

Iverksettingen av behandlingsprogrammet FACT i bydel Gamle Oslo

Et iverksettingsstudie av FACT BGO

Joachim André Dahl



Masteroppgave ved Institutt for Helse og Samfunn

Veileder: Trond Tjerbo

UNIVERSITETET I OSLO

Dato

November 2015

Iverksettingen av behandlingsprogrammet

FACT i bydel Gamle Oslo

Et iverksettingsstudie av FACT BGO

© Joachim André Dahl

2015

Iverksettingen av behandlingsprogrammet FACT i bydel Gamle Oslo
Et iverksettingsstudie av FACT BGO

Joachim André Dahl

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn

Bydel Gamle Oslo har sammen med Lovisenberg DPS gått sammen for å samhandle om et behandlingsteam som skal jobbe med de alvorlig psykisk syke voksne innbyggerne i bydelen. For å gjøre dette så har de valgt å bruke det nederlandske behandlingsprogrammet Fleksibel Assertive Community Treatment (FACT), som på norsk betyr fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam.

Formål

Formålet med studiet er å se nærmere på iverksettingsprosessen av behandlingsprogrammet inn i bydelen og finne ut av hvordan man kan forstå iverksettingen av det.

Metode

Denne oppgaven er et casestudie der det vil bli benyttet kvalitativ metode med intervjuer og dokumentanalyse som datainnsamlingsmetode.

Resultater

Resultatet av studiet viser at iverksettingen av FACT BGO har foregått etter en ovenfra-ned tilnærming der det er blitt gjort veldig små endringer i behandlingsprogrammet for at det skal ha kunnet blitt iverksatt inn i bydelen og fungere på en godkjent måte.

Forord

Oppgavens tema kom til ved at FACT Gamle Oslo var på utkikk etter studenter for å se nærmere på det nye behandlingsprogrammet for personer med psykiske lidelser som de holdt på med i bydel Gamle Oslo. I samtaler med veilederen min kom vi frem til at det mest spennende var å se på iverksettingen av dette programmet.

Jeg vil begynne med å takke alle informantene i FACT BGO, bydel Gamle Oslo og Lovisenberg DPS. Uten deres samtykke og informasjon ville det ikke vært mulig å skrive denne oppgaven. Jeg stiller også stor takk til Tor Helge Tjelta i bydelen for stor hjelp i å få i gang og sette opp intervjuer med forskjellige informanter.

Jeg vil takke min veileder, førsteamanuensis Trond Tjerbo, for stor støtte igjennom hele prosessen i å skrive oppgaven. Takk for mange konstruktive innspill og råd i å forme oppgaven til det den er i dag. Takk til alle medstudenter og ansatte ved Institutt for helse og samfunn for å hjelpe meg holde motivasjonen oppe i denne perioden. Takk til alle på Gamle Logen for å ha holdt ut med meg mens jeg holdt på med oppgaven.

En siste stor takk rettes til familien min og Sangmo for å hele veien pushe og motivere meg for å få skrevet en best mulig oppgave.

Oslo, november 2015.

Joachim André Dahl

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Forord.....	VI
Innholdsfortegnelse	VII
Liste over figurer og tabeller.....	XII
Forkortelser og akronymer	XIII
1 Innledning.....	1
1.1 Tema og problemstilling.....	1
1.1.1 Tema.....	1
1.1.2 Problemstilling	2
1.2 Teoretiske og metodologiske rammer for prosjektet.....	3
1.3 Tidligere forskning	3
1.4 Leserveiledning	3
2 Flexible Assertive Community Treatment	5
2.1 Utviklingen av FACT.....	5
2.1.1 Casemanagement.....	6
2.1.2 ACT som behandling av psykisk helse i USA	7
2.1.3 FACT som behandling av psykisk helse i Nederland.....	9
2.2 Definisjonen av FACT.....	10
2.2.1 Innledning.....	10
2.2.2 Målgruppen.....	10
2.2.3 Hovedprinsipper	10
2.2.4 Implementering og sertifisering.....	14
2.2.5 Forskjeller mellom ACT og FACT	15
2.3 Psykisk helse i Norge.....	15
2.4 FACT bydel Gamle Oslo	16
2.5 Sammendrag	17
3 Iverksettingsteori	18
3.1 Innledning.....	18
3.2 Iverksetting og teoriens to hovedtilnærminger	18
3.2.1 Hva er iverksetting?.....	18
3.2.2 Ovenfra-ned tilnærming	19
3.2.3 Nedenfra-opp tilnærming	20
3.3 Oppgavens iverksettingsmodell.....	21
3.3.1 Iverksettingsbegrepet i modellen	21
3.3.2 Iverksettingsperspektivet i modellen	22
3.3.3 Presentasjon og operasjonalisering av variablene	23
3.4 Forventninger om funn.....	28
4 Forskningsmetode	29
4.1 Valg av forskningsdesign.....	29
4.2 Casestudie.....	30
4.3 Datainnsamling.....	30
4.3.1 Intervju.....	31

4.3.2	Fremgangsmåte ved intervjuene.....	32
4.3.3	Skriftlig kilder.....	32
4.4	<i>Validitet og Reliabilitet</i>	33
4.4.1	Validitet.....	33
4.4.2	Reliabilitet.....	33
5	Analyse	35
5.1	<i>Standarder og målsettinger</i>	35
5.1.1	Oppsummering.....	36
5.2	<i>Ressurser</i>	37
5.2.1	Oppsummering.....	39
5.3	<i>Kommunikasjon og gjennomføringsaktiviteter</i>	40
5.3.1	Oppsummering.....	41
5.4	<i>Trekk ved iverksettingsenheten</i>	41
5.4.1	Oppsummering.....	42
5.5	<i>Økonomiske, sosiale og politiske betingelser</i>	43
5.5.1	Økonomiske trekk.....	43
5.5.2	Sosiale trekk.....	43
5.5.3	Politiske trekk.....	44
5.5.4	Oppsummering.....	44
5.6	<i>Enhetens handlingsvilje</i>	44
5.6.1	Oppsummering.....	46
5.7	<i>Resultat</i>	46
6	Diskusjon	47
6.1	<i>Iverksettingsprosessen av FACT</i>	47
6.1.1	Målsetting.....	47
6.1.2	Ressurser.....	48
6.1.3	Kommunikasjon og gjennomføringsaktiviteter.....	48
6.1.4	Økonomiske vilkår.....	49
6.1.5	Enhetens handlingsvilje.....	49
6.2	<i>Oppsummering av iverksettingsprosessen</i>	50
7	Konklusjon	53
	Litteraturliste	54
	Vedlegg 1. Tilbakemelding fra NSD	57
	Vedlegg 2. Eksempel på intervjuguide	58
	Vedlegg 3. Forespørsel om deltagelse til intervju	61
	Vedlegg 4. Samtykkeerklæring	62

Liste over figurer og tabeller

Figurer

3.1 Modell om endring og grad av endring.....	22
3.2 En modell av iverksettingsprosessen basert på Van Meter og Van Horn.....	23

Tabeller

2.1 The Seven C's.....	13
3.1 Skisse av iverksettingsfasene.....	19
5.1 Budsjett FACT Gamle Oslo 2013 – 2014.....	37

Forkortelser og akronymer

ACT	Assertive Community Treatment
BGO	Bydel Gamle Oslo
DPS	Distrikopsykiatriske Senter
FACT	Flexible Assertive Community Treatment – Fleksibel Aktiv Oppsøkende Behandlingsteam
LDPS	Lovisenberg Distrikopsykiatriske Senter
NAPHA	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
ROP	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
TPH	Tvungen psykisk helsevern

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

1.1.1 Tema

Psykiske lidelser kan ramme hvem som helst og rundt halvparten av befolkningen i Norge får en psykisk lidelse i løpet av livet sitt. En psykisk lidelse kan være alt fra lettere depresjoner til alvorlige psykoser og behovet for hjelp vil variere fra person til person. Psykiske lidelser er en av de største årsakene til at mange personer i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet, og koster det norske samfunn omkring 70 mrd. kroner i året i diverse utgifter (Omsorgsdepartementet 2011). Det er derfor veldig viktig at personer som blir utsatt for en psykisk lidelse får den hjelpen de trenger.

Det er i Norge kommunene som har hovedansvaret for at deres innbyggere med psykiske problemer eller lidelser får den oppfølging og behandling som de trenger. Det psykiske helsearbeidet i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, behandling, rehabilitering, oppfølging i bolig samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. De får føringer fra Helse og Omsorgsdepartementet om hvilke retningslinjer som skal følges i behandling, men selve iverksettingen av politikken skjer på lokalt nivå. Sentrale myndigheter fattar vedtak og utvikler retningslinjer, og helsetjenestene ute i kommunene gjennomfører og setter til livs vedtakene.

En måte å behandle og følge opp innbyggere i en kommune med psykiske lidelser er den nederlandsk behandlingsmetode som blir kalt for FACT – Flexible Assertive Community Treatment. På norsk blir dette oversatt til fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam. FACT er rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse, og har som hovedmål å forsøke å gi dem tilstrekkelige støtte og behandling for at disse personene kan leve utenfor sykehus og samtidig fungere i samfunnet. Forskjellen på FACT og andre behandlingsprogram er at FACT tilbyr pasientene en mer omfattende behandling som innebærer mer kontinuitet, mer hjelp og mer oppfølging. Dessuten så består et FACT team av en bred sammensatt tverrfaglig gruppe som driver oppsøkende arbeid av hele gruppen med alvorlige psykiske lidelser i sine team (Van Veldhuizen 2013a). Tiltaket er noe bydel Gamle Oslo (BGO) i samhandling med Lovisenberg distriktpsykiatriske senter (LDPS) har startet som et prosjekt for å bedre tilbudet til mennesker med alvorlig psykiske lidelser som trenger sammensatte tjenester (Tjelta 2013).

Stortinget bevilget i 2009 på bakgrunn av en anbefaling av Helsedirektoratet midler til etablering og drift av ACT-team i Norge. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) fikk i oppdrag av Helsedirektoratet, som selv forvalter tilskuddsordningen, å gjennomføre opplæringen (Aakerholt 2013). Etter at ACT-teamene ble opprettet har noen team valgt å gå mer for den nederlandske fleksible ACT-modellen, FACT, som er en kombinasjon av ACT og case management. I områder uten ACT-team har også enkelte kommuner i samarbeid med sine DPS begynt å satse på FACT-team. Dette er noe bydel Gamle Oslo sammen med Lovisenberg DPS gjorde, som et av de første i Norge.

Hovedgrunnen til at bydel Gamle Oslo valgte å satse på behandlingsmetoden som FACT tilbyr er at de ser for seg at dette er den behandlingsmetoden som best mulig gjør det mulig å yte best service ovenfor deres innbyggere med psykiske lidelser. For at de best mulig skal kunne oppnå dette målet så er det viktig å ha implementert FACT på riktig måte etter hvordan retningslinjene til FACT er. Jeg vil derfor i denne oppgaven finne ut hvordan implementeringen av behandlingsmåten FACT har fungert i praksis og om eventuelle problemer som kan ha oppstått ved implementeringen. Jeg vil med andre ord finne ut hvordan det har fungert å implementere det nederlandske behandlingsprogrammet inn i bydel Gamle Oslo, og se på hvordan den har fungert i norsk sammenheng. For på best mulig gjøre dette på så vil jeg foreta meg et iverksettingsstudie av FACT Gamle Oslo.

1.1.2 Problemstilling

Målet med denne oppgaven er å studere nærmere på iverksettingen av FACT i bydel Gamle Oslo og hvordan det har gått å implementere et nytt behandlingsprogram inn i bydelen. Siden FACT er et nederlandsk behandlingsprogram som er bygget på det amerikanske ACT vil jeg se på hvordan de i bydelen har jobbet for å implementere det og eventuelt hvilke forandringer de ha foretatt for at det skal passe inn i det norske helsevesenet. For å lære mer av iverksettingen blir oppgavens problemstilling:

”Hvordan kan vi forstå iverksettingen av FACT i bydel Gamle Oslo?”

Det jeg her vil prøve å finne ut av er dermed hvordan implementeringen av FACT har foregått og om det har måttet gjøres noen store endringer i det behandlingsprogrammet som

de bruker i Nederland. For lettere å besvare problemstillingen har jeg laget et forskningsspørsmål som tar opp litt andre spørsmål tilknyttet prosjektet:

- Har det vært store forandringer i FACT modellen for at den skal passe inn i bydelen?

Ved å besvare problemstillingen og dette forskningsspørsmålet kan jeg lettere se på hvilke eventuelle forandringer som måtte til for å få til en vellykket iverksetting av FACT i bydelen og hvordan programmet har tilpasset seg helsesystemet det er i.

1.2 Teoretiske og metodologiske rammer for prosjektet

Det teoretiske rammeverket jeg benytter meg av i oppgaven er iverksettingsteori.

Iverksettingsteori handler om hva som skjer i prosessen fra et vedtak om ny politikk er fattet, hvilke faktorer som påvirker denne prosessen og hva som gjør at gjennomføringen av denne nye politikken blir vellykket (Offerdal 2000).

Den metodologiske rammen for prosjektet er basert på kvalitative data som samles inn gjennom intervjuer av forskjellige ledere av prosjektet på lokalt nivå.

1.3 Tidligere forskning

Det er både i USA og England blitt forsket mye på om behandlingsprogrammene ACT og FACT har hatt noe virkning på behandlingen av psykiske lidelser og i Norge blitt forsket litt på ACT. Blant annet studiene til Fiander (2003), Dincin (1993), Nugter (2015) og Bond (1993). Forskingen har da satt ACT og FACT opp i mot den da mer tradisjonelle behandlingsmetoden klinisk casemanagement. Resultater fra disse forskningene har vist at ACT og FACT forbedrer innleggelsesstall for pasienter med psykiske lidelser på psykiatriske institusjoner og at livskvaliteten på pasientene stiger. I Norge har Nasjonal Kompetansetjeneste ROP sett på de ACT teamene som finnes i Norge og kommet frem til at antall oppholdsdøgn i de områder som har ACT team drastisk har gått ned (ROP 2014).

1.4 Leserveiledning

I kapittel 2 tar jeg for meg Flexible Assertive Community Treatment og hvordan programmet har oppstått og hvordan den psykiske helsen i Norge er. I kapittel 3 presenteres

jeg hvilken teori, den teorimodellen jeg har valgt og hvorfor akkurat denne teorien og modellen er valgt. Kapittel 4 er metodekapittelet der oppgavens metodologiske rammeverk blir presentert og hvilken datainnsamlingsmetode jeg har valgt å bruke for å løse oppgaven. En analyse rundt funnene vil bli fremstilt og beskrevet i kapittel 5, mens i kapittel 6 vil det bli gjort en drøfting rundt problemstillingen og forskningsspørsmålet. I kapittel 7 oppsummerer jeg oppgaven og konkluderer de viktigste funnene som er blitt funnet i studien.

2 Flexible Assertive Community Treatment

Flexible assertive community treatment er som jeg nevner ovenfor en behandlingsmetode for mennesker med psykiske lidelser. Oversatt til norsk så heter det fleksibelt aktivt oppsøkende behandling. Det er denne metoden for behandling av personer med psykisk lidelse som bydel Gamle Oslo valgte å innføre for sine innbyggere. For å se nærmere på hvordan det har gått å innføre dette programmet inn i bydelen, så skal jeg først nå se på hvordan akkurat behandlingsprogrammet FACT har oppstått.

FACT begynte som Assertive Community Treatment (ACT) i USA som en videreutvikling av casemanagement og fortsatte som en fleksibel ACT i Nederland for så å bli innført i Norge. Jeg vil derfor i dette kapittelet begynne med å fortelle om casemanagement for så å dra det over til hvordan casemanagement utviklet seg i USA til å bli ACT. Deretter vil jeg forklare hvordan de i Nederland utviklet FACT ut ifra ACT, og hva de gjorde annerledes i forhold til ACT. I forklaringen av ACT og FACT vil jeg nevne hvordan både USA og Nederland velger å definere hva de mener er psykisk lidelser som trenger disse behandlingsmetodene og hvordan finansieringen av dem er. Videre i kapittelet kommer jeg til å definere hva FACT er og hva det går ut på for så å si litt om psykisk helse i Norge for så å definere hvordan FACT er i bydel Gamle Oslo og litt om selve bydelen.

Jeg vil se på hvordan behandlingsprogrammet FACT er i andre land og hvordan disse landene finansierer programmet og hvordan de tolker målgruppebeskrivelsen for å kunne lettere forstå iverksettingen i bydelen og hvorfor de har tatt de valgene som de har tatt.

2.1 Utviklingen av FACT

FACT er et nederlandsk behandlingsprogram som er en videreutvikling av ACT fra USA, som jeg her vil forklare om hvordan oppsto og hvilken målgruppe de har i sine respektive land og hvordan finansieringen i disse landene foregår. FACT er et nederlandsk utspring av den amerikanske ACT som igjen er en måte å kombinere casemanagement med oppsøkende virksomhet. Jeg vil i de neste avsnittene forklare hva casemanagement er, hvordan det ble til ACT, hvordan ACT er finansiert og målbeskrivelsen den har i USA. Sist vil jeg forklare hva FACT er i Nederland og forskjellene den har fra USA, både når det kommer til finansiering og målgruppe. Det med å finne ut av målgruppe og finansiering for både ACT i USA og

FACT i Nederland er viktig for å se på forandringene som måtte til i Norge for å få til en god iverksetting.

