

# DigiFACT for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og eventuell rusproblematikk

## DEL 1: Innovasjonen

### 1. Overordnet idé

**Utvikle et konsept for digital FACT-tavle i Norge** og undersøke om og hvordan FACT bidrar til å forbedre og effektivisere behandling og oppfølging av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk på tvers av aktører i kommune- og spesialisthelsetjeneste.

De store psykiatriske sykehusene skriver ut pasienter med alvorlige psykiske lidelser til behandling og oppfølging i kommunene og ved distriktpsykiatriske sentre (DPS-ene). Tjenestetilbudet i kommunene varierer og er ofte svært fragmentert. ACT (Assertive Community Treatment) er en modell hvor tjenestene ytes ved hjelp av tverrfaglige team på tvers av helse-, omsorg- og velferdstjenester. ACT er utprøvd i mange land også i Norge, med gode resultater. ACT er evidensbasert for 20 % av pasientgruppen med de mest alvorlige psykiske lidelsene og bidrar til å redusere antall sykehusinnleggelseser, senke behandlingstkostnader og forbedre pasientenes sosiale funksjonsevne og livskvalitet (Stein og Test 1980). Det er utført en evaluering av ACT i Norge på oppdrag fra Helsedirektoratet som viser sterk reduksjon i antall oppholdsøgn i sykehus etter inntak i ACT-team (Landheim 2014). Brukerne har god erfaring og opplever at helsen blir bedre, pårørende er fornøyd med teamenes innsats både for brukerne og dem selv. Evalueringen viser at teamansatte har stor tro på modellen og de framhever økt stabilitet, økt livskvalitet, bedre mestring og trygghet i brukernes hverdag.

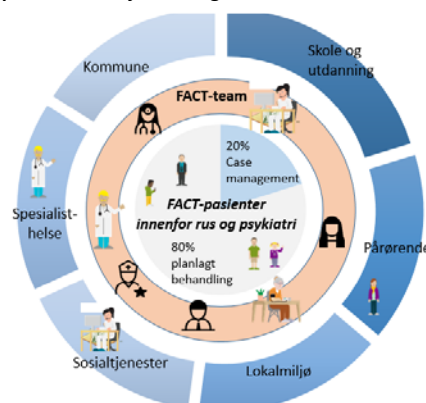
FACT (Flexible Assertive Community Treatment) er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT i Nederland og har mer oppsøkende virksomhet enn ACT og har et bredere sammensatt tverrfaglig team som gjerne har psykiater, jobbspesialist, psykolog, sykepleier, russpesialist, rehabiliteringsspesialist, sosionom og erfaringskonsulent, noe som har vist seg å gi bedre muligheter for behandling og oppfølging. FACT inkluderer alle personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk; også de 80 % som ikke inngår i ACT. "Flexible" viser til at brukere vekselvis følges opp av en behandler (case management) eller får tettere oppfølging av ulike årsaker som kriseforebygging, forverret tilstand, ny pasient, innlagt/innsatt, tvangsbehandling eller som et alternativ til innleggelse. FACT-teamene har et mindre opptaksområde og tettere samarbeid med instanser i nærmiljøet og behandler en mer sammensatt pasientgruppe enn ACT-teamene og brukere følges over lenger tid før de overføres til ordinære tjenester. Alle brukere har en primær- og sekundærkontakt og nye pasienter eller pasienter som trenger intensiv behandling følges opp flere ganger i uken. Sentralt i FACT-modellen er strukturerte morgenmøter med bruk av elektroniske tavler der teamet går gjennom alle pasientene og planlegger oppfølging av pasientene og oppgaver til den enkelte ansatte.

Bydel Gamle Oslo (BGO) etablerte det første FACT-teamet i Norge i 2013. Nå er det over elleve ACT-team og 15 FACT-team og flere er under planlegging/etablering i Norge. I Sverige er det ti FACT-team og ett rendyrket ACT-team. I Danmark er det over 30 ACT-team og fem FACT-team. FACT er etablert både i Asia, i flere land i Europa og i Nord-Amerika. Nederland har etablert FACT i større skala og har 350 team.

FACT-modellen oppfattes som en framtidsrettet måte å jobbe på som muliggjør målrettet, systematisk og langsiktig oppfølging av den enkelte pasient. FACT-håndboken er oversatt til norsk<sup>1</sup>, men det er behov for å tilpasse organisering til norske forhold og evaluere effekt. Det er føringer fra nasjonale myndigheter at FACT skal etableres flere steder og et utbredt ønske både i Oslo kommune og i andre kommuner å innføre FACT siden det er gode erfaringer fra praksis.

Forprosjektet har etablert innsikt i hvordan FACT-teamet i BGO følger opp pasienter. FACT-teamet er tverrfaglig og har utbredt samarbeid både internt i teamet og eksternt med andre instanser i kommunen,

Spesialisthelsetjeneste og kommune i samme team



Figur 1 FACT er tverrfaglig sammensatt og yter integrert behandling og individuell oppfølging

<sup>1</sup> [www.factgo.no](http://www.factgo.no)

spesialisthelsetjenesten, NAV og i lokalmiljøet. Ansatte bruker mye tid og ressurser på koordinering og dokumentasjon og har lite støtte til arbeidsoppgavene sine. I Nederland har GGZ sørget for at FACT-tavla har blitt et godt arbeidsverktøy for FACT-temaene og har vist seg å bidra til bedre oppfølging og behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og eventuell rusproblematikk. Tavla støtter arbeidsoppgavene og er integrert med andre systemer i helse-, omsorg- og sosialtjenestene i Nederland for enklere informasjonsdeling, koordinering og dokumentasjon. Det er ikke mulig å tilpasse denne FACT-tavla til norske tjenester og systemer. FACT Gamle Oslo bruker en tidlig versjon av den excel-baserte FACT-tavla fra Nederland. Tavla er en testversjon med feil og mangler, har begrenset funksjonalitet og det er ingen mulighet for videre utvikling. Bydelen har heller ikke support på verktøyet. Andre norske kommunene som har innført FACT bruker dels "hjemmelagde" tavler i excel, whiteboard-tavler eller papirbaserte tabeller for å koordinere oppgaver og følge opp pasienter. Dersom FACT skal bli et effektivt behandlings- og oppfølgingstilbud i Norge er det behov for å utvikle digitale FACT-tavler. Det er flere kommuner som har tatt initiativ til å utvikle tavler, men ingen har kommet i gang på grunn av begrensede ressurser og lite kunnskap om hvordan tavlene skal utvikles for å være nyttige. Det er derfor et behov og et sterkt ønske fra kommunene og helseforetakene om å utvikle en felles FACT-tavle som forenkler samarbeidet, drift og videre utvikling og som etablerer data til evaluering, tjenesteforbedring og forskning. Forprosjektet har anbefalt 1) utvikling av nasjonale retningslinjer for FACT i Norge i regi av Helsedirektoratet og 2) etablering av et innovasjonsprosjekt for å utvikle, prøve ut og etablere forskningsbasert kunnskap om effekter av FACT.

