be accessible [28]. The opportunities for integration may be improved by having common medical records [18, 29, 30, 39, 46], digital systems [19, 24, 28, 39, 47, 48], flexibility [49] and clearly defined roles [18, 25, 50]. When a service, also called an actor, is unable to provide all treatments itself, co-ordination of services becomes important. This includes sharing information and managing transitions between services [28].

Knowledge about the other actors' involvement [18], communication [28, 47, 51] and collaboration [9, 23, 40, 52–54] are essential factors [18] for effective co-ordination. However, collaboration can be challenging [9, 15, 52, 54] and can be hampered by the fragmentation of services [55], which contributes to less-integrated care. Different digital systems can hinder integration [15, 25, 30, 42, 52, 56], especially given the importance of communication [25, 28, 52] in providing integrated care and because much communication is in writing [5] or through digital platforms [40]. Integration can also be hampered by bureaucracy [41], different levels of administration [9, 52, 57], poor co-ordination [18] and collaboration [52], and differences in regulations [26, 36, 52] and legislation [15, 58]. Hence, complex and fragmented service systems can interfere with the opportunities for integrated care.

The FACT model was developed in the Netherlands [59] and has been implemented in countries such as Norway,

Sweden [31, 32] and Denmark [33, 60]. In Norway, the health authorities support implementation of FACT teams if they are organized as a binding collaboration between the two levels of administration (primary and specialist care). This has resulted in about 70 FACT teams. The Norwegian formal mental health service system, henceforth referred to as the service system, includes many actors, such as inpatient and outpatient specialist health-care services, mental health and substance abuse services in primary care, the Norwegian Labour and Welfare Organization (NAV) and general practitioners (GPs) [16]. Norwegian FACT teams are largely an integral part of this system [61]. However, the fragmentation of services reduces their ability to provide all treatment themselves, especially because many services are regulated by different legislation. Hence, the FACT teams must work towards integrated care together with other actors in a system described as complex, fragmented [5, 6, 9, 55, 62–65] and bureaucratic [9, 55], with poor collaboration [9, 15, 55, 62–65] and co-ordination [5, 66] and different medical records systems [65]. Some degree of parallel services has also been described [67] and should be avoided when integrated care is the goal [28]. Norwegian FACT teams are part of a system with barriers to integrated care, but to our knowledge, no studies have explored how complex and fragmented service systems influence the opportunities for integration within FACT teams and how teams adjust their way of working to increase the opportunities for integrated care. Greater knowledge about these aspects will contribute to further the understanding of factors that influence integration within such systems. In this study, we investigated the barriers staff in FACT teams described as reducing the opportunities for integrated care in the Norwegian system and how they adjust their way of working to increase the opportunities for integration.

METHODS

DESIGN

This study used a descriptive and partly inductive design with a qualitative approach [68]. To add to the existing knowledge [69, 70], we conducted focus group interviews with the staff of five Norwegian FACT teams. Online interviews were conducted, and thematic text analysis was used to analyse the interviews [71].

SETTING AND SAMPLING

This study is part of a larger study describing FACT teams in the Norwegian context and is financed by the Research Council of Norway. The FACT teams included in this study worked in different Norwegian regions, which differ in population density and geography. Using purposeful sampling [70], we included five teams for focus group interviews: three rural and two urban teams to cover different geographical contexts. Three of the teams were

among the first FACT teams in Norway. The first was established in 2013, and the other two teams in 2018. All teams were organized within specialist health services and had a binding collaborative agreement with primary care. The case load and characteristics of the teams varied. Table 1 presents the characteristics of the teams.

Thirty-five staff members of five different FACT teams were recruited to participate in the five focus group interviews. To ensure diversity of experiences, we invited all staff members of the teams, but not all of them could participate. The participants represented all the different roles and specialist functions within the teams (Table 2). Some had more than one role, such as being a case manager and providing a specialist function. In such cases, the participant's specialist function was recorded, and the actual number of case managers is higher than shown in Table 2. The case managers' professional background varied, but many were social workers, medical nurses or social educators.

DATA COLLECTION

The interviews were conducted in January and February 2021. A semi-structured interview guide was used. This guide focused on integration of care, collaboration, and barriers to and drivers of integrated care. The interview guide was pilot tested [70] in collaboration with a FACT team leader from a team not included in the study, and this led to some adjustments. Because of the COVID-19 pandemic, the interviews were conducted online. In four of the interviews, some participants sat together, and the others participated individually from a separate computer. In one interview, all participants sat together, and the researchers participated digitally. Two authors conducted the interviews, and the first author took the leading role. The focus group interviews lasted for 60–80 minutes and were digitally recorded.

DATA ANALYSIS

The interviews were transcribed verbatim. After completion, all interviews were analysed using thematic text analysis, as described by Braun and Clarke [71]. Data were analysed across the interviews using a partly inductive approach [71]. We first listened to all interviews and read through the transcripts looking for patterns. The data were then coded, and the codes were given names related to their content. In the next step, we grouped the initial codes into themes and gave them descriptive names. We next read through the transcripts once more to check how well the themes and data were connected. We then moved some themes and changed the names of others. We also examined the data for exceptions [68]. We discussed both themes and sub-themes and made further changes. We then wrote a summary of each sub-theme. Throughout the process of writing the article, we returned to the data, made some minor changes to themes and sub-themes, and read through the transcripts several times.

FOCUS GROUP INTERVIEWS	1	2	3	4	5	TOTAL
Team leaders	1	1	1	1	1	5
Psychiatrists		1	1	1		3
Case managers	2	3	1		4	10
Peer specialists		1		1	1	3
Employment specialists	1	1	1	1		4
Psychologists	1	1	1			3
Substance abuse specialists			1	1	1	3
Others		1		2	1	4
Total number of participants	5	9	6	7	8	35

Table 2 Participants in the Focus Groups.

TEAM	1	2	3	4	5
Organization	Specialist health service	Specialist health service	Specialist health service	Specialist health service	Specialist health service
Binding collaborative agreement between primary and specialist health care	x	x	x	x	x
Shared employer responsibility between primary and specialist health care		x	x	x	x
Included more than one local authority	x	x			x
Multidisciplinary teams	x	x	x	x	x
Number of patients	40	29	122	47	33
Number of team staff	7	9	11	8	10
Population in team's region	24,000	23,500	58,500	30,400	18,600
Catchment area	4,327 km ²	1,201 km ²	7.5 km ²	671 km ²	1,289 km ²
Type of region	Rural	Rural	Urban	Urban	Rural

Table 1 Characteristics of the Included FACT Teams.

ETHICAL CONSIDERATIONS

The study was approved by the Data Protection Officer for South-Eastern Norway (ID 104187). Participants provided written informed consent to participate. The consent letter contained information about the purpose of the study, safekeeping of the data and how participant confidentiality and anonymity would be ensured.

RESULTS

Six themes were found to describe the barriers to integrated care in the service system: fragmentation, different legislation between services, different digital systems between services, challenges in collaboration, bureaucracy and limited opening hours. Three themes described how the teams adjusted their way of working to enhance the opportunities for integration: focus on working as the responsible co-ordinator, being a collaborator and being the only entry channel into the service system.

BARRIERS TO INTEGRATED CARE IN THE SERVICE SYSTEM

Fragmentation

Different service levels and the large number of different services were mentioned by several participants as obstacles to integrated care. One challenge was informing all actors about the FACT team. Participants reported that the large number of services required excessive time in meetings, which created difficulties when performing their role as a co-ordinator and reduced the time they could spend on direct contact with patients. A substance abuse specialist in a rural team stated:

“To get things really well integrated takes quite a bit of time and prioritizing.”

The large number of actors meant that many services shared responsibility and tasks. Although the division of tasks and responsibilities between the FACT teams and some of their partners worked well, several team members noted ambiguities in this division. Poor knowledge about the FACT team was noted as increasing this lack of clarity. One asked:

“Where do we stop and where does someone else’s work begin?”

Different legislation between services

Participants from all FACT teams highlighted that different legislation hampered the opportunities for integrated care. They felt that this made it impossible to provide services for the NAV, for inpatient care, for GPs and for emergency services, and resulted in different

medical records and other digital systems within the various services. Different legislation was also described as making it difficult to share information because of privacy issues. This was described as hampering co-operation and information exchange and opportunities for integrated care.

Different digital systems between services

Participants from all teams perceived that the different digital systems, including different medical records systems, act as a barrier to integrated care. This was described as challenging and that it sometimes leads to errors in medication. Several team members said that they could not share crisis plans with emergency services, and one stated that the only way they could do so would be to deliver a “wheelbarrow full of crisis plans”. Another participant said that having the same digital systems would “really help co-ordinate between the services”. A team leader in a rural region stated:

“Primary mental health and substance abuse have different medical record systems; the emergency services have one system and GPs have another one. Poor flow of information makes it difficult to have good services.”

Challenges in collaboration

Participants in all teams described being dependent on collaboration with other actors to provide integrated care. One said that, without collaboration, “the team gets stuck”. NAV was highlighted as important for providing holistic care. A psychologist in an urban region explained:

“NAV is especially important for our target group. These people have lots of financial problems and own next to nothing. They’re completely dependent on NAV processing their application for benefits so that they can pay their bills and won’t get thrown out of their flat.”

In all teams, participants described challenges in collaboration with some actors, especially NAV. Some mentioned that it was difficult to contact NAV and that privacy issues made co-ordinating with them challenging. One called NAV a “closed partner”. These issues were described as hindering integration. Some also described collaboration challenges with GPs, emergency services and inpatient services. In one team, collaboration challenges were emphasized as the main barrier to integrated care. An employment specialist explained:

“We try to work in the patients’ best interests by collaborating, but sometimes we find closed doors. It’s difficult to position ourselves and we’re not given a direct phone line.”

Bureaucracy

Bureaucracy, especially requirements for documentation, was described by many participants as a barrier to integration. When asked to name a factor that could improve integration, a team leader in a rural region replied:

“Then I’d do something about the registration and documentation tyranny that takes up valuable time, that takes us away from patients and prevents us from being pragmatic and flexible in the way we relate to them.”

One participant said the documentation requirements were increasing, and several stated that these requirements consume too much time. A peer specialist in a rural team said:

“This takes time that could have been spent on useful things for patients.”

Limited opening hours

Several team staff were concerned about being accessible to patients, and some found it challenging that they were available only during office hours. One described this as something out of their control to change and explained:

“Only working during office hours is a limitation since working to include people as part of the community often happens after four o’clock”.

In one team, the staff said that “they make sure that they give patients their telephone number” because they were also available by phone in the afternoons and evenings.

ADJUSTMENTS OF THE TEAM’S WAY OF WORKING TO INCREASE THE OPPORTUNITIES FOR INTEGRATION

Focus on being the responsible co-ordinator

Participants from all teams reported that they considered the team as the service most responsible for ensuring holistic treatment. One called this “having a firm grip on the cases”. Another said, “We can never give up our overall responsibility for treatment.”

The team members reported that because they are unable to provide all treatment and care themselves, they need to both co-ordinate services provided by the team and by services outside the teams. One described this as a “co-ordinator function with responsibility for continuity of care to ensure that things get done”.