2.1.1 Casemanagement

Casemanagement oppsto på 80-tallet som en av de mest diskuterte offentlige funksjoner innen den psykisk helsesektoren (Sledge et al. 1995). I offentlig psykisk helsetjeneste så er casemanagement ment å øke tilgangen til omsorg og være et middel til å gjøre flere tjenester tilgjengelig for de som har hatt liten tilgjengelig tjeneste men fortsatt er kvalifisert for tjenester. I USA begynte de med casemanagement for å binde den psykiske helsetjenesten sammen igjen etter spliden som hadde oppstått under avinstitusjonaliseringen.

Avinstitusjonaliseringen gikk ut på at personer med psykiske lidelser ble forflyttet fra statlige psykiatriske sykehus og over til en helsetjeneste i lokalsamfunnet deres (Varnley 2012).

Casemanagement ble til som et bøtemiddel mot all forvirringen som ble skapt av at det var flere omsorgspersonell i ulike instanser som skulle hjelpe pasientene. Casemanagement ble derfor utviklet for å sikre tilgjengelighet, ansvarlighet og kontinuitet i omsorgen for personer med langvarige psykiske lidelser. I begynnelsen ble det sett på som en måte knytte kliniker og rehabiliteringstjenester sammen for å sikre at de med alvorlige psykiske lidelser mottok den tjenesten de trengte (Sledge et al. 1995). Utover 90-tallet så skulle alle typer helsetjenesteorganisasjoner bevege seg over til casemanagement i et forsøk på å koordinere, megle og knytte helsetjenester for klienten.

En av primæroppgavene til en casemanager er å opprettholde kvaliteten på tjenestene mens man kontrollerer kostnadene som disse tjenestene koster gjennom koordinasjon og administrasjon av pleie. Så en casemanager er ansvarlig for å koordinere systemressurser for klienter og ansvarlig for å vellykket bevege klienten gjennom helsesystemet (Kersbergen 1996).

Det å sikre kontinuitet og integrasjon av tjenester gjennom koordinering av tjenestelevering for personer med psykiske lidelser er en veldig viktig oppgave for en casemanager. Denne metoden å jobbe på har duket opp som et viktig tiltak i feltet for behandling av psykiske lidelser fordi det opprettholder et konsistent og hovedfokus på klientens selvbestemmelse og kvaliteten på omsorgen de får mens den samtidig fremmer forsiktighet av bruken av helsevesenets midler (Varnley 2012).

Det finnes mange definisjoner av en casemanagement. En er at det er en metode for å tilby tjenester der en profesjonell sosialarbeider vurderer behovene til klienten og klientens familie, når det er hensiktsmessig, og arrangerer, koordinater, overvåker, evaluerer, og er samtidig en talsmann for en pakke med flere tjenester for å møte de spesifikke klienters sammensatte behov. En annen definerer det som en samarbeidende prosess for vurdering, planlegging, tilrettelegging og påvirkningsarbeid for alternativer og tjenester for å møte den enkeltes og familiens omfattende helsebehov gjennom kommunikasjon og tilgjengelige ressurser for å fremme kvalitet kostnadseffektive resultater (Varnley 2012). Så man kan se at det ikke bare er selve klienten det er fokus på, det er også fokus på deres nærmeste pårørende og deres nærmiljø.

Det er viktig å huske på at casemanagere jobber for de som betaler for tjenestene, så de holder alltid de som betaler sine preferanser høyest. Derfor så spiller casemanagement en viktig rolle for forsikringsfinansiert helsetjenester, slik som det er i USA. Der jobber casemanagerne på vegne av forsikringsselskapene for å kontrollere kostnadene ved å granske den omsorgen som er nødvendig og den omsorgen som blir levert. I utgangspunktet så jobber de målrettet med å samordne og tildele helsetjenester for klienter som har høye kostnader for forsikringsselskapet (Kersbergen 1996). I neste avsnitt vil jeg snakke litt mer om hvordan finansieringen av helsetjenestene for psykisk lidelser er i USA og hvordan casemanagement videreutviklet seg for å kontrollere kostnader.

2.1.2 ACT som behandling av psykisk helse i USA

Av USAs totale kostnader på helsetjenester så står kostnadene for behandling av alvorlige psykiske lidelser for 6,2% av denne. Selv om det bare er en liten prosentandel så summer det seg opp til hele 135 milliarder dollar (Garfield 2011).

I USA så går omtrent 17 millioner personer til mentalhelsestasjoner i samfunnet, community mental health senters, rundt 35% av disse brukerne er forsikret gjennom Medicaid og 38% av brukerne har ikke noen form for forsikring og må finansiere alt selv. Medicaid er et føderalt forsikringsprogram og er den største finansøren av behandlinger av psykisk helsetjenester (Garfield 2011).

Mentalhelsetjenesten i USA er finansiert igjennom flere forskjellige kilder. Disse inkluderer blant annet staten og delstaten, Medicaid programmet, Medicare programmet, private forsikringer, egenbetalinger og en rekke andre mindre offentlige og private program (Garfield 2011). Hva som er forskjellen på mentalhelseutgifter og andre helseutgifter i USA er at det er offentlige midler som står for den største finansieringen av tjenestene. Hele 61% av finansieringen av mentalhelsetjenesten er finansiert igjennom offentlige programmer mot kun 46% av totale helsetjenester. Av de offentlige programmene så er det Medicaid som er den største kilden til finansiering av mentalhelsetjenesten. Medicaid dekker over en fjerdedel av alle utgiftene, brorparten av disse utgiftene gikk til ambulante tjenester utenfor sykehus eller helsesenter (Garfield 2011).

Medicaid sine betalinger var viktig i å innføre den nyere, sikrere og evidensbaserte behandlinger, slike som ACT. Det er en av Medicaid sine tjeneste kategorier som har vært viktig i å få frem ACT, denne er valgfrie rehabiliteringstjenester. Under rehabiliterings alternativet kan de forskjellige statene gi brukere av Medicaid en rekke tjenester for å redusere psykiske lidelser og gjenopprette funksjon blant dem. Den fleksibiliteten som Medicaid har på denne tjenesten har gjort det mulig for statene å finansiere en stor bredde av forskjellige behandlingsprogram i samfunnet, en av disse tjenestene er ACT (Garfield 2011).

Målgruppen til ACT i USA er 20 % av de verste pasienten som har en alvorlig psykisk lidelse og ikke klarer å effektivt bruke de polikliniske og andre kontorbaserte psykiske helsetjenestene som er tilgjengelig. Den vanligste metoden for å definere målgruppen at målgruppen består av de pasientene som hyppig og omfattende ellers ville tatt i bruk psykiatriske sykehus. Så til denne gruppen blir ACT brukt for å opprettholde langsiktige ustabile pasienter i samfunnet. Det er ganske valgfritt for hvert mentalhelsesenter og stater for hvilken målgruppe, og diagnose denne målgruppen har, som deres ACT program skal behandle, men de fleste ACT program er rettet mot personer som har en alvorlig psykisk lidelse og som ikke svarer godt på mindre intensiv pleieformer og som er hyppige brukere av akuttpsykiatriske tjenester som for eksempel innleggelse (Bond 2002).

Så ACT i USA er finansiert av staten gjennom statlige finansieringsprogram som for eksempel Medicaid. Hvis det er de offentlige helsesentrene som får midler til å utføre behandlinger kan disse selv velge ACT som et behandlingsprogram. De står igjen der fritt til å velge hvilken målgruppe de vil inkludere for behandling.

2.1.3 FACT som behandling av psykisk helse i Nederland

I Nederland er det obligatorisk med helseforsikring og helsetjenester i Nederland er dekket av to forskjellige lovfestede former for forsikring. Disse to er Zorgverzekeringswet (Zvw), som er en grunnleggende forsikring som dekker vanlig medisinsk behandling, og Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), som dekker langsiktig pleie og omsorg (Boot 2005). Etter en reform i 2008 så er de første 365 dagene med behandling av pasienter med psykiske lidelser dekket av den basiske forsikringen (Zvw), forebyggende arbeid mot psykiske lidelser er overført til kommunene mens resten av behandlingen av personer med psykiske lidelser ligger fortsatt under finansieringen fra AWBZ (Schäfer 2010).

Systemet med forsikringer som de har i Nederland er lagt opp til at pasienter har en stor grad av frihet fra hvor de vil kjøpe helseforsikring fra, til hvor de vil kjøpe helsetjenester fra. Dette betyr at beslutninger om helsetjenester blir gjort i en dialog mellom pasienter og helsepersonell uten mye innvirkninger fra forsikringsselskapene som ender opp med å finansierer behandlingen (Björnberg 2015).

En av behandlingsprogrammene som blir brukt i Nederland er FACT, dette er en videreutvikling av den amerikanske ACT, og blir ofte kalt for fleksibel ACT. Den nederlandske helsetjenesten gjorde ACT til en mer fleksibel løsning av ACT fordi de følte at i mer lokalsamfunn så passet ikke ACT modellen helt inn og i mindre beboende områder var det et større behov for en mer fleksibel løsning av ACT. Målgruppen til FACT er veldig lik den av ACT, noe som betyr at den er rettet mot personer med alvorlig psykiske lidelser men FACT fokuserer på alle som lider av en psykisk lidelse. Den største gruppen lider av psykotiske lidelser mens de andre vanlige lidelsene er depresjon, bipolar, personlighetsforstyrrelser, autisme, utviklingsforstyrrelser, rusproblemer og en kombinasjon av disse (Van Veldhuizen 2013b).

Så i Nederland er FACT et utbredt behandlingstilbud med over 300 FACT team spredt rundt i landet. Finansieringen av bruken av dette tilbudet er dekket av den obligatoriske helseforsikringen de har. Målgruppen er samtidig veldig lik den som er under ACT i USA, med at den gjelder de med alvorlige psykiske lidelser. Likhetene og forskjellene imellom ACT og FACT vil bli forklart tydeligere i neste avsnitt.

2.2 Definisjonen av FACT

2.2.1 Innledning

FACT, eller som det heter på norsk fleksibel aktiv oppsøkende behandling, er en nederlandsk modell som oppstod på begynnelsen av 2000-tallet som en videreutvikling av den amerikanske ACT. Opprinnelsen til både ACT og FACT er forklart grundig ovenfor, så her skal jeg fortelle litt mer konkret om hva behandlingsprogrammet FACT går ut på og hvordan det er satt sammen. Jeg vil begynne med å forklare litt mer om hvilken målgruppe som inngår i FACT, hovedprinsipper, viktige faktorer og hvordan implementering og sertifisering foregår for FACT. Jeg vil i dette kapitlet forklare hvordan de i Nederland har ment at behandlingsprogrammet FACT skal være ut ifra deres praksis og de manualer som er laget om det.

2.2.2 Målgruppen

Målgruppen til hvem som skal bli behandlet i et FACT team kan variere litt fra team til team, men pasientene vil omfatte personer som lider av en psykisk lidelse, som her i Norge fordeles mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste, DPS-poliklinikker, ruspoliklinikker, spesialteam og akuttavdelinger (Aakerholt 2013). Ifølge Van Veldhuizen (2013b) så er det fem kriterier for at en person blir plassert i gruppen med alvorlige psykiske lidelser. Disse er at personer har en psykisk lidelse som krever omsorg og behandling, har alvorlige begrensninger og ikke fungerer sosialt og i samfunnet, at disse to kriteriene er relatert til hverandre, at disse problemene er systematiske og langvarige og at en koordinert helsetjeneste som tilbys for omsorg og behandling er nødvendig for å få gjennomført behandling av personen.

2.2.3 Hovedprinsipper

Av de brukerne som er i målgruppen så er selve hovedprinsippet med behandlingen at om lag 20% av brukerne for oppfølging på ACT-nivå, mens de resterende 80% for recovery-orientert individuell casemanagement.

Som sagt så omfatter modellen alle brukere med alvorlig psykisk lidelse. Problemene som er knyttet til lidelsen er langvarige og gjennomgripende og for å kunne implementere en behandlingsplan for en bruker så kreves det en koordinert oppfølging. En viktig del av denne

oppfølgingen er ”outreach”, det vil si at det er standard prosedyre at teamet må oppsøke pasienten der han befinner seg, noe som pleier å være i vedkommende sin bolig.

Byggeklussene til FACT

Behandlingsprogrammet er satt sammen av mange forskjellige komponenter, så det kan ofte være vanskelig å forklare. Den letteste måten å forklare FACT på er derfor å gjøre det igjennom de forskjellige komponentene, noe Van Veldhuizen (2013a) kaller for FACT sine byggeklosser. Han nevner seks byggeklosser som til sammen utgjør selve hovedprinsippene i FACT-modellen.

Prinsipp 1: Dra ditt hvor pasientene ønsker å lykkes

Gjøre oppsøkende arbeid i pasientenes egne hjem, egne miljøer, egne arbeidsplasser og med sine egne familier. Bistå dem på deres arena i deres kamp for å overleve og lykkes. Ved å fokusere på suksess skal det vise teamets tillit til folks egne styrke og gjenoppretning.

Prinsipp 2: Støtte inkludering gjennom sosiale nettverk

FACT har som mål å bidra til sosial inkludering av psykiatriske pasienter. Ikke bare at de skal leve utenfor sykehusene, men at de også skal delta aktivt i samfunnet. For å få til dette må man bygge opp pasientens egne støttesystem. Her er samarbeidet med andre tjenester som sosialarbeidere, frivillige, politiet og andre avgjørende for pasientens suksess.

Prinsipp 3: Koble pasienter med psykiske lidelser til riktige tjenester

Siden personer med psykiske lidelser ikke pleier å oppsøke helsetjenesten så er det viktig å finne og oppsøke personer som kan passe inn i denne behandlingsmetoden. Etter å ha lokalisert mulige pasienter er neste mål å koble dem til riktige helsetjenester. Teamene må sørge for at noen innslag av omsorgen som tilbys er attraktive og at pasienten finner noe i tilbudet som appellerer til dem, for eksempel støtte for sine rehabiliteringsmål. Teamene må prøve å gi omsorgen på en slik måte at pasientene vil bli motivert til å akseptere den.

Prinsipp 4: ACT er tilgjengelig til enhver tid

Etter at det er bestemt at en person passer inn i behandlingsmetoden og blir en pasient, så føres han opp på FACT-tavlen. Etter dette så kan FACT-teamet begynne sin intensive behandling av pasienten ved hjelp av delt caseload. Her ligger pasienten og teamet blir enige om å trappe opp eller ned behandlingen, og sette pasienter over til kun ACT ligger her som et

behandlingsalternativ. Det blir også sørget for kontinuitet i behandlingen ved at pasienten blir fulgt opp av samme team i både gode og dårlige perioder.

Prinsipp 5: Gi behandling i tråd med gjeldene retningslinjer

Hvert FACT-team består av ansatte med tverrfaglig bakgrunn. Med en oppsøkende og kontinuitet i behandlingen blir sjansen for at pasienter faller ifra mindre og det gir mulighet for å fullføre behandlingen. Det er også innført retningslinjer på at pasienten sammen med behandleren gjør beslutninger om behandlingen sammen slik at alle er på samme side. Dette gjør at pasienten føler seg mer delaktig i behandlingsforløpet og sjansen for å bli friskere er mye større.

Prinsipp 6: Gi støtte til rehabilitering og gjenoppretning (recovery)

Hver pasient har et ekstra nært forhold individuelt til en av teamets saksbehandlere. Denne personen vil gi pasienten støtte i hans egen gjenoppretningsprosess.

FACT-tavlen

Som nevnt under de seks byggeklosser for FACT så er FACT-tavlen en viktig del av arbeidet rundt pasientene. FACT-tavlen er et digitalt verktøy som brukes for pasienter som skal ha en oppfølging av hele teamet. Det er denne gruppen som får oppfølging på ACT-nivå, rundt 20% av alle pasientene. Hver dag på morgningen så møtes teamet og samler seg rundt en digital tavle som har en oversikt over alle pasienter som trenger intensiv oppfølgende behandling. Teammedlemmene går gjennom alle pasienter og blir enige om hvilke pasienter som skal opp på tavlen og få en mer intensiv oppfølging, og hvilke pasienter som kan gå ned fra tavlen og over på å få vanlig behandling av deres egen saksbehandler. Det er dette steget som gjør FACT til det behandlingsprogrammet som det er. I tavlearbeidet blir ACT til fleksibel-ACT ved at pasienter blir kontinuerlig vurdert av hele teamet og blir tatt opp og ned av tavlen, fleksibelt, ettersom teamet ser behov for mer intensiv behandling eller ikke. Det er visse kriterier for å få en pasient opp og ned fra tavlen. Noen av kriteriene for at en pasient skal opp på tavlen kan være økte symptomer, ordensforstyrrelse, omsorgssvikt, regelmessige innleggelses, livshendelser eller at det er en ny pasient. Når en pasient er på tavlen skal tiltak fra kriseplanen iverksettes, pasienten og sosialt nettverk til den skal bli informert og psykiater skal undersøke pasienten i løpet av to dager. Når pasienten da er på tavlen skal tverrfaglig behandling intensiveres og støtte og organisering av bedre tjenester og tilbud skal iverksettes. For at en pasient skal kunne komme ned fra tavlen så må teamet på et tverrfaglig møte være

enige om at det er en god ide. Perioden på tavlen skal evalueres og pasienten skal få beskjed om at han blir satt over til individuell behandling av en saksbehandler. Det skal også foregå en evaluering med pasienten og hans pårørende og en ny behandlingsplan skal utarbeides. Når pasienten nå får case-management så skal han allikevel være i diskusjon i morgenmøtene med teamet i hvert fall hver tredje måned for at alle skal få en innblikk i hvordan behandlingsforløpet går og at tilstanden hans er tilstrekkelig for videre case-management (Van Veldhuizen 2013b).