I DigiFACT vil det være tett samarbeid mellom forskere og praktikere fra kommuner, spesialisthelsetjeneste og sosialtjenestene (NAV). Partnerkommunene, Helse Stavanger v/ KORFOR, NKROP og NAPHA vil i fellesskap utvikle og tilpasse organiseringen til norske forhold, **utvikle et konsept for digital FACT-tavle i Norge**, styrke forskningen på FACT og undersøke suksesskriterier for innføring. Partnerne er i dialog med Helsedirektoratet og skal bidra til at tavleløsninger deles gjennom systematisk kunnskapsutveksling og nettverksbygging mellom kommuner, helseforetak, forskningsmiljø og næringsliv for å utvikle bedre tjenester som også er realiserbare.

## 2. Innovasjonsgrad

Prosjektet skal utvikle nye og innovative helsetjenester for personer med alvorlige psykiske lidelser gjennom å 1) utvikle FACT-organisering, 2) Utvikle nye og innovative FACT-tavler og 3) innføre FACT i norske kommuner som et nytt og innovativt tjenestetilbud på tvers av aktører i Norge. DigiFACT vil være en vesentlig innovasjon i forhold til "state-of-art"; tjenestetilbudet i dag er fragmentert og helhetlige tjenester til pasientgruppen er fraværende og tavlene har svært begrenset støtte til teamet. FACT-team har behov for gode verktøy og system for samhandling og deling av informasjon. DigiFACT skal bidra til at tavlene dekker behov til FACT-team i Norge og samtidig er kostnadseffektive.

Innovasjon	Innovasjon - nyhetsgrad
FACT i Norge	Prosjektet studerer hvordan FACT utvikles til et nytt og innovativt tjenestetilbud på tvers av aktører i Norge. Det innebærer ny og innovativ organisering av helsetjenesten for sårbare pasienter som har begrensede ressurser til selv å koordinere tjenester fra flere aktører. Ny og innovativ organisering med tverrfaglige team skal gi enkel, sikker og effektiv samhandling og sikre bedre ressursbruk og tjenestekvalitet.
Nasjonalt konsept for FACT-tavle	Prosjektet utvikler et nytt og innovativt konsept for FACT-tavle i Norge. FACT-tavla skal forenkle koordinering av oppgaver og gjøre det enkelt for ulike helseaktører å samhandle og legge til rette for integrasjon med relevante systemer (eks. journal- og fagsystem). Første versjon er digital FACT-tavle til morgenmøtene med oversikt over pasienter, ansatte og oppgaver. Tavla skal forenkle planlegging av oppgaver og forbedrer oppfølging og behandling av pasienter. DigiFACT vil utvikle nye funksjoner i takt med ny kunnskap og etablere data til tjenesteforbedring og forskning.
Innføre FACT i Norge	DigiFACT vil gjennom utprøving og innovasjonsprosesser undersøke hvilke faktorer som er viktige for å lykkes med innføring av FACT. Prosjektet vil fremme en bedre kunnskaps-, endrings- og innovasjonskultur på tvers av partnerne og gi innspill til nye finansieringsmodeller som er hensiktsmessige for innføring og for å sikre riktig bruk av FACT-modellen ("tro mot modellen").

DigiFACT er en vesentlig innovasjon i nasjonal sammenheng og vil bidra til helhetlige tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk. FACT skal tilpasses helse-, omsorg- og sosialtjenester i Norge og andre viktige aktører som skole/utdanning, arbeidsgivere, organisasjoner, frivillige og pårørende.

### 3. Verdiskapingspotensial

Innføring av FACT-tavler i norske kommuner vil bidra til bedre tjenester og økt effektivitet og nye verktøy forenkler innføring av ny arbeidsmetodikk.

DigiFACT har et betydelig potensial for verdiskapning i helsetjenestene i form av bedre tjenester til pasienter med psykiske lidelser og eventuell rusproblematikk som vil føre til redusert behov for tjenester. FACT-tavler vil effektivisere planlegging, oppgaver og samhandling og frigjøre ressurser.

DigiFACT gir **økt kvalitet og effektivitet** gjennom innovasjoner på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste som forenkler oppfølging av pasienter og gir pasienter, pårørende og ansatte en **bedre brukeropplevelse**. DigiFACT utvikler helhetlige tjenester til en pasientgruppe som har stort behov for tjenester, men som ikke har ressurser til selv å koordinere tjenester fra ulike aktører. Forskning indikerer at FACT fører til reduksjon i bruk av tvang, færre og kortere innleggelses, reduserer behovet for tjenester, bidrar til å få flere ut i aktivitet og arbeid og øker livskvaliteten til pasientene noe som representerer et stort gevinstpotensial og som prosjektet vil undersøke. Utvikling av FACT-tavler tilpasset helse-, omsorgs- og sosialtjenestene i Norge vil effektivisere arbeidet. Digitale tavler vil **frigjøre tid og ressurser – riktig ressurs, på riktig sted, til riktig tid og til riktig oppgave** og **effektivisere samhandling** internt i teamene og eksternt med aktører i kommunen (legevakt, fastlege, etc.), spesialisthelsetjenesten (DPS, sykehus etc) og NAV. Bærum kommune innførte tavler for samhandling i kommunehelsetjenesten noe som medførte gevinster både i tjenestekvalitet og i frigjort tid for ansatte; 2600 timer eller omtrent 1,5 årsverk på ett år (Hem et al, 2016). Kommunal Akutt Døgnetenhet (KAD) i Oslo kommune med 72 sengeplasser har tatt i bruk samhandlingsteknologi for intern samhandling og har beregnet en gevinst på 3,7 millioner (Ausen et al, 2017). Det er potensial for å ta ut tilsvarende effekter i andre deler av helsevesenet og spesielt der det er stor grad av samhandling internt og på tvers av aktører i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Frigjorte ressurser betyr reduserte kostnader eller økt kapasitet og mulighet for å bruke ressurser og kompetanse på andre oppgaver og til å behandle flere pasienter.