The participants noted that to co-ordinate services, they need to have a good overview of the treatment that they and other services provided, as well as the patient’s needs. Most team members said that they generally have such knowledge, despite the challenges. They often made comments such as, “We have a pretty good idea,

or we mostly know what we need to know”. Others also commented that “it’s challenging.” The daily meetings were described as helpful in providing an overview. One also described using treatment plans to keep track of the services they and other actors provided, and said:

“We use the treatment plan to clarify future treatment with other services”.

Focus on being a collaborator

All participants noted that providing integrated care in the Norwegian service system required collaboration with several other actors. Although some said that they could work harder to achieve collaboration, many described working consciously to establish good relationships by initiating regular meetings, being flexible and accessible, and contacting other services often. A team leader in a rural region said, “We have reached out a hand in many directions”. Many participants described this as time-consuming. A team leader in a rural region explained:

“We’re working to get a place in the system. There hasn’t been any FACT team here before, so we needed to establish our intended role”.

Focus on being the only entry channel into the service system

To provide integrated care, several participants described that they tried to be the only entry channel into the service system. This included having a holistic focus, being accessible, providing several services themselves and being the patients’ guide through the system. They noted that they must work hard to create continuity of care. Many said they attempt to be the patients’ only entry channel into the service system to avoid patients having to deal with different services. They stated that patients should be able to contact the FACT team directly and that they would “ensure connection to other services” and “accompany patients on their path through the various services”. One team leader in a rural region explained:

“There’s a common thread that runs through their treatment anyway. They can always contact us, whether they have questions about doctors, hospitals, mental health centres, NAV or anybody.”

Several team members described how they “guide patients through the system” before, during and after inpatient stays. One case manager in a rural region said:

“If he’s admitted to specialist treatment, we’re there. If he’s in an inpatient facility, we’re there. We go with them to primary health care, to specialist treatment, when they’re admitted and when they come out again.”

Many described having a holistic focus on the patients' needs and attempting to adapt support to the individual patient's needs. They described attempting to address all elements of their patient's life that may affect their health, such as housing, finances, networks, work and physical health. A team leader in an urban region said:

"We focus on providing help that's actually seen as help, and when we meet new patients who live in a rubbish dump, have no teeth, have very poor physical health, have no money, well, that's where we have to start."

Some said that their team provides much treatment and care. Descriptions such as, "We have many services within the team", were common. The team members described how their work involves a variety of elements, such as counselling, medication, environmental therapy, exposure therapy, psychoeducation, following up physical health status and accompanying patients to other treatments. They also performed practical work if needed or when they felt that it would help in building a relationship with the patient.

DISCUSSION

The FACT team staff members described several aspects of the service system as constraining their ability to provide integrated care. However, they made some adjustments in their way of working to enhance the opportunities for integration.

Our study findings indicate that the ability of FACT teams to provide integrated care are hampered by different services and levels of administration, differences in legislation and digital systems. These findings are consistent with other observations about the barriers to integrated care. A study that interviewed partners of FACT team members also found these factors to hamper collaboration [61]. Other studies have found that different laws [58], levels of administration [63] and digital systems [15, 52] can be barriers to collaboration. Much communication is in writing, and the use of incompatible information exchange systems can have negative consequences for patients [47, 72]. The opportunities for integration were also described as being hindered by bureaucracy, especially because documentation consumes time. Manoeuvring between different services in fragmented systems has been described as consuming time that could have been spent on direct patient-oriented work [55]. Together with the barriers to both collaboration and integration, this limits the opportunities for integrated care.

The participants noted that co-ordinating services is challenging, partly because of the diverse services the teams had to co-ordinate and have an overview of, as

well the collaboration challenges. The wish to collaborate does not necessarily mean that collaboration will occur [73]. One reason for challenges in collaboration is a vague understanding of roles [1]. The FACT team staff described this partial lack of understanding: a finding that was also reported in a study that interviewed partners of FACT teams [61]. The lack of clarity may make it more difficult to provide integrated care [15, 39, 62] and indicates the need for role clarification. The teams' dependence on other services was described as another challenge to the provision of holistic care, for example, patients having to wait for basic needs to be met. NAV was highlighted as a service they were particularly dependent on but was described as difficult to co-operate with. In Norway, NAV makes decisions about housing and financial support [16], which makes the FACT teams dependent on them when providing holistic care. Inclusion of NAV in FACT teams might enhance integration by allowing teams to address financial and housing issues. However, this is difficult within the Norwegian service system because of differences in legislation.

According to the FACT model, teams are supposed to have 24/7 accessibility [38]. The availability of the FACT teams only during office hours was described as limiting the opportunities for integration, and other services have called for extended opening hours [61]. One of the FACT teams noted that they were accessible to patients after office hours, which indicates that they were trying to overcome this barrier. How this accessibility was organized did not emerge from our study but should be further investigated. However, focusing on all aspects of people's lives also includes the life they live after office hours, and accessibility is important when aiming to provide integrated care.

The FACT teams described their adjustments in their way of working to strengthen the opportunities for integration. To contribute to continuity of care, the FACT team staff had expanded the role of the responsible co-ordinator. According to the FACT model, teams take responsibility for patients, provide most services themselves and co-ordinate the care and treatment they provide [38]. However, because of the number of services, Norwegian FACT teams are unable to provide all care themselves and they must co-ordinate several services outside the team. This was described as challenging, which implies that providing as much treatment and care as possible within the FACT team may increase the opportunities for integration. This may reduce the number of services the FACT team needs to have an overview of, provide more time for direct patient contact and enhance the opportunities for integration.

FACT teams are supposed to have daily meetings in which the multidisciplinary team co-ordinates care and support, and all patients are supposed to have treatment plans [38]. The participants described this as contributing to a better overview of both the services

provided by the team and other services. Danish FACT teams use treatment plans to create a common vision with inpatient care [60]. Having a common vision may promote collaboration [74, 75] and integration of care [24, 25, 28, 75], and common treatment plans may promote collaboration [49]. This suggests that the opportunities for integration may be enhanced if FACT teams invite patients and other services to participate in developing treatment plans. This might also facilitate collaboration and contribute to clarification of roles and tasks, and highlights the importance of the responsible co-ordinator when complexity and fragmentation characterize the service system.

Communication [28, 47, 51] and collaboration [9, 23, 40, 52–54], are crucial to the co-ordination of services, and the FACT teams described the need for collaboration with other services. They seem to have taken a role as a collaborating actor in the service system by creating relationships with other services. Swedish [76] and Danish [60] FACT teams collaborate with other actors, and Danish FACT teams describe consciously working to build relationships with other services [60]. Norwegian FACT teams have been described by other service providers as working to promote collaboration and improving collaboration in the service system [61]. However, a study that interviewed patients from the same study as ours noted the potential for improvement in their collaboration with other services [77]. Our findings indicate that collaboration is essential for FACT teams in complex and fragmented systems.

The FACT team staff described efforts to create holistic and continuous care by focusing on being the only entry channel into the service system, guiding the patients through the different services, being accessible and providing as much treatment and care as possible within the team. This way of working may promote the opportunities for integration. The previously mentioned study that interviewed patients from the same FACT teams as our described that being treated as a whole person and finding help with all their challenges from the same team made them feel safer, improved their daily life situation and made it easier to relate to the service system [77]. This indicates that FACT teams can contribute to better integrated care even in complex and fragmented service systems.

STRENGTHS AND LIMITATIONS

Whether the FACT teams provide integrated care can be answered only by their patients. Nevertheless, the process of integration can be studied from the perspective of service providers [27, 28], as in our study. We used focus group interviews to increase understanding of how services such as FACT teams work towards their goal of integrated care in a system characterized by its complexity and fragmentation, and which barriers they have experienced within this system. We do not know

how the teams actually work but only how they describe their work. To ensure a common understanding, we asked the team staff members to share their understanding of the concept of integrated care. They described a view that matches both the definitions and common values regarding integrated care [45]. The same interview guide was used in all interviews. Participants were asked to respond openly when describing the barriers to, and drivers of, integrated care. Barriers within the Norwegian service system were emphasized. Descriptions from rural and urban teams included more issues in common than anticipated prior to the interviews. However, challenges specific to rural regions were not specifically addressed and should be studied further.

A limitation of our study is that the interviews were conducted online. However, our interviews provided rich data and the participants interacted well, possibly because they were used to virtual meetings. All specialist roles in the FACT teams were represented, which increases the transferability of the study findings [78]. We have used quotations from participants who play different specialist roles in the teams and have stated their role in the teams and whether they represented an urban or a rural team.

Focus group interviews imply several ethical issues [70, 79], such as participants having relationships that continue after the interviews. This might have affected what was said in the interviews. Differences in how much each participant spoke were observed, which might have reduced the credibility of this study [78]. However, those who talked less were asked specific questions several times. The participants might have felt it difficult to decline participation in this study because the interviews were performed as part of their job. However, not all members of the included FACT teams participated. After analysis, the findings were presented to nine staff members, who in total represented all the included FACT teams. They were asked if the findings were recognizable, and all said that the findings were “very recognizable”. This increases the study’s credibility [78, 80].

Our study is relevant to settings in countries other than Norway and especially those with complex and fragmented service systems. It is also relevant to similar health services that cannot provide all treatment themselves and for health authorities, politicians and leaders who make decisions regarding the organization of services within such health systems.

CONCLUSION

Providing integrated care in FACT teams part of a complex and fragmented service system is challenging. Several factors hamper integration such as the involvement of many services, different levels of administration, differences in legislation and digital systems, bureaucracy,

challenges in collaboration and not being accessible outside of office hours. These structural barriers consume time that could be used for direct patient-oriented work and make it difficult for the FACT teams to maintain an overview. FACT teams in such service systems seem to be working in a “structural headwind”. Teams or similar services that are part of such systems may be unable to provide truly integrated care unless some of the structural barriers are dealt with.

The FACT teams actively made adjustments to increase the opportunities for integration within a complex and fragmented system. One adjustment was identified as the theme of focusing on being the responsible co-ordinator, which seems to increase in importance with the number of services and other barriers to integration that are involved. Finding ways to ensure a good overview seems to be essential and implies that FACT teams require an extra focus on prioritizing the daily meetings. Integration may also be enhanced by including collaborating actors in developing treatment plans. However, this also implies that the opportunities for integration of care seem to increase if the FACT teams provide as much treatment and care as possible themselves. The more services that are provided outside the teams, the greater the collaboration needed becomes, which can be both time-consuming and challenging. When the systems are characterized by complexity and fragmentation, focusing on being a collaborator seems essential. This implies the need for FACT teams or similar services in such systems to work consciously in ways that enhance collaboration. To provide holistic and continuous care in such systems, being the only entry channel into the service system also seems essential. Succeeding in this might reduce patients’ experiences of fragmentation and increase the opportunities for integration.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank the FACT teams that participated in the focus group interviews. We also thank our international and Norwegian reference group contributors and The Norwegian Research Council for funding the study.

COMPETING INTERESTS

The authors have no competing interests to declare.