De syv C-er

Det finnes en rekke faktorer som er essensielle for behandlingen av personer med alvorlig psykisk lidelse og de viktigste av disse er i FACT-modellen beskrevet som de syv C-er. Disse syv forskjellige faktorene stiller krav til tjenestene som blir utført og i løpet av et behandlingsløp for pasienten skal de være innom alle disse faktorene. Tabell 2.1 gir en kort gjennomgang av de syv C-ene.

	"The seven C's":	Krav til oppfølging og behandling for personer med alvorlig psykisk lidelse utenfor døgnbehandling
1.	Cure	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskapsbasert behandling eller hjelp til å mestre lidelsen i tråd med de tverrfaglige retningslinjer som er utformet i ulike land • Medisinsk- og sykepleiefaglig-behandling • Psykologisk behandling • Rusbehandling • Somatisk screening/behandling
2.	Care	<ul style="list-style-type: none"> • Daglig støtte og veiledning • Sykepleiefaglig veiledning, assistanse til dagliglivets gjøremål, forebygge forkommenhet, ha oppmerksomhet på hygiene • Rehabilitering • Ha øye for bedringsprosesser (recovery) • Kontinuitet i hjelpen, forebygge drop-out
3.	Crisis Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Intensiv hjelp og støtte hjemme ved hjelp av delt caseload • 7 x 24 timers tilgjengelighet • Kriseintervensjon, risikovurdering • Akuttinnleggelse, kortvarig, brukerstyrte senger • Inkludere familie/støtteapparatet
4.	Client Knowhow	<ul style="list-style-type: none"> • Bruke pasientens erfaringskompetanse • Sikre delt beslutningsgrunnlag • Recovery-orientering • Empowerment • Benytte brukerspesialist
5.	Community-support	<ul style="list-style-type: none"> • Familiekontakt • Lokalbasert støtte

		<ul style="list-style-type: none"> • Støtte til bolig, arbeid, velferdstjenester • IPS: individuell støtte og veiledning i å finne og beholde jobb • Inkludering • Forebygge ordensforstyrrelser
6.	Control	<ul style="list-style-type: none"> • Risikovurdering og sikkerhetsrutiner for pasienter og miljø • Initiere og utføre tvungen psykisk helsevern når det er indikert etter risikovurdering (som bestemt i lov om psykisk helsevern)
7.	Check	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering av effekten av behandling • Rutinemessig monitorering og kartlegging • Evaluering av valgt behandlingsstrategi • Sertifisering

Tabell 2.1: The Seven C's (Van Veldhuizen 2013a).

En forutsetning for å levere de syv C-er er god koordinering og planlegging, prioritering, tverrfaglighet, delt caseload, fleksibilitet i oppfølgingen og en individuell utforming av modellen.

2.2.4 Implementering og sertifisering

Brukermanualen til FACT som er laget Van Veldhuizen, en av grunnleggerne til FACT, sier litt om hvordan man bør implementere et FACT-team i sitt område. Han nevner at det er viktig at før man starter så bør man begynne med å finne ut av hvilket område teamet skal dekke. Det å finne størrelsen på opptaksområdet er viktig fordi et team må kunne besøke et visst antall personer hver dag for å holde seg innenfor effektivitets- og kostnadsrammen.

Det som er best ved etablering av et FACT-team er å begynne med et pilotteam som kan implementere prosedyrene. Får dette teamet er det viktig å få riktig opplæring igjennom et FACT-introduksjonskurs, teamopplæring med tanke på praktisk arbeid med FACT-tavlen, opplæring av tavleledere med vekt på arbeidsprosedyrer og en opplæring for hver yrkesgruppe om hva som blir deres rolle innad i FACT-teamet (Van Veldhuizen 2013b).

Den nederlandske mentale helsetjenesten har startet en stiftelse for sertifisering av FACT-team, CCAF, som har en FACT trofasthetsskala som de bedømmer de forskjellige FACT-teamene etter. Dette har de gjort for at alle FACT-team skal utføre arbeidet sitt så likt som mulig uten de største variasjoner. Bedømmingen av FACT-teamene består av 60 forskjellige elementer som graderes på en karakterskala fra 1 til 5, der 5 er det beste. De 60 forskjellige elementene består i blant annet teamstruktur, teamprosess, diagnostikk og behandling, sykehusorganisasjonen, sosial oppfølging, registrering av endringer og profesjonalisering. Ut

ifra en bedømming av elementene får de en fidelityscore som sier hvordan de ligger an til å være et FACT-team som kan sertifiseres. Ut ifra fidelityscoren kan man enten få ingen sertifisering, midlertidig sertifisering eller et sertifikat (Van Veldhuizen 2013b).

2.2.5 Forskjeller mellom ACT og FACT

De største forskjellene mellom ACT og FACT er at mens ACT behandler de 20% verste sakene av psykiske lidelser så omhandler behandlingen av FACT alle mennesker med en alvorlig psykisk lidelse. Antall klienter per team er også forskjellig der ACT har imellom 60 og 100 pasienter per team mens FACT har 220 til 225 pasienter. Dette gjør at antall pasienter per ansatt i ACT team er 1:10 mens det i et FACT team er 1:20. På Informasjonstavlen over pasienter er alle på tavlen hos ACT mens det bare er 20 til 30 pasienter på tavlen til FACT (Van Veldhuizen 2013b). Et ACT team passer inn i en region der det er bosatt rundt 250.000 personer mens FACT passer bedre inn i litt mindre bebodde områder på rundt 45.000 personer.

2.3 Psykisk helse i Norge

Et sted mellom 30% og 50% av alle nordmenn vil i løpet av livet sitt bli rammet av en psykisk lidelse og et sted mellom 8% og 10% av den voksne befolkningen har til alle tider betydelige psykiske plager. Psykiske lidelser forstås som symptombelastninger som er så omfattende at det kvalifiserer til en diagnose, mens psykiske plager omfatter symptomer som i betydelig grad går utover trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at kriteriet for en diagnose er tilfredsstilt (Grøholt 2014). En grunn til at disse tallene kan virke ganske høye er at diagnosesystemet som blir brukt for å definere kriteriene for psykiske lidelser, ICD (International Classification of Diseases), har et ganske bredt omfang.

Det står også i Folkehelse rapporten 2014 (Grøholt 2014) at nesten halvparten av de som får en psykisk lidelse også fyller kriteriet for å bli diagnostisert med to psykiske lidelser. Det er også en større sannsynlighet for at personer med psykiske lidelser også har problemer med rusmidler. Hos personer som er diagnostisert med en psykisk lidelse som depresjon, bipolar lidelse eller psykoselidelser er rusproblemer spesielt utbredt (Hartz et al. 2014). Selv om Norge er et land med veldig liten grad av sosiale ulikheter, så er det en klar sammenheng mellom sosial status og psykisk helse her til lands. Personer med bare grunnskole mot

personer med høyere utdanning har opptil seks ganger større sannsynlighet i å få visse psykiske lidelser i løpet av livet (Grøholt 2014).

En betydelig andel av de nærmere 700.000 personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidslivet gjør det på grunn av psykiske lidelser. Dette er kostbart, og det er anslått at psykiske lidelser koster den norske stat rundt 70 milliarder kroner per år i trygde-, behandlings- og sosialutgifter (Omsorgsdepartementet 2011). Det er derfor viktig å finne en bra men samtidig effektiv behandlingsmetode på denne gruppen. I Norge så er det kommunen som har ansvaret for behandlingen av personer med psykiske lidelser. Denne behandlingen kan skje igjennom DPS polikliniske tjenester, ruspoliklinikker, ambulante tjenester eller akuttavdelinger. En vanlig oppfølgingsmåte for personer med psykiske sykdommer og lidelser er casemanagement, som har blitt forklart ovenfor i dette kapittelet.

Det er mange som har psykiske lidelser i Norge og de har behov for en bra og effektivt behandlingsprogram. Helse- og Omsorgsdepartementet nevner i Prop. 1 S(2011-2012) (Omsorgsdepartementet 2011) at noen av de viktigste målene inne psykisk helsearbeid fremover er å hjelpe brukerne og deres familier i et tydelig bruker- og mestringsperspektiv og å redusere omfanget av innleggelse og bruk av tvangsinnleggelse. De nevner også at kommunene sammen med sine DPSer (Distrikpsykiatriske senter) bør samarbeide bedre rundt sine brukere som har en psykisk lidelse. FACT er et slikt program som prøver å løse de problemer som både brukeren og tilbyderen står overfor på en så bra måte som mulig.

2.4 FACT bydel Gamle Oslo

Bydel Gamle Oslo ligger øst for Oslo sentrum og har et innbyggertall på 48.417, og er den bydelen som ifølge Oslo kommune kommer til å vokse mest i løpet av de neste ti årene. Anslaget er at det vil være en befolkningsøkning på nesten 25.000, primært på grunn av innflytning av personer i arbeidsfør alder (Oslo-kommune). Bydelen har Lovisenberg Distrikpsykiatriske senter som sitt lokale DPS og disse har hatt et tett og bra samarbeid i mange år. Og det ble i begynnelsen av 2012 påpekt et behov for en tettere oppfølging og samhandling rundt målgruppen personer med alvorlige psykiske lidelser. De har nemlig begge hatt et bredt tilbud av tjenester til denne målgruppen, men uten at det har vært nok samarbeid mellom de forskjellige tjenestene i bydelen og spesialisthelsetjenesten. De satt seg derfor ned for å finne ut av en måte å samhandle tjenestene som denne utsatte gruppen mottar

på en bedre, mer effektiv og en mer brukervennlig måte. De satt i gang et forprosjekt som skulle finne ut av den beste metoden av samhandling som kunne passe inn i bydelen best (Tjelta 2013).

Resultatet av dette forprosjektet var at de bestemte seg for å innføre behandlingsprogrammet FACT i bydelen som et samhandlingsprosjekt mellom BGO og LDPS (Tjelta 2013). FACT teamet i bydelen besto i oppstarten av en prosjektleder, en teamleder og 10 ansatte som vil bli listet opp her nå med yrkesgruppe, stillingsprosent og hvor de kommer fra. Teamet besto i begynnelsen av: psykiater (80%, LDPS), psykolog (80%, BGO), sosionom (100%, LDPS), sosionom (100%, BGO), sykepleier (100%, LDPS), sykepleier med videreutdanning (100%, BGO), ergoterapeut (100%, LDPS), arbeidskonsulent (50% BGO), erfaringskonsulent (60%, BGO) og merkantil (100%, LDPS). Disse 10 ansatte representerer tilsammen 8,7 årsverk (Tjelta 2013).

2.5 Sammendrag

Som man kan se så har FACT utviklet seg fra ACT som var et alternativ til den vanlige casemanagement behandlingen i USA. Den ble i USA finansiert igjennom statlige finansieringsprogrammer. I Nederland gikk de over til ha en mer fleksibel modell siden de så at det ikke var behov for en intensiv oppfølging av pasientene hele tiden. De startet derfor opp en fleksibel ACT der de skiftet pasientene mellom å få intensiv ACT oppfølging og få individuell case management oppfølging ut ifra hver enkeltes behov og kalte det for FACT. Den ble i Nederland finansiert igjennom det kollektive obligatoriske forsikringssystemet deres. Målgruppen av pasienter i ACT i USA og FACT i Nederland er relativt likt.

Det har vært viktig å finne ut av hvordan FACT har oppstått og blitt forandret i tiden før den kom til Norge for å se på hvilke forandringer som man eventuelt må ha foretatt for å klare å iverksetningen i det norske helsevesenet. Videre i oppgaven presenteres nå selve teorien i oppgaven og den modellen jeg har lagt til grunn for å kunne analysere iverksetningen av FACT BGO.

3 Iverksettingsteori

3.1 Innledning

I dette kapitlet skal jeg presentere teorien om iverksetting og iverksettingsmodellen som dette studiet skal bruke. Jeg begynner med å forklare om iverksettingsteorien, deretter forklarer jeg iverksettingsbegrepet i modellen jeg skal bruke i oppgaven for så å presentere iverksettingsperspektivet i modellen som vil bli brukt. Til slutt vil jeg i kapitlet presentere de forskjellige variablene i modellen min.

3.2 Iverksetting og teoriens to hovedtilnærminger

3.2.1 Hva er iverksetting?

Et iverksettingsstudie er en vitenskapelig undersøkelse om spørsmål knyttet til implementering. Studie av implementering er avgjørende for å forstå sammenhengen, vurdere ytelse, informere gjennomføring og tilrettelegging av styrking av systemer.

Iverksettingsstudier kan også brukes til å hjelpe organisasjoner utvikle evnen til å lære.

Pressman og Wildavsky (1973) mente at iverksetting er å gjennomføre, oppnå, oppfylle, produsere og fullføre en politikk. Iverksetting har mange forskjellige måter å tolkes på. Van Meter og Van Horn mente at iverksetting er gjennomføringene som offentlige eller privatpersoner utfører som er rettet mot oppnåelse av målsettingene i tidligere politiske beslutninger (Van Meter 1975). Man kan ut ifra dette se på iverksetting som både motivasjonen til, handlingene og målene for en beslutning som skal tas.

For å finne ut hvordan man skal avgrense seg i utføringen av iverksetting så har Kjellberg og Reitan (1995) kommet frem til et sett av ulike faser. Disse fasene tar for seg spørsmålene hvor iverksetting egentlig starter og når man kan se prosessen av iverksetting som ferdig. De har utformet syv faser, som vist i tabellen under.

Fase 1	Politikkutforming – utredning offentlig utvalg eller arbeidsgruppe; utarbeidelse proposisjon eller tilsvarende
Fase 2	Beslutning om tiltak – lovvedtak el. tilsvarende
Fase 3	Spesifisering sentralt nivå – retningslinjer/forskrifter
Fase 4	Spesifisering lokalt nivå – retningslinjer/instrukser
Fase 5	Realisering lokalt – aktivitet lokale organer
Fase 6	Gjennomføringspraksis – resultater av tiltaket
Fase 7	Tilbakeføring av erfaring

Tabell 3.1: Skisse av iverksettingsfasene (Kjellberg 1995).

I fase 1 blir politikken utformet og de nødvendige forundersøkelser til et prosjekt eller lovforslag foretas. Selve beslutningen om at tiltaket skal videreføres og under hvilke føringer skjer i fase 2. I fase 3 så blir de spesielle forskrifter og retningslinjer utformet på et høyere politisk nivå for at lavere politiske nivåer skal ha retningslinjer å gå etter. Deretter så skal de på lokalt nivå i fase 4 utarbeide sine egne planer for gjennomføring av tiltaket slik at det passer inn hos dem. Her må det sørges for at de finansielle og personalmessige forutsetningene er på plass. Det er først i fase 5 at selve realiseringen av tiltaket skjer og i fase 6 kan man begynne å registrere resultater som så viser om tiltaket gir de resultatene som vil si om det er vellykket eller ikke. Siste fase er fase 7, og det er her man ser på erfaringene man har hatt ved iverksettingen av et tiltak og tilbakefører eventuelle erfaringer man har hatt i løpet av iverksettingen. Hvilke faser som kommer til å være relevante for min iverksettingsmodell vil jeg komme tilbake til i kapittel 3.3.

3.2.2 Ovenfra-ned tilnærming

En av de grunnleggende funksjonene til ovenfra-ned tilnærmingen i iverksetting er at den startet med en politisk beslutning, som regel av en offentlig tjenestemann, og fortsetter med å finne ut i hvilken grad handlingene og målene i gjennomføringen er i tråd med de mål og prosedyrer som ble fastsatt i den politiske avgjørelsen (Sabatier 1986). Man kan si at beslutningen om å innføre ny praksis blir styrt i en bestemt retning fra øvre makter og ned til det lokale nivået der den blir utført.

Offerdal (2000) beskriver denne tilnærmingen som den som holder målsettingene slik som de ble utformet og vedtatt høyest, og der målingen av vellykket iverksetting er i hvilken grad

disse målsettingene får gjennomslag i organisasjonen. I en slik tilnærming ovenfra vil man ikke bare beskrive hva som skjer ved iverksettingen, men også forklare hvordan og hvorfor denne iverksettingen ble vellykket slik at man kan bruke lærdommen til andre prosjekter med iverksetting. I en ovenfra-ned tilnærming blir iverksettingen kun sett på som vellykket hvis organisasjonspraksis samsvarer med målsettingene.

Sabatier (1986) mente at implementering i et ovenfra-ned tilnærming er gjennomføring av en grunnleggende politisk beslutning som vanligvis er innlemmet i lov eller i form av utøvende ordre eller rettsavgjørelser. Denne tilnærmingen er ofte sett på som en trussel mot faglig autonomi og kan lett mobilisere krefter mot seg fra lokalt nivå (Ogden 2009).

Denne tilnærmingen har blitt sett på som en politikk sentrert tilnærming, der de som lager politikken sitt perspektiv skinner igjennom. Tilnærmingen er opptatt av det de som lager politikken er opptatt av å gjøre, altså å iverksette nye tiltak. Iverksetting er en prosess av samhandling mellom produseringen av mål og de handlingene som er rettet for å oppnå dem. (Younis 1990).