Utvikling av felles organisering av FACT **forenkler innføring** av FACT-team i Norge og har et gevinstpotensial ved å redusere kompleksitet, tid og kostnad for innføring. Digitale FACT-tavler vil også bidra til at kommuner og helseforetak ikke har behov for å utvikle tavler noe som gir gevinster i form av **unnåtte kostnader**. FACT-tavlene kan også **muliggjøre bruk av velferds- og mobilteknologier<sup>2</sup>**, noe som ellers er krevende for denne pasientgruppen når tjenestene og systemene er fragmentert. Dette gir også et potensial for å ta ut gevinster når FACT innføres. Videre vil prosjektet etablere **kunnskap** om hvilke andre system i kommune- og spesialisthelsetjeneste som bør integreres med FACT-tavlene for ytterligere å forbedre og effektivisere samhandling, informasjonsutveksling og dokumentasjon. DigiFACT vil etablere **forskningsdata** i tavlene og styrke **forskning** på pasienter med psykiske lidelser og rus

DigiFACT bidrar til verdiskapning for Imatis AS som i tett samarbeid med tjenesteaktørene kan utforske nye anvendelser for digitale tavler. Imatis leverer hovedsakelig løsninger til sykehussektoren, men kommunale helse- og omsorgstjenester er et nytt markedsområde. FACT representerer en markedsmulighet for Imatis og tilsvarende leverandører både i Norge og internasjonalt.

### 4. Forskningsbehovet

Det er behov for å utvikle FACT-tavlene noe som er svært krevende for kommunene å gjøre på egenhånd. For å utvikle og innføre nye og helhetlige tjenester til pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk er det behov for forskning for å etablere et solid kunnskapsgrunnlag på tre områder: 1) organisering av FACT for Norge, 2) nasjonalt konsept for FACT-tavler og 3) innføring av FACT i norske kommuner.

Erfaringene med FACT er gode, NK-ROP gjennomfører en forskningsbasert evaluering av FACT-team på oppdrag fra Helsedirektoratet som vil ferdigstilles i 2019. Det er behov for forskning som kan dokumentere effekt for kommunene og evaluere kostnadseffektivitet ved ny arbeidsmetodikk og tavleverktøy<sup>3</sup>. Det er en erkjennelse fra kommuner som har innført FACT at det er behov for nye og innovative arbeidsverktøy dersom koordinering på tvers av pasienter, pårørende, helseforetak, bydel og stat skal være effektivt og føre til bedre

<sup>2</sup> Relevante velferdsteknologier er medisindispenser, dør- og bevegelsessensorer, medisin- og aktivitetsmålinger

<sup>3</sup>[https://rop.no/Forskning/forskning\\_ved\\_rop/forskningsbasert-evaluering-av-fact-team/](https://rop.no/Forskning/forskning_ved_rop/forskningsbasert-evaluering-av-fact-team/)

tjenester. Prosjektet bidrar til at kunnskap og nye løsninger deles på tvers av kommunene for å unngå at det utvikles en løsning i hver kommune.

Forskningsbehov	Beskrivelse
Organisering av FACT i Norge	Det er behov for kunnskap om hvordan FACT organiseres, utvikles og tilpasses til norske forhold for å gi nye og innovative tjenester til pasientgruppen på tvers av helse-, omsorgs- og sosialtjenester. Forskningen er viktig for kunne vurdere om, hvordan og i hvilken grad FACT med tverrfaglige team gir bedre tjenester, bedre bruk av ressurser og kostnadsbesparelser. Forskningen vil også gi innspill til nye finansieringsmodeller.
Nasjonalt konsept for FACT-tavle	Forskningsbasert kunnskap er viktig for å utvikle digitale FACT-tavler for oppfølging av pasienter og koordinering av oppgaver i teamene. Det er behov for å etablere kunnskap om hvordan ny og innovativ teknologi kan brukes i utvikling av FACT-tavler for å gi rik funksjonalitet. Tavlene skal gi ulike helseaktører mulighet til å samhandle om pasienter og det er behov for å identifisere hvilke integrasjoner (eks. med journal- og fagsystem) som er viktige og ivaretar personvern. Innovasjons- og teknologiforskning vil sikre at FACT-tavla utvikles i tråd med behov.
Innføre FACT i Norge	Det er behov for kunnskap om hvordan FACT skal innføres i nye kommuner og helseforetak. Det er behov for å forske på hva som kreves av endringer i ledelse og organisering for å innføre FACT og hvordan FACT kan gi ledere og ansatte bedre oversikt til å organisere oppgaver. Det er behov for følgeforskning og innovasjonsforskning i kommuner som innfører FACT for å undersøke om og hvordan FACT støtter teamene og gir bedre tjenester samt undersøke effekter og potensielle gevinster.

## 5. Prosjektorganisering og samarbeid

Prosjektet er et praksisnært og tett samarbeid mellom offentlige partnere (O), industripartner (I) og forskningspartnere (F).

Partner	Rolle
Oslo kommune (O1). BGO. Prosjekteier	<b>Oslo kommune</b> har innført FACT i Bydel Gamle Oslo som har over 50.000 innbyggere og er en flerkulturell bydel, med høy forekomst av rus og psykiske helseproblemer. Nesten 7% er sosialhjelpsklienter, den høyeste andelen i Oslo. Bydelen har levekårsutfordringer knyttet til fattigdom og lav sysselsetting. Bydelen bidrar til innføring av FACT i flere bydeler. Det er etablert lokalt nettverk for andre bydeler og nasjonalt nettverk for kommuner som vil innføre FACT. Bydelen har kontakt med grunnleggerne av modellen i GGZ Nederland (Dutch Association of Mental Health and Addiction Care) <sup>4</sup> og utveksler erfaringer med FACT team i Sverige og Danmark.
Vestre Viken (O2)	Vestre Viken HF og Bærum DPS er med som partner. I Bærum startet de et samhandlingsteam som er matriseorganisert i 2012. Teamet er tverrfaglig og har medlemmer fra alle de ambulante tjenestene i <b>Bærum kommune</b> , alle polikliniske funksjoner og i tillegg boligkontoret og NAV. Samhandlingsteamet fungerer i stor grad som et FACT-team, og Bærum starter også opp FACT team i oktober 2018. Samhandlingsteamet bruker en hjemmelaget excel-tabell og FACT-teamet skal bruke en tavle fra Vindern DPS, men ingen av tavlene har tilstrekkelig funksjonalitet for å støtte arbeidsmetodikken i teamene. I Vestre Viken starter også <b>Asker kommune</b> med FACT.
Helse Bergen HF (O3)	FACT-teamene ved Kronstad DPS som inkluderer <b>Bergen kommune</b> gir intensiv, fleksibel og ambulant oppfølging til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Teamene benytter i dag en excel-basert «tavle» for pasientopplysninger og avtaler som strukturerer helsehjelp og gir behandlerne i teamet oppdatert informasjon. De erfarer at tavla er langt fra optimal og ønsker å bidra til å utvikle en bedre digital tavle for oppsøkende FACT-team.
Helse Stavanger KORFOR (O4)	Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Stavanger (KORFOR) <sup>5</sup> jobber for å fremme forskning og kunnskapsformidling og bidra til fag- og tjenesteutvikling innen rusfeltet relatert til rusrelaterte helseskader, sosiale problemer og avhengighet av rusmidler. KORFOR har utviklet et excel-basert verktøy for BrukerPlan <sup>6</sup> som er tatt i bruk av mange kommuner og har fått et forprosjekt for å starte utvikling av et tilsvarende verktøy for FACT-team. KORFOR har besluttet å støtte en felles utvikling av FACT-tavle for å unngå at mange kommuner og aktører bruker ressurser på parallelle initiativ for FACT som bør ha samme implementering nasjonalt. KORFOR vil involvere <b>flere kommuner</b> i regionen i DigiFACT og <b>Stavanger kommune</b> er aktuell.