AUTHOR AFFILIATIONS

Kristin Trane

Inland hospital trust, NO

Kristian Aasbrenn

Inland Norway University of Applied Sciences, NO

Martin Rønningen

Inland Norway University of Applied Sciences, NO

Sigrun Odden

Inland Hospital Trust, NO

Annika Lexén

Lund University, SE

Anne Landheim

Inland hospital trust, NO

REFERENCES

1. Kelly TM, Daley DC. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work in Public Health*. 2013; 28(3–4): 388–406. DOI: <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774673>
2. Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: an integrative literature review. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2016; 61: 47–59. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
3. Fortuna KL, Ferron J, Pratt SI, Muralidharan A, Aschbrenner KA, Williams AM, et al. Unmet needs of people with serious mental illness: perspectives from certified peer specialists. *Psychiatric Quarterly*. 2019; 90(3): 579–86. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09647-y>
4. Karapareddy V. A review of integrated care for concurrent disorders: cost effectiveness and clinical outcomes. *Journal of Dual Diagnosis*. 2019; 15(1): 56–66. DOI: <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1518553>
5. Bjørkquist C, Hansen GV. Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2018; 11: 233–43. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S157769>
6. Ådnanes M, Steihaug S. “You never know what happens next” – young adult service users’ experience with mental health care and treatment through one year. *International Journal of Integrated Care*. 2016; 16(3): 5. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2435>
7. Melamed OC, Fernando I, Soklaridis S, Hahn MK, LeMessurier KW, Taylor VH. Understanding engagement with a physical health service: a qualitative study of patients with severe mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2019; 64(12): 872–80. DOI: <https://doi.org/10.1177/0706743719862980>
8. Ellis LA, Churrua K, Braithwaite J. Mental health services conceptualised as complex adaptive systems: what can be learned? *International Journal of Mental Health Systems*. 2017; 11: 43. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0150-6>
9. Triliva S, Ntani S, Giovazolias T, Kafetsios K, Axelsson M, Bockting C, et al. Healthcare professionals’ perspectives on mental health service provision: a pilot focus group study in six European countries. *International Journal of Mental Health Systems*. 2020; 14: 16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00350-1>

10. **Hannigan B, Coffey M.** Where the wicked problems are: the case of mental health. *Health Policy*. 2011; 101(3): 220–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.002>
11. **Stergiopoulos V, Saab D, Francombe Pridham K, Aery A, Nakhost A.** Building flexibility and managing complexity in community mental health: lessons learned in a large urban centre. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1): 20. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1597-y>
12. **Isaacs S, Jellinek P, Martínez Garcel J, Hunt KA, Bunch W.** New York State Health Foundation: integrating mental health and substance abuse care. *Health Affairs (Project Hope)*. 2013; 32(10): 1846–50. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0479>
13. **Cetrano G, Salvador-Carulla L, Tedeschi F, Rabbi L, Gutiérrez-Colosía MR, Gonzalez-Caballero JL, et al.** The balance of adult mental health care: provision of core health versus other types of care in eight European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020; 29: e6. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796018000574>
14. **Mueller-Stierlin AS, Meixner F, Kohlmann A, Schumacher M, Hänsel A, Pouwels M, et al.** Effectiveness and cost-effectiveness of a community-based mental health care programme (GBV) for people with severe mental illness in Germany: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020; 21(1): 598. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04492-y>
15. **Davidson AS, Davidson J, Jønsson ABR, Nielsen MH, Kjellberg PK, Reventlow S.** Experiences of barriers to trans-sectoral treatment of patients with severe mental illness. A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2020; 14: 87. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00419-x>
16. **Ruud T, Friis S.** Community-based mental health services in Norway. *Consortium Psychiatricum*. 2021; 2(1): 47–54. DOI: <https://doi.org/10.17816/CP43>
17. **Weaver N, Coffey M, Hewitt J.** Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: a systematic appraisal of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017; 24(6): 431–50. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12387>
18. **Lee SJ, Crowther E, Keating C, Kulkarni J.** What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013; 47(4): 333–46. DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867412463975>
19. **Maruthappu M, Hasan A, Zeltner T.** Enablers and barriers in implementing integrated care. *Health Systems & Reform*. 2015; 1(4): 250–6. DOI: <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1077301>
20. **World Health Organization.** Mental health action plan 2013–2020. World Health Organization; 2013. Available from: Mental health action plan 2013 – 2020 (who.int)
21. **Tansella M, Thornicroft G, Lempp H.** Lessons from community mental health to drive implementation in health care systems for people with long-term conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014; 11(5): 4714–28. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph110504714>
22. **Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kaila M, Joffe G, Kontio R, Oranta O, et al.** Identifying local and centralized mental health services—the development of a new categorizing variable. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15(6): 1131. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15061131>
23. **Axelsson R, Axelsson S.** Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*. 2006; 21: 75–88. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
24. **Heyeres M, McCalman J, Tsey K, Kinchin I.** The complexity of health service integration: a review of reviews. *Frontiers in Public Health*. 2016; 4: 223. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00223>
25. **Gurung G, Atmore C, Gauld R, Stokes T.** Integrated ambulatory care in the New Zealand health system: a scoping review. *Journal of Integrated Care*. 2020; 28(3): 253–80. DOI: <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2020-0003>
26. **Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E.** *Handbook integrated care*. Springer; 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5>
27. **World Health Organization.** *Integrated care models: an overview*. World Health Organization; 2016.
28. **Goodwin N, Stein V, Amelung V.** What is integrated care? In: Goodwin N, Stein V, Amelung V (eds.), *Handbook integrated care*. Springer. 2017; 3–23. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5_1
29. **World Health Organization.** *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence: interim report*. World Health Organization; 2015.
30. **Murtagh S, McCombe G, Broughan J, Carroll Á, Casey M, Harrold Á, et al.** Integrating primary and secondary care to enhance chronic disease management: a scoping review. *International Journal of Integrated Care*. 2021; 21(1): 4. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5508>
31. **Svensson B, Hansson L, Lexén A.** Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2018; 72(3): 226–31. DOI: <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1430168>
32. **Svensson B, Hansson L, Markström U, Lexén A.** What matters when implementing Flexible Assertive Community Treatment in a Swedish healthcare context: a two-year implementation study. *International Journal of Mental Health*. 2017; 46(4): 284–98. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1345041>
33. **Nielsen CM, Hjorthøj C, Killaspy H, Nordentoft M.** The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8(1): 27–35. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30424-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30424-7)

34. **Ruimveld J, Bosma M, Hermanides R, van Os J, Becker H, Mauricio M, et al.** Mental health in Bonaire – an inspiration for the Dutch New Mental Health Movement. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2018; 60(7): 462–70.
35. **Delespaul P.** Belgische FACT-teams: op zoek naar borging van goede zorg. [Belgian FACT teams: looking for assurance of good care]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2018; 60: 386–5.
36. **Neijmeijer LJ, Didden R, Nijman HLI, Kroon H.** Assertive community treatment for people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and mental health problems or challenging behavior: state of the art and implementation in the Netherlands. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2018; 15(4): 329–42. DOI: <https://doi.org/10.1111/jppi.12254>
37. **Nakhost A, Law SF, Francombe Pridham KM, Stergiopoulos V.** Addressing complexity and improving access in community mental health services: an inner-city adaptation of flexible ACT. *Psychiatric Services*. 2017; 68(9): 867–9. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700195>
38. **van Veldhuizen J, Bahler M.** *Manual: Flexible assertive community treatment: vision, model, practice and organization*. CCAF; 2013.
39. **Rodgers M, Dalton J, Harden M, Street A, Parker G, Eastwood A.** Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. *International Journal of Integrated Care*. 2018; 18(1): 9. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2605>
40. **van Dulijn S, Zonneveld N, Lara Montero A, Minkman M, Nies H.** Service integration across sectors in Europe: literature and practice. *International Journal of Integrated Care*. 2018; 18(2): 6. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3107>
41. **Tsasis P, Evans JM, Owen S.** Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective. *International Journal of Integrated Care*. 2012; 12: e 190. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.843>
42. **Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M.** Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *International Journal of Integrated Care*. 2012; 12: e129. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.982>
43. **Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE.** Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*. 2009; 9: e82. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.316>
44. **Goodwin N.** Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*. 2016; 16(4): 6. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>
45. **Zonneveld N, Driessen N, Stüssgen RA, Minkman MM.** Values of integrated care: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*. 2018; 18(4): 9. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4172>
46. **von Esenwein SA, Druss BG.** Using electronic health records to improve the physical healthcare of people with serious mental illnesses: view from the front lines. *International Review of Psychiatry*. 2014; 26(6): 629–37. DOI: <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.987221>
47. **Urbanski D, Reichert A, Amelung V.** Discharge and transition management in integrated care. In: Goodwin N, Stein V, Amelung V (eds.), *Handbook integrated care*. Springer. 2017; 97–111. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5_6
48. **Mackie S, Darvill A.** Factors enabling implementation of integrated health and social care: a systematic review. *British Journal of Community Nursing*. 2016; 21(2): 82–7. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.2.82>
49. **Beere D, Page IS, Diminic S, Harris M.** A mixed methods evaluation of an integrated adult mental health service model. *BMC Health Services Research*. 2019; 19(1): 691. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4501-7>
50. **Williams PM.** Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. *Health & Social Care in the Community*. 2012; 20(5): 550–60. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01076.x>
51. **Ion A, Sunderji N, Jansz G, Ghavam-Rassoul A.** Understanding integrated mental health care in “real-world” primary care settings: what matters to health care providers and clients for evaluation and improvement? *Families, Systems, & Health*. 2017; 35(3): 271. DOI: <https://doi.org/10.1037/fsh0000294>
52. **Auschra C.** Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *International Journal of Integrated Care*. 2018; 18(1): 5. DOI:
53. **Kaehne A.** The tacit assumptions of care integration. *Journal of Integrated Care*. 2018; 26(4): 254–6. DOI: <https://doi.org/10.1108/JICA-10-2018-057>
54. **Head B, Alford J.** Wicked problems: implications for public policy and management. *Administration & Society*. 2013; 47(6): 711–39. DOI: <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
55. **Ness O, Borg M, Semb R, Karlsson B.** “Walking alongside:” collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*. 2014; 8(1): 55. DOI: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-55>
56. **Belling R, Whittock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones IR, et al.** Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implementation Science*. 2011; 6: 23. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-23>
57. **Markström U.** Staying the course? Challenges in implementing evidence-based programs in community mental health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014; 11(10): 10752–69. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph111010752>
58. **Mitterlechner M.** Leadership in integrated care networks: a literature review and opportunities for future research. *International Journal of Integrated Care*. 2020; 20(3): 6. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5420>
59. **Van Veldhuizen JR.** FACT: a Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*. 2007; 43(4): 421–33. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9089-4>