Noen av de problemene man kan støtte på ved en ovenfra-ned tilnærming er at de er startet fra perspektivet til de sentrale beslutningstakerne og dermed har en tendens til å glemme andre aktører i iverksettingen (Sabatier 1986). Dette fører dermed til at de som utformet politikken antar at de er de sentrale aktørene og at andre, som for eksempel de som skal utføre den, i utgangspunktet er et hinder.

3.2.3 Nedenfra-opp tilnærming

Dette er en tilnærming som vokste fram som en reaksjon på den sterke styringsviljen som ovenfra-ned tilnærmingen hadde (Offerdal 2000). Man ville skape en tilnærming som startet ved å identifisere lokale aktører som var involvert i utføringen av tjenestene for deretter å spørre dem om deres aktiviteter, mål, strategier og kontakter. Disse kontaktene blir så brukt som et redskap for å identifisere de lokale, regionale og nasjonale aktørene som er involvert i planleggingen, finansieringen og gjennomføringen av et prosjekt (Sabatier 1986). Slik kan man skape en mekanisme for å gå fra bunnen og opp til toppen til beslutningstakerne.

Prosessen rundt nedenfra-opp tilnærmingen starter etter en konkret uttalelse av adferd, på det stedet der tjenesten blir levert, som skaper en anledning for en politisk beslutning. De organisatoriske operasjonene er utviklet for å endre denne adferden, slik at hvert nivå i organisasjonen er klar over hva som kreves og virkningen som hver bestemt handling er ment å oppnå. Ved denne tilnærmingen er problemet løst av de på det nærmeste kontaktpunkt til det, og rollen til politikken er kun for å lede individers oppmerksomhet mot problemet og gi dem anledningen til å utøve deres dyktighet og dømmekraft (Elmore 1978). Implikasjonene som vokser frem fra dette er at politikerne ikke bør søke kontroll eller overholdelse, de bør heller utnytte menneskelige ressurser og oppfinnsomhet og tillate iverksettere å utnytte deres profesjonelle erfaring og støtte dette ved strategiske bruk av midler (Elmore 1978).

Ved å sette i gang nye tiltak av aktører på samfunnsnivå, nedenfra, kan man øke sannsynligheten for økt engasjement på grunn av økt eierskapsfølelse, men det kan også redusere sjansen for at intervensjonen blir brukt som den var forutsatt til (Fixsen 2014).

3.3 Oppgavens iverksettingsmodell

3.3.1 Iverksettelsesbegrepet i modellen

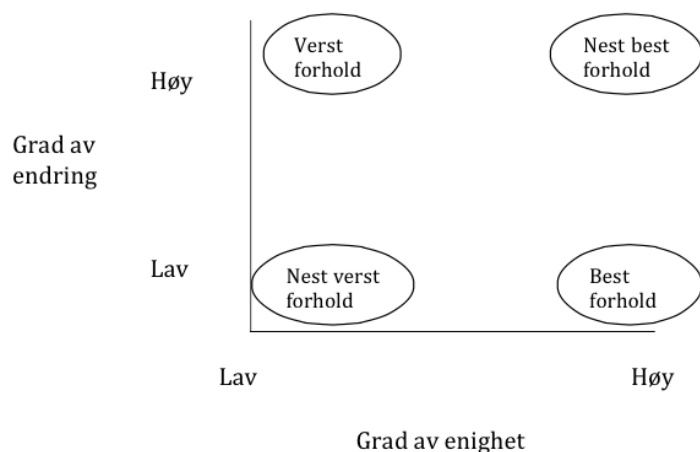
Iverksetting er et spesifisert sett av aktiviteter for å sette i gang et program av kjente dimensjoner ut i praksis. Det er et instrument som brukes som middel til å oppnå et mål (Whitman 2009). Fortalt på en annen måte så er iverksetting gjennomføringen av en politisk beslutning som gjerne ikke blir iverksatt av de samme organene eller personene som besluttet tiltaket.

Jeg vil i denne oppgaven se på hvordan FACT har blitt gjennomført i kommunen og hvilke faktorer som kan forklare iverksettingen og måloppnåelsen. Jeg vil med det finne ut om hvordan man kan forstå iverksettingen av dette programmet. For å finne ut av hvordan iverksettingen har foregått har jeg brukt en iverksettingsmodell for lettere å finne svar på gjennomføringsfasen. Denne modellen kommer til å være ryggraden av oppgaven og kommer til å være basert på Van Meters og Van Horns modell.

3.3.2 Iverksettingsperspektivet i modellen

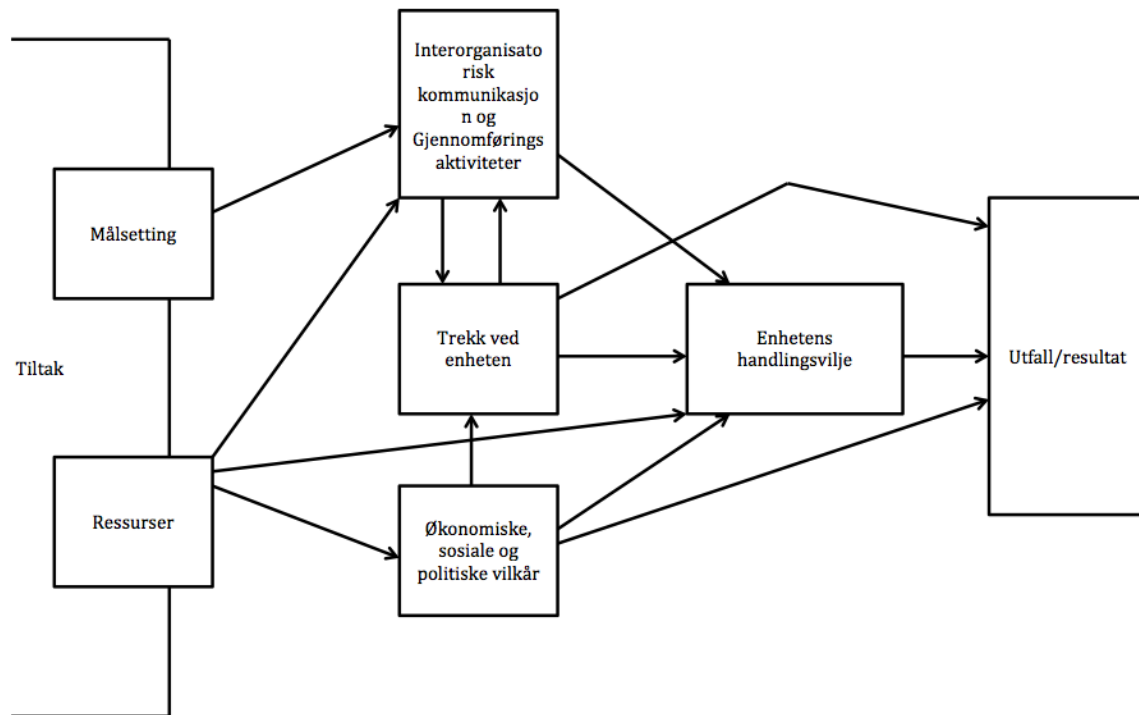
Jeg kommer til i oppgaven å bruke Van Meters og Van Horns iverksettingsmodell for å kartlegge hvilke variabler som jeg kommer til å se på for å finne ut hvordan iverksettingen av programmet har foregått. Dette er en modell som tilhører ovenfra-ned perspektivet, og en av modellens fortrinn er dens rimelige enkelhet, noe som vil gjøre at den er lett brukelig som et utgangspunkt i et iverksettingsstudie.

Van Meter og Van Horns modell tar for seg at det er den politiske forhistorien til et tiltak som har innvirkning på dets gjennomføring (Kjellberg 1995). De mener også at det spesielt er to ting som gjør at et tiltak er lett å iverksette eller ikke, dette er graden av endring tiltaket medfører og graden av enighet mellom dem som skal innføre tiltaket. Figur 3.1 viser hvilken forhold mellom grad av endring og grad av enighet det er best å ligge i for å få til en så best mulig iverksetting. Det er kanskje ikke overaskende at det er tiltak som trenger liten endring og som det er stor grad av enighet i å innføre som er det tiltaket som er lettest å innføre.



Figur 3.1: Modell om endring og grad av endring (Van Meter 1975).

Iverksettingsmodellen tar for seg variabler fra når tiltaket blir bestemt til resultatet foreligger og hvordan disse variablene spiller en rolle for om iverksettingen blitt gjort riktig for å oppnå en vellykket iverksetting.



Figur 3.2: En modell av iverksettingsprosessen basert på Van Meter og Van Horn (1975).

Som nevnt så tilhører denne modellen den såkalte ovenfra-ned tilnærmingen der beslutninger er tatt på et høyere nivå og de lavere nivåene må utføre dem. Modellen passer også med fase 3 til og med fase 6 i Reitan og Kjellberg sin skisse over iverksetting (Kjellberg 1995).

3.3.3 Presentasjon og operasjonalisering av variablene

Videre nå vil jeg redegjøre for de syv forskjellige variablene som er med i den iverksettingsmodellen som jeg har valgt å bruke i oppgaven. Det vil her bli forklart hva variablene handler om og hvordan de ses i kontekst med FACT BGO. Selve modellen er presentert i figur 3.2 ovenfor.

Standarder og målsettinger

Modellen begynner med variabelen som er tiltakets standarder og målsettinger. Denne variabelen sier noe om de generelle standardene og målsettingene som politikere vil ha frem av tiltaket. De vil ha konkrete mål som man vil skal bli gjennomført for at de vil godkjenne tiltaket som vellykket (Van Meter 1975). Dette er noe man kan se på som et klassisk eksempel på ovenfra-ned tilnærming, der politikken blir formet med klare retningslinjer og mål som må utføres av andre nedover i systemet. Det som er viktig her er at det er klarhet i

selve målet, at de som blir satt til å utføre tiltaket er fullt klar over hva de skal iverksette og hvilket mål de skal strekke seg mot. Uklarheter her vil gi rom for misforståelser, men også rom for at iverksetterne kan tilpasse tiltaket lokalt (Kjellberg 1995).

Jeg vil med denne variabelen se på hvordan styringer, retningslinjer og målsettinger blir gitt til og implementert av de som skal iverksette FACT nede på utfører nivå. Jeg vil også se på hvordan instruksjoner de har fått og hvordan de må forholde seg til dem for å lykkes i implementeringen. Dette er et viktig steg for å se hvordan implementeringen har foregått. Det er viktig at hvis styringsgruppen vil ha en fungerende FACT-enhet som utfører jobben sin etter FACT-modellen, så må de ha gitt klar og presis informasjon om hvordan de har sett for seg de standardene og målsettingene de forventer med programmet. Disse kan være som for eksempel innleggsestall, målgruppe, recovery og generelle brukererfaringer.

Ressurser

Den andre variabelen som tilhører tiltakets start er ressurser. Denne handler om de ressursene som blir stilt til disposisjon, enten økonomiske insentiver eller andre insentiver, for å legge til rette for en effektiv iverksetting (Van Meter 1975).

En stor grunn til at mange prosjekter ikke blir vellykket implementert er at de ikke har blitt nok prioritert av dem som har ønsket det innført. Så det å sette til side nok ressurser både i form av økonomiske ressurser og menneskelige ressurser i form av arbeidskraft er en viktig del i om et tiltak blir vellykket. Her vil jeg se på om det har vært sider ved de ressursene som er foreligget fra bydelen som har hatt en stor effekt på iverksettingen. Dette om det er blitt oppfattet som tilstrekkelig og hvordan kostnadsbildet totalt sett er for å få til et vellykket program. FACT BGO er finansiert gjennom midler fra helsedirektoratet igjennom en bestemt prosjektperiode og spørsmålet er da om hvordan kostnadsfordelingen i prosjektet påvirker graden av suksess.

Kommunikasjon og gjennomføringsaktiviteter

Denne variabelen handler om hvordan de forskjellige nivåene som har med iverksettelsesprosessen kommuniserer og samhandler. Hvordan standarder og målsettingene blir kommunisert fra øvre nivåer og ned til dem som skal iverksette dem. Dette er vanskelig og kompleks prosess, men hvis den gjøres riktig så vil vellykket iverksettingen være mye

lettere å oppnå. Det viktigste i prosessen for vellykket implementering er at det er klarhet i kommunikasjonen om standarder og målsettinger (Van Meter 1975).

En annen viktig ting her er om det finnes variasjoner i innflytelsesfordelingen mellom de enheter som inngår i iverksettelsesprosessen, forholdet mellom nivåene vil bære preg av ovenfra-ned tilnærming, men målforskyvning og lokal tilpasning kan oppstå, men da som brudd på de klare retningslinjene (Kjellberg 1995).

Det er bydel Gamle Oslo som er på det øverste nivået her, og det vil da være spennende å finne ut om hvordan de har opptred ovenfor enheten som skal iverksette FACT. Dette vil si hvordan deres kommunikasjon har vært om hvordan man skal gjennomføre tiltaket og hvordan målsetting de har sett for seg. Dette er også et samarbeid mellom bydelen og Lovisenberg DPS, så hvordan kommunikasjonen til og fra Lovisenberg DPS og til bydelen og FACT-enheten foregår er også av interesse. Innflytelsesfordelingen mellom bydel Gamle Oslo og Lovisenberg DPS ovenfor FACT-enheten er også noe som kan påvirke hvordan iverksettingen av programmet har foregått. Det kan oppstå uenigheter mellom partene i hvordan programmet skal tilpasse seg i enheten ut ifra deres egen interesse.

Van Meter og Van Horn nevner også at iverksetteren står mye sterkere hvis de har tilgang på mekanismer som det å kontrollere hvem som jobber med tiltaket og det å ha kontroll over budsjettet. Gjennom slike mekanismer kan de ha innflytelse på iverksettingsprosessen (Van Meter 1975). Så den som har kontroll på disse mekanismene kan kontrollere prosessen. Det å finne ut av hvem som sturer dette i iverksettingen av FACT vil ha betydning på deres innflytelse og deres meninger om hvordan de mener programmet skal være.

Trekk ved iverksettingsenheten

Hvordan de organisasjonsmessige trekkene ved enheten som har ansvaret for å utføre iverksettingen er lagt opp har stor betydning for om enheten har nok kapasitet til at iverksettingen går som planlagt. Dette kan være trekk som kommunikasjon, kompetanse og størrelse på enhetens ansatte, graden av hierarki på enheten, politiske ressurser som er tilgjengelige, enhetens energi og andre lignende trekk (Van Meter 1975). Hvordan variasjoner det er på disse faktorene vil sammen med om organisasjonen er en lukket eller åpen organisasjon påvirke iverksettingen (Kjellberg 1995).

Her kan jeg se på de trekkene som FACT-teamet og deres nærmeste medarbeidere har for å kunne si om de har tatt til seg metoden av programmet og gjennomført den på riktig måte som tilfredsstillende standardene som var satt ved tiltakets begynnelse. Det er også interessant å se på hvordan type organisasjoner FACT BGO, bydel Gamle Oslo og Lovisenberg DPS er i forhold til hierarkiske trekk for å se hvordan iverksettingen blir påvirket i forhold til dette.

Økonomiske, sosiale og politiske betingelser

Dette er en sammensatt variabel av forskjellige forhold, som iverksetter i liten grad kan styre, men som kan påvirke iverksettingsprosessen. Det er stor grunn til å tro at de økonomiske forskjellene og den sosiale sammensetningen som preger bestemmelsesstedet for et tiltak har en påvirkningskraft for å påvirke resultatet av tiltaket (Kjellberg 1995).

I bydel Gamle Oslo, som er rammefinansiert, kan det oppstå uenigheter i hvordan disse tilskuddene skal fordeles. FACT er et mer kostbart behandlingsprogram enn andre alternativer, så det kan oppstå konflikter ved at dette behandlingsprogrammet bruker mer midler enn andre program som bydelen finansierer. Det kan da oppstå barrierer som må overkommes for å få til en komplett iverksetting.

Sosiale betingelser som skal til for å få til en vellykket iverksetting kan være faktorer som selve brukerne av behandlingsprogrammet. Det å overtale brukerne til at FACT er en bedre metode for å behandle og oppfølge dem enn den gamle modellen er en viktig del i iverksettingen.

Bydeler i Oslo er selvstyrte, så de kan selv bestemme over de økonomiske rammene de får bevilget. Så når prøveprosjektet er over og pengeoverføringen fra Helsedirektoratet er slutt, vil de politiske organene i bydelen fortsatt være interessert i å støtte FACT programmet i bydelen? Denne usikkerheten kan ramme graden av iverksetting både positivt og negativt. Personer i iverksettingsorganet kan tenke at dette tiltaket forsvinner etter prosjektperioden og dermed ikke yte maks for å få det i gang, eller så kan de jobbe hardere for å få til tiltaket for å bevise at det faktisk er behov for dette programmet og at det bør bli prioritert av lokalpolitikere i fremtiden.

Enhetens handlingsvilje

Det er i denne variabelen holdningene og oppfatningene til selve aktørene som er viktige. Om de har en vilje eller ønske om å utføre tiltaket har mye å si for resultatet. Og ikke minst de som er i direkte kontakt med brukerne, de som utfører det som er iverksatt i det daglige, har mye å si på om hvilken iverksettingspraksis som blir resultatet (Kjellberg 1995). Det handler her om at de som skal utføre tiltaket også må ha en tro på at det tiltaket de utfører faktisk har noe mening for seg. Van Meter og Van Horn nevner tre forhold som påvirker enhetens handlingsvilje. Det første er dens forståelse av tiltaket, den andre er dens holdninger til tiltaket og den tredje er intensiteten i denne reaksjonen (Van Meter 1975). Det er derfor også viktig at de følger de retningslinjer som er blitt gitt nøye, slik at hvis de har tro på det og retningslinjer blir fulgt så kan man se et resultat som stammer direkte fra tiltaket.