<sup>4</sup> <http://www.ggz nederland.nl/pagina/english>

<sup>5</sup> <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning-i-helse-vest-korfor>

<sup>6</sup> BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget av tjenestemottakere med rusproblemer og/eller med psykiske helseproblemer. <http://www.brukerplan.no/>

Lovisenberg DPS (O5)	Lovisenberg diakonale sykehus er ansvarlig for FACT-teamet i BGO og er behandler i spesialisthelsetjenesten for alle pasientene i bydelen. De har erfaring med FACT-modellen og det tverrfaglige samarbeidet og utfordringene. Det er etablert FACT i de to andre bydelene i sektoren; <b>Grünerløkka og St. Hanshaugen</b> . I tillegg er det planlagt både RusFACT og FACT Ung.
IMATIS AS (I1)	Leverandør av teknologi for å utvikle digitale tavler for samhandling og oppgavestøtte i sanntid. Imatis er leverandør av tavler til Oslo kommune på andre områder. Det undersøkes om den avtalen kan brukes for utprøving eller om det må etableres et FoU-samarbeid med Oslo kommune. Det er også aktuelt å etablere FoU-samarbeid med flere kommuner.
NAPHA (F1)	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) <sup>7</sup> er en avdeling i NTNU Samfunnsforskning som jobber på oppdrag fra Helsedirektoratet. NAPHA legger til rette for kunnskap om ACT/FACT-modellene, og for å dele erfaringer og bygge nettverk. De holder opplæringsseminarer og har arrangert ACT/ FACT-nettverkssamlinger siden 2012.
NKROP (F2)	Målsettingen med Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) er å sikre nasjonal kompetanseutvikling og kompetansespredning innenfor fagområdet rusproblemer og psykiske problemer. Tjenesten har 15 ansatte og er organisert i Divisjon psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF. Ansvar for evaluering og opplæring i FACT og samarbeider med andre Sverige og Danmark om satsingen.
SINTEF (F3)	SINTEF Digital har tverrfaglig kompetanse og bred erfaring fra forsknings- og innovasjonsprosjekter i offentlig sektor og internasjonalt gjennom EU-prosjekter, og samarbeider med relevante fag- og forskningsmiljøer. Det er etablert et godt samarbeid med prosjektpartnerne i forprosjektet høsten 2017 og våren 2018. SINTEF er prosjektleder.

Flere kommuner og helseforetak er representert i DigiFACT noe som er viktig for utvikling av FACT-organisering og -tavler i Norge. Ved etablering av FACT-team utløses det midler, men det krever forankring både i helseforetak og kommune som begge yter tjenester til pasientene. Det finnes mange ulike samarbeids- og finansieringsmodeller i ulike helseforetak og kommuner for pasientgruppen som ofte "faller" mellom tjenestetilbud fra aktører i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Partnerne deltar i det nordiske nettverket for ACT/FACT. Forskningspartnerne vil bidra samarbeide om forskningen og vil sikre at relevante forskningsdata blir etablert i FACT-tavla. DigiFACT-prosjektet organiseres med en prosjektstyringsgruppe med representanter fra alle partnerne og ledes av Oslo kommune som kontraktspartner. Det vil etableres en referansegruppe hvor brukerrepresentanter, andre kommuner og flere DPS. Helsedirektoratet og internasjonale aktører som EUCOMS (The European Community based Mental Health Service Providers Network), IIMHL (The International Initiative for Mental Health Leadership) og HPH (The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services) inviteres til å delta.

## DEL 2: FoU-aktivitetene

### 6. Mål

Hovedmålet for FoU-aktivitetene er å etablere kunnskap til å 1) utvikle FACT-organisering tilpasset Norge, 2) utvikle et konsept for norske FACT-tavler og 3) innføre FACT i Norge for bedre og mer effektive tjenester på tvers av kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenesten

Forskningen skal gi kunnskap om hvordan FACT kan forbedre tjenestetilbudet til pasienter med psykiske lidelser og rus i Norge og gjøre FACT til et effektivt behandlings- og oppfølgingstilbud i Norge.

FoU-aktivitetene skal bidra til hovedmålet og overordnet ide gjennom følgende delmål:

Delmål	Beskrivelse
<b>DM1</b> FACT-organisering i Norge	Utvikle <b>FACT-organisering som er tilpasset norske forhold</b> og sikre helhetlige tjenester på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste. Beskrive hvordan FACT og nye og innovative tjenester skal organiseres slik at pasienter ikke behøver å koordinere helse-, omsorgs- og sosialtjenester fra ulike offentlige aktører. Beskrive hvordan FACT med tverrfaglige team gir bedre tjenester, bedre bruk av ressurser og kostnadsbesparelser.
<b>DM2</b> Nasjonalt konsept for FACT-tavle	Utvikle et <b>konsept for digitale FACT-tavler</b> som koordinerer oppgaver og støtter samhandling, behandling og oppfølging av pasienter. Beskrive funksjonskrav og identifisere behov for integrasjon med andre relevante system (eks. journal- og fagsystem) for å bedre tjenestene.