60. **Nielsen CM, Hjorthøj C, Nordentoft M, Christensen U.** A qualitative study on the implementation of flexible assertive community treatment—an integrated community-based treatment model for patients with severe mental illness. *International Journal of Integrated Care*. 2021; 21(2): 13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5540>
61. **Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M, Odden S, Lexén A, Landheim A.** Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021; 15(1): 38. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>
62. **Steihaug S, Johannessen A-K, Ådnanes M, Paulsen B, Mannion R.** Challenges in achieving collaboration in clinical practice: the case of Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*. 2016; 16(3): 3. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2217>
63. **Vik E.** Coordination between health care professions – a scoping review. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2018; 21: 119–47. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
64. **Pedersen L-ML.** Interprofessional collaboration in the Norwegian welfare context: a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*. 2020; 34(6): 737–46. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1693353>
65. **Fineide MJ, Haug E, Bjørkquist C.** Organisational and professional integration between specialist and primary healthcare services: a municipal perspective. *International Journal of Integrated Care*. 2021; 21(2): 21. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5606>
66. **Organisation of Economic Co-operation and Development.** *OECD Reviews of health care quality: Norway 2014: raising standards*. OECD; 2014.
67. **Danbolt LJ, Hestad K, Kjønsgberg K, Kvalvik A-M, Hynnekleiv T.** *From exclusivity to mutuality*. Collaboration regarding patients with complex mental health care needs. *Psykologtidsskriftet*; 2016.
68. **Miles M, Huberman AM, Saldana J.** *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*. Sage Publications; 2020.
69. **Powell R, Single H.** Focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 1996; 8(5): 499–504. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.499>
70. **Barbour R.** *Doing focus groups*. Sage; 2018. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781526441836>
71. **Braun V, Clarke V.** Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3: 77–101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
72. **Browne T, Priester MA, Clone S, Iachini A, DeHart D, Hock R.** Barriers and facilitators to substance use treatment in the rural south: a qualitative study. *The Journal of Rural Health*. 2016; 32(1): 92–101. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12129>
73. **Eriksson E, Andersson T, Hellström A, Godolin C, Lifvergren S.** Collaborative public management: coordinated value propositions among public service organizations. *Public Management Review*. 2020; 22(6): 791–812. DOI: <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1604793>
74. **Kousgaard MB, Scheele CE, Vrangbæk K.** Inter-sectoral collaboration in municipal health centres: a multi-site qualitative study of supporting organizational elements and individual drivers. *International Journal of Integrated Care*. 2019; 19(2): 9. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4196>
75. **Winters S, Magalhaes L, Kinsella EA, Kothari A.** Cross-sector service provision in health and social care: an umbrella review. *International Journal of Integrated Care*. 2016; 16(1): 10. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2460>
76. **Lexén A, Svensson B.** Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. *Journal of Mental Health*. 2016; 25(4): 379–84. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207236>
77. **Brekke E, Clausen HK, Brodahl MA, Lexén A, Keet R, Mulder CL, et al.** Service user experiences of how Flexible Assertive Community Treatment may support or inhibit citizenship: a qualitative study. *Frontiers in Psychology*. 12: 727013. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727013>
78. **Korstjens I, Moser A.** Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*. 2018; 24(1): 120–4. DOI: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
79. **Sim J, Waterfield J.** Focus group methodology: some ethical challenges. *Quality & Quantity*. 2019; 53(6): 3003–3022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
80. **Tong A, Sainsbury P, Craig J.** Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(6): 349–57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

TO CITE THIS ARTICLE:

Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M, Odden S, Lexén A, Landheim A. Integration of Care in Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Staff in Flexible Assertive Community Treatment Teams. *International Journal of Integrated Care*, 2022; 22(2): 17, 1–12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.6011>

Submitted: 30 June 2021 **Accepted:** 16 May 2022 **Published:** 25 May 2022

COPYRIGHT:

© 2022 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. See <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

International Journal of Integrated Care is a peer-reviewed open access journal published by Ubiquity Press.



3



Flexible Assertive Community Treatment in Rural and Remote Areas: A Qualitative Study of the Challenges and Adaptations of the Model

Kristin Trane^{1*}, Kristian Aasbrenn², Martin Rønningen², Sigrun Odden¹, Annika Lexén³ and Anne Signe Landheim⁴

¹ The Norwegian National Advisory Unit on Concurrent Substance Abuse and Mental Health Disorders, Inland Hospital Trust, Hamar, Norway, ² Inland Norway University of Applied Sciences, Hamar, Norway, ³ Health Sciences, Lund University, Lund, Sweden, ⁴ The Norwegian National Advisory Unit on Concurrent Substance Abuse and Mental Health Disorders, Inland Hospital Trust, Inland Norway University of Applied Sciences, Hamar, Norway

OPEN ACCESS

Edited by:

Hans Kroon,
Trimbos Institute, Netherlands

Reviewed by:

Philip Theodore Yanos,
John Jay College of Criminal Justice,
United States
René Koet,
GGZ
Noord-Holland-Noord, Netherlands

*Correspondence:

Kristin Trane
kritra@sykehuset-innlandet.no

Specialty section:

This article was submitted to
Public Health Policy,
a section of the journal
Frontiers in Public Health

Received: 06 April 2022

Accepted: 20 June 2022

Published: 22 July 2022

Citation:

Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M,
Odden S, Lexén A and Landheim AS
(2022) Flexible Assertive Community
Treatment in Rural and Remote Areas:
A Qualitative Study of the Challenges
and Adaptations of the Model.
Front. Public Health 10:913159.
doi: 10.3389/fpubh.2022.913159

Background: Flexible assertive community treatment (FACT) is an innovative model for providing long-term treatment to people with severe mental illness. The model was developed in the Netherlands but is now used in other countries, including Norway, which has a geography different from the Netherlands, with many rural and remote areas. Implementation of innovations is context dependent. The FACT model's potential in rural and remote areas has not been studied. Therefore, we aimed to gain knowledge regarding the challenges and modifications of the model in rural and remote contexts and discuss how they can affect the model's potential in such areas. This knowledge can improve the understanding of how FACT or similar services can be adapted to function most optimally in such conditions. We sought to address the following questions: Which elements of the FACT model do team leaders of the rural FACT teams find particularly challenging due to the context, and what modifications have the teams made to the model?

Methods: Digital interviews were conducted with five team leaders from five rural FACT teams in different parts of Norway. They were selected using purposive sampling to include team leaders from some of the most rural teams in Norway. The interviews were analyzed using thematic text analysis.

Results: The following three themes described elements of the FACT model that were experienced particularly challenging in the rural and remote context: multidisciplinary shared caseload approach, intensive outreach and crisis management. The following eight themes described the modifications that the teams had made to the model: intermunicipal collaboration, context-adaptive planning, delegation of tasks to municipal services, part-time employment, different geographical locations of staff, use of digital tools, fewer FACT board meetings, and reduced caseload.

Conclusions: Rural and remote contexts challenge the FACT model's potential. However, modifications can be made, some of which can be considered innovative modifications that can increase the model's potential in such areas, while others might move the teams further away from the model.

Keywords: rural, remote, mental health, flexible assertive community treatment (FACT), innovation, modification

INTRODUCTION

It can be challenging to provide good health services in rural and remote areas (1–11), because of long travel distances (2, 12–15) and low population densities (12, 16). Flexible Assertive Community Treatment (FACT) is a multidisciplinary recovery-oriented model used to provide long-term outreach care and integrated treatment to people with severe mental illness (17). The FACT model was developed in and adapted to the Dutch context (17, 18). However, it is currently used in other countries (19–26), including in rural and remote parts of Norway (27), where the model is a completely new way of organizing care, and thus an innovation (28). Mental health services are affected by both geography and the service system (29). Norway has a complex and fragmented mental health service system (27, 30), and adaptations of the FACT model to the system has been made (30). Prior to the establishment of FACT teams, several different services provided treatment and care to the target group (31, 32), such as inpatient and outpatient specialist health services, Mental health and substance abuse services in primary care, The Norwegian Labor and Welfare Organization (NAV), and General practitioners (GP). Norway has a completely different geography from the Netherlands. Approximately one-fifth of the Norwegian municipalities have fewer than 2,000 inhabitants (33). The population density is 15 inhabitants per km² (34), and half of the population lives in regions with more than 50,000 inhabitants (35). By contrast, the population density of the Netherlands is 508 inhabitants per km² (34), and 80% of the population lives in regions with over 50,000 inhabitants (35). Such differences make it challenging to replicate an innovation to a new context (36). The implementation of innovations is context-dependent (28, 37–39) and must be adapted to local conditions (28). Thus, a rural and remote area, henceforth referred to as rural, with very long travel distances and very low population density can affect the potential of the FACT model.

The FACT model is a further development of the Assertive Community Treatment (ACT) model, which was developed in the US to provide treatment to 20% of patients with the most severe mental illness (40). The ACT model is proven to be less appropriate in rural areas (41–44). This is one of the main reasons for developing the FACT model in the Netherlands (45). The FACT model has a broader target group than ACT and includes all patients with severe mental illness. A key element of the FACT model is the multidisciplinary shared caseload approach.

On the one hand, this means that the FACT teams must be multidisciplinary, including staff members with backgrounds in health care and social work, such as psychiatrists, nurses, social workers, psychologists, substance abuse specialists, employment specialists, and peer specialists. Moreover, these staff members should have almost full-time employment. On the other hand, the multidisciplinary shared caseload approach implies that the expertise of the various staff members must be used actively in patient care and the staff must not work as only individual therapists but as a team actively using each other's different competencies. As part of this approach, the teams have daily meetings, called FACT-board meetings, to discuss and coordinate care and support needs. In these meetings the teams also discuss how intensive care patients need, intensive ACT treatment or shared caseload approach (17). According to the FACT fidelity scale 2010 (46), patients receiving shared caseload approach are supposed to meet at least 4 staff members in a year. When patients get intensive ACT treatment, all team staff are supposed to know and work with the patients, and a goal is that each patient have met more than 3 staff members in 2 weeks. Other key elements of the model are intensive outreach, crisis management, and the provision of most services by the team. Generally, the teams have a base location where all staff members meet daily. The catchment area are recommended to be around 50,000 persons over the age of 18 years, and the caseload, which is the number of patients per staff member, are recommended to not exceed 20 (17). Even though the FACT model is developed to function in more rural regions than the ACT model, the Norwegian rural context might cause challenges and adaptations that differs from those in the Netherlands. Therefore, it can be difficult to comply with these requirements in a so rural areas as one can find in Norway.

The rural characteristics of long distances and low population density might create challenges. Long travel distances can create transport challenges (2, 8, 47), and make it more difficult to handle crises (48) and perform outreach work (13, 15, 49–51). This can be further complicated by challenging driving conditions (11, 15) because heavy snowfall is common in Norway. Long travel distances can lead to time wastage (14), and increased costs (1, 14). Sparsely populated areas can lead to fewer (1, 4, 47, 52) and less specialized services (47), poorer access to professionals (2, 4, 6, 16, 47, 52–57) and specialist expertise (4, 12) as well as high staff turnover (54, 56). Multidisciplinary teams can operate in rural areas (9, 58), but care and treatment models are often developed for urban contexts (9, 51, 52). In some cases, considerable modifications are made to such models in rural contexts (14, 43, 49, 51, 52, 59), as mentioned also to the ACT model. Therefore, FACT teams have been used instead of ACT

Abbreviations: COVID-19, Coronavirus disease 2019; FACT, Flexible assertive community treatment; NAV, The Norwegian Labor and Welfare Organization; GP, General practitioners; ACT, Assertive community treatment.

teams in some places (60), including in Norway, where several FACT teams have been established in rural areas. However, knowledge about how these characteristics affect the potential of the FACT model in very rural contexts, is limited. Even though the FACT model is developed to be adapted to local contexts (45), the discrepancy between the FACT model and rural conditions can affect the model's potential. In such situations, modifications can be made by adding, reducing or removing elements in the model (36). If the modifications are large, they may weaken the model. However, if they fit in well with the model, and are developed into new practices that become established as a new way of working and can be repeated, they can be considered as innovations according to Toivonen (61). Adaptations in rural areas can be intermunicipal collaboration (62), part-time employment (63), fewer internal meetings (49, 51), lower caseloads (51), digital tools (13, 14, 52, 56, 64, 65), good planning (13, 15), flexible working methods (66), and collaboration with other services (63, 67, 68). Limited information is available regarding the modifications made to the FACT model by rural FACT teams and if such modifications work.

