



Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

## **Adopteringen det ikke ble noe av**

En analyse av bakgrunnen for at noen regioner valgte å ikke adoptere Flexible Assertive Community Treatment (FACT-modellen).

Linnéa Lund Holth

Masteroppgave i organisasjon og ledelse, STV-3901, september 2020



# Forord

Et år med masteroppgavearbeid går mot slutten. Arbeidet har først og fremst vært lærerikt og spennende. Jeg har fått mulighet til å sette meg grundig inn i en modell jeg hadde liten kunnskap om på forhånd. Oppgaven har også gitt meg mulighet til å snakke med interessante mennesker om et felt jeg både har interesse for, erfaring fra, og et ønske om å jobbe innenfor.

Jeg skal ikke legge skjul på at arbeidet også har vært ispedd en porsjon frustrasjon og usikkerhet. Å gjennomføre et prosjekt over nesten to semestre har krevd både viljestyrke og pågangsmot. Heldigvis har jeg både hatt forskergruppen i regi av Anne Landheim i ryggen, samt min veileder Kjell Arne Røvik. Takk for at dere har invitert meg inn og delt av deres kunnskap. En spesiell takk rettes til min veileder, Kjell Arne. Du har satt av tid til meg, selv i en hektisk arbeidshverdag. Jeg vil også takke lærerne jeg har vært så heldig å bli kjent med gjennom studiet mitt ved UiT (en spesiell takk til Hilde og Turid), klassen jeg har vært en del av, og ikke minst «kjernen». Jeg har savnet dere alle under arbeidet med oppgaven.

Den største takken må rettes til informantene mine. Jeg opplevde dere som genuint interessert i mitt prosjekt, og dette gjorde ikke bare intervjuene spennende å gjennomføre og drøftelsen interessant, det førte til at jeg mer enn noen gang gleder meg til å møte «dere» ute i praksisfeltet igjen. Jeg har forsøkt etter beste evne å ivareta deres stemme i avhandlingen, samtidig som jeg har tolket det dere har sagt. Jeg håper dere kjenner dere igjen, og at dere kan ha nytte av oppgaven.

Til slutt vil jeg takke vennene mine, familien min og ikke minst kjæresten min. Å ha en nær relasjon til en masterstudent har jeg forståelse for at ikke alltid er like lett. Deres tro på meg og mine studier har gjort avhandlingen bedre.

Linnéa Lund Holth  
Rakkestad, 1.september 2020  
Antall ord i kjernetekst: 45 044



## Sammendrag

Denne masteravhandlingen omhandler FACT- modellen som er en samhandlingsmodell innenfor rus- og psykiatrifeltet. Kjerneområdene i modellen er fleksibel oppfølging og bistand der du er. Modellen har sitt opphav i USA, nærmere bestemt fra ACT-modellen. Denne modellen har blitt videreutviklet og tilpasset i Nederland, og ble her til FACT-modellen. Modellen skal være et tilbud til de brukerne som er vanskelige å nå og som ikke nyttiggjør seg tradisjonell behandling. I Norge rulles FACT-modellen ut i stor skala, og dette er et av helsemyndighetenes satsningsområder.

I avhandlingen er det to case som er studert, case rural og case by og bygd. De to casene fikk støtte fra Fylkesmannen til å opprette forprosjekt der de skulle utrede om FACT-modellen var noe de skulle innføre. Etter endt forprosjektperiode kom begge casene frem til at de ikke skulle adoptere FACT. Oppgavens problemstilling er som følger: *Hva er bakgrunnen for at noen regioner valgte å ikke adoptere Flexible Assertive Community Treatment (FACT-modellen)?*

Det ble antatt at årsaken til at de to casene avviste modellen hadde noe med motstand mot endring å gjøre. Det ble tatt utgangspunkt i Jacobsen (2004) sine 10 grunner til at motstand mot endring oppstår. Her ble de seks grunnene som ble antatt å ha størst forklaringskraft valgt ut. I tillegg ble det lagt til en 7. grunn som kan ses i sammenheng med det rasjonell-økonomiske perspektivet. Avhandlingens metodiske opplegg er en kombinasjon av intervjuer med nøkkelpersoner i prosessen, samt dokumentanalyse av sluttrapport for prosjektet og sentrale referater fra prosessen.

Hva slags grunner hadde så regionene til å ikke gå for en modell som «alle» ønsker velkommen? Funn viser at de to casene som er studert skiller seg betydelig fra hverandre når det kommer til geografisk størrelse, befolkningsgrunnlag og hvor mange kommuner som har samarbeidet om prosjektet. Dette har påvirket at det er ulike funn i de to casene. I case rural er det forventningen som henger sammen med «Faglig uenighet» og «økonomiske faktorer» som har størst forklaringskraft. I case by og bygd er det derimot forventningen knyttet til «Frykten for det ukjente», «Ekstraarbeid» og timing som best kan forklare hvorfor FACT-modellen ble avvist.