<sup>7</sup> <https://www.napha.no/>

<b>DM3</b> Innføre FACT i Norge	<b>Dokumentere og analysere erfaringer</b> fra innføring av FACT i partnerkommunene og etablere kunnskap om <b>effekter</b> av innovasjonene: endringer i organisering, effektivisering, kvalitet, ressursutnyttelse og hvordan FACT-tavler som verktøy kan gi bedre oversikt til å organisere oppgaver. Forslag til nye forvaltnings- og finansieringsmodeller for å støtte FACT.
------------------------------------	--

## 7. FoU-utfordring og -metode

Forskningsutfordringene er knyttet til hvordan FACT-tavler bidrar til at teamene gir pasienter med psykiske lidelser mer effektiv behandling og oppfølging samt å etablere data til evaluering, tjenesteforbedring og forskning, Sentrale FoU-utfordringer er og forskningsspørsmål knyttet til delmålene:

### FoU-utfordring 1. Tverrfaglige team i FACT tilpasset norske forhold.

FACT er en modell for behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser som anbefales innført av HelseDirektoratet. FACT gir mer effektiv behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser ved å introdusere tverrfaglige team. Komparativ forskning i England (Firn 2012) og erfaringer fra Nederland (Kroon et al 2006, van Vugt 2011, van Os 2006 og Bak et al 2007) indikerer at FACT-modellen er effektiv. En nyere studie i Nederland (Nugter et al 2016) viser at FACT gir forbedringer i livskvalitet og reduserer innleggelses og samtidig gir tjenester som er bedre tilpasset behovene til hver enkelt pasient. FACT bidrar til at kommunene, spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten samarbeider, samtidig er det krevende og kostbart å jobbe tverrfaglig. En studie i Sverige viser imidlertid at ansatte i FACT-team opplever redusert stress, større grad av kontroll over sin egen arbeidssituasjonen og opplever at de leverer tjenester med bedre kvalitet til pasientene (Lexén og Svensson, 2016). Dette er viktige funn da opplevelsen til ansatte vil påvirke innføring av ny arbeidsmetodikk. FACT-organiseringen må utvikles og tilpasses norske helse-, omsorgs- og velferdstjenester og vice versa; det kreves kunnskap for å endre arbeidsmetodikk i tverrfaglige team. Det etableres kunnskap om potensielle gevinster; økt kvalitet, spart tid og unngåtte kostnader.

<b>DM1</b>	<b>F1.1</b>	Hvordan kan FACT organiseres og tilpasses norske forhold og sikre at kommuner og spesialisthelsetjeneste sammen kan levere helhetlige tjenester til pasientgruppen?
<b>DM1</b>	<b>F1.2</b>	Hvordan kan FACT gi bedre tjenester og brukeropplevelser for pasienter, pårørende og ansatte?

### FoU-utfordring 2. Digitale tavler for tverrfaglige team

FACT introduserer tverrfaglige team, men det er krevende å koordinere oppgaver og planlegge behandling og oppfølging av pasienter på tvers. Forskning skal bidra med kunnskap til å forstå hvordan FACT-tavler kan støtte teamene i Norge. Hvilke oppgaver skal tavlene støtte, hvordan skal samhandling med involverte aktører være og hvilke andre system er det behov for integrasjon med for å sikre bedre tjenestekvalitet og effektivitet. Det må vurderes hvilke data det er mulig å dele og samtidig ivareta personvern og datasikkerhet. FACT-tavla skal etablere data som er relevante for tjenesteforbedring, evaluering og forskning noe som vil forenkle deling av erfaringer og forskning på tvers av kommuner.

<b>DM2</b>	<b>F2.1</b>	Hvordan skal digitale FACT-tavler utformes for å koordinere oppgaver og støtte samhandling?
<b>DM2</b>	<b>F2.2</b>	Hvilket potensial har digitale FACT-tavler på tjenestekvalitet og effektivitet?
<b>DM2</b>	<b>F2.3</b>	Hvilke aktører og system skal det integreres med for tjenesteforbedring, evaluering og forskning?

### FoU-utfordring 3: Innføring av FACT i Norge

Resultater indikerer at FACT-organisering gir bedre tjenester og er effektiv. Potensialet for ACT og FACT i Norge er stort; det er anslått at ACT/FACT under visse forutsetninger kan dekke 95% av befolkningen i Norge (Napha, 2017). Innføring og jobbing i tverrfaglige team er krevende, og FACT er derfor et tiltak som tilsynelatende kan virke dyrere enn å behandle og følge opp pasientene på ordinær måte. Det er behov for forskning som viser effekter og potensielle gevinster. Forskning skal bidra til å identifisere faktorer som er viktige for å lykkes med innføring av FACT i nye kommuner og helseforetak og faktorer som er viktige for å forbedre og effektivisere tjenestene.

<b>DM3</b>	<b>F3.1</b>	Hvilken effekt har innføring av FACT på organisering, effektivisering, kvalitet og ressursbruk, hva er kvalitative og kvantitative gevinster og hvilke indikatorer skal brukes for å måle effekter og gevinster?
<b>DM3</b>	<b>F3.2</b>	Hva er målbare suksesskriterier for innovasjonen (innføring av FACT) og hvordan kan tjenestedesign bidra til å lykkes med innføring av tjenesten og teknologi FACT-tavler?

## Løsningsforslag og metode

For å løse FoU-utfordringene anvendes flere forskningsmetoder. Prosjektet vil ta i bruk innovativ arbeidsmetodikk [Fagerberg et al, Maguire M., 2001] og aksjonsforskning [Meyer, J., 2000]. Prosjektet vil

skape en innovasjonsarena der partnerne jobber tett sammen for å få bedre innsikt i behov og kunnskap om muligheter. Det er sentralt for prosjektpartnerne å utvikle tjenester og løsninger i tett samarbeid med hverandre og med målgruppene og bidra til å styrke brukermedvirkningen i utvikling og i yting av tjenester. Forskningspartnerne har omfattende erfaring fra innovasjonsprosjekter i offentlig sektor og god innsikt i kommunehelsetjenesten så vel som i teknologi både i bruk og rettet inn mot helsesektoren [Ausen et al, 2017, Røhne et al, 2017].

Case studier: Praksisnær forskning hvor FACT- tavler utvikles gjennom innovasjonsprosesser som er forskningsstøtte og behovsdrevet. Prosjektet vil følge en iterativ og brukersentrert metodikk for tjenstedesign, der et grundig innsiktsarbeid etablerer kunnskap om behov og krav samt undersøker mulige løsninger. Prosjektet vil utvikle et konsept for en norsk FACT-tavler som vil bli implementert i IMATIS Visi. Første versjon av tavla vil først prøves ut i FACT-teamet i bydel Game Oslo for å studere hvordan tavlene påvirker arbeidsprosesser og tjenestene til pasientene. Det skal etableres kunnskap om hvordan teamet tar i bruk tavlene for å sikre innovasjon ved at arbeidsprosesser og/eller tavla endres og tilpasses. Det vil samtidig bli gjennomført evaluering av effekter bruke av tavla har på sentrale indikatorer, noe som også vil etablere kunnskap om potensielle gevinster.