Therefore, this study aimed to gain knowledge about the challenges and adaptations of the FACT model in rural contexts and discuss how these can affect the potential of the model in such areas. This knowledge can improve the understanding of how the FACT model or similar models can be adapted to function most optimally in rural conditions. Therefore, we sought to address the following questions: Which elements of the FACT model do team leaders of rural FACT teams find particularly challenging due to the context, and what modifications have the teams made to the model?

METHODS

Design

This study had a qualitative design (69, 70). To provide a rich and detailed picture of experiences (71), individual interviews with team leaders of rural FACT teams were conducted.

Study Setting and Sample

Using purposeful sampling (71), five team leaders from some of the most rural FACT teams in Norway were recruited. These teams were located in different parts of Norway, but all of them worked in regions with long travel distances and low population densities. The teams were established between 2014 and 2020. All teams were organized in specialist health care and had a binding collaboration agreement with the municipalities involved. Most teams had shared employer responsibility between the primary and specialist health care services. The team's total caseload varied between 16 and 40 patients. The individual caseload varied between 4 and 12 patients per team staff. Norwegian FACT teams use the FACT Fidelity scale from 2010 (46). Fidelity measurements have been carried out in all five FACT teams, and they would all have been certified in the Netherlands. The number of staff, FACT team members, varied between 8 and 12. All teams had part-time positions, from one to everyone. Three

teams had more than one physical location. More information on the characteristics of the FACT teams is presented in Table 1.

Team leaders were interviewed because they were regarded as having the best knowledge of the teams' challenges and modifications under rural conditions. They knew the FACT model well and their work involved both direct contact with patients and being responsible for the team's daily work. In four of the teams, the team leaders were employed in specialist health care, while the leader of the fifth team was employed in primary care.

Data Collection

In-depth individual interviews were conducted in September 2021. Because of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, the interviews were conducted online. The interviews had a semi-structured approach (70, 71). The interview guide focused on participants' experiences of how the FACT model functioned in rural areas, with the following three main topics: descriptions of the specific challenges, the way they handled the challenges and their experiences of their modifications of the FACT model. The first author conducted the interviews, which lasted between 55 and 60 min.

Data Analysis

The interviews were transcribed verbatim by the first author, and analyzed according to Braun and Clarke's thematic text analysis (71, 72). The analysis was largely data-driven, but the data were sorted in accordance with the central elements of the FACT model. First, the interview recordings were heard, and the transcripts were carefully read to identify patterns. Initial thoughts were written down. Then, the whole data set was initially coded line by line; all challenges, modifications and experiences of modifications were coded. Codes were named according to their content. Thereafter, themes were generated. This process was guided by the described challenges and modifications related to the central elements of the FACT model, omitting challenges and modifications that were not specific to rural areas. The transcripts were then re-read to ensure that the themes were supported by the data. This led to several changes in the names of codes and themes. To ensure credibility, data were scrutinized for exceptions to codes and themes (69), and some exceptions were found. The initial thoughts were then read to check how they matched the themes and codes, which they largely did. The focus in the initial thoughts was on whether the teams appeared to be working in accordance with the FACT model. In the process of writing, previous stages were returned to, and transcripts were re-read to ensure all relevant data were included and that the selected quotations were the ones describing the content best.

Ethical Approval

The study was approved by the Data Protection Officer for South-Eastern Norway (ID 15459224). The consent letter contained information about the study aims and data storage and how confidentiality and anonymity were ensured.

TABLE 1 | Characteristics of the FACT teams included in the study.

	FACT team 1	FACT team 2	FACT team 3	FACT team 4	FACT team 5
Organization	Specialist health care	Specialist health care	Specialist health care	Specialist health care	Specialist health care
Shared employer responsibility between primary and specialist health care services	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Binding collaboration agreement between primary and specialist health care services	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Total caseload	29	33	40	18	16
Number of team members	10	10	8	8	12
Number of part-time employments	1	3	4	8	12
The team had more than one physical location	Yes	Yes	No	No	Yes
Total population of catchment area	23,500	18,500	19,500	17,500	5,000
Size of catchment area in square kilometers	1,200 km ²	1,300 km ²	4,300 km ²	5,400 km ²	3,000 km ²

RESULTS

The following three themes were identified to describe the elements of the FACT model that were experienced as particularly challenging due to the rural context: multidisciplinary shared caseload approach, intensive outreach and crisis management. The following eight themes were identified to describe modifications made by the teams: intermunicipal collaboration, context-adaptive planning, delegation of tasks to municipal services, part-time employment, different geographical locations of staff, use of digital tools, fewer FACT board meetings, and reduced caseload.

Elements of the FACT Model Found to Be Particularly Challenging in the Rural Context

Multidisciplinary Shared Caseload Approach

Most team leaders described big or small challenges in the access to multidisciplinary expertise, in the form of e.g., psychiatrists, psychologists, employment specialists or peer specialists. Some team leaders also mentioned a rather high turnover in the team. One said that this particularly applied to psychiatrists and explained: "For a very long time it's been like this. We've had a psychiatrist for 2 weeks, and then a new one comes." Most team leaders described how long travel distances took up so much time that they were sometimes unable to use the multidisciplinary shared caseload approach to the extent recommended by the FACT model. Some leaders said that decisions about who would meet which patients were sometimes based more on geographical practicalities than actual needs. Many leaders said that this meant that they sometimes worked more as individual therapists than that recommended by the FACT model, thereby reducing the shared caseload. One explained: "We probably work more as individual therapists than we should according to the model. So, unfortunately, we can't completely follow the model in that respect". Some leaders also found it challenging

to hold the daily multidisciplinary FACT board meetings, especially because the long travel distances took up so much of their time.

Intensive Outreach

Most team leaders described how long travel distances made outreach care challenging, especially when there was a need for intensive follow-up care. Time taken to travel to the patients who lived farthest from the team base varied between the teams, from 45 min to 2.5 h one way. One leader said: "...and of course, the thing is that we've got no chance to provide intensive treatment to all patients in an unstable phase. We can't travel three or four times a week to patients who are 2.5 h away". They also found it difficult to ensure that the FACT team provided most of the services. Establishing contact with patients was also a challenge, as one leader said:

Then you have the ones that are hard to establish contact with. It's easy to get in your car and drive 10 min to knock on a patient's door, but what about driving for an hour to knock on a door you're pretty sure won't be opened.

Crisis Management

The team leaders said that there were few other health services in the region and the inpatient facilities were far away. Many said that this made crisis management more challenging, especially in cases of involuntary admission. The challenges involved not only the team's ability to rapidly deal with crises themselves but also access to the police and ground and air ambulances. These were described as services that took too long to arrive, which meant that the teams often had to wait with the patient for a long time, and one team leader said: "its unworthy for the patients." One team leader described waiting for the police: "...and then we just had to sit here, up to 6 or 7 h and wait for them to come and pick up the patient."

Descriptions of Adaptations of the FACT Model

Inter municipal Collaboration

To have an adequate number of patients, agreements on inter municipal collaboration were signed when the FACT teams were established. The number of municipalities involved varied between the teams, from two to six. This was described as a necessary modification. However, team leaders of the FACT teams where more than two local authorities were involved found this time-consuming because the teams needed to become familiar with and handle differences between the local authorities with regard to aspects such as organization, structures, procedures, digital systems, tools and approaches. One leader said: "We have to work with several different municipalities, and they have slightly different approaches and do things in slightly different ways. That's a challenge, and we spend a lot of time providing information". This was described as time-consuming and requiring good communication skills. Another leader said:

We have to provide information to many different service providers in the various municipalities. We have to be very adaptable and get to know what services they have and how they are structured. It's quite an effort, and you have to be really keen on co-operating to make it work.

Context-Adaptive Planning

The team leaders described how the context required adaptive planning, especially to address the distances, multidisciplinary shared caseload approach and crises. Plans had to be well thought out and flexible. Some leaders reported having made crisis plans to have a clear idea of what they and other service providers should do in crises. The teams had to spend considerable time driving, sometimes on bad roads, with snow, stormy weather, closed bridges or ferries. Many leaders said that they had too few cars and good planning was needed to distribute the cars among the team staff. One explained: "So, I think having enough cars at all times is essential to make this work properly." Many leaders also said that they visited several patients in one journey when they had to drive a long way. One of them said: "There are days when we go out to four or five patients, and especially when it's a long drive, we have a schedule for who to visit." Most team leaders also mentioned that the team staff used the time in the car for co-ordination, internal meetings and planned and unplanned conversations. One explained: "We have very little downtime in the car. It's mostly used for telephone consultations, collaboration meetings or internal meetings. For example, we often have FACT board meetings in the car." Some leaders said that they focused on using resources effectively because all the planning consumed a lot of time.

Delegation of Tasks to Municipal Services

The team leaders described how the teams, to a greater or lesser extent, handled the long travel distances by collaborating with municipal services to delegate different tasks. One explained: "It would be very difficult for our team to provide all the services, precisely because of these long (travel) distances." All leaders described how they needed help from home care services to

deliver medicines, and they had delegated some or all of the medication deliveries to them. In cases where the distances were particularly long, the teams also collaborated with primary home care or mental health and substance abuse services for daily follow-up care, crisis management or driving patients for admission to the hospital. One leader said that they delegated a lot of work to the municipalities during patients' good periods, while another felt that they needed primary care particularly in patients' more difficult periods. One leader explained: "We really need home care services to provide part of the care in the good periods." Some leaders also mentioned that the FACT team had the overall responsibility and co-ordinated the delegation of tasks to the municipal services.

Part-Time Employment

Most leaders said that one or more team staff members worked part-time in the FACT team. This was because of challenges in getting access to the needed expertise. However, some found this to be challenging, time-consuming and contrary to the multidisciplinary shared caseload approach. One of them explained:

We see it in our meetings, you have to repeat the same thing for several days because not everyone gets the information from day to day. So, you spend extra time on meetings to make sure everyone is up to date. So, we see that part-time positions are bad for continuity.

When asked about what he thought of part-time work, one team leader replied: "I don't like it." He felt that 80% of a full-time job would be fine and that it should be the minimum. Lower percentages led to poorer communication between the team staff. In one of the teams, everyone worked part-time, which the leader described as "challenging" and "exhausting." He said that they were often torn between their work in the FACT team and other parts of the service system within the mental health services: "We just offer a kind of piecemeal service."