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>«HARD TO REACH AND HARD TO TREAT»</b> .....	<b>1</b>
1.1	VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	2
1.2	INTRODUKSJON AV FACT-MODELLEN .....	3
1.3	BEGREPSAVKLARING .....	4
1.4	OPPGAVENS DISPOSISJON .....	5
<b>2</b>	<b>HELSETILBUD FOR RUS- OG PSYKISK SYKE</b> .....	<b>7</b>
2.1	HVORFOR RULLES FACT-MODELLEN UT I NORGE? .....	8
2.2	ACT-MODELLEN .....	9
2.3	FACT-MODELLEN .....	10
2.3.1	<i>Forskning på FACT</i> .....	14
2.4	INTRODUKSJON AV CASENE .....	16
<b>3</b>	<b>TEORETISK RAMMEVERK: Å ADOPTERE ELLER IKKE ADOPTERE. DET ER SPØRSMÅLET</b> .....	<b>18</b>
3.1	MOTSTAND MOT ENDRING .....	19
3.1.1	<i>Faglig uenighet</i> .....	22
3.1.2	<i>Frykt for det ukjente</i> .....	23
3.1.3	<i>Tap av personlige goder</i> .....	24
3.1.4	<i>Ekstraarbeid</i> .....	24
3.1.5	<i>Endrede maktforhold</i> .....	25
3.1.6	<i>Aktører i omgivelsene</i> .....	25
3.1.7	<i>Økonomiske faktorer</i> .....	27
3.2	EMPIRISKE BIDRAG TIL HVORFOR NOEN IKKE INNFØRER ORGANISASJONSIDEER .....	28
3.3	FORVENTNINGER OM FUNN .....	30
<b>4</b>	<b>METODE</b> .....	<b>33</b>
4.1	VALG AV FORSKNINGSDESIGN .....	33
4.2	KVALITATIV METODE .....	33
4.2.1	<i>Intervju</i> .....	34
4.2.2	<i>Dokumentanalyse</i> .....	38
4.2.3	<i>Analyse av data</i> .....	39
4.3	VALG AV INTERVJU OG DATAMATERIALE SOM ANALYTISK VERKTØY .....	40
4.4	ETISKE VURDERINGER .....	42
4.5	RELIABILITET, VALIDITET OG OVERFØRBARHET .....	43
4.5.1	<i>Reliabilitet – vurdering av oppgavens pålitelighet</i> .....	43
4.5.2	<i>Validitet – vurdering av studiens gyldighet</i> .....	45
4.5.3	<i>Overførbarhet</i> .....	46
<b>5</b>	<b>FUNN</b> .....	<b>48</b>

5.1	7 GRUNNER TIL ENDRINGSMOTSTAND.....	48
<b>6</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>70</b>
6.1	FUNKSJON VS. DIAGNOSE .....	70
6.2	DET ER FALI, DET .....	77
6.3	BLIR JOBBEN MER BESVÆRLIG?.....	80
6.4	«BLE FOR MYE NYTT» .....	84
6.5	DPS – KOMMUNEN 1-0.....	87
6.6	YTRE PRESS .....	91
6.7	AVVIST SOM FØLGE AV ØKONOMISK KALKULASJON .....	94
6.7.1	<i>Forankring, deltagelse og timing .....</i>	<i>99</i>
<b>7</b>	<b>KONKLUSJON.....</b>	<b>104</b>
7.1	VIDERE FORSKNING .....	106
	<b>REFERANSELISTE.....</b>	<b>108</b>
	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>113</b>
	<b>INTERVJUGUIDE.....</b>	<b>113</b>
	<b>OVERSIKT OVER INFORMANTER .....</b>	<b>115</b>





# 1 «Hard to reach and hard to treat»

Psykisk helse har vel aldri før vært så høyt oppe på agendaen som det er i dag. Det lages artikler, podcaster, tv-programmer, show og bøker om temaet. Serier som «Jeg mot meg» og «Sinnssykt» har bidratt til å fjerne noe av tabuet rundt temaet, og gjort at vi ser menneskene bak diagnosene. I romjulen fikk selvmordsstatistikken et ansikt ved at vi fikk nyheten om at Ari Behn hadde tatt sitt eget liv. Den påfølgende begravelsen gjorde noe med oss, og datterens brutalt ærlige tale om at alle kan få hjelp gjorde et dypt inntrykk. Vi kunne kort tid etter begravelsen lese en kronikk i Aftenposten skrevet av vår statsminister at hennes regjering skal sørge for at hjelpen til psykisk syke skal blir enda bedre enn den er i dag (Solberg, 2020). Erna Solberg peker på at dette skal de få til gjennom pakkeforløp, øke antall psykologer i kommunene, og flere oppsøkende team som reiser hjem til mennesker som sliter.

En kan tenke seg at måten et helsetilbud er organisert på får følger for brukergruppen av tilbudet. I Norge har den tradisjonelle måten å organisere rus- og psykiatritjenesten på vært at vi har et skille mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (regjeringen (a), 2014). Denne oppgaven vil omhandle en ny måte å organisere psykiatrien på, nemlig gjennom FACT-modellen. Modellen skal være et tilbud til de brukerne som er vanskelige å nå og som ikke nyttiggjør seg tradisjonell behandling. FACT-modellen kommer fra Nederland og denne er en videreutvikling av ACT-modellen fra USA. I denne modellen er det fokus på fleksibel oppfølging og bistand der du er. Det vil si at teamet kommer hjem til deg og de følger deg over tid (van Veldhuizen, 2013). I Norge vil dette i praksis si et samarbeid mellom primærhelsetjenesten ved kommunene og spesialisthelsetjenesten ved for eksempel distriktpsikiatrisk senter (Helsedirektoratet (a), 2019).