Datainnsamling: DigiFACT vil også kartlegge og undersøke forskningsspørsmålene gjennom kvalitative metoder som litteraturstudier, semi-strukturerte intervju, fokusgruppeintervju og observasjonsstudier. Det vil være aktuelt å benytte kvantitative metoder som spørreskjemaer, kvalitetsindikatorer (inkludert IPLOS) og journalgjennomgang og eventuelt innhente andre relevante data fra kommunene og aktører som er involvert.

Tjenesteutvikling: Prosjektet vil ta i bruk VISUAL<sup>8</sup> i arbeidet med å utvikle FACT for å få helhetlige tjenester til pasienter med psykiske lidelser. For å tilpasse FACT-organisering til norske forhold og utforme tavler kreves det felles forståelse på tvers av involverte aktører og av ressurspersoner med ulik bakgrunn (administrativt, helsefaglig og teknisk personell). Det er krevende å gjøre endringer i arbeidsmetodikk og ta i bruk ny teknologi. DigiFACT vil evaluere og dokumentere hva som fungerer og ikke fungerer underveis, hva som hemmer og fremmer innovasjonen, hvilke effekter innovasjonen har på kvalitet og effektivitet og hvilke kriterier som skal til for å lykkes med innføring.

Innovasjonsarena: Prosjektpartnere etablerer en innovasjonsarena hvor en testversjon av de digitale tavlene til Imatis vil være et viktig element. Partnerkommunene vil gjennom denne testløsningen få bedre forståelse for muligheter og utfordringer med tavlas utforming. Her er det mulighet til å dele tavler (kun test og ikke personsensitiv informasjon) for å få innspill fra andre aktører og samtidig dele erfaringer fra sitt praktiske arbeid. Tverrfaglige workshops med helsepersonell, leverandører, pasienter og pårørende vil brukes for å oppnå felles problemforståelse og sikre at FACT-tavla utvikles i tråd med behov og krav fra flere kommuner. I testversjonen er det også mulig å teste innovative og nye funksjoner i FACT-tavla.

## 8. Prosjektplan

### a) Hovedaktiviteter ("arbeidspakker") i prosjektet

Innovasjonsprosjektet er organisert i fem arbeidspakker:

Arbeidspakke	Ansvar	Type	Kostnad
<b>A1: Oversikt over FACT behandling, oppfølging og arbeidsmetodikk i kommunene</b>	SINTEF	IF	1948
Hvordan organiseres behandlingen og oppfølgingen i FACT-teamene? Hvilke oppgaver samordnes internt i teamet? Hvilke oppgaver samordnes 1) med andre kommunale aktører som hjemmetjenesten, fastlege, etc., 2) med aktører i spesialisthelsetjenesten som Lovisenberg DPS og 3) med andre aktører som politiet, NAV etc? Hvilke andre system brukes av teamet (eks. DIPS)? Hvilke behov er det for samordning og deling av data? Beskrive tjeneste- og arbeidsprosesser og hvordan teamene jobber med forbedring.			
<b>A2: Case studier: Innføring og utprøving av FACT – pilot(er) hos partnerkommuner</b>	BGO	EU	2253
Pilotere nye og innovative arbeidsprosesser og digitale løsninger i FACT Gamle Oslo og i andre FACT-team. Forskningsmetodikk vil bli anvendt for å evaluere effekt av behandlingen og ressursbruk samtidig som det skaffes erfaring med bruk av FACT fra pasienter, ansatte og involvert aktører.			
<b>A3: Evaluere effekter av innføring av FACT – organisering og tavler</b>	NKROP	IF	2028

<sup>8</sup> <https://visualproject.org/>

Etablere forskningsprotokoll for å evaluere effekt av FACT på behandlingstilbudet til pasientgruppen. Identifisere parametere for å kunne måle effektivitet relatert til ressursbruk med nye arbeidsprosesser og digitale løsninger og samle erfaringer fra pasienter, teamet og involverte aktører.

**A4: Beskrive nye tjenestekonsept for innføring av FACT**      **NAPHA**    **IF**      **1388**

Prosjektet vil gjennom aksjonsforskning etablere innsikt i hvordan FACT kan organiseres for å forbedre koordinering og samhandling. Hvordan kan arbeidsprosesser støtte koordinering, unngå dobbeltregistrering og sikre at relevante system til enhver tid er oppdatert? Hvordan kan FACT- tavla forbedre og effektivisere koordinering og kvalitetssikring av tjenestene? Prosjektet vil dokumentere kunnskap, evalueringer og effektstudier om hvordan FACT bør utvikles og tilpasses norske. Identifisere hvilke endringer som forbedrer behandlingen og bidrar til effektiv bruk av ressurser. Beskrive funksjonelle krav til FACT-tavler for koordinering og samhandling i FACT både internt og eksternt.

**A5: Utvikle FACT-tavle, identifisere nye digitale løsninger og krav til integrasjon**      **KORFOR**    **IF**      **2210**

Utvikle FACT-tavla i flere iterasjoner basert på innsikt og kunnskap etablert i A1-A4 samt gjennom case studier innovasjonsarenaen. Beskrive konsept for FACT-tavla som partnerkommunene kan bruke til en eventuell anskaffelse av tavler og andre innovative løsninger og som kan hjelpe leverandører med videre utvikling av digitale løsninger. Identifisere behov for integrasjon med andre system (eks. DIPS, Gerica, Visma, Acos).