Different Geographical Locations of Staff

Some leaders reported coping with the problem of long travel distances by having more than one base; thus, the staff members were in the municipality to which they belonged. This was described as enabling more intensive outreach work, involving less task delegation, making it easier to handle crises and saving time. One leader explained: "If the whole team had met more often, we might have spent several days' work just driving." One team was working on hiring someone to be located elsewhere, and the leader said: "If something crops up, he could deal with it much faster. So, we're trying to get staff who are closer to hand if there's a crisis somewhere." The team leaders whose staff members worked physically at the same place described plans for combining homeworking with working in the office to a greater extent and said: "If you live close to where you're going to have the first meeting with a patient, there's no point driving 1 hour to get to work and then 1 hour back again". Some leaders thought that not meeting face-to-face every day worked well, while others said that it could negatively affect the team feeling because it left fewer opportunities for short questions and debriefings. Some leaders said that they focused on this and consciously worked

toward preventing divergent practices and loss of team spirit by providing advice, guidance and regular face-to-face meetings. One said: "We've been very much aware about working in a multidisciplinary manner. We don't want two different teams in one team."

Use of Digital Tools

All team leaders reported using digital tools to some extent, both internally and externally. Some reported having virtual FACT board meetings, and web conferencing was sometimes used for treatment and transfer meetings. Some leaders also said that online sessions with patients could be held in some cases as a supplement to face-to-face meetings. The frequency of such contacts depended on the patients' wishes, state of health and access to the internet. Digital tools were also described as facilitating the use of the diverse expertise in the team, such as when a patient had a consultation with several team members. This would take the form of a hybrid meeting, where one team staff member would be physically present with the patient and connect digitally with the other staff members. One leader explained: "We can't be four staff traveling long distances, so maybe then one of us would go, and the others would be connected digitally." The team leaders also stated that the COVID-19 pandemic had provided better opportunities for the use of digital tools, because of a lower threshold for use and improved technical solutions in the services. One leader explained: "I think COVID-19 made the municipality take action to improve our systems. So, it's got a lot better, and now we have equipment that works when we need it."

Fewer FACT Board Meetings

As mentioned earlier, some leaders found it challenging to hold the daily multidisciplinary FACT board meetings, especially because the long travel distances took up so much of their time. Two team leaders stated that they, therefore, had reduced the frequency of the FACT board meetings to twice a week. One said: "We can't spend too much time in meetings." This was described as deviating from the FACT model, as one leader explained: "We've had to make some structural changes, obviously at the expense of team feeling, methodology and updates from the whole team. We go straight out to our patients and have whole team meetings twice a week."

Reduced Caseload

The team leaders felt that the time pressure as described above made it impossible to cope with a caseload of almost 20 patients per team staff member. One explained: "It's a challenge to have the portfolio of patients described in the model. I don't think that's possible for a rural team. Then you could only skim the surface." All team leaders stated that they had therefore decided to decrease the caseload, which varied from four to 12 patients per team staff member. One of them said that lower caseloads made it easier to follow the FACT model and explained: "If you want this model, well then you may need a smaller number of patients to be faithful to the model." Some reported feeling pressurized by the management to increase their caseloads.

DISCUSSION

This study indicates that rural contexts such as those you can find in Norway, challenge the potential of the FACT model. The FACT teams appeared to be in a dilemma wherein they attempted to follow the model but had to make local modifications. Some of these modifications appeared to increase the potential of the FACT model in rural areas and could be considered innovative modifications. Other adaptations meant that the teams' work was less in line with the FACT model. We first discuss how the rural context challenges the model's potential and then the innovative modifications.

The Rural Context Challenges the Potential of the FACT Model

The FACT teams experienced many of the same challenges as other rural services. One of the key components of the FACT model is the multidisciplinary shared caseload approach. This was difficult to achieve because of low population densities and long travel distances in rural areas. Most team leaders described problems in accessing expertise and dealt with part-time employment. Although this is probably an inevitable modification in many rural teams, the FACT model does not recommend many part-time positions because this can compromise continuity and the shared caseload approach, and too much time can be spent on information exchange (17). The team leaders also described this issue. In addition, if the teams have challenges with high turnover, do not have daily FACT board meetings and do not use the different professional groups in their outreach work, as some team leaders described, there is a risk that the shared caseload approach will be further hampered. The FACT model places great emphasis on this approach and highlights that the different disciplines must work together on a daily basis, have professional discussions and use the different forms of expertise actively in patient care and treatment (17). Thus, part-time positions and fewer FACT board meetings appear to be modifications where an element in the model is reduced, resulting in making the multidisciplinary shared caseload approach more difficult to accommodate.

Intensive outreach, crisis management and self-provision of most services are other core elements of the FACT model. The long travel distances to patients and facilities made the accomplishment of these elements particularly difficult. Studies of ACT teams (49, 50), and a Danish study of FACT teams (13) also found that travel distance can affect the intensity of outreach care. Difficult driving conditions can further complicate this issue. Delegation of tasks to primary care appeared to be a modification that maintained outreach intensity to some extent and improved crisis management. However, this means that the FACT teams must collaborate with other services and co-ordinate care they do not provide themselves, which might be challenging (30). Therefore, a high degree of delegation of tasks to other services can make the teams depart further from the FACT model, which specifies that other services should be used as little as possible to ensure a good overview and co-ordination (17). Neither urban nor rural Norwegian FACT teams provide all services themselves and co-ordination and collaboration

are needed (30). This appears to be reinforced by the rural context, where even more services are provided by others. Community mental health services need to collaborate with multiple service providers (29). This emphasizes the importance of collaboration in both urban and rural FACT teams, implying the need to increase the focus on service system collaboration in the FACT model. However, a study of patients of urban and rural FACT teams reported that the patients experienced FACT to be better than their earlier treatment because the FACT teams to a large extent provided the services they needed (73). Nevertheless, one challenge that remains is the remoteness in relation to crisis management. The long waiting times for emergency services cannot be solved by the teams themselves. Thus, it appears to be difficult for the rural FACT teams to meet the requirements in the FACT model regarding intensive outreach work, crisis management and providing most services themselves. Concurrently, some delegation of tasks to the municipal services is a modification that might work, as long as the teams have a good knowledge of the services and the ability to co-ordinate and collaborate with them. However, there are fewer services in rural regions, and thus communication between professionals might be easier (4), which might facilitate co-ordination when delegating tasks.

Innovative Modifications Can Increase the Potential of the FACT Model in Rural Areas

Intermunicipal collaboration and lower caseload appear to be prerequisites for FACT teams to function in rural areas such as those in Norway. To achieve a large enough population base, local authority collaboration is a crucial modification wherein a new element is added to the FACT model. Nevertheless, the teams have far fewer inhabitants in their catchment areas than that recommended by the FACT model, and intermunicipal collaboration increases the travel distances. Thus, the population density will still be low, which means that the rural FACT teams in Norway face challenges similar to those described in the rural areas in other studies (1, 2, 4, 6, 12, 16, 47, 52–57). Many factors increase the time pressure, including intermunicipal collaboration, additional planning, part-time positions and long travel distances. All these factors affect the number of patients that can receive care and treatment, and the teams, therefore, have a reduced caseload. This has no direct impact on patient care but could make the teams less cost-effective, which in turn could affect whether the rural FACT teams are considered sustainable over time. Nevertheless, intermunicipal collaboration and lower caseloads appear to be innovative modifications that may increase the potential of the FACT model in rural areas because they can be established in practice and repeated by other FACT or similar teams.

Challenges involved in intensive outreach and the multidisciplinary shared caseload approach can apparently be reduced to some extent using digital tools. This can be a useful modification wherein one adds an element to the model. Studies have shown that ACT (14) and FACT (13) teams can mitigate the problem of long travel distances using digital meetings, including in situations of crisis management (14). Both the present study

and another Norwegian study (74), described how virtual tools increased in the FACT teams because to the COVID-19 pandemic, and one might state that the pandemic therefore contributed in this adaption, possibly also in urban regions. However, both studies showed that digital solutions do not work in all situations; this modification is not always a suitable solution in patient care. There appears to be greater potential for internal use of digital tools. They can help the FACT teams to function even if the staff members do not have face-to-face meetings on a daily basis, by saving time and increasing the use of multidisciplinary expertise. Concurrently, the FACT model states that the teams should have a base location where all staff members meet daily to ensure team feeling (17). However, our study suggests that a modification in this area could work if the teams are aware of the potential problems and have regular face-to-face meetings. Thus, the use of digital tools appears to be an innovative modification that increases the model's potential in rural areas. The teams included in the present study had established the use of digital tools in practice. Moreover, this modification appears to function well and can be repeated by other teams. Digital tools are also a crucial modification for enabling geographical spread of the staff members.

Context-adaptive planning is described as an innovative modification, because it can increase the use of multidisciplinary expertise, facilitate crisis management and intensive outreach treatment and save time. The teams have established the modification in practice, and it can be repeated by other teams. In particular, visiting several patients in one trip and planning carefully which team member goes where appear to be important elements. The Danish FACT teams also addressed the travel distance problem by visiting several patients in one journey and co-ordinating tasks internally (13). Effective use of the time spent in the car also mitigates the problem of long travel distance and could be a resource-efficient modification for rural FACT teams. However, context-adaptive planning might be more an elaboration than a modification of the model. Planning work-days are important in all FACT teams, even though rural teams seem to benefit on increased focus on this element. Despite differences between rural areas (9, 48, 75), these adaptations could be relevant to other FACT teams and similar rural teams and can be considered innovative modifications of the FACT model. The model was not developed for rural contexts as one can find in Norway, which may imply the need to create a modified rural FACT model. Moreover, modifications or elaborations, such as context-adaptive planning, digital tools, some delegations of tasks and different geographical locations of staff, might also be useful in more urban regions. Reducing FACT boards meetings and high levels of part-time positions are though adaptations that might create challenges in urban areas.

Strengths and Limitations

To increase the relevance of the present study (76), it was designed to potentially improve practice in FACT and other multidisciplinary or outreach teams in rural areas, both in Norway and other countries. Five team leaders from different rural FACT teams were included. The participants provided rich and in-depth data on the topic (77), and were regarded as having

strong information power (78), because of their close knowledge of FACT team's challenges and modifications in rural conditions. However, including service users or other team members in the study could have provided even richer information. And there is a need for more in-depth studies to see how the different items in the FACT fidelity scale are affected by the rural context, also for FACT teams using the FACT fidelity scale 2017 (79). This is especially important since the scale has developed in the period from 2010 to 2017, on items that could affect challenges and adaptations in rural contexts.

Despite online interviews, the data were considered to be of high quality. To increase credibility (80), the same interview guide was used in all interviews and participants were often asked to provide specific examples of the issues that they described. Some participants had worked in rural areas for many years, which might have made it difficult to explain the peculiarities of such areas. However, they participated in networks with both urban and rural FACT teams, which made it easier to discuss the particular features of a rural context. Before data collection, thoughts about expected findings were written down. Some findings were unexpected, and to strengthen the analysis, these findings were carefully followed up (69). Examples of such findings are that digital platforms were used to a very large extent and that handling of crises was described as highly challenging.