At temaet for min masteravhandling ble innføringen av ny organisasjonsmodell i psykiatrien i Norge er det flere grunner til. Jeg ønsket å skrive en avhandling innenfor mitt interessefelt, og jeg anså det som en fordel å skrive en avhandling innenfor et felt jeg har kompetanse på. I «bunnen» som det så fint kan kalles, er jeg utdannet sosionom. Psykisk helse og behandling av psykisk syke er både noe jeg har flere års arbeidserfaring med, og en stor interesse for. Jeg anser at jeg i arbeidet med avhandlingen har vært heldig som både kan ta i bruk «sosionombriller» og «organisasjonsvitebriller». Dette har gjort at jeg tydeligere har sett sammenhengen mellom organisasjonsforskningsarbeidet og praksisfeltet. Det falt meg derfor lett å takke ja til å skrive en avhandling innenfor et forskningsprosjekt på FACT-modellen da forespørselen kom fra professor Kjell Arne Røvik.

FACT er en fremvoksende modell som kan ses på som en løsning på utfordringen med å nå psykiske syke som faller på utsiden av eksisterende hjelpeapparat. Det kan også ses på som en konsekvens av nedleggelsen av psykiatriske sykehus og erkjennelsen av at den beste hjelpen for psykisk syke kanskje ikke er på et isolert sykehus, men i deres nærmiljø eller hjem. Dette ser vi både rundt om i verden, og i Norge. Myndigheter har gjennom rapporter og evalueringer satt dette på dagordenen. Framveksten av dette fokuset har gjort det aktuelt å forske på nettopp «løsningene» og modellene vi ønsker å implementere i Norsk helsevesen. For er det slik at FACT-modellen passer i Norge med både land og by, i annerledeslandet med høye fjell og dype daler? Som en av informantene mine så fint sa det:

*«Det er litt lengre mellom postkassene her enn i Nederland» (Rådgiver fra et kompetansesenter case rural).*

FACT-modellen er lite forsket på, og dette danner grunnlag for at det er aktuelt for meg å skrive denne oppgaven.

## **1.1 Valg av tema og problemstilling**

Masteravhandlingen vil omhandle FACT- modellen. Dette er en ny organisasjonsmodell innenfor rus-psykiatrifeltet. Nederland har tilpasset og videreutviklet ACT-modellen til FACT-modellen. FACT-modellen er rullet ut i Norge, og implementeringen av denne skal undersøkes gjennom et forskningsprosjekt som har fått støtte fra Norsk forskningsråd (Wiig, 2018). Prosjektet er ledet av professor Anne Landheim ved Sykehuset innlandet og prosjektgruppen hadde oppstart høsten 2019. Jeg har vært en del av dette prosjektet høsten og våren 2019/2020.

Når en skal studere et fenomen som FACT er det kanskje mest nærliggende å forske på de FACT-teamene som har startet opp. Jeg mener at det også vil være interessant å forske på team det ikke ble noe av. Flere forprosjekter med støtte fra Fylkesmannen er gjennomført der det er blitt jobbet mye med å etablere FACT-team, men der resultatet har blitt at teamene ikke skal opprettes. Min oppgave vi ta utgangspunkt i nettopp adopteringen det ikke ble noe av. Jeg vil ut fra seks av Jacobsen (2004) sine 10 grunner til at motstand mot endring oppstår belyse min problemstilling. Jeg har i tillegg til disse seks, lagt til en 7. grunn til at motstand oppstår som jeg har kalt *økonomiske faktorer*. Oppgavens problemstilling er som følger:

*Hva er bakgrunnen for at noen regioner valgte å ikke adoptere Flexible Assertive Community Treatment (FACT-modellen)?*

Jeg er interessert i å se på grunner til å ikke gå for modellen ved hjelp av å analysere forprosjektperioden for å svare på overnevnte problemstilling. Jeg vil analysere dette i lys av to regioner der de i forprosjektfasen jobbet mye med å etablere FACT-team, men der de konkluderte med at de ikke skulle adoptere denne. Jeg ønsker å forstå grunnene som ledet frem til avgjørelsen om å forkaste FACT. Jeg tar i bruk sentrale bidrag innenfor forskningen på «non-adoption» innen nyere organisasjonsteori i et forsøk på å få en forståelse av hvorfor FACT ble valgt bort. Jeg skal undersøke ikke-adopteringen i lys av innsikter fra institusjonell teori, ny-institusjonell teori og det rasjonelle perspektivet. Jeg har gjennomført intervju med nøkkelpersoner i prosessen som endte med vedtak om å ikke gå for FACT. I tillegg til dette vil jeg inkludere hensiktsmessig og tilpasset dokumentanalyse til hvert enkelt case for å supplere intervjuobjektene forståelse.

Å forske på avvisning av en organisasjonsmodell vil være interessant fordi det er en problemstilling som det i relativt liten grad har vært forsket på, og kunnskapen som tilegnes vil kunne brukes i den ytterligere utrulling av FACT-modellen i Norge, og kanskje også overføres til andre utrullingsprosesser. I datamaterialet kan det fremkomme årsaker som gjør at modellen kanskje bør justeres.

Hva slags grunner har norske kommuner til å ikke gå for en modell som helsemyndighetene sterkt satser på og der kompetansesentrene på rus- og psykisk helse også anbefaler dette? Ligger det rasjonelle analyser bak eller handler ikke-adopteringen heller om mer tradisjonell uvilje mot endring?