**A6: Prosjektledelse og formidling av resultater**      **SINTEF**    **IF**      **725**

God prosjektledelse innebærer 1) etablere samarbeid på tvers av partnerne, 2) følge opp fremdrifts- og milepælsplaner, 3) sørge for synergi og samarbeid med relevante aktiviteter hos andre aktører og i andre forskningsprosjekter, 4) gjennomføre prosjekt- og styringsgruppemøter, 5) formidle resultater regionalt og nasjonalt og spre resultater gjennom seminarer, publisering av artikler i aktuelle journaler/tidsskrifter og i åpne rapporter og 6) rapportere økonomi og status til Forskningsrådet

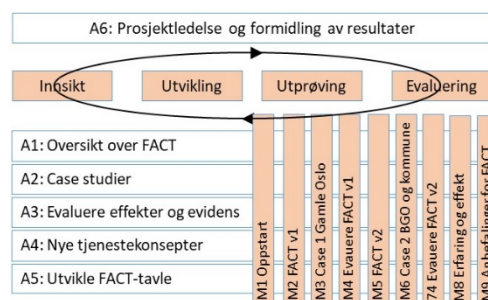
**Tabell 8 a): Prosjektets kostnadsbudsjett fordelt på Hovedaktiviteter**

Nr.	Tittel	Kostnadsbudsjett (1000 kr)	Kostnad: Industriell FoU	Kostnad: Eksp utvikling
A1	Oversikt over FACT i norske kommuner	1948	1948	
A2	Case studier: Innføring av FACT – pilot(er)	2253		2253
A3	Evaluere effekter av innføring av FACT	2028	2028	
A4	Beskrive nye tjenestekonsepser for innføring	1388	1388	
A5	Utvikle FACT-tavle	2210	2210	
A6	Prosjektledelse og formidling av resultater	725	725	
<b>Sum</b>	<b>Hele prosjektet</b>	<b>10 550</b>	<b>8298</b>	<b>2253</b>

## b) Sentrale milepæler for FoU-aktivitetene

Det vil gjennomføres FoU i arbeidspakkene med milepælene M1-M7. Milepælene skal bidra til at prosjektet når hovedmålet og delmålene DM1-DM3 i avsnitt 6.

Milepæl	Beskrivelse	Dato
<b>M1</b>	Oppstartsmøte	08/19
<b>M2</b>	FACT v1 utarbeidet og etablert forskningsprotokoll	09/19
<b>M3</b>	Case 1 BGO: Innføre FACT v1 i FACT Gamle Oslo	10/19
<b>M4</b>	Evaluering av FACT versjon 1	04/20
<b>M5</b>	FACT v2 utarbeidet basert på erfaringer og behov	06/20
<b>M6</b>	Case 2: Innføre FACT v2 i BGO og annen kommune	09/20
<b>M7</b>	Evaluering av FACT versjon 2	03/21
<b>M8</b>	Dokumentere erfaringer og effekt fra innovasjonsprosessene og evalueringene	09/21
<b>M9</b>	Anbefalinger for FACT– innspill til nasjonale retningslinjer	06/22



## 9. Kostnader og finansiering

**Tabell 9: Partnernes kostnader og bidrag til finansiering av prosjektet (i 1000 kroner)**

Partner	Navn på partner	Totale kostnader til FoU (personal og indirekte kostnader + utstyr + andre driftskostnader)	Egenfinansiering og annen finansiering fra partner (egeninnsats + kontantbidrag)
O1	Bydel Gamle Oslo	1 950	1 100
O2	Vestre Viken HF	700	450



O3	Helse Bergen HF	750	450
O4	Helse Stavanger (KORFOR)	700	450
O5	Lovisenberg DPS	700	450
I1	Imatis AS	300	200
F1	NTNU Samfunnsforsk. (NAPHA)	500	0
F2	Sykehuset Innlandet (NKROP)	700	450
F3	SINTEF	4 250	0
<b>Sum</b>		<b>10550</b>	<b>3550</b>

## 10. Øvrige samarbeidsrelasjoner for FoU-aktivitetene

Forprosjektet har kontaktet Helsedirektoratet for å invitere de med for å etablere nasjonale retningslinjer og anbefalinger for innføring av FACT-tavle i Norge. Helsedirektoratet har vist interesse og vil gi tilbakemelding på dette til NAPHA og BGO. Prosjektet har også vært i kontakt med Helseetaten i Oslo kommune som har avtale med Imatis på digitale tavler og som er sentrale ved innføring og anskaffelse av teknologi i kommunen. Hovedprosjektet vil holde dialogen med Helseetaten i det videre arbeidet.

## DEL 3: Realisering av innovasjonen og utnyttelse av resultater

### 11. Plan for realisering av innovasjonen

Innføring av FACT nasjonalt er krevende og en felles FACT-tavle vil bidra til realisering. Midler fra Helsedirektoratet via Fylkesmannsembetene, har vært prioritert til nettopp FACT og partnerne er i dialog med Helsedirektoratet om en mer aktiv rolle i utvikling av organisering, tavler og videre anskaffelse. Prosjektet etableres i tilknytning til pågående innovasjonsprosesser i Oslo kommune og hos partnerne for øvrig. Helseforetakene innfører FACT som modell i tilhørende DPS. FACT-team som har startet har ønsket å utvikle/anskaffe en digital tavle, men ingen har kommet i gang; de erfarer at det krever mer kunnskap. Det er **stor interesse** for å etablere et felles konsept for alle FACT-team som aktørene senere kan anskaffes. Flere finner FACT-organisering anvendelig for andre målgrupper, og det er i Norge nå både planer/forprosjekter om FACT Ung, Forensic FACT (sikkerhets-FACT), RusFACT, FACT for personer med utviklingshemming, FACT for personer med personlighetsforstyrrelser og FACT for eldre med alvorlig psykisk lidelse over 65 år. Bruk av innovasjonen kan også ha betydning for andre tjenester som primærhelseteam, oppfølgingsteam, hjemmetjenesten, KAD/Legevakt, m.m.

### 12. Risikoelementer

Type	Risiko	Sanns	Tiltak
Iverksetting	Implementering av tavler kan bli forsinket i noen av kommunene	Medium	Forarbeid er startet i Oslo kommune for å avklare leverandør til FoU-prosjektet
Finansiering	Implementering er utfordrende fordi det krever finansiering fra flere aktører	Medium	Forankring med ledelse og se til aktørenes, nasjonale og regionale strategier/handlingsplaner
Organisasjon	Manglende evne, motivasjon eller forankring til å gjennomføre endringer og realisere potensialet	Medium	Involvere ansatte tidlig og ivareta deres innspill, sikre at prosjektet er nyttig for de som skal bruke resultatene, dokumentere gevinster.
Lover og forskrifter	FACT krever samhandling på tvers av aktører og kan være en utfordring ifht datasikkerhet og personvern	Medium	Innhente informert samtykke der det er nødvendig. Gjennomføre ROS-analyse for løsningen hos alle involverte aktører.
Markedsrisiko	Imatis er godt etablert i markedet og satser på kommunal helse og omsorg	Liten	Etablere dialog med Imatis og utvikle et konsept for FACT-tavler (ikke et produkt).