To validate and increase transferability, contextual descriptions are important (70), and characteristics of the FACT teams have therefore been emphasized. However, more specific contextualization could have reduced confidentiality. Quotations should also be contextualized (70), but to maintain confidentiality, they were not contextualized as to which team they represented. As recommended in the checklist of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (81), we used quotations from different participants, and all of them were cited.

The described challenges and adaptations can also be relevant for other FACT teams or services working in rural areas and to some degree also in urban regions. This makes the article relevant also when implementing similar innovations in health services. This also points to the fact that the challenges and adaptations can't be stated unique for FACT teams only.

CONCLUSION

Rural and remote contexts challenge the potential of the FACT model. Several key elements of the model are difficult to achieve because of low population densities and long travel distances. Remote locations make it challenging for the FACT teams to conduct intensive outreach and provide most services. They also make it more difficult to handle crises and to work in line with the multidisciplinary team approach. Some challenges appear to have been handled and reduced through modifications to the FACT model, while other challenges could not be addressed by the teams themselves. This was particularly evident when the teams had to wait for many hours for the emergency services in crisis situations. Some of the modifications also appear to

make it more difficult to meet the requirements of the FACT model regarding a multidisciplinary shared caseload approach. This applies especially to part-time positions and reduction in the number of FACT board meetings. The rural context also means that the teams must have a lower caseload than outlined in the model. On the one hand, this modification increases the potential of the FACT model, but on the other hand, it makes the teams less cost-effective. This can in turn make rural FACT teams less sustainable over time.

The present study also indicates that some of the rural FACT teams used innovative modifications that could increase the model's potential in rural contexts. Intermunicipal collaboration and use of digital tools are modifications that enabled the teams to comply better with the key elements of the FACT model. Increased focus on context-adaptive planning might also be favorable, while some delegation of tasks to the municipal services and different locations of the staff members could work under certain conditions. Despite this, if distances are very long and population density very low, the central elements model seems to be difficult to accommodate. If key requirements of the model such as the multidisciplinary shared caseload approach, intensive outreach, crisis management and self-provision of most services are considerably weakened, the implementation of FACT in rural and remote areas will scarcely resemble the FACT model.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The datasets generated to this study are not publicly available due to concerns regarding patient/participant anonymity.

ETHICS STATEMENT

Ethical review and approval was not required for the study on human participants in accordance with the local legislation and institutional requirements. The patients/participants provided their written informed consent to participate in this study.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

KT performed the interviews, analyzed, and wrote the article. ASL, KA, MR, AL, and SO participated in the revision of the article. All authors read through and approved the final article.

FUNDING

The study was funded by the Norwegian Research Council, Number 288722.

ACKNOWLEDGMENTS

Thanks to the FACT team leaders for participating in the study and to the Norwegian Research Council for funding the study. This article was submitted as a preprint to Research Square as Trane et al. (82).

REFERENCES

- Ala-Nikkola T, Sadeniemi M, Kaila M, Saarni S, Kontio R, Pirkola S, et al. How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry*. (2016) 16:289. doi: 10.1186/s12888-016-0992-5
- Browne T, Priester MA, Clone S, Iachini A, DeHart D, Hock R. Barriers and facilitators to substance use treatment in the rural south: a qualitative study. *J Rural Health*. (2016) 32:92–101. doi: 10.1111/jrh.12129
- Triliva S, Ntani S, Giovazolias T, Kafetsios K, Axelsson M, Bockting C, et al. Health care professionals' perspectives on mental health service provision: a pilot focus group study in six European countries. *Int J Ment Health Syst*. (2020) 14:16. doi: 10.1186/s13033-020-00350-1
- Caxaj CS. A review of mental health approaches for rural communities: complexities and opportunities in the Canadian context. *Can J Commun Ment Health*. (2016) 34:29–45. doi: 10.7870/cjcmh-2015-023
- Liang D, Mays VM, Hwang W-C. Integrated mental health services in China: challenges and planning for the future. *Health Policy Plan*. (2018) 33:107–22. doi: 10.1093/heapol/czx137
- Storm M, Fortuna KI, Gill EA, Pincus HA, Bruce ML, Bartels SJ. Coordination of services for people with serious mental illness and general medical conditions: perspectives from rural northeastern United States. *Psychiatr Rehabil J*. (2020) 43:234–43. doi: 10.1037/prj0000404
- Bradford NK, Caffery LJ, Smith AC. Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural Remote Health*. (2016) 16:3808. doi: 10.22605/RRH4268
- Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: an integrative literature review. *J Subst Abuse Treat*. (2016) 61:47–59. doi: 10.1016/j.jsat.2015.09.006
- Perkins D, Farmer J, Salvador-Carulla L, Dalton H, Luscombe G. The orange declaration on rural and remote mental health. *Aust J Rural Health*. (2019) 27:374–9. doi: 10.1111/ajr.12560
- Fitzpatrick SJ, Perkins D, Luland T, Brown D, Corvan E. The effect of context in rural mental health care: understanding integrated services in a small town. *Health Place*. (2017) 45:70–6. doi: 10.1016/j.healthplace.2017.03.004
- Salinas-Perez JA, Gutierrez-Colosia MR, Furst MA, Suontausta E, Bertrand J, Almeda N, et al. Patterns of mental health care in remote areas: Kimberley (Australia), Nunavik (Canada), and Lapland (Finland): modèles de soins de santé mentale dans les régions éloignées: Kimberley (Australie), Nunavik (Canada) et Laponie (Finlande). *Can J Psychiatry*. (2020) 65:721–30. doi: 10.1177/0706743720944312
- Calloway M, Fried B, Johnsen M, Morrissey J. Characterization of rural mental health service systems. *J Rural Health*. (1999) 15:296–307. doi: 10.1111/j.1748-0361.1999.tb00751.x
- Nielsen CM, Hjorthøj C, Nordentoft M, Christensen U. A qualitative study on the implementation of flexible assertive community treatment—an integrated community-based treatment model for patients with severe mental illness. *Int J Integr Care*. (2021) 21:13. doi: 10.5334/ijic.5540
- Swanson CL, Trestman RL. Rural assertive community treatment and telepsychiatry. *J Psychiatr Pract*. (2018) 24:269–73. doi: 10.1097/PRA.0000000000000313
- Kaufman AV, Scogin FR, Burgio LD, Morthland MP, Ford BK. Providing mental health services to older people living in rural communities. *J Gerontol Soc Work*. (2006) 48:349–65. doi: 10.1300/J083v48n03_05
- Buyck P, Humphreys JS, Tham R, Kinsman L, Wakerman J, Asaid A, et al. How do small rural primary health care services sustain themselves in a constantly changing health system environment? *BMC Health Serv Res*. (2012) 12:81. doi: 10.1186/1472-6963-12-81
- van Veldhuizen J, Bahler M. *Manual: Flexible Assertive Community Treatment: Vision, Model, Practice and Organization*. Groningen: CCAF (2013).
- van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J*. (2007) 43:421–33. doi: 10.1007/s10597-007-9089-4
- Svensson B, Hansson I, Lexén A. Outcomes of clients in need of intensive team care in flexible assertive community treatment in Sweden. *Nord J Psychiatry*. (2018) 72:226–31. doi: 10.1080/08039488.2018.1430168
- Svensson B, Hansson I, Markström U, Lexén A. What matters when implementing flexible assertive community treatment in a Swedish health care context: a two-year implementation study. *Int J Ment Health*. (2017) 46:284–98. doi: 10.1080/00207411.2017.1345041
- Nielsen CM, Hjorthøj C, Killaspy H, Nordentoft M. The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *Lancet Psychiatry*. (2021) 8:27–35. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30424-7
- Ruimveld J, Bosma M, Hermandes R, van Os J, Becker H, Mauricio M, et al. Mental health in Bonaire - an inspiration for the Dutch new mental health movement. *Tijdschr Psychiatr*. (2018) 60:462–70.
- Delespaul P. Belgische FACT-teams: op zoek naar borging van goede zorg. [Belgian FACT teams: looking for assurance of good care]. *Tijdschr Psychiatr*. (2018) 60:386–385.
- Neijmeijer IJ, Didden R, Nijman HJJ, Kroon H. Assertive community treatment for people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and mental health problems or challenging behavior: state of the art and implementation in the Netherlands. *J Policy Pract Intellect Disabil*. (2018) 15:329–42. doi: 10.1111/jppi.12254
- Nakhost A, Law SE, Francombe Pridham KM, Stergiopoulos V. Addressing complexity and improving access in community mental health services: an inner-city adaptation of flexible ACT. *Psychiatr Serv*. (2017) 68:867–9. doi: 10.1176/appi.ps.201700195
- Westen KH, van Vugt MD, Rosenquist A, Lexén A, Delespaul P, Kroon H. The flexible assertive community treatment fidelity scale: description of the development in the Netherlands and adaptation in Denmark and Sweden. *Nord Soc Work Res*. (2021) doi: 10.1080/2156857X.2021.1952479
- Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M, Odden S, Lexén A, Landheim A. Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *Int J Ment Health Syst*. (2021) 15:38. doi: 10.1186/s13033-021-00463-1
- De Vries H, Bekkers V, Tummers L. Innovation in the public sector: a systematic review and future research agenda. *Public Adm*. (2016) 94:146–66. doi: 10.1111/padm.12209
- Keet R, de Vetten-Mc Mahon M, Shields-Zeeman I, Ruud T, van Weeghel J, Bahler M, et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry*. (2019) 19:1–11. doi: 10.1186/s12888-019-2162-z
- Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M, Odden S, Lexén A, Landheim A. Integration of care in complex and fragmented service systems: experiences of staff in flexible assertive community treatment teams. *Int J Integr Care*. (2022) 22:17. doi: 10.5334/ijic.6011
- Bjarkquist C, Hansen GV. Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *J Multidiscip Healthc*. (2018) 11:233–43. doi: 10.2147/JMDH.S157769
- Vik E. Coordination between health care professions - a scoping review. *Tidsskrift Velferdsforskning*. (2018) 21:119–47. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03
- Statistisk Sentralbyrå. "Store Endringer I Kommuneartet Og Statistikken." [Major Changes in the Municipal Map and Statistics] in *Statistics Norway*. (2020). Available online at: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/store-endringer-i-kommuneartet-og-statistikken> (accessed May 01, 2022).
- Wordometer. "Countries in the World By Population". (2021). Available online at: <http://www.wordometers.info> (accessed April 20, 2022).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). "Oecd Regions and Cities At A Glance" (2020). Available online at: https://www.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/oecd-regions-and-cities-at-a-glance-2020_959d5ba0-en (accessed April 01, 2022).
- Røvik KA. Knowledge transfer as translation: review and elements of an instrumental theory. *Int J Manag Rev*. (2016) 18:290–310. doi: 10.1111/ijmr.12097
- Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. *Health Policy Plan*. (2012) 27:4–8. doi: 10.1093/heapol/czs088
- Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK, Carpenter CR, Griffey RT, Bunger AC, et al. A compilation of strategies for implementing clinical innovations