I en studie av hvorfor noen ikke innfører en modell er det hensiktsmessig å definere prosessen som skal studeres. Prosessen som studeres her anses å starte på det tidspunkt involverte aktører opprettet forprosjektet og til forprosjektet ble avsluttet og det forela en konklusjon om å ikke gå for FACT.

## **1.2 Introduksjon av FACT-modellen**

FACT-modellen er kort fortalt en modell som skal gi mennesker med alvorlig psykiske lidelser oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester (Helsedirektoratet (b), 2019). FACT-modellen innebærer en arbeidsmetodikk med noen sentrale grunnelementer som må følges for at det du driver med skal kunne kalles nettopp FACT. Modellen har en fidelityskala som blant annet sier noe om hvem som skal være en del av teamet, hvem som kan søkes inn til teamet, hvor ofte teamet skal ha kontakt med tjenestemottakerne og hva som skal tilbys av behandling til tjenestemottakerne (van Veldhuizen, 2013). Hovedmålsettingen med FACT er å gi de

tjenestemottakerne som er en del av teamet støtte og behandling i en slik grad at de kan leve utenfor sykehus og institusjon, samtidig som de fungerer i samfunnet. Det som skiller FACT fra andre lignede modeller er at det her brukes to ulike metoder i oppfølgingen av tjenestemottakerne. Det er individuell rådgiving – kalt «case manager» og tett oppfølging hvor all informasjon deles med teamet – kalt felles «case load». I FACT-modellen tas det i bruk en elektronisk tavle i oppfølgingen av tjenestemottakerne. Når tjenestemottakeren er en del av gruppen som mottar felles «case load», er relevante opplysninger om han eller hun ført opp på FACT-tavlen. I FACT er tanken at gruppen som får oppfølging fra teamet er delt i to, og at rundt 20% av gruppen får tett oppfølging og står på FACT-tavlen, mens den resterende gruppen på 80% får individuell oppfølging. Det vil variere både hvem som står på tavlen og hvor lenge en tjenestemottaker vil stå der. I vurderingen av hvor tett oppfølging en tjenestemottaker trenger tas det utgangspunkt i tjenestemottakerens behov. I FACT-modellen er standard oppfølgingen uavhengig av om du er i den ene eller andre gruppen oppsøkende. Det vil se at teamet gir tjenestemottakeren oppfølging og behandling der de bor og i deres nærmiljø. Et sentralt element i FACT-modellen er tverrfaglighet. Det vil si at flere ulike faggrupper samarbeider i teamet om å gi tjenestemottakeren et best mulig tilbud. Faggrupper som inngår i teamet er eksempelvis psykiater, psykolog, arbeidsspesialist og sosionom med psykiatrikompetanse.

I Norge rulles FACT-modellen ut som følge av et ønske fra helsemyndighetene. I Norge ble det ansett at helsetilbudet vi allerede hadde ikke var tilstrekkelig tilpasset mennesker med alvorlig psykisk lidelser og der det er behov for oppfølging fra flere instanser samtidig. Som svar på dette ble ulike samhandlingsmodellene adoptert, og en av disse var FACT-modellen (Landheim, Hoxmark, Aakerholt & Aasbrenn, 2017). Å innføre FACT-modellen i Norge har påvirkning på organiseringen av rus- og psykiatrifeltet. Det innebærer et samarbeid mellom både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### **1.3 Begrepsavklaring**

I avhandlingen vil jeg bruke begrepet tjenestemottaker når jeg snakker om de som får tjenester fra et FACT-team. FACT-modellen er et samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De to nivåene i tjenesteapparatet har dog ulik begrepsbruk. I primærhelsetjenesten snakker man om brukerne eller tjenestemottakerne mens man i spesialisthelsetjenesten snakker om pasientene. De tre begrepene har ulikt innhold, og det er ikke alle begrepene som vil være like naturlig å ta i bruk for de ansatte i de ulike tjenestenivåene. Det vil for eksempel ikke være naturlig for en kommunalt ansatt å bruke

begrepet pasient. På lik linje vil det nok ikke være naturlig for en psykiater å bruke begrepet bruker. På veien for å finne den mest hensiktsmessige begrepsbruken har jeg spurt ansatte i et FACT-team hva de foretrekker. De oppga at tjenestemottaker nok er det begrepet som er naturlig for alle å bruke, men at flere av begrepene brukes. I litteraturen om FACT-modellen brukes også de tre begrepene om hverandre. For å ha en ryddig begrepsbruk har jeg valgt å være konsekvent og omtale de som mottar tjenester fra et FACT-team som tjenestemottakere. Der det fremkommer andre begreper i litteratur eller empirien er disse brukt.

I oppgaven er begrepet ikke-adoptert brukt. Det motsatte av å ikke-adoptere er å adoptere. Hvis casene jeg har studert hadde adoptert modellen anses det at modellen hadde materialisert seg i strukturen, prosedyrene og i rutineene. Modellen ville ført til en varig endring av praksis i organisasjonen (Røvik, 2007). Dette skjedde ikke i casene jeg har studert, og på bakgrunn av dette anses det hensiktsmessig å ta i bruk begrepet ikke-adoptert.

I oppgaven vil begrepet ikke-adoptert og avvist bli brukt om hverandre, på tross av at disse begrepene har noe ulikt innhold. Begrepet avvist indikerer en aktiv kalkulert handling, mens begrepet ikke-adoptert er mer konstaterende uten at en vet hva som ligger bak. Her kan det også være tilfeller der FACT har gått organisasjonen helt «hus forbi». Casene som er valgt ut i denne studien har gjennomført et forprosjekt der de undersøkte om FACT var noe for dem. Det antas at grunnen til at FACT-team ikke ble opprettet hos casene som er studert er basert på en vurdering hos de to casene, og derfor kan begge de to begrepene tas i bruk.