Her må man se på FACT-teamet om de har fulgt de retningslinjer og råd de har fått, og om disse har blitt fulgt eller om lokale justeringer må ha blitt gjort for å bedre få tiltaket til å passe inn. Jeg må se på om medarbeidere i teamet har hatt en tro på prosjektet fra dag en og om de har jobbet for eller imot det. Det er også viktig å se på hvordan prosjektledere og andre har fremstilt prosjektet for å påvirke medarbeidere i en positiv retning. Det at medarbeidere samtykker til standardene og målsettingen gjør at potensialet for at sannsynligheten for at FACT programmet blir vellykket større. Medarbeideres holdninger kan stamme fra både personlige og faglige interesser (Van Meter 1975).

Resultat

Den siste variabelen handler om resultatet av iverksettingen og måles opp mot det som var målsettingen av tiltaket. Målsettingen til FACT Gamle Oslo er at de vil få ned innleggelses på institusjoner og få en kjappere recovery.

Det å måle enten innleggelses og recovery nå og opp mot det som var før prosjektstart er et veldig stort statistisk prosjekt og vil ikke bli gjort i denne oppgaven. FACT enheter blir målt på en fidelity-skala som blir utført av et nederlandsk team. Denne poengsummen fra fidelity-skalaen kan man se i samsvar med hvordan man har utført iverksettingen for å se på hvordan selve iverksettelsesprosessen har foregått og om den er blitt gjennomført på en god måte og bitt vellykket.

3.4 Forventninger om funn

Forventningene om funn er at disse variablene skal kunne forklare hvordan de har valgt å implementere FACT inn i bydelen og si noe om hvordan de har tatt visse valg for å gjøre dette og hvorfor akkurat disse valgene ble tatt. Det forventes også å finne ut av hvordan perspektiv de har bruke i iverksettingen av FACT. Ved et ovenfra-ned perspektiv forventer jeg å finne en sterk styring ovenfra, mens ved et nedenfra-opp perspektiv så kan man finne tegn på at det har oppstått lokal tilpasninger.

4 Forskningsmetode

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for valg av metodisk tilnærming i denne oppgaven. Et forskningsdesign er en oppskrift eller en detaljert plan for hvordan et forskningsstudie skal bli ferdigstilt ved å velge et utvalg av interesse å studere, klargjøre variablene slik at de kan måles, samle inn data som skal brukes som grunnlag for testing av hypoteser og hvordan man skal analysere resultatene (Kumar 2011).

Denne oppgavens design er et casestudium der det vil bli benyttet en kvalitativ metode med intervjuer og dokumentanalyse av ulike dokumenter som datainnsamlingsmetode. Ordet kvalitativ innebærer at det blir lagt vekt på de kvalitetene på enheter og på prosesser og meninger som ikke er eksperimentelt undersøkt eller målt i mengde, beløp, intensitet eller frekvens (Justesen and Mik-Meyer 2012).

4.1 Valg av forskningsdesign

Det finnes mange forskjellige metoder som kan brukes i forskning, men det finnes metoder som er hensiktsmessig bedre for den problemstillingen man har og modellen som man jobber ut ifra (Silverman 2010). Den metoden som jeg har funnet hensiktsmessig å benytte for å løse problemstillingen til oppgaven er et casestudium med et kvalitativt forskningsdesign. Det ble valgt kvalitativ metode fordi den best passet til å forstå hvordan iverksettingen gjennomføres og følges opp av de rundt prosjektet. Dette er fordi det er vanskelig å få noe som lar seg tallfeste eller måle for å se hvordan iverksetting av et slik tiltak helt har foregått. Denne oppgaven fokuserer derfor på å få frem sammenhenger og helhetlige bilder om iverksettingsprosessen, og dette gjøres best mulig ved bruk av kvalitativ metode, som blant annet er kjennetegnet ved stor grad av åpenhet og fleksibilitet.

Et kvalitativt forskningsdesign er en studiemetode der det gjerne er få enheter som skal undersøkes dyptgående og der målet med studiet er å gi en grundig og helhetlig analyse av et fenomen, man skal altså si mye om lite. I en kvalitativ studie handler det om å tolke og forstå fenomener som studeres i motsetning til å måle dem som i kvantitative studier (Kumar 2011).

4.2 Casestudie

Som jeg har nevnt tidligere i oppgaven så er denne studien et casestudie. Dette er fordi et casestudie best mulig tillater å gjøre en dyptgående undersøkelse av iverksettingsprosessen av behandlingsprogrammet FACT og skaffe en dypere forståelse på hvordan prosessen har foregått og hva de har måttet endre på for å få programmet til å passe best mulig inn i bydelen. Designet på en casestudie er basert på antagelser om at saken som det blir forsket på er et atypisk tilfelle der man kan bruke forskningen rundt saken for å få en innsikt rundt en bestemt hendelse eller situasjon. Det er et veldig nyttig design når man vil utforske et område som man vet veldig lite om eller der man vil ha en helhetlig forståelse av en bestemt situasjon, fenomen, hendelse, område, gruppe eller samfunn. Det å bruke et casestudium design er spesielt relevant når selve hovedpunktet i studien er å undersøke noe grundig i stedet for å bekrefte noe som allerede finns (Kumar 2011).

Den sentrale tendensen blant alle typer casestudier er at den prøver å belyse en beslutning eller et sett av beslutninger, hvordan de ble tatt, hvordan de ble gjennomført og hva resultatet ble (Yin 2014).

En case studie gir rom for en forsker å gå i dybden på en bestemt enhet og komme frem til detaljerte og inngående beskrivelser om det fenomenet som blir studert og se disse resultatene i forhold til en større helhet. Svakheter som kan komme av et casestudie er at det kan være utfordrende å utlegge generaliserende betraktninger om fenomenet som blir studert på bakgrunn av at det er en studie av en enhet. Men Yin mener at det skal være mulig å få til en generalisering fra en casestudie ut ifra en god beskrivelse av selve studien og klare å skille mellom de resultatene som er spesifikke til akkurat det fenomenet man studerer og hva som er mer generelt (Yin 2014). En annen svakhet som kan dukke opp er at det kan hende at det vil være utfordrende å identifisere en årsakssammenheng kun ved hjelp av et casestudie fordi det kan hende andre fenomener, enn akkurat den man studerer, kan tenkes å påvirke resultatet (Kumar 2011).

4.3 Datainnsamling

Datamateriale i denne oppgaven består for det meste av muntlige kilder gjennom kvalitative halvstrukturerte intervjuer, men det vil også bli brukt litt skriftlige kilder for å supplementere de muntlige. Jeg valgte å bruke intervju som datainnsamlingsmetode fordi det er den beste

måten å få dypgående informasjon på hvordan prosessen ved implementering i bydelen har foregått. Ved hjelp av disse kildene vil jeg klare å gå i dybden av iverksettingsprosessen og studere hva som er blitt iverksatt. Det å benytte flere kilder i å undersøke et bestemt fenomen vil gjøre at man vil øke sjansen for at resultatene faktisk reflekterer de faktiske hendelsene og er en tilfeldig konsekvens (Justesen and Mik-Meyer 2012).

4.3.1 Intervju

Som oppgavens hovedkilde har jeg brukt kvalitative intervju. Ved hjelp av intervjuene jeg har foretatt har jeg fått et innblikk i hvordan Fleksibel Assertive Community Treatment har blitt iverksatt i bydel Gamle Oslo og hvordan de har samarbeidet med andre for å få det til. For å få dette innblikket har jeg intervjuet ansatte i bydel Gamle Oslo, ansatte i og rundt bydelens FACT team og en ansatt ved Lovisenberg DPS. Intervjuobjektene er fra ledernivå og ned på medarbeidernivå. Alle intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt og det alle intervjuene ble tatt opp på diktafon. Intervjuene varte i gjennomsnitt rett under 40 minutter.

Det finnes to typer kvalitative intervjuer, det halvstrukturerte intervju og det ustrukturerte intervju. Det ustrukturerte intervju er intervjuer der det ikke er oppsatt noe "struktur" på gjennomføringen av selve intervjuet. Dette gjør at intervjueren har mulighet til å føre intervjuet i den retningen som han føler passer best. Dette er intervjuer der intervjueren ofte har lite kunnskap om emne på forhånd og fører samtalen videre uten noen guide (Justesen and Mik-Meyer 2012). Den andre type kvalitativ intervju er halvstrukturerte intervjuer. Her jobber intervjueren fra en guide der temaet, formålet og strukturen av intervjuet er definert på forhånd av selve intervjuet. Men i selve intervjusituasjonen er det muligheter for å avvike fra intervjuguiden hvis intervjuobjektet nevner noe som er av interesse innenfor temaet (Silverman 2010). En slik tilnærming med halvstrukturerte intervju gir rom for intervjuobjektet til å selv finne ut og sette fokus på det han mener er viktig samtidig som det er mulig å stille oppfølgingsspørsmål. Selve spørsmålene er såkalte "open-ended", som betyr at det mulige svaralternativet ikke er oppgitt på og intervjuobjektet er fritt til å svare på den måten han selv ønsker.

Et halvstrukturert intervju skal bestå av en intervjuguide for å veilede intervjueren igjennom intervjuet og holde intervjuet strukturert. Denne lagde jeg før jeg gjennomførte intervjuene og lagde en hovedmal på hvordan intervjuguiden min skulle se ut, men tilpasset den inn mot

hvert intervjuobjekt i forkant av de forskjellige intervjuene. Dette gjorde jeg for å sikre at spørsmålene jeg hadde var relevante til intervjuobjektet og den stillingen de hadde i forhold til FACT BGO. Intervjuguiden ligger vedlagt som vedlegg 2.

Alle intervjuobjekt ble informert om hva intervjuet gikk ut på før de ble med igjennom et informasjonsskriv som jeg sendte ut til mulige intervjuobjekter. Der ble også informert om at intervjuene skulle bli tatt opp på diktafon og samtlige skrev under på en samtykkeerklæring om at de er innforstått med hva det innebar å delta på intervjuet. Intervjuguiden ble laget med vekt på teorien om iverksetting og hvordan intervjuobjektene stilte seg til de forskjellige variablene i denne teorien uten å direkte spørre om dem.

4.3.2 Fremgangsmåte ved intervjuene

Utvalget av intervjuobjekter ble gjort på bakgrunn av samtaler jeg hadde med prosjektlederen for FACT i Gamle Oslo. Han foreslo for meg personer som har vært delaktige i iverksettelsen av prosjektet og medarbeidere på prosjektet. Noen av intervjuobjektene kom også fra den såkalte snøball samplingen der den personen jeg intervjuer foreslår en annen person han føler passer bra inn i studien. Informantene ble kontaktet per epost og telefon og alle som ble kontaktet hadde lyst til å stille til intervju. Jeg utførte intervjuene ut ifra en standard intervjuguide, men som var vinklet litt spesifikk inn mot intervjuobjektet for at den ble mest mulig relevant til denne personens rolle i iverksettingen. Intervjuene ble foretatt på arbeidsplassen til de forskjellige informantene og ble tatt opp på lydbånd. Etter intervjuet satt jeg meg ned og transkriberte intervjuet mens det fortsatt var friskt i hukommelsen min. Det er disse transkriberte intervjuene som vil bli brukt som hovedkilde til analysedelen min.

4.3.3 Skriftlig kilder

Jeg benytter meg også av noen få skriftlige kilder. Disse er blant annet dokumenter på hvordan bydelen har forespeilet seg hvordan de skal implementere behandlingsprogrammet FACT, forskjellige skriv om behandlingsprogrammet, og en Fidelity-score som viser hvordan de har utført seg som et FACT team etter hva de nederlandske modellbyggerne mener er den riktige måten for å være et perfekt FACT-team. Andre skriftlige kilder er også forskjellige søknadsbrev på finansielle støtte fra Helsedirektoratet for prosjektet. De skriftlige kildene skal i hovedsak bli benyttet for å bygge opp under de resultater som er kommet fram fra intervjuprosessen.

4.4 Validitet og Reliabilitet

Validitet og reliabilitet er essensielle kvalitetskriterier som man ut i fra kan vurdere kvaliteten på forskningen. Disse kriteriene stammer fra forskerens positivistiske idealer om streng objektivitet (Justesen and Mik-Meyer 2012). Dette krever at studiets metodologi og variabler er nøyaktig definert og at forskningen så lite som mulig er påvirket av kontekstuelle faktorer sånn som forskerens rolle og subjektivitet. Så det å redusere partiskhet er ofte hjerte av saken i validitet og reliabilitet. Ved partiskhet så menes enhver form for ubalanse eller feil fremstilling av studiets funn på grunn av handlinger som forskeren tar eller det designet som studiet har.

4.4.1 Validitet

Validiteten til et studie handler om kvaliteten til de fakta som konklusjonen er begrunnet på. Dette handler om hvordan man går frem for å finne hvilket utvalg som skal brukes, innsamlingsmetode av informasjon, prosesseringen av data, anvendelsen av statistiske fremgangsmåter og selve skrivingen av rapporten. Måten disse punktene blir utført på kan påvirke selve kvaliteten av studiet (Kumar 2011). Så det er derfor viktig for en forsker å sikre at kvaliteten av resultatene blir så bra som mulig gjennom å forsikre at alle punkter av datainnsamling og metodebruk blir gjort på en tilfredsstillende måte.

Alle de informantene jeg intervjuet har vært med på prosjektet fra starten av og noen av de var til og med dem som brakte akkurat dette prosjektet opp til bydelen. Det har vært begrenset med antall personer som har kunnet blitt intervjuet siden prosjektet ikke er så veldig stort, så jeg har prøvd å konsentrere meg om personer i viktige stillinger til prosjektet. Jeg også brukt rapporter og søknader for FACT BGO for å styrke datagrunnlaget. Under intervjuene prøvde jeg hele tiden å stille spørsmålene på en slik måte at de ikke kunne misforståes og prøvde å lage en atmosfære der informantene var så opprinnelige som mulig.

4.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet er påliteligheten til et forskningsinstrument. Det betyr at jo bedre en forskning er bygget opp og gjort på riktig måte, jo lettere er det for samme eller en annen forsker å få de samme funnene ved å bruke samme forskningsinstrument flere ganger. Så reliabilitet indikerer

nøyaktighet, stabilitet og forutsigbarhet på forskningsinstrumentet, så hvis noen av disse punktene er høyere så blir også relabiliteten høyere (Kumar 2011).

Så dette dreier seg om at andre forskere ville fått de samme resultatene ut ifra intervjuene som jeg har fått. Det er derfor veldig viktig at jeg forstår funnene jeg har fått på best mulig måte. Dette ble gjort ved å bruke en diktafon slik at jeg i ettertid kunne gå gjennom intervjuene nøye og virkelig forstå hva informanten mente å svare. Det er også viktig at jeg tolker de funnene jeg har fått på en så objektivt som mulig måte.

5 Analyse

I dette kapittelet vil jeg analysere de funnene jeg har kommet frem til gjennom de intervjuene jeg foretok meg. Funnene vil bli analysert med utgangspunkt i iverksettingsmodellen til oppgaven som ble presentert i kapittel 3.3.

5.1 Standarder og målsettinger

Hovedmålet for FACT BGO er at det skal være en kontinuitet i behandlingen av en målgruppen med psykiske lidelser. Dette går ut på at inkludering og deltagelse i samfunnet skal for målgruppen forbedres og man skal også forhindre og forebygge innleggelse av pasienter i denne målgruppen (Tjelta 2013). Målgruppen blir av Helsedirektoratet beskrevet som:

Mennesker med alvorlig psykisk lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelmisbruk /ruslidelser, kognitiv svikt mv. , med langvarige og sammensatte behov for behandling, rehabilitering, oppfølging og støtte fra kommune- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2012).

Målgruppen består altså av mennesker som har store psykiske problemer og de er som oftest også fulgt av rusproblemer i tillegg. Så det å få riktig målgruppe inn i prosjektet er et viktig steg for å oppnå de bestemte målsettingene. Helsedirektoratet har følgende mål for ordninger som søker om tilskudd for å drive et FACT team:

Styrke tilbudet til mennesker med langvarige og sammensatte tjenestebehov gjennom å etablere helhetlige, samtidige og virksomme tjenester fra ulike nivåer og sektorer (Helsedirektoratet 2012).

Bydelen har sagt at de har som mål med FACT BGO å gi bedre og mer samordnede tjenester til målgruppen voksne med alvorlig psykisk lidelse (Oslo 2013). Dette er noe som passer til målet som Helsedirektoratet har. Så en av utfordringene her er derfor å se på om FACT teamet i bydelen har samme målsettinger og samme beskrivelse på målgruppen som det Helsedirektoratet og bydel Gamle Oslo har. De teamansatte har ifølge intervjuer som jeg har gjort fått opplæring i målsettinger og målgruppe igjennom forskjellig kursdeltagelse,

egenstudering av FACT manualen og igjennom utallige møter med hele teamet til stede. En informant tolker målsettingen til FACT teamet slik:

Den er å ivareta pasienten og få pasienten til å leve et meningsfullt liv, [...]. Dette skal vi få til igjennom behandling og stabilisering og hjelp videre og recovery. Det finnes jo disse syv C-er i FACT modellen som er veldig viktige.