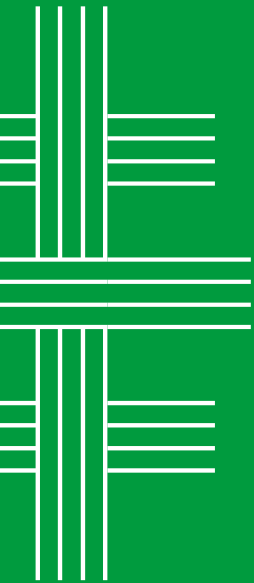
- in health and mental health. *Med Care Res Rev.* (2012) 69:123–57. doi: 10.1177/1077558711430690
39. Dryden-Palmer K, Parshuram C, Berta W. Context, complexity and process in the implementation of evidence-based innovation: a realist informed review. *BMC Health Serv Res.* (2020) 20:81. doi: 10.1186/s12913-020-4935-y
 40. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry.* (1980) 37:392–7. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780170034003
 41. Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry.* (2015) 14:240–2. doi: 10.1002/wps.20234
 42. Rapp CA, Goscha RJ. The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatr Rehabil J.* (2004) 27:319–33. doi: 10.2975/27.2004.319.333
 43. Bond GR, Drake RE. Should we adopt the Dutch version of ACT? Commentary on “FACT: a Dutch version of ACT”. *Community Ment Health J.* (2007) 43:435–8. doi: 10.1007/s10597-007-9091-x
 44. Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of flexible assertive community treatment (fact) implementation: a prospective real life study. *Community Ment Health J.* (2016) 52:898–907. doi: 10.1007/s10597-015-9831-2
 45. Westen K, Boyle P, Kroon H. An observational comparison of FACT and ACT in the Netherlands and the US. *BMC Psychiatry.* (2022) 22:1–8. doi: 10.1186/s12888-022-03927-x
 46. Bähler M, van Veldhuizen J, van Vugt M, Delepaul P, Kroon H, Lardinois J, et al. *Fidelity Scale FACT*. Certification Centre for ACT and FACT (CCAF). (2010).
 47. Merwin EI, Goldsmith HF, Manderscheid RW. Human resource issues in rural mental health services. *Community Ment Health J.* (1995) 31:525–37. doi: 10.1007/BF02189437
 48. Philo C, Parr H, Burns N. Rural madness: a geographical reading and critique of the rural mental health literature. *J Rural Stud.* (2003) 19:259–81. doi: 10.1016/S0743-0167(03)00005-6
 49. Siskind D, Wiley-Esley E. Comparison of assertive community treatment programs in urban Massachusetts and rural North Carolina. *Adm Policy Ment Health.* (2009) 36:236–246. doi: 10.1007/s10488-009-0208-0
 50. Mohamed S, Neale M, Rosenheck RA. VA intensive mental health case management in urban and rural areas: veteran characteristics and service delivery. *Psychiatr Serv.* (2009) 60:914–21. doi: 10.1176/ps.2009.60.7.914
 51. Weaver A, Capobianco J, Ruffolo M. Systematic review of EBPs for SMI in rural America. *J Evid Inf Soc Work.* (2015) 12:155–65. doi: 10.1080/15433714.2013.765815
 52. Ezekiel N, Malik C, Neylon K, Gordon S, Lutterman T, Sims B. “Improving Behavioral Health Services for Individuals With SMI in Rural and Remote Communities.” *Department of Health and Human Services Nevada Division of Public and Behavioral Health (DPBH).* (2021). Available online at: <https://dphh.nv.gov/uploadedFiles/dphhngov/content/Boards/RBHPB/Meetings/2018/Improving-Behavioral-Health-Services-for-Individuals-with-SMI-in-Rural-and-Remote-Communities-Full-Report-September-2021.pdf> (accessed April 01, 2022).
 53. Spijker B, Salinas-Perez JA, Mendoza J, Bell T, Bagheri N, Furst M, et al. Service availability and capacity in rural mental health in Australia: analysing gaps using an integrated mental health atlas. *Aust N Z J Psychiatry.* (2019) 53:1000–12. doi: 10.1177/0004867419857809
 54. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T, et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Hum. Resour Health.* (2019) 17:99. doi: 10.1186/s12960-019-0432-y
 55. Moore T, Sutton K, Maybery D. Rural mental health workforce difficulties: a management perspective. *Rural Remote Health.* (2010) 10:1519. doi: 10.22605/RRH1519
 56. Edelman A, Grundy J, Larkins S, Topp SM, Atkinson D, Patel B, et al. Health service delivery and workforce in northern Australia: a scoping review. *Rural Remote Health.* (2020) 20:6168. doi: 10.22605/RRH6168
 57. Cosgrave C, Hussain R, Maple M. Factors impacting on retention amongst community mental health clinicians working in rural Australia: a literature review. *Adv Ment Health.* (2015) 13:58–71. doi: 10.1080/18374905.2015.1023421
 58. Rygh BM, Hjortdahl P. Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study. *Rural Remote Health.* (2007) 7:1–10. doi: 10.22605/RRH766
 59. Meyer P, Morrissey J. A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas. *Psychiatr Serv.* (2007) 58:121–7. doi: 10.1176/ps.2007.58.1.121
 60. Drukker M, Visser E, Sytema S, van Os J. Flexible assertive community treatment, severity of symptoms and psychiatric health service use, a real life observational study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* (2013) 9:202–9. doi: 10.2174/1745017901309010202
 61. Toivonen M. “Different types of innovation processes in services and their organisational implications.” In: Gallouj E, Djellal F, editors. *The Handbook of Innovation and Services: A Multi-Disciplinary Perspective*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing (2010), p. 221–49.
 62. Holen-Rabbersvik E, Thygesen E, Eikebrokk TR, Fensli RW, Slettebø Å. Barriers to exchanging health care information in inter-municipal health care services: a qualitative case study. *BMC Med Inform Decis Mak.* (2018) 18:92. doi: 10.1186/s12911-018-0701-z
 63. Schroeder RA. Unique practice, unique place: exploring two assertive community treatment teams in Maine. *Issues Ment Health Nurs.* (2018) 39:499–505. doi: 10.1080/01612840.2017.1413460
 64. Bane SD, Bull CN. Innovative rural mental health service delivery for rural elders. *J Appl Gerontol.* (2001) 20:230–40. doi: 10.1177/073346480102000207
 65. Fletcher TL, Hogan JB, Keegan F, Davis ML, Wassef M, Day S, et al. Recent advances in delivering mental health treatment via video to home. *Curr Psychiatry Rep.* (2018) 20:56. doi: 10.1007/s11920-018-0922-y
 66. Wagenfeld MO. Delivering mental health services to the persistently and seriously mentally ill in frontier areas. *J Rural Health.* (2000) 16:91–6. doi: 10.1111/j.1748-0361.2000.tb00438.x
 67. Hoeft TJ, Fortney JC, Patel V, Unützer J. Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. *J Rural Health.* (2018) 34:48–62. doi: 10.1111/jrh.12229
 68. Lyle D, Saurman E, Kirby S, Jones D, Humphreys J, Wakerman J. What do evaluations tell us about implementing new models in rural and remote primary health care? Findings from a narrative analysis of seven service evaluations conducted by an Australian Centre of Research Excellence. *Rural Remote Health.* (2017) 17:3926. doi: 10.22605/RRH3926
 69. Miles M, Huberman AM, Saldana J. *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. Thousand Oaks: SAGE Publications (2020).
 70. Brinkmann S, Kvale S. *Doing Interviews, 2nd ed.* Thousand Oaks: SAGE Publications. (2018).
 71. Braun V, Clarke V. *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. Thousand Oaks: SAGE Publications (2013).
 72. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* (2006) 3:77–101. doi: 10.1191/1478088706qp0630a
 73. Brekke E, Clausen HK, Brodahl MA, Lexén A, Keet R, Mulder CL, et al. Service user experiences of how flexible assertive community treatment may support or inhibit citizenship: a qualitative study. *Front Psychol.* (2021) 12:727013. doi: 10.3389/fpsyg.2021.727013
 74. Bønes E, Granja C, Solvoll T. Implementation of the flexible assertive community treatment (FACT) model in Norway: eHealth assessment study. *J Med Internet Res.* (2022) 24:e32220. doi: 10.2196/32220
 75. Wakerman J, Humphreys JS. Sustainable primary health care services in rural and remote areas: innovation and evidence. *Aust J Rural Health.* (2011) 19:118–24. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01180.x
 76. Finlay L. Thematic analysis: the ‘good’, the ‘bad’ and the ‘ugly’. *Eur J Qual Res Psychother.* (2021) 11:103–16.
 77. Kuper A, Lingard L, Levinson W. Critically appraising qualitative research. *BMJ.* (2008) 337:a1035. doi: 10.1136/bmj.a1035
 78. Malterud K, Siersma V, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res.* (2016) 26:1753–60. doi: 10.1177/1049732315617444
 79. Bähler M, Delepaul P, Kroon H, Van Vugt M, Westen K. *FACT Fidelity Scale 2017*. Utrecht: CCAF (2017).
 80. Korstjens I, Moser A. Series: practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract* 24. (2018) 120–4. doi: 10.1080/13814788.2017.1375092

81. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* (2007) 19:349–57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
82. Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M, Odden S, Lexén A, Landheim AS. *Flexible Assertive Community Treatment in Rural Contexts: A Qualitative Study on the Challenges and Adaptions of the Model.* (2022). Available online at: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-1471093/v1/acb2a9c7-8836-4fbd-8f5b-870e6c58343c.pdf?c=1648546165> (accessed March 23, 2022).

Conflict of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher's Note: All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

Copyright © 2022 Trane, Aasbrenn, Rønningen, Odden, Lexén and Landheim. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.



Høgskolen
i Innlandet

Avhandlingen peker på at FACT-team passer inn med noen av behovene i komplekse og fragmenterte tjenestesystem. Teamene som en forpliktende samhandling mellom tjenestenivå er sentralt i dette, og virker å gjøre at teamene i større grad kan jobbe i tråd med FACT-modellen og målet om integrert behandling. Samtidig skaper komplekse og fragmenterte tjenestesystem og rurale kontekster utfordringer for teamene. De må blant annet håndtere ulike tjenestenivå, ulike lovverk og ulike digitale verktøy. I rurale regioner utfordres særlig den tverrfaglige teamtilnærmingen, muligheten for å jobbe intensivt oppsøkende og håndtering av kriser i tråd med modellen. Tilpasninger som delte stillinger, redusert antall tavlemøter og redusert tilgjengelighet, ser ut til å bevege FACT-team lenger fra modellen, samt svekke muligheten for integrert behandling. Dette kan også skje ved høy grad av delegering av oppgaver og geografisk spredning av ansatte. De ansatte i FACT-teamene ser samtidig ut til å bli innovatører, som gjør tilpasninger. Hvis FACT-team har særlig fokus på rollen som ansvarlig koordinator, samarbeidsaktør, og på å være én dør inn til tjenestesystemet, ser muligheten for å jobbe i tråd med FACT-modellen og målet om integrert behandling ut til å bedres. For at modellen skal fungere i rurale regioner, vil det mange steder forutsette interkommunale samarbeid og lavere caseload. Bruk av digitale verktøy og konteksttilpasset planlegging kan øke modellens potensial og bedre muligheten for integrert behandling i rurale kontekster. Noe delegering av oppgaver og geografisk spredning av ansatte kan også fungere under gitte forutsetninger.