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

I oppgavens første del vil oppgavens tema bli presentert. Først vil tilbudet og ansvarsfordelingen når det gjelder feltet rus- og psykisk helse bli gjort rede for. Deretter vil samhandlingsmodellene ACT og FACT bli presentert der det vil legges mest vekt på FACT-modellen. Avslutningsvis vil det vises til forskning på feltet.

Oppgavens andre del vil omhandle det teoretiske rammeverket. Her vil analytiske begreper, teoretiske modeller og perspektiver bli redegjort for. Oppgavens teoretiske rammeverk bygger på Jacobsen (2004) sine 10 grunner til at motstand mot endring oppstår. Det er valgt ut seks grunner som gjøres rede for i dette kapittelet. Det er lagt til en syvende grunn som jeg har kalt *økonomiske faktorer*. Her vil bidrag fra det rasjonelle perspektivet ses i sammenheng med økonomisk teori. Kapittelet vil også inneholde forskningsbidrag fra feltet og en del der mine forventninger knyttet til funn vil bli presentert.

I tredje del av avhandlingen vil det metodiske opplegget presenteres. Her vil valgene som er gjort underveis gjøres rede for, og det vil bli gjort en vurdering av oppgavens reliabilitet, validitet og overførbarhet.

I den fjerde delen presenteres empiriske funn fra intervjuene og dokumentanalysen.

Den femte delen er oppgavens hoveddel. Her vil problemstillingen bli drøftet i lys av mine funn og det valgte teoretiske rammeverket.

Sjette og siste del av oppgaven vil bli viet til konklusjonen. Her vil drøftelsen sammenfattes og det vil pekes på en konklusjon ut fra oppgavens problemstilling. Her vil det også kort bli redegjort for videre forskning.

## 2 Helsetilbud for rus- og psykisk syke

I Norge er det flere nivåer som har ansvar når det gjelder å gi mennesker med rus- og psykiske lidelser et helsetilbud. Det påpekes at tilbudene på feltet rus- og psykisk helse primært skal gis i nærmiljøet til tjenestemottakeren, det vil si i kommunene (regjeringen (b), 2014). Kommunene skal sørge for at de som oppholder seg i kommunen tilbys de helse- og omsorgstjenester som er nødvendig. Kommunene avgjør selv hvordan tjenestene skal organiseres, og det er rom for å ta hensyn til lokale forhold og behov. Det pekes på at tjenestene kan for eksempel innebære rådgiving og veiledning, oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, og oppfølging før og under opphold i spesialisthelsetjenesten. Mennesker som har disse problemene eller lidelsene eller står i fare for å utvikle disse har ofte behov for langvarig sammensatte tjenester.

Helseforetakene ved spesialisthelsetjenesten har også et ansvar. Deres rolle er å støtte opp arbeidet som blir gjort i kommunene og gi tilbud om utredning og behandling av de mer alvorlige tilstandene (Regjeringen (a), 2014). I avhandlingen er det distriktpsikiatrisk senter, heretter kalt DPS, som menes når det vises til spesialisthelsetjenesten eller andrelinjetjenesten. DPS ses på som grunnsteinen i andrelinjetjenesten innen psykisk helsevern (Malt, 2020). DPS er definert som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykisk helsevernet, og de har ulike tilbud som dag-, døgn-, polikliniske og ambulante tjenester. De skal også gi veiledning til det psykiske helsearbeidet som gjøres i kommunene. Alle innbyggerne i Norge er omfattet av et DPS.

I spesialisthelsetjenesten brukes prioriteringsveilederne i vurderingen av hvilke pasienter som skal få utredning og behandling hos dem. Prioriteringsveilederne skal bidra til økt forståelse for prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering av disse (Helsedirektoratet, 2015). Dette fører til at det er noen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og noen som får et avslag som følge av at de ikke oppfyller vilkårene for oppfølging og behandling. I en kommune må de også forholde seg til prioriteringer, og da gjennom fordelingskontorordningen. Søknader om helse og omsorgstjenester i en kommune blir saksbehandlet og prioritert på et fordelingskontor. Et av momentene som skiller kommunehelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten er gruppen som skal inkluderes. Kommunehelsetjenesten skal gi et tilbud til en bredere del av innbyggerne i en kommune enn det spesialisthelsetjenesten skal. Deres fokus er i mindre grad på diagnoser og mer på tjenestemottakerens funksjon.



## 2.1 Hvorfor rulles FACT-modellen ut i Norge?

I rapporten «Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge» vises det til nasjonale retningslinjer og veiledere som peker på et utfordringsbilde der tjenesteapparatet ikke blir sett på som godt nok tilpasset personer med store og sammensatte problemer og som har behov for tjenester fra mange instanser i kommunen og spesialisthelsetjenesten samtidig (Landheim et al, 2017). For at brukergruppen skal kunne nyttiggjøre seg tjenesteapparatet er det behov for koordinerte, helhetlige og integrerte tjenester både innad i en kommune, men også mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsmodellen kan ses på som et vesentlig moment som førte til vektleggingen av et forpliktende samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, senere i denne sammenhengen kjennetegnet gjennom ACT-team og FACT-team. Tilbudet man allerede hadde til brukergruppen ble ikke ansett som tilfredsstillende, og samhandling ble sett på som løsningen på denne utfordringen (Landheim et al, 2017).