Denne medarbeideren mener at primærmålet til teamet er å gjøre det som er best for pasienten igjennom behandling som lener seg mot de syv C-er prinsippet. Dette prinsippet stiller, som tidligere sagt, krav til hvordan tjenestene blir utført og er en god veileder for å få best mulig recovery for pasienten. Med recovery så menes her bedringsprosessen til den enkelte pasient. Dette med recovery blir nevnt ofte når intervjuobjektene ble spurt om målsettingen, en informant sier:

Vi skal støtte recovery, og for at vi skal gjøre det så må vi blant annet og god behandling. Dette er det aller viktigste. Så vår overordnede målsetting er å være et aktivt oppsøkende behandlingsteam og gjøre de behandlingsmessige tiltakene som er nødvendige for at folk skal kunne bli bedre og holde seg stabile.

Ut fra dette kan det virke som om man ovenfra har satt et stort fokus på recovery og prosessen rundt dette. Men en annen sier:

[...] det er veldig mye snakk om recovery, men for vår målgruppe så er dette med god og riktig behandling helt essensielt for at de skal klare å komme seg.

Det kan her virke som om man fra høyere hold er så fokusert på at alle skal ha en god bedringsprosess og at de skal få til en bra recovery på pasientene at de kanskje glemmer litt at dette er en målgruppe som veldig ofte ikke blir 100% friske.

5.1.1 Oppsummering

Det virker som om det Helsedirektoratet og bydelen har lagt bak tolkningen av målsettingen for prosjektet gjenspeiles i det som blir fortalt meg i intervjuene. Dette betyr at den overordnede målet med å få alle deltagere på samme linje når det gjelder målsetting som

vellykket. Dette må igjen bety at standardene og målsetningene til prosjektet har vært klare og tydelige fra starten for alle parter.

5.2 Ressurser

En iverksetting uten tilstrekkelige ressurser ville mest sannsynlig ikke bli en vellykket en. Det er derfor viktig at alle nødvendige ressurser er på plass før iverksettingen starter, både økonomiske og personelle ressurser. FACT BGO blir finansiert gjennom egenfinansiering fra Lovisenberg DPS og bydel Gamle Oslo og finansiell støtte fra Helsedirektoratet. Den finansielle støtten fra Helsedirektoratet må søkes om med søknad og bli godkjent før man for de utbetalt. Nedenfor er budsjettet for FACT BGO for 2013 og 2014.

	Søknadsbeløp Helsedirektoratet	Egenfinansiert BGO	Egenfinansiert LDPS	Egenfinansiert	Sum
2013	500.000			150.000	650.000
2014	2.000.000	2.950.000	3.400.000		8.350.00

Tabell 5.1 Budsjett FACT Gamle Oslo 2013-2014 (Tjelta 2012) (Tjelta 2013).

Tabellen viser at både søknadsbeløpet og den totale summen for budsjettet er mye større i 2014 enn i 2013. Dette er fordi budsjettet i 2013 er for forprosjektet der midlene blir brukt til utarbeidelse av informasjonsarbeid, rapporter, kartlegging og prosjektleder. Mens i 2014 er FACT BGO i drift der utgiftene er til lønn av alle ansatte, lokalleie, studieturer, konsulenttjenester og andre administrative oppgaver. Dette er et spleiselag mellom bydelen Lovisenberg og Helsedirektoratet.

Det å få på plass midlene for å få prosjektet opp å stå har vært en av de største utfordringene. Det har blitt fortalt at det ikke var å gjemme bort at dette prosjektet koster mer enn det de hadde før, men at effekten av et slikt behandlingsprogram ville føre til en samlet nedgang i utgifter i hele tjenesteløpet. Problemet var bare at alle som eventuelt ville minske utgifter ved at denne målgruppen får et annerledes men bedre behandlingstilbud ikke var så villig til å være med på spleiselaget. En informant sier:

[...] det er en drakamp om midlene. For egentlig er et spleiselag 50/50, men hvis du ser på finansieringen av psykisk helse, så får jo psykisk helsevern 70% av alle

midlene mens kommunene får 30%. Hvorfor skal det være spleiselag på de som egentlig er helseforetaket sitt ansvar på 50/50?

Så det menes at siden der er helseforetaket som får utbetalt mest mot behandling av psykisk syke så bør de bidra til mer enn 50% av utgiftene det koster å drifte et slik FACT team. Ut ifra budsjettet for 2014 så dekker LDPS ca 54% av de egenfinansierte utgiftene mot FACT teamet, så det kan virke som om dette stemmer.

Det å få de riktige personelle ressurser er også viktig, og en av kampene i oppstarten av FACT BGO var å få på plass en russspesialist på 100%. En informant sier:

NAV stilte med 50% russspesialist i starten, det var en hard kamp, [...] men når de begynte å se effekten av dette, så har de avgitt 100% [stilling].

Siden det mange av målgruppen ofte er rammet av rusproblemer i tillegg til de psykiske var det viktig for BGO å få på plass en russspesialist også, men dette var en kamp for å overbevise NAV, som har russomsorgstjenestene, at det lønte seg for dem å bidra med personell i prosjektet. En sier:

[...] fra starten av (var det) 50% på grunn av økonomiske grunner og fordi NAV Sosial måtte se nytten av det.

Så i de fikk kun en russspesialist i 50% i starten siden NAV ikke kunne sette av ressurser til det før de fikk se resultater av at det var behov og det hjalp å ha en russspesialist der. Men etter at NAV så nytten satte de inn en spesialist i 100% stilling. Teamet syntes det var viktig med en med ruskompetanse siden de hadde mest erfaring med behandling av personer med psykiske lidelser.

Ruskompetanse var noe de andre ikke hadde som har gitt et kjempebidrag inn i gruppen.

Så med å få tilgang på denne personelle ressursen så står teamet sterkere mot det å behandle og gå gjennom behandlingen av personer som har en psykisk lidelse og har rusproblemer. Det

kan være en viktig brikke i å få teamet til å fungere optimalt og derfor få iverksettingen til å bli vellykket.

Det finansielle som var trengt for å få prosjektet til å komme seg opp på bena var tilstrekkelig gjennom egenfinansiering og bidrag fra Helsedirektoratet, men det å beholde de finansielle ressursene kommer til bli et problem når prosjektperioden er ferdig. En informant sier:

Det blir en utfordring når prosjektperioden går ut og man går til å bli integrert inn i ordinære tjenester. Foreløpig er vi avhengig av prosjektmidler i stor grad.

Når prosjektperioden er ferdig og man skal gå over til at FACT BGO skal bli finansiert gjennom rammefinansieringen til bydelen blir sett på som et stort ressursmessig problemstilling. En informant sier:

For vi snur jo ressursene inn på en spesiell målgruppe, og vi får jo ikke noe mer resurser. Vi må da ta resurser vekk fra andre.

En annen sier:

[...] men allikevel er det jo sånn at når midlene er borte så kan ikke dette gå videre uten at vi underveis har klart å dreietjenesten i den retning, for da blir jo midlene borte så da må vi ha klart på å få alt inn på det sporet. Og det er en kjempeutfordring.

Dette har ikke så mye med iverksettingen av selve prosjektet, men problemstillingen har gjort at deltagere i prosjektet stiller spørsmålsteget til FACT prosjektet sin varighet og dette kan gå utover deres innsats i selve iverksettingen av prosjektet. De ser at det kanskje ikke er muligheter økonomisk å videreføre prosjektet etter at prosjektperioden er ferdig i 2018, og da kan innsatsen de putter inn i prosjektet bli påvirket av dette.

5.2.1 Oppsummering

Et FACT team skal bestå av til sammen 8,7 årsverk, så de økonomiske ressursene de har til disponering er tilstrekkelige for å få dekket disse stillingene. Det som derfor blir et problem er at alle av de som har blitt intervjuet har nevnt det med at de er usikre på hva som skjer med

prosjektet når finansieringen fra Helsedirektoratet forsvinner, noe som kan påvirke innsatsen til de enkelte.

5.3 Kommunikasjon og gjennomføringsaktiviteter

Denne variabelen handler for det meste om kommunikasjonen mellom partene i prosjektet og FACT enheten. Dette vil si kommunikasjonen imellom bydelen og LDPS og kommunikasjonen fra dem og ned på enhetsnivå. Hovedbudskapet i en slik kommunikasjon mellom flere parter handler som regel om hvordan de på et høyere nivå i hierarkiet ønsker at standardene og målsettingene skal bli gjennomført på lavere nivåer. Det er derfor viktig at disse temaene blir kommunisert på et korrekt måte slik at det blir lettere å oppnå en vellykket iverksetting. En del av kommunikasjonen er også gjennomføringsaktiviteter, som er forskjellige tiltak som er laget for å fremme iverksettingen.

Det meste av kommunikasjonen i dette prosjektet går gjennom prosjektgruppen og styringsgruppen, disse har vært med fra dag en som en informant sier:

[...] vi har hatt prosjektgruppe og styringsgruppe og i forprosjektet, og så gikk vi over til hovedprosjektet med samme styringsgruppe og prosjektgruppe.

Deltakerne i både prosjektgruppen og styringsgruppen består av personer fra bydel Gamle Oslo, Lovisenberg DPS og FACT enheten. Kommunikasjonen i dette prosjektet er veldig formelt og hierarkisk. En informant sier:

Det går igjennom de riktige kanalene (styringsgruppen), og dette her er jo svære organisasjoner og det er jo selvfølgelig noen som prøver seg, men de blir avvist. Fordi det må gå i linje, det må gå de riktige veiene.

Det er altså veldig viktig her at hvis noe skal bli gjort om på av standarder eller målsettinger, så må dette gå de riktige veiene, altså gjennom styringsgruppen og få godkjenning derfra. Hvordan dette blir gjort beskriver en informant:

Og der er jo sånn at saker blir tatt opp i prosjektgruppen, som da forbedrer sak til styringsgruppen hvor det blir avgjort/behandlet. Det er i styringsgruppen at alle avgjørelser blir tatt.

Styringsgruppen står selv helt fritt til å behandle saker og ta de avgjørelser de selv vil siden bydelen har et lokaldemokrati og man slipper å få godkjenninger fra Oslo kommune og byrådet for å gjøre slikt. Men det at det fra starten av har vært vedtatt et beslutning fra både prosjektgruppen og styringsgruppen at man skal være så modelltro som overhode mulig fra starten av, så har det ikke kommet veldig mange ønsker om å forandre på hvordan FACT modellen skal være utformet i bydelen.

5.3.1 Oppsummering

Det at alle saker som handler om spørsmål knyttet til standarder og målsettinger ved iverksettingen av FACT enheten i bydelen går gjennom de riktige hierarkiske nivåer sørger for at det er et klart preg av ovenfra-ned tilnærming der alle avgjørelser blir tatt på det høyeste nivå. Dette sørger da for at det er nærmest null lokal tilpasning og at man følger prosjektbeskrivelsen så nøye som mulig som dermed skaper best mulig sjanse for en vellykket iverksetting.

5.4 Trekk ved iverksettingsenheten

Denne variabelen handler for det meste om hvordan organisasjonen er organisert i forhold til å enklest klare å gjennomføre iverksetting av et tiltak på en best mulig måte. Så trekk som for eksempel kommunikasjon, kompetanse og graden av hierarki kan ha en påvirkning på hvordan organisasjonen takler iverksettingen.

Enheten er som ble forklart i delkapittelet over organisert under styringsgruppen. Denne gruppen har det overordnede ansvaret for enheten og bestemmer over de økonomiske og organisatoriske faktorene som gjelder for FACT BGO. Av ansatte i FACT enheten er det medarbeidere fra både Lovisenberg DPS, bydel Gamle Oslo og en fra NAV Gamle Oslo. De store avgjørelsene blir tatt av styringsgruppen mens de mindre dagligdagse bestemmelsene kommer fra teamlederen. En informant sier:

[...] at med riktige ledelse så klarer du å styre ganske bra.

Teamlederen, som på en måte har fullmakten, også er det noen i kraft av sine utdanninger eller sånn som påberoper seg å ha makt, men det er ofte på det faglige grunnlaget og ikke på drift.

Internt i teamet så er det teamleder som har overordnet ansvar og over han så sitter prosjektleder som over han igjen har en enhetsleder å forholde seg til. Over dem alle igjen så sitter styringsgruppen med overordnet ansvar. Hele den organisatoriske delen av prosjektet har en veldig stor grad av hierarki og det nederste nivået, FACT BGO-enheten, har liten påvirkning på hvordan de skal forme prosjektet inn i bydelen. En informant sier:

I Gamle Oslo er det en helt annen type organisering (enn i andre bydeler), en mer formal struktur og det har vi tilpasset oss og utviklet ting til.

Så det har vært nødvendig for alle deltakerne i prosjektet å forme seg for å tilpasse seg hvordan ting blir gjort i bydelen slik at de blir fornøyde.

Prosessen for å finne riktige teammedlemmer har vært veldig strukturert og de har jobbet aktivt mot å få personell over på teamet som virkelig har ønsket å jobbe på dette prosjektet. Det ble også hentet inn personell som hadde jobbet med ACT i bydel Grünerløkka for å få ACT tankegangen inn i gruppen. Det totale årsverket ved FACT BGO er på 8,7 fordelt utover forskjellige yrkesgrupper og de er alle hentet inn fra både bydel Gamle Oslo og Lovisenberg DPS.

5.4.1 Oppsummering

Det at alle teammedlemmene originalt stammer fra enten bydelen eller LDPS gjør at den organisatoriske forankringen er sterk og siden bydelen og LDPS fra før av har hatt et tett og godt samarbeid på andre prosjekter gjør at disse gode relasjonene hjelper til for at teamet for ro i å utforme prosjektet etter de rammer som er gitt dem. At enheten alltid må gå gjennom de hierarkiske kanelene tyder på at hele prosessen ved iverksettingen foregår på en veldig formell og strukturert måte.

5.5 Økonomiske, sosiale og politiske betingelser

Dette er en variabel som er satt sammen av betingelser som iverksettingsenheten står overfor som kan påvirke iverksettingsprosessen, men som de selv ikke kan påvirke på noen som helst måte. Disse variablene er økonomiske, sosiale og politiske betingelser som her vil bli forklart hver for seg.

5.5.1 Økonomiske trekk

FACT BGO blir finansiert gjennom bydel Gamle Oslo sine budsjetter og LDPS. Bydelen sin økonomi er rammestyrte fra kommunenivå mens Lovisenberg har innsatsstyrt finansiering, noe som betyr at de genererer mer inntekter jo mer behandling de utfører. Her kan det oppstå misforståelser og tvil hos de forskjellige parter. En informant putter det slikt:

[...] sykehuset har innsatsstyrt finansiering, men våre ansatte har jo også tilgang til DIPS systemet som gjør at de genererer inntekter, og det blir en del av inntektene til FACT. Men har vi innsyn i alle disse inntektene? [...] for å sette det litt på spissen, vet vi hvor mye Lovisenberg egentlig får av inntekter, eller er det noe som blir holdt utenfor her?

Så tvilens kjerne er om det blir generert mer inntekter fra behandlingen som FACT BGO utfører som ikke blir ført tilbake til FACT enheten. Ved at slike punkter er usikre for de som er involverte kan skape splid innad i enheten og få utover samarbeidsevnenes deres.

5.5.2 Sosiale trekk

Med denne betingelsen så mener man at for eksempel sosiale trekk ved bydelen sin demografi kan påvirke iverksettingen. Sammenlignet med andre bydeler i Oslo så er Gamle Oslo på andre plass over hvor mange prosent av innbyggerne som sliter med en psykisk lidelse. Veldig ofte går psykisk lidelser hånd i hånd med et rusproblem og det er ikke noe unntak i BGO. En ansatt har fortalt at mange av de pasientene med rusproblemer tar opp veldig mye plass i et behandlingsteam, og det å prøve å finne ut av hvem som hører til i målgruppen og ikke og det å få de riktige pasienter inn i programmet. For å gjøre dette på best mulig måte så har FACT BGO hatt en brukerrepresentant i prosjektgruppen slik at de der kan få vite hvordan pasientene tenker om behandlingen de har fått og hvordan de lettest kan få pasienter til å vende seg til dette nye tilbudet.

5.5.3 Politiske trekk

Det politiske landskapet er hele tiden i bevegelse og dette gjelder også for bydeler. Så det vil hele tiden være forskjellige typer av politisk press på hvordan man vil at behandling av pasienter skal foregå på en mest effektiv og økonomisk måte. Det største politiske hinderet i iverksettingen av FACT har vært lovverket som er tilknyttet behandlingen av psykiske lidelser. En informant sier:

[...] er jo det med at bydel og DPS er i forskjellige lovverk. Bydelen er leid inn til DPS som i DPS sitt system sier at vi ikke kan godkjenne egne dokumenter, så da må vi sende det til kollegaene våre for å få dokumenter godkjent. [...] som er på grunn av lovverket i forhold til DIPS.