### 13. Øvrig samfunnsøkonomisk nytteverdi og bidrag til bærekraftig samfunnsutvikling

Prosjektet vil ha stor betydning for personer med psykiske lidelser og deres pårørende. Det vil bidra til samfunnet og FNs bærekraftsmål ved å sikre god helse og fremme livskvalitet til en utsatt brukergruppe og gjennom bedre behandling og oppfølging bidra til at brukerne kan ta del i samfunnsliv så vel som i utdanning og yrkesliv og derigjennom redusere ulikheter både i Norge og i andre land. DigiFACT vil også bidra til innovasjon både ved at offentlige aktører jobber på nye måter for å yte bedre tjenester til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, men også ved at digitale løsninger taes i bruk i sektoren.

### 14. Formidling og kommunikasjon

Prosjektet vil ha en aktiv formidlingsplan etter modell for andre innovasjonsprosjekter i det offentlige hvor SINTEF har hatt prosjektledelsen. Formidling til **deltakende partnere** vil tilrettelegges slik at partnerne

utnytter kunnskap og resultater fra prosjektet internt, både operativt i tjenesten (til ansatte), og på ledelses- og politisk nivå. Formidling **på nasjonalt plan** og til **andre kommuner og offentlige aktører** vil gjøres gjennom at resultatene vil bli presentert og publisert i aktuelle fagtidsskrift og fagkonferanser i Norge. Prosjektrapporter og funn vil bli lagt åpent tilgjengelig på nettet. Prosjektet vil synliggjøre resultater gjennom artikler på [www.forskning.no](http://www.forskning.no), [www.sintef.no](http://www.sintef.no), [www.gemini.no](http://www.gemini.no) og på partnernes web-sider. Formidling til andre kommuner sikres gjennom eksisterende samarbeidsnettverk som nasjonalt nettverk for ACT/FACT, nordisk samarbeid for ACT/FACT og nettverk i regi av KS, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Prosjektet har innledet dialog med Helsedirektoratet for nasjonale anbefalinger. Deltakende bedrift vil spre kunnskap og erfaringer til potensielle kunder i Norge og internasjonalt. Prosjektet vil gjennom partnere og referansegruppe formidle **internasjonalt** og funn og resultater vil generaliseres slik at disse kan publiseres i internasjonale vitenskapelige publikasjoner og konferanser.

## **DEL 4: Øvrige opplysninger**

### **15. Etikk og samfunnsansvar**

Prosjektet vil følge SINTEFs etiske retningslinjer og etiske håndbok. Prosjektet vil bli meldt til NSD, som er SINTEFs personvernombud for forskning. Kommunenes retningslinjer og rutiner for etisk forsvarlig drift og Etikkhåndboka fra KS vil være retningsgivende for prosjektet. Det vil bli innhentet samtykke fra pasienter, pårørende og ansatte der dette er relevant. Involvering av pasienter og deres pårørende vil gjøres med forsiktighet og bevissthet om at den enkelte pasient kan være i en sårbar situasjon.

### **16. Rekruttering av kvinner, kjønnsbalanse og kjønnsperspektiv.**

Prosjektet adresserer utfordringer i kommunehelsetjenesten, og her er ofte kvinner overrepresentert. Det er derfor naturlig at det kan være overvekt av kvinner i prosjektgruppen. Prosjektet vil forsøke å ivareta en god kjønnsbalanse ved også å involvere menn i ulike funksjoner fra deltakerkommunene.

### **Referanser**

- Ausen et al 2017. Ausen, D., Austad, H.O., Svagård, I.S., Landmark, A.D., Tjønnås, M.S., Rohde, T., Halvorsen, T., Halvorsen, M.R., Trondsen, T. and Tomasevic, T., 2017. Utvikling og implementering av digital samhandling og oppgavestøtte på KAD. Et regionalt forsknings- og innovasjonsprosjekt. (SINTEF 2017:00881, ISBN 978-82-14-06599-2)
- Ausen et al, 2017. Ausen D, Austad HO, Svagård IS, Landmark AD, Tjønnås MS, Rohde T, Halvorsen T, Halvorsen MR, Trondsen T, Tomasevic T, *Utvikling og implementering av digital samhandling og oppgavestøtte på KAD, 2017*
- Ausen et al, 2017. Ausen, D., et al., *Development and implementation of digital cooperation and support at KAD/Oslo. 2017*
- Bak et al 2007. Bak M et al. (2007), 'An observational "real life" trial of the introduction of assertive Community Treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* vol 42(2) 125-130.
- Fagerberg et al, 2005. Fagerberg, J., D.C. Mowery, and R.R. Nelson, *The Oxford handbook of innovation*. 2005: Oxford university press.
- Firn et al 2012. Firn M et al (2012) 'A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Springer.
- Hem et al, 2016. Hem, K.-G., et al., *Gevinstanalyse av IMATIS i Bærum kommune. Økonomisk analyse av konsekvenser av bruk på Dønski bo og behandlingssenter*. 2016.
- Landheim et al 2014. Landheim, A., Ruud, T., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K. S., & Stuen, H. K. Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene. *Oslo: Norwegian National Advisory Unit on Concurrent Substance Abuse and Mental Health Disorders*.
- Lexén og Svensson, 2016 Lexén, A., & Svensson, B. (2016). Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. *Journal of Mental Health*, 25(4), 379-384.
- Maguire, M., 2001. Maguire, M., *Methods to support human-centred design*. *International journal of human-computer studies*, 2001. 55(4): p. 587-634
- Meyer, J., 2000. Meyer, J., *Using qualitative methods in health related action research*. *Bmj*, 2000. 320(7228): p. 178-181.
- NAPHA 2017. Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge. NAPHA Rapport nr.3/2017
- Nugter et al 2016. Nugter, M. Annet, et al. "Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) implementation: a prospective real life study." *Community mental health journal* 52.8 (2016): 898-907.
- Røhne et al 2018. Røhne, M., Melby, L., Tjelta, T. H., & Fjørtoft, T. (2018). Digitalisering av FACT. For oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og eventuell rusproblematikk. *SINTEF Rapport*.
- Røhne et al, 2017. Røhne, M., D. Ausen, and L. Grut, *Verktøy for ressursplanlegging i hjemmetjenesten. OPTET—Optimeringsteknologi i hjemmebaserte tjenester*. SINTEF Rapport, 2017.
- Stein og Test 1980 Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 392-397.
- van Os 2006. van Os J, (2006), 'Een onderzoek naar het verschil in remissie bij assertieve outreach en het standaardmodel', *Patient Care*, December 2006 4-6. 5.
- van Vugt et al 2011. van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, van Weeghel J, Zoeteman JB, Mulder CL (2011), *Canadian Journal of Psychiatry* vol 56(3) 154–160. 7.