Helsedirektoratet (2008) peker i sin evaluering av «Opptappingsplanen for psykisk helse» at det i Norge er rundt 4000 personer som har et underforbruk av tjenester knyttet til oppfølging og behandling av rus og psykiske lidelser. Denne gruppen har ofte i tillegg somatiske sykdommer og sosiale problemer. Disse personene kan være vanskelige å nå, og de nyttiggjør seg ofte ikke tradisjonell behandling. Som et svar på dette bevilget Stortinget gjennom Statsbudsjettet for 2009 øremerket midler til å implementere samhandlingsmodeller og ACT-team (Aakerholt, 2013). Landheim et al (2017) viser til nyere statistikk fra Brukerplan 2015 der det fremkommer at omlag 26 000 personer i Norge har rusproblemer og psykiske helseproblemer og et svært lavt funksjonsnivå på flere og vesentlige områder i livet. Disse brukerne har behov for tjenester fra mange instanser både innad i en kommune og spesialisthelsetjenesten. Helsemyndighetene i Norge har som følge av dette bildet de siste årene satset på modeller som skal gi de som «faller utenfor» det tradisjonelle tjenesteapparatet kontinuerlig, helhetlig og integrerte tjenester. I første omgang ble ACT-modellen prøvd ut, etterfulgt av FACT-modellen. Siden 2009 har Norske helsemyndigheter stimulert til utprøving og implementering av ulike samhandlingsmodeller (Landheim & Odden, 2020). De første FACT-teamene ble etablert i 2013, og det er i dag rundt 60 FACT-team hvis en også regner med forprosjekter.

Helsedirektoratet (2008) pekte på at ACT-modellen ble valgt fordi det synes som modellen var den best evaluerte internasjonalt og at modellen kunne vise til de beste resultatene for målgruppen. Helsemyndighetene stimulerer fortsatt gjennom tilskuddsordninger til utprøving og etablering av nye ACT- og FACT-team. Det er et ønske fra Helse- og omsorgsdepartementet at det også skal etableres FACT-team i rurale strøk (Bakke & Strand, 2018). Rurale strøk vil si områder med lav befolkningsmasse og ofte lengre avstander mellom der folk bor. I disse områdene må ofte flere kommuner gå sammen for å få et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for å jobbe i tråd med modellen.

I dette kapittelet vil først forløperen til FACT, ACT, kort presenteres. Deretter vil det gjøres rede for hva FACT-modellen går ut på, og forskningsfeltet vil bli presentert. På bakgrunn av oppgavenes omfang vil det ikke være plass til en analyse av hvorfor akkurat ACT og FACT ble sett på som løsningene på problemene Norge sto ovenfor på helsefeltet. Dette er et svært interessant spørsmål som i seg selv kunne fylt en avhandling. Dette kan være et aktuelt tema for videre forskning.

## **2.2 ACT-modellen**

Assertive Community Treatment som blir forkortet til ACT, er en behandlingsmodell som har sin opprinnelse i USA på 1970-tallet. Dette var en modell som ble tatt i bruk for å behandle og følge opp personer med alvorlige psykiske lidelser. Fremveksten av ACT-modellen i USA kom som følge av at mange psykiatriske sykehus ble avviklet. For å fortsatt kunne tilby et behandlingstilbud til brukergruppen og unngå at de ble svingdørspasienter ble svaret oppfølging etter ACT-modellen. Behandlingen og oppfølgingen ble flyttet fra sykehus til den psykisk sykes nærmiljø. Oppfølgingen skulle omfatte et vidt spekter av tiltak, helst alle typer tjenester, og det skulle jobbes teambasert (Aakerholt, 2013).

ACT-modellen er mest egnet for personer med psykoselidelser som det er vanskelig for det eksisterende hjelpeapparatet å etablere kontakt med (Aakerholt, 2013). Her inngår også psykoselidelser i kombinasjon med rusmiddelmissbruk. Brukerne som er aktuelle for oppfølging fra ACT- teamet har behov for langvarig og tett oppfølging og behandling. Kriteriene for å få oppfølging av et ACT-team er strenge, og oppfølgingen er kun ment å dekke behovet til 20% av personene i befolkningen med de mest alvorlige psykiske lidelsene. For å få et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag er modellens opptaksområde ganske stort. Behandlingen som tilbys tjenestemottakeren som har oppfølging fra et ACT-team vil også handle om å mestre livet. Det kan for eksempel være å trene på å ta bussen hvis dette er en

utfordring for brukeren. Behandlingen skal gjennomføres i brukerens hjem eller nærmiljø. Modellen legger til grunn at det jobbes teambasert der hvert team-medlems yrkesbakgrunn og kompetanse nøye er satt sammen. Hensikten er at hele teamet skal bistå hver pasient og teamet vil jobbe aktivt oppsøkende. I oppfølgingen og behandlingen av tjenestemottakerne brukes en tavle. På tavla vil relevant informasjon om tjenestemottakeren fremkomme slik at teamet til enhver tid er oppdatert på hva som er planlagt av aktiviteter og oppfølging.