Så de ansatte i FACT BGO som har blitt flyttet fra bydelen over til teamet har ikke noe mulighet for å godkjenne egne dokumenter de har skrevet på pasienten de har behandlet i DIPS, som er journalsystemet Lovisenberg bruker. Dette har blitt til en frustrasjon blant ansatte og har gjort til at hele prosessen ved å skrive viktige ting inn i journalen til en pasient har blitt veldig tungvint. For at dette skal kunne endres på som må man faktisk endre selve lovverket rundt pasientjournaler. Dette har oppstått som et problem siden dette er det første prøveprosjektet rundt dette i Norge og man må derfor løse slike problemer for første gang. En annen informant nevner at lovverket ikke legger til rette for samhandling og deling av pasientinformasjon, og dette blir selvsagt et problem når man prøver ut et samhandlingsprosjekt.

5.5.4 Oppsummering

Så utfordringer FACT BGO har støtt på her er de økonomiske betingelsene som står ovenfor dem er usikre og kan skape splid innad, samtidig som lovverket hindrer at det blir lagt til rette for optimal samhandling mellom enheter som begge utøver behandling av personer med psykiske lidelser.

5.6 Enhetens handlingsvilje

Denne variabelen handler om hvordan de ansatte på enheten forstår målsettingen og hvordan de jobber med å utøve best mulig praksis for å oppnå målsettingen. Så at de ansatte som jobber i FACT BGO alle har forstått målsettingen riktig og jobber på best mulig måte for å nå

den er veldig viktig i å få til en vellykket iverksetting. Så det at de ansatte som faktisk er dem som utfører det nye tiltaket er så nærme retningslinjene som mulig gjør at man lettere kan se om eventuelle forandringer da er en følge av at FACT ble innført.

Noe av det viktigste som er gjort i iverksettingen er at prosjektgruppen har gått rundt og håndplukket ansatte som har villet være med på prosjektet siden de syntes at det virket som et spennende behandlingsprogram. Dette kan da være en grunn til at en informant sier dette:

Det handler mye om at gruppen har villet få det til. [...] så har den gjengen som har kommet inn i FACT vært veldig engasjerte og har villet få det til da.

Det at de har plukket ut en gruppe av ansatte som har forstått programmet og har som ønske å oppnå målsettingen gjør sannsynligheten for vellykket iverksetting mye større. Men selv om de ansatte i teamet har lyst til å følge modellen så er det noen som prøver å jobbe imot:

Prosjektleder og teamet vil gjerne være modelltro, men det er ytre krefter som gjerne vil putte alle de problemgruppene de har hos seg inn i dette teamet.

Dette beviser at teamet selv er meget villige til å få prosjektet til å fungere, men at det er utenforstående avdelinger, slike som NAV, som har sterke ønsker om å gjøre om på målgruppebeskrivelsen for å bli kvitt sine egne problemer inn i FACT teamet. Men teamet forholder seg til modellen og en informant nevner dette som en grunn:

Mye av fremgangen skyldes på at det er mange dedikerte personer [...], som er veldig pådrivere. Uten så hadde det jo ikke vært, det hadde kanskje ikke gått så fort.

Det er veldig mye iver fra spesielt prosjektleder og enhetsleder for at dette prosjektet skal fungere og bedre forholdene for de psykisk syke i bydelen. Dette engasjementet har blitt smittet nedover på teammedlemmene og økt deres positivitet for prosjektet og gjort at de selv har en veldig lyst til at FACT prosjektet i bydelen skal bli vellykket. Teamlederen kan også ta sin ære for at teammedlemmene er positive, en informant sier dette om teamleder:

Han kan si "men ifølge modellen skal vi gjøre sånn" og da gjør vi sånn, vi blir på en måte rammet inn av hans lederskap og det fører oss inn i FACT modellen.

5.6.1 Oppsummering

Så det man kan summere av handlingsviljen til iverksettingsenheten er at den er meget sterk og det er et stort ønske for å få FACT riktig implementert inn i bydelen og at målsettingene som er satt skal bli oppfylt. Mye tyder på at det fins en slik ønske på grunn av de forskjellige lederne oppover i systemet og hvordan disse lederne har klart å få frem budskapet av programmet på en slik måte at alle teammedlemmene er om bord med tankegangen. Det er også viktig å påpeke at det eksisterer så å si ikke noe organisatorisk press nedenfra og oppover angående hvordan man ønsker å drive teamet. Det kan virke som om de retningslinjene som ligger til grunn fungerer for alle teammedlemmene å følge etter.

5.7 Resultat

Siden prosjektet er relativt nytt så er det vanskelig å allerede nå bedømme om prosjektet har blitt implementert optimal måte. Men iverksettingen av modellen inn i et egen enhet i bydelen har hittil fungert veldig bra. De har jevnlig hatt besøk av grunnleggeren og en informant sier:

Grunnleggeren, som var her for å sertifisere oss, sa at vi var et team som kunne klare 200 pasienter. Og det jeg vet ikke om vi ville klart her i Norge, men vi har mange flere på TPH her i Norge enn de har i Nederland, så det ert mye skrivning tilknyttet dem og det binder opp resurser.

Så det at grunnleggerne allerede ser at teamet kan klare en så stor pasientgruppe på 200 er positivt fordi de da ser at alle de vitale delene av behandlingstilbudet er på plass og klar for å motta pasienter. Grunnleggeren og andre fra CCAF, som er det nederlandske sertifiseringssenteret for ACT og FACT, var i år og gikk gjennom hele FACT BGO for å se om de kunne bli sertifisert som et FACT team. Etter en gjennomgang av 60 forskjellige punkter som ser på forskjellige aspekter av enheten og man på hvert punkt kan få en score fra 1-5, så fikk FACT BGO en samlett score på 3,9 (van Veldhuizen 2015). Denne fidelity scoren putter FACT BGO på nest øverste nivå i godkjennelsesspekteret til CCAF, og de ble dermed sertifisert. Så det at de har fått høy nok Fidelity score for å bli sertifisert som en FACT enhet vil tilsa at de har utført riktige prosedyrer og samhandlet slik som prosedyrene til et FACT team tilsier.

6 Diskusjon

Oppgavens problemstilling er: ”Hvordan har bydel Gamle Oslo gått frem for å få til en mest mulig vellykket iverksetting av behandlingsprogrammet FACT?” For å kunne bedre svare på dette spørsmålet har jeg laget et forskningsspørsmål som lyder: ”Har det vært store forandringer i FACT modellen for at den skal passe bedre inn i bydelen? Så i dette kapittelet skal jeg ved hjelp av iverksettingsmodellen og forskningsspørsmålet svare på problemstillingen.

6.1 Iverksettingsprosessen av FACT

For å besvare problemstillingen må man se på hvordan FACT har blitt implementert fra starten av og finne ut av hvilke av valgene som har blitt tatt er det som har gjort at iverksettingen har gått som den har gått. Dette vil jeg gjøre ved å gå igjennom de faktorene i iverksettingsmodellen som jeg mener har vært viktige i iverksettingen og finne ut av hva som har blitt utført av FACT BGO hvor og hvordan eventuelle forandringer har skjedd.

6.1.1 Målsetting

Både prosjektgruppen og styringsgruppen har fra første dag de ble enige om å sette i gang med prosjektet om å få FACT til bydelen at de ville at de skulle legge seg så nærme den originale modellen som overhode mulig. Dette mente de var den beste måten for dem å kunne spore om eventuelle resultater av målene deres var som et resultat av den nye behandlingsmåten. Styringsgruppen bestemte derfor at alle som jobber med prosjektet skal få en full opplæring i hva FACT går ut på og hvordan man utøver det i det daglige liv. Dette har blitt utført ved hjelp av tematurer, kursing, møter innad i teamet og selvstendig lesing av FACT – manualen, som de i tillegg først fikk oversatt til engelsk og så til norsk med finansiell hjelp av helsedirektoratet.

Det at styringsgruppen har lagt seg på en standard som gjør at de vil ha så lite forandring på måten man skulle gjennomføre et nytt behandlingsprogram i bydelen på er et meget bevisst valg og en grunn til at de valgte FACT. De sto ovenfor andre typer behandlingsprogram i utvelgelsen av program, men valgte å prøve ut FACT siden er godt beskrevet og er laget for å bli utøvet innenfor gitte rammer. FACT er beskrevet veldig detaljert hvordan man skulle gjøre gjennomføre det fra start til slutt. De trodde nemlig ikke at det var et stort nok

pågangsmot innad i bydelen for å få til et behandlingsprogram som trengte noen lokale ildsjeler og som man måtte planlegges litt etter hvert som programmet foregikk. Så ved å gå for FACT hindret de at det skulle oppstå noe lokal tilpasninger og at enheten nærmest skulle organiseres ordrett ut i fra FACT manualen.

FACT er nesten implementert ordrett fra manualen, men med noen få unntak. En av de forandringene som har skjedd med FACT modellen ved implementering til Norge er hvordan man har sett på målgruppen til programmet. Fordi man i bydelen før har behandlet psykisk syke mennesker i forskjellige ledd i helsetjenesten og ikke samkjørt denne behandlingen, var ønsket å samle disse inn under et team som behandlet dem alle. Men etter hvert som forprosjektet var over og prosjektgruppen gikk for å iverksette FACT sitt behandlingsprogram så ble det en viss enighet om at ikke alle med alvorlige psykiske lidelser skulle falle inn under dette nye programmet. Det var en enighet mellom LDPS og BGO at schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse type 1 og alvorlig varig funksjonsnedsettelse på grunn av psykisk sykdom og eventuelt rusmidler med behov for koordinerte tjenester skulle være målgruppen. Den gruppen som da falt utenfor behandlingen av FACT enheten ble personer med personlighetsforstyrrelser. Dette har de fortalt ble gjort for at de føler at akkurat denne pasientgruppen tar opp for mye ressurser og de ikke hadde klart å prioritere alle de andre pasientene da.

6.1.2 Ressurser

Det har blitt stilt store ressurser til rådighet for å få dette prosjektet igangsatt og dette har vært med å bidra til at igangsettingen har skjedd internt i teamet på en veldig bra måte. Det har vært nok økonomiske ressurser for å få så å si alle på plass i teamet fra dag en, og alle har fått den opplæringen som de har trengt. Det at ressursene, både de økonomiske og personelle, har vært på plass tidlig i prosjektfasen har gjort at startfasen på prosjektet har vært ideell og dermed har man kunnet følge retningslinjene så bra som mulig fordi alle som man trenger er på plass.

6.1.3 Kommunikasjon og gjennomføringsaktiviteter

Det meste av kommunikasjonen i FACT BGO går igjennom de hierarkiske nivåer i bydelen, der styringsgruppen er på toppen. Dette har de gjort for at de på toppen skal ha full kontroll på det som skjer nede på enheten. FACT BGO blir styrt på en meget streng ovenfra-ned

tilnærming der styringsgruppen har endelig avgjørelse på alle saker som skal bestemmes. Ved at det er en ovenfra-ned bestemmelse i enheten så skapes det ingen rom for lokal tilpasning fra teamnivå og på denne måten sørger styringsgruppen for at den målsettingen de hadde ved å implementere et modelltroende FACT team blir muliggjort. Det at det bare er et sted som alle avgjørelser blir tatt skaper et klima der alle er klar over hvem som bestemmer og det gjør at det er en klarhet innad i enheten som gjør at samarbeidet seg imellom går lettere. Alt dette bidrar til at det ikke blir noen uklarheter rundt FACT programmet og iverksettingen av det har større sjanse for å bli vellykket.

6.1.4 Økonomiske vilkår

Det har vært noen økonomiske problemer ved iverksettingen av FACT. Et eksternt problem er finansiering etter prosjektslutt, noe jeg kommer tilbake til i neste avsnitt, mens et annet er de interne økonomiske problemene av kostnadsdeling. Som jeg nevnte i analysen så er alle kostander som har med FACT BGO å gjøre delt på likt imellom bydelen og Lovisenberg DPS mens det er på inntektssiden en liten usikkerhet. På grunn av alle lovverk så må pasientene som blir behandlet igjennom FACT BGO bli registrert hos Lovisenberg sykehus som har innsatsstyrt finansiering som alle sykehus i landet. Dette har skapt noen usikkerheter hos de ansatte fra bydelen siden de ikke vet om det er inntekter fra behandlingen hos FACT BGO som det blir gitt tilskudd til fra den innsatsstyrte finansieringen, men som ikke blir rapportert videre ned på enheten. Dette er ikke et veldig stort problem med tanke på å iverksette FACT inn i bydelen, men at alle involverte i prosessen ikke kan stole på hverandre er ikke et godt tegn. Hvis denne mistanken faktisk stemmer så kan eventuelle inntekter som ikke blir rapportert faktisk hjelpe enheten økonomisk når prosjektperioden er ferdig og Helsedirektoratet sin støtte opphører.

6.1.5 Enhetens handlingsvilje

Det har vært et stort ønske blant de ansatte på enheten å få i gang dette programmet i bydelen. En stor ære for dette pågangsmotet kan tilskrives prosjektleder og enhetsleder som har vært store pågangsdrivere fra starten av. Det var disse som kom med prosjektet til bydelen og sto på for å få det iverksatt. Det at FACT BGO har hatt disse to til rådighet i å få implementert FACT har gagnet iverksettingen og uten et så stort engasjement kan det hende at prosjektet ikke hadde kommet så fort opp i operasjonell stand.

Et annet punkt som kan ha hatt en liten påvirkning på handlingsviljen til enheten ved iverksettingen er usikkerheten på om dette er noe som kommer til å bli satset på etter at prosjektperioden er ferdig i 2018. For etter 2018 så mister de den finansielle støtten fra Helsedirektoratet og prosjektet skal evalueres for å se på om det fortsatt skal være et FACT team i bydelen. Det å vite at man skal jobbe med å implementere en helt ny tankegang i behandlingen og oppfølgingen av psykisk syke mennesker for å ikke vite om dette er noe som kommer til å fortsette når prosjektperioden er over er vanskelig å motivere seg for. Dette har enheten snudd til noe positivt for å vise alle i bydelen at FACT har noe ekstra å tilby i behandlingen av denne gruppen mennesker. Ved å bruke dette punktet som en motivasjon for å vise at når prosjektperioden er over skal alle se på hvordan FACT har forbedret livskvaliteten til pasientgruppen på en så positiv måte at bydelen ikke har noe annet valg enn å fortsette å finansiere denne FACT enheten på egenhånd etter Helsedirektoratet slutter sin finansielle støtte.

Dette engasjementet som er å finne hos de ansatte på FACT enheten kan vise tegn til en liten nedenfra-opp tilnærming. Det at enheten bruker usikkerheten om prosjektet kommer til å bli videreført eller ikke som et positivt virkemiddel til å motivere seg for å gjøre prosjektet så vellykket som mulig, er tegn på atferd i iverksettingsenheten som kan skape anledning til en politisk slutning. Dette er en av definisjonene på nedenfra-opp tilnærmingen og dette gjøres ved å vise til virkningen av det som utføres og det skapes samtidig en eierskapsfølelse av det som blir utrettet.

6.2 Oppsummering av iverksettingsprosessen

Så det man kan trekke ut i fra iverksettingsmodellen er at FACT har så å si blitt implementert eksakt slik som den er laget for å passe inn i Nederland og det er ikke gjort noen store drastiske forandringer for at den bedre skal kunne passe inn i et bydelen. Dette er på grunn av en veldig streng tone fra starten av at man skulle være så modelltro som overhode mulig, og takket være mange engasjerte ansatte så har de fått til det uten de største ulikhetene fra FACT modellen.

Det at det ikke er gjort store forandringer i hvordan FACT er implementert og hva FACT modellen sier man skal gjøre er på grunn av den sterke ovenfra-ned tilnærmingen som er tilstede i bydelen. Det er mulig å spore hele prosessen fra den politiske beslutningen om at

det var behov for et nytt behandlingsprogram, til hvilke handlinger som skal bli tatt og hva målsettingen for det nye programmet skal være helt til hvordan gjennomføringen ble gjort ut ifra de prosedyrer som allerede var fastslått. Gjennom hele iverksettingen har det altså vært klare tegn på en klassisk ovenfra-ned tilnærming i gjennomføringsprosessen.

Det at en ovenfra-ned tilpasning ser ut til å best beskrive iverksettingen av FACT BGO kan komme av at det allerede er blitt gjort store tilpasninger i dette behandlingstilbudet når det ble implementert fra USA til Nederland, og disse tilpasningene passer godt inn i Oslo. Noe av det som ble forandret på fra USA til Nederland var at opptakspopulasjonen til programmet ble kraftig begrenset inn fra 250.000 til 50.000 innbyggere og at de la opp til en mer fleksibel løsning på oppfølgingen til pasientene etter behov. Disse forandringene gjorde at programmet lettere passet inn i demografien i Nederland og jeg tror at en av grunnene til at FACT har blitt veldig populært i der er hvordan de finansierer det. For ulikt fra USA og Norge så er det faktisk pasientene som bestemmer hvilken behandlingsmetode som skal bli brukt til behandling, mens i Norge og USA er det de som finansierer den som bestemmer metoden. Dette kan være en stor grunn til at programmet har blitt forandret på så mye som det har gjort fra USA til Nederland, for å passe bedre inn med pasientenes ønsker om hvordan tjenesten skal utføres. Dette har igjen gagnet iverksettingen i Norge selv om det ikke er samme finansieringssystem så er programmet blitt forandret på slik at det er lettere å overbevise pasientene om at dette er et metode som kan hjelpe dem på en bedre måte enn andre behandlingsmetoder.