ACT- modellen har en definert arbeidsmetodikk og grunnelementer som fremkommer i en fidelitetskala. Skalaen beskriver hva teamet skal gjøre, hvem som skal gjøre hva og hva som menes med å jobbe teambasert. ACT-teamene blir målt på i hvor stor grad de har implementert modellen i tråd med dette og om teamet er modelltro. ACT- modellen har blitt etablert i flere ulike land, også i Norge. For at modellen skal kunne passe inn i ulike lands eksisterende hjelpeapparat, har denne blitt tilpasset lokale forhold. I Norge med en todeling av tjenestetilbudet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten har det vært mindre naturlig å legge alle tjenestene inn i ett team. Samtidig har erfaringer med ACT-modellen i Norge vist at å holde seg strengt til fidelitetskalaen for modellen har vært et suksesskriterie (Aakerholt, 2013).

ACT-modellen kan vise til gode resultater for målgruppen. Dette gjelder også i Norge (Helsedirektoratet (b), 2019). I evalueringsrapporten for ACT-modellen i Norge fremkommer det at modellen lykkes i å rekruttere målgruppen. For tjenestemottakerne i et ACT-team viser evalueringen at tvangsbruken går ned, at antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern er redusert, at tjenestemottakeren har færre alvorlige psykiatriske og depressive symptomer, færre har alvorlige selvmordsrisiko og færre har problemfylt bruk av rusmidler. Selv rapporterer tjenestemottakerne om at de har bedre helse og de er mer fornøyd med ACT enn tidligere behandling de har hatt. Pårørende sier også at de er fornøyd. Den vellykkede innføringen av modellen førte til at modellen ble anbefalt å ruller ut i flere regioner i Norge (Landheim, Ruud, Odden, Clausen, Heiervang & Stuen, 2014).

### **2.3 FACT-modellen**

Flexible Assertive Community Treatment, forkortet FACT, ble utviklet i Nederland på tidlig 2000-tallet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen. En kan si at FACT-modellen er en videreutvikling av ACT-modellen til Nederlandske forhold. FACT-modellen ble deres svar på utfordringen det er å gi alle innbyggere i et område med alvorlig psykiske lidelser tjenester over tid. Det var ønskelig å utvikle en mer dynamisk modell enn ACT som i større grad

ivaretok spennet i tjenestemottakernes behov for intensiv oppfølging. Modellens grunnleggere er psykiateren Remmers van Veldhuizen og psykolog Michiel Bähler. Van Veldhuizen (2013) argumenterer for at personer med alvorlig psykisk lidelse kan leve utenfor sykehus og fungere i samfunnet dersom de får tilstrekkelig støtte og behandling.

FACT-modellen kan forklares som en modell der mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ofte i kombinasjon med ruslidelse får oppsøkende, langvarig oppfølging og behandling i deres lokalsamfunn av et FACT-team (van Veldhuizen, 2013). Dette er mennesker som det ofte kan være vanskelig å nå, og som ikke nyttiggjør seg tradisjonell behandling. En kan påstå at behandlingsapparatet ikke er tilpasset denne brukergruppen. Hovedmålet med modellen er at tjenestemottakerne skal få helhetlige koordinerte tjenester fra et team, og at dette skal skje der de oppholder seg. I Norge er FACT-modellen en forpliktende samhandlingsmodell mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet (a), 2019).

Tjenestemottakeren i et FACT-team vil ha en behandlingsplan (van Veldhuizen, 2013). Forskjellen på oppfølging fra et FACT-team og et ACT-team er at FACT-team kombinerer case management med den intensive teambaserte oppfølgingen som ACT er kjent for. I praksis vil det si at tjenestemottakeren får tilpasset bistand fra teamet etter hva hver enkelt har behov for, altså fleksibel oppfølging. Dette er F-en i FACT. Case management går ut på å koordinere og sikre at brukere får nødvendige tjenester uansett hvor mange instanser som er involvert (Aakerholt, 2013).

FACT skiller seg fra ACT også når det gjelder målgruppen. I FACT er det en videre målgruppe enn i ACT. FACT-teamet inkluderer personer med alvorlige psykiske lidelser og klare begrensninger i funksjonsnivå. For å være aktuell for oppfølging fra et FACT-team må det være en årsakssammenheng mellom den psykiske lidelsen og funksjonsnivå, og tilstanden må være langvarig. Det stilles også krav om at det må være behov for tjenester fra flere og et samarbeid mellom disse i gjennomførelsen av behandlingsplan. På bakgrunn av den utvidete målgruppen blir opptaksområdet til FACT-teamet mindre enn det ACT-teamene hadde (van Veldhuizen, 2013).

Ut fra tall fra brukerplankartleggingen i kommunene er det beregnet at 0,64 prosent av den voksne befolkningen i Norge har behov for helhetlige og koordinerte tjenester som for eksempel FACT (Landheim et al, 2017). I FACT-håndboken fremkommer det at det ikke anbefales at et team har mer enn 250 brukere og at befolkningsgrunnlaget bør være på rundt