Så man kan se at de største forandringene i denne behandlingsmetoden kom da den gikk fra det amerikanske helsetjenesten og til den nederlandske. I implementeringsarbeidet inn i bydelen så fjernet de bare en pasientgruppe, personer med personlighetsforstyrrelser, for å gjøre iverksettingen lettere. Det at denne gruppen ble fjernet kan ses på som et lite avvik, men det var det avviket som styringsgruppen ment måtte til for at FACT skulle passe inn i bydelen. Det at modellen passer så bra inn i bydel Gamle Oslo betyr ikke at den dermed vil passe inn hvor som helst i det norske helsevesenet. Denne metoden er veldig egnet i bydelen siden innbyggertallet er relativt likt det som er krevd av innbyggertall i en region som er egnet for FACT. Det er også vært en positiv kraft på iverksettingen at bydelen og Lovisenberg har hatt en tett og lang samarbeidshistorie som man har kunnet dra nytte av her. Kommunikasjonen mellom partene var allerede på plass lenge før de ble enige om å starte samarbeidet med FACT og dette har gjort hele prosessen lettere.

Så om andre steder i Norge kan lære av denne iverksettingen og se på hva som har blitt gjennomført i Gamle Oslo som en slags mal er jeg høyst usikker på. Det er mange faktorer som jeg har nevnt som taler for at bydelen har vært meget flink og samtidig heldig i å få implementert behandlingsmetoden uten de største problemer. De har hatt en klar ovenfra-ned tilnærming med veldig strenge retningslinjer, de har hatt et par ildsjeler som har pushet på for metoden, de har hatt et allerede godt eksisterende samarbeid med lokalsykehuset sitt og de har droppet en pasientgruppe som har gjort det mindre krevende å jobbe i enheten. Ved hjelp av disse punktene har bydel Gamle Oslo fått til en nesten smertefri iverksetting av behandlingsprogrammet FACT.

7 Konklusjon

Oppgavens overordnede mål har vært å studere iverksettingen av behandlingsmetoden FACT i bydel Gamle Oslo for å se på hvordan man kan forstå iverksettingen og om det har vært behov for noen store forandringer i metoden for at det skulle passe inn i bydelen. I min analyse og diskusjon har jeg fått frem hva som er blitt gjort og hvordan det har blitt utført, og jeg skal her ta en kort konklusjon om hvordan man kan forstå iverksetting.

Iverksettingen av FACT i bydel Gamle Oslo kan forstås som en ovenfra-ned iverksetting der de på det øverste nivået i bydelen har tatt en beslutning på hvordan de har ønsket at FACT har skulle se ut i bydelen, og dette ønsket har ligget tett opp mot hva selve modellen beskrives som. Alle som har utført iverksettingen har fulgt alle instruksjoner som er blitt gitt og det har ikke blitt utført noen lokale tilpasninger fra lavere nivåer i iverksettingsenheten. De tilpasninger som har blitt påført modellen har kommet fra øverste hold i styringsgruppen. Men det er viktig å huske på at disse tilpasningene har inkludert en forandring i målgruppen som har gjort jobben med å få iverksettingen til å se ut som vellykket mye enklere.

Det kan virke som om det er Nederland som støtt på de største utfordringene når de tok for seg ACT for å gjennomføre en iverksetting av FACT der. Den forandringen de gjorde i ACT for å passe inn i Nederland virker som akkurat de forandringene som man trengte for at dette programmet skulle passe inn i bydel Gamle Oslo. Det kan godt hende at hvis et annet sted ville implementere denne behandlingsmetoden i sitt lokalsamfunn så ville det ikke gått på samme måte. Dette siden man i bydelen har hatt sterke styringssignaler på hvordan dette skal bli gjennomført og hva man ønsker av behandlingsmetoden, samtidig som man på forhånd har et sterkt grunnlag for samarbeidet med andre helseinstanser. For at andre skal klare å gjennomføre en slik iverksetting så må disse faktorene legges som et utgangspunkt i iverksettingsprosessen.

Litteraturliste

- Björnberg, Arne. 2015. Euro Health Consumer Index 2014 Report. Sweden: Health Consumer Powerhouse.
- Bond, Gary. 1993. "Assertive Community Treatment for Frequent User of Psychiatric Hospitals in a Large City: A Controll Study." *American Journal of Community Psychology* 18 (6):865-891.
- Bond, Gary. 2002. "Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness." Indiana University-Purdue University Indianapolis, Illinois Department of Human Services' Office of Alcoholism and Substance Abuse.
- Boot, J.M. Bohn Staflau van Loghum 2005. *De Nederlandse gezondheidszorg*: Bohn Staflau van Loghum
- Dincin, Jerry. 1993. "Impact of Assertive Community Treatment on the Use of State Hospital Inpatient Bed-Days." *Hospital and Community Psychiatry* 44 (9):833-838.
- Elmore, R.F. 1978. "Organisational Models of Social Program Implementation." *Public Policy* 26 (2).
- Fiander, Matthew, Tom Burns, Gregory J. McHugo, and Robert E. Drake. 2003. "Assertive community treatment across the Atlantic: Comparison of model fidelity in the UK and USA." *British Journal of Psychiatry* 182:248-254. doi: 10.1192/bjp.182.3.248.
- Fixsen, Dean og Ogden, Terje. 2014. "Implementation Science A Brief Overview and a Look Ahead." *Zeitschrift für Psychologie* 222 (1):4-11.
- Garfield, Rachel. 2011. Mental Health Financing In the United States: A Primer In <http://www.kff.org>, edited by Kaiser commission on medicaid and the Uninsured.
- Grøholt, Else Karin. 2014. Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. In <http://www.fhi.no/artikler/?id=113662>, edited by Folkehelseinstituttet.
- Hartz, S. M., C. N. Pato, H. Medeiros, and et al. 2014. "Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use." *JAMA Psychiatry* 71 (3):248-254. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.3726.
- Helsedirektoratet. 2012. Tilskudd til utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet. Skjema for Kapittel 0743 post 75 og 62. Divisjon psykisk helse og rus. Oslo: Helsedirektoratet.

- Justesen, Lise, and Nanna Mik-Meyer. 2012. *Qualitative research methods in organisation studies, Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzels Forl.
- Kersbergen, Anne Liners. 1996. "Case management: A rich history of coordinating care to control costs." *Nursing Outlook* 44 (4):169-172.
- Kjellberg, Francesco og Marit Reitan. 1995. *Studiet av offentlig politikk – en innføring*: Tano forlag.
- Kumar, Ranjit. 2011. *Research methodology : a step-by-step guide for beginners*. 3rd ed. ed. London: Sage.
- Nugter, M Annet, Fabiana Engelsbel, Michiel Bähler, René Keet, and Remmers van Veldhuizen. 2015. "Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) implementation: a prospective real life study." *Community mental health journal*:1-10.
- Offerdal, Audun. 2000. "Iverksettingsteori - resultatene blir sjeldent som planlagt, og det kan være en fordel?" i Balderheim, H. og Rose, L.R (red.) *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ogden, Terje. 2009. "Implementing and Evaluating Evidence-Based Treatments of Conduct Problems in Children and Youth in Norway." *Research on Social Work Practice* 19 (5):582-591.
- Omsorgsdepartementet, Helse og. 2011. Prop. 1 S (2011-2012) edited by Helse og Omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no>.
- Oslo, Bydel Gamle. 2013. FACT Gamle Oslo. http://home.online.no/~hel-tjel/prosjekt_BGO_LDPS/.
- Oslo-kommune. "Oslo kommunes statistikkbank." <http://statistikbanken.oslo.kommune.no/webview/>.
- Pressman, T.L. og Wildavsky, A. . 1973. "Implementation."
- ROP, Nasjonal kompetansetjeneste. 2014. Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? : Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.
- Sabatier, Paul. 1986. "Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis." *Journal of Public Policy* 6 (1):21-48.
- Schäfer, Willemijn. 2010. The Netherlands Health system review. Health Systems in Transition.

- Silverman, David. 2010. *Doing qualitative research : a practical handbook*. 3rd ed. ed. Los Angeles, Calif: Sage.
- Sledge, W. H., B. Astrachan, K. Thompson, J. Rakfeldt, and P. Leaf. 1995. "Case management in psychiatry: an analysis of tasks." *The American journal of psychiatry* 152 (9):1259.
- Tjelta, Tor Helge. 2012. "Lokalt kunnskapsbasert psykisk helsesam-handling ... og bedre skal det bli!".
- Tjelta, Tor Helge. 2013. "FACT Gamle Oslo (2013-2018)."
- Van Meter, Donald S. og Carl E. Van Horn. 1975. "The Policy Implementation Proces: A Conseptual Framework." *Administraton & society* Vol. 6 (no. 4).
- Van Veldhuizen, Remmers 2013a. FACT - Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, Modell og Organisering av FACT-Modellen. edited by Nasjonal kompetamsetjeneste ROP: Nasjonal kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.
- van Veldhuizen, Remmers & van der Wal, Marcel. 2015. Scoreform FACTS. In <http://www.factgo.no>, edited by CCAF: Certification Centre for ACT and Flexible ACT. Oslo: CCAF.
- Van Veldhuizen, Remmers., & Bähler, Michiel. 2013b. "Manuel Flexible Assertive Community Treatment, Vision, model, practice and organization."
- Varnley, Douglas. 2012. "CASE MANAGEMENT Tennessee Department of Mental Health In Collaboration with the Bureau of TennCare." *echappellTDMHResearchTeam*
- Whitman, Cheryl Vince. 2009. *Case Studies in Global School Health Promotion*: Springer.
- Yin, Robert K. 2014. *Case study research : design and methods*. 5th ed. ed. Los Angeles, Calif: SAGE.
- Younis, T og Davidson, I 1990. "*The Study of Implementation*" i Younis, Talib (red.) *Implementation in Public Policy*: Dartmouth.
- Aakerholt, Amund. 2013. ACT-håndboka. edited by Najonal kompetansetjenester ROP: Nasjonal kompetansetjenester for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.

Vedlegg 1. Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Heveløstredet gate 29
01 5017 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Trond Tjerbo
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 06.03.2015

Vår ref: 42176 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.02.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>42176</i>	<i>Iverksettelsesstudie av FACT Gamle Oslo</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Trond Tjerbo</i>
<i>Student</i>	<i>Joachim Dahl</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillere kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Audleggkontorene / District Offices

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1075 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uo.no

TRONDHEIM NSD: Høgskolen teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7801 Trondheim. Tel: +47 73 59 39 07. eyne@unnt.no

BIRJUNET NSD: SVU, Universitetet i Tromsø, 9017 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsd@uio.no

Vedlegg 2. Eksempel på intervjuguide

Personer som blir intervjuet er:

Innledning

1. Hvilken stilling har du i forbindelse med FACT Gamle Oslo?
2. Hvor lenge har du vært i stillingen?
3. Fortell kort om bakgrunnen din.
4. Hvilken betydning mener du FACT har for behandling av psykisk syke mennesker?
5. Hva er de viktigste behandlingsverktøyene til FACT?
6. Hvilken betydning har FACT sammenlignet med andre tiltak/ hva er den største suksessfaktoren til programmet?
7. Hvor stort handlingsrom hadde dere for å forme FACT-prosjektet i bydelen?
 - a. Hvem fastsetter retningslinjene?
 - b. Hvem fastsetter målsettingene til programmet?
8. Kan det oppstå uenighet mellom hva "Lovisenberg/kommunen/andre" ønsker i forhold til hva BGO ønsker?
9. Kan dette også være uenighet fra "Lovisenberg/kommunen/andre" og ned på prosjektnivå?
10. Hva er hovedutfordringene til FACT Gamle Oslo?
11. Resultater fra ACT/FACT i Norge generelt viser en nedgang i innleggelses- og liggedøgn. Er det tilfredsstillende eller et godt nok resultat? (finne litt mer nøyaktig data) Hvordan vurderer du disse resultatene?

Om oppstartsprosessen

12. Hva var grunnen til at man ønsket å opprette et FACT team i bydelen, og hvem kom med dette forslaget?
13. Kan du kort fortelle hva du mener er FACT sin overordnede målsetting?
14. Hvordan tenker man at FACT vil bedre disse "problemene"?
15. Hvordan har oppstartsprosessen av FACT BGO forløpt?
16. Har det vært noen barrierer for implementeringen?
17. Hvem har deltatt i oppstartsprosessen og på hvilken måter har de bidratt?
18. Hvilke formelle beslutninger har er blitt fattet for å opprette FACT BGO og på hvilke nivåer?
19. Hvilke styringssignaler har dere fått fra kommunen/Lovisenberg/helsedirektoratet?

20. Er det styringssignaler og avklaringer som du skulle ønske hadde vært tydeligere? I så fall hvilke?
21. Hvordan har samarbeidet med resten av helsevesenet vært?
22. Har dere endret måten dere jobber på siden dere startet opp?
23. Hva er endret siden oppstart og hvorfor endret dere dette?

Samarbeid og organisering

24. Kan du fortelle hvordan dette FACT teamet er organisert?
25. Hvordan styres et FACT team?
26. Hvem gir ordre til hvem internt i FACT BGO?
27. Hvordan har samarbeidet med kommunen/Lovisenberg/helsedirektoratet vært? Er det noe som fungerer spesielt godt/dårlig?
28. Er det andre dere ønsker å samarbeide med?

Kommunikasjon

29. Hvordan foregår samarbeidet med Lovisenberg? (kommunikasjon)
30. Hvordan foregår samarbeidet med FACT? (kommunikasjon)
31. Hvordan forstår og prioriterer kommunen FACT Gamle Oslo?
32. Kan du kort fortelle om du mener dette fremmer eller hemmer iverksettingen av programmet hos dere?

Målsetting

33. Hva vil du si er dette prosjektets hovedmålsetting?
34. Er de nedfelt? Hvor finnes de?
35. Hvilke andre målsettinger synes du kunne vært viktige for FACT BGO å arbeide mot?
36. Hva synes du er de viktigste målene for enheten å oppnå?
37. Hvilke overordnede effekter tror du tiltaket har på samfunnet?
38. Kan du kort fortelle hva du mener er et vellykket resultat av FACT her i bydelen?
39. Har du noen tanker om målsetting i forhold til måloppnåelse?
40. Hvordan kommuniseres målsettingene ved FACT BGO mellom de ansatte/brukere?
41. Hvordan jobber du for å utføre FACT i hverdagen mot brukerne?

Tilpasning

42. Hvordan bestemmes målsettingen? (til den enkelte bruker)
43. Hva bestemmer hvilket tiltak som benyttes og sammensettingen av programtilbudet?
44. Hvordan vurderes og revurderes innholdet i programmet (FACT) til den enkelte bruker?
45. Har det skjedd endringer i tilpasning av målsetninger og tilbud? (fra år til år)

Hovedutfordringer

46. Hva vil du si er programmets hovedutfordring?
47. Hvordan har iverksettingsprosessen fungert i praksis?
48. Har det oppstått noen problemer ved implementeringen?
 - a. Hvordan har disse blitt håndtert?
49. Har dere måtte gjøre noen avvik fra FACT sin prosedyre?

Endringer

50. Har det skjedd viktige endringer i målsettinger, programtilbud og gjennomføringen?

Diverse

51. Hvilken yrkesgruppe ved FACT BGO har mest makt? (formell og uformell)
52. Hvilken myndighet har du til å forandre prosedyrer?
53. Hvilke faglige metoder ble benyttet i endringsarbeidet ved FACT BGO?
54. Hvem bestemmer hvilke arbeidsmetoder og verktøy som skal benyttes i BGO?
55. Hvordan går BGO (FACT) frem for å bestemme hvilke arbeidsmetoder som skal benyttes?
56. Hvordan skjer implementering av ulike arbeidsmetoder?

Vedlegg 3. Forespørsel om deltagelse til intervju

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Iverksettingsstudie av FACT Gamle Oslo

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å foreta en analyse av hvordan iverksettingsprosessen rundt implementeringen av FACT har vært i bydel Gamle Oslo. Prosjektet er en mastergradstudie ved Universitetet i Oslo og blir gjennomført i samarbeid med FACT Gamle Oslo.

Utvalget til studiet blir trukket ut ifra at de har jobbet nært med implementeringen og utførelsen av FACT i bydel Gamle Oslo. Personer blir bedt om å delta på bakgrunn av at de har hatt en rolle i implementeringen av FACT.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Det som kreves av deltageren i studien er å være med på et intervju der spørsmålene vil dreie seg om deres rolle, opplevelser, erfaringer osv. i arbeidet før og etter implementeringen av FACT i bydelen.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak for senere å bli transkribert av studenten slik at de senere kan bli sammenlignet og analysert opp mot andre besvarelser. Intervjuet kan gjøres når som helst det passer for intervjuobjektet. Helle prosessen vil være anonym og selve transkripsjonen av intervjuet vil ikke være med i fulltekst i oppgaven.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studenten som har tilgang til all data som kommer til å bli innhentet i studie. Alt av intervjuer vil bli anonymisert av studenten og kan ikke noe spores tilbake til enkeltpersoner eller bli gjenkjent i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. Mai 2015 og personopplysninger vil på dette punktet bli slettet fra alle datakilder

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, kan du ta kontakt med meg på 95 90 04 61, eller sende en e-post til joachiad@studmed.uio.no. Du kan også ta kontakt med min Trond Tjerbo på e-post trond.tjerbo@medisin.uio.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennligst hilsen

Joachim Dahl
Masterstudent
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED)
Universitetet i Oslo.

Vedlegg 4. Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring om deltagelse i intervju

Det er frivillig å være med i undersøkelsen og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere.

Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Opplysningene anonymiseres fortløpende, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2015.

Jeg ønsker å delta i studien.

Dato: _____

Intervjuobjekt

Student