50 000. Forholdet bruker per behandler kan være opptil 15 brukere per behandler (van Veldhuizen, 2013). Det er viktig for lokalsamfunnet å vite hvilket team som server deres område. Det henger også sammen med at det ikke anbefales for store reiseavstander da hvert team må besøke et visst antall personer hver dag. Hvis for eksempel reiseavstanden blir for lang vil dette da spise mye av tiden til medlemmene som ikke kan brukes til oppfølging av brukere. Det pekes på at for distrikter med færre innbyggere enn anbefalt vil en måtte tilpasse FACT-modellen. Det er gjort en vurdering av potensialet for FACT i Norge, og her inngår også anbefalinger om rurale områder der det er store avstander og lav befolkningstetthet (Landheim et al, 2017). I regioner med minst 15 000 innbyggere over 18 år og en reisevei på maksimum en time fra DPS-et til regionens ytterkanter anbefales etablering av FACT-team. Her pekes det på at teamet vil ha rundt 100 potensielle brukere. Det anbefales en modifisert versjon av FACT-team i regioner med samme innbyggertall som over, men der det er over en time i reisevei fra DPS-et til regionens ytterkanter. I DPS-regioner som har færre enn 15 000 innbyggere over 18 år anbefales det å etablere et samarbeid rundt disse brukerne med utgangspunkt i prinsippene for FACT.

Etter som erfaringene med FACT-modellen vokste i Nederland, ble modellen stadig videreutviklet. I 2007 ble en trofasthetsskala kalt fidelityskala for modellen utviklet (van Veldhuizen, 2013). Fidelityskalaen sier noe om hva slags yrkesbakgrunn teammedlemmene skal ha, hvordan et team skal jobbe og hvem som skal gjøre hva i et team. I et FACT-team vil det være fagutøvere med tilstrekkelig kompetanse, case manager og psykiater. I tillegg til dette har teamet psykolog, russspesialist, arbeidsspesialist og brukerspesialist. Case managere kan være sykepleier eller vernepleier med kompetanse innen psykisk helse og rus.

Van Veldhuizen (2013) forklarer hovedprinsippene i FACT ved å sammenlikne de ulike delene i modellen med byggesteiner. Han peker på følgende seks byggesteiner:

1. «Vi vil være der bruker ønsker å lykkes».
2. Oppsøke og forankre brukeren i tjenesteapparatet.
3. Støtte opp under inkludering og sosial nettverksbygging.
4. Tilby pasienten den oppfølgingen som til enhver tid er nødvendig.
5. Tilby behandling i tråd med faglige retningslinjer.
6. Støtte opp under yrkesrettet rehabilitering, bedring og selvhjelp.

Teamet bruker metodene medikamentell behandling, psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi, Individuell jobbstøtte (forkortet til IPS), arbeid med rus og psykisk lidelse (forkortet IDDT) og somatisk oppfølging i arbeid med målgruppen. På bakgrunn av erfaringer fra Nederland er det definert flere faktorer som er essensielle for personer med alvorlig psykisk lidelse. Disse kalles «The seven C's». I de syv C-er inngår cure (behandling), care (daglig støtte og veiledning), crisis-intervention (kriseintervensjoner), client-know-how (recovery-orientering), community (familie, IPS, bolig, inkludering), control of risk (risikovurdering, følge opp tvunget psykisk helsevern uten døgnet, forkortet TUD) og check (evaluere effekten av behandlingen).

Teamet skal ifølge modellen møtes daglig der tjenestemottakerne drøftes og «FACT-tavlen» gjennomgås (van Veldhuizen, 2013). Det er også på disse møtene at de ulike medlemmene av teamet kommer med innspill til behandlingen av tjenestemottakeren som står på tavlen. En «FACT-tavle» er et digitalt excel-skjema som inneholder opplysninger om tjenestemottakeren, hvem som har ansvar for tjenestemottakeren i teamet og avtaler tjenestemottakeren har. Skjemaet inneholder også kategorier for hvorfor tjenestemottakeren er satt opp på «FACT-tavlen». Årsaken til at en tjenestemottaker er satt på tavlen kan endres underveis i oppfølgingen og tjenestemottakeren kan dermed bytte kategori. FACT-tavlen ses på som «hemmeligheten md FACT». FACT-modellen har som nevnt to nivåer av behandlingsintensitet, ordinær individuell oppfølging og intensiv oppfølging. FACT-tavlen muliggjør at begge nivåene av oppfølging kan leveres av ett og samme team. Modellen har klare retningslinjer for når en tjenestemottaker skal opp på tavla, og når tjenestemottakeren skal tilbake til «den ordinære oppfølgingen». Gruppen som får høyintensiv oppfølging er de 20 prosent mest alvorlig syke og det er disse som er satt opp på den digitale «FACT-tavlen». Disse får hele teamets oppmerksomhet. De mer stabile, 80 prosent gruppen, blir fulgt opp individuelt.

Når tjenestemottakeren er en del av ordinær individuell oppfølging innebærer dette at de har en case manager fra teamet og en psykiater som er hovedansvarlig for behandlingen og oppfølgingen. De støtter tjenestemottakeren i bedringsprosessen. Hvis det er behov for det bistår andre personer i teamet med konkrete oppgaver i tillegg til de hovedansvarlige. Poenget er at tjenestemottakeren skal slippe å møte forskjellige hjelpere hver dag og hver uke. Det gjennomføres regelmessige hjemmebesøk av case manager og brukerspesialist, og psykiater og psykolog foretar også hjemmebesøk. IPS-spesialisten oppsøker tjenestemottakeren og bistår i samarbeid med arbeidsgivere (van Veldhuizen, 2013).

Det andre nivået er intensiv oppfølging. For å få intensiv oppfølging må tjenestemottakeren være skrevet opp på «FACT- tavlen». Tjenestemottakeren som er ført opp på tavlen har et stort hjelpebehov. Her vil teamet gi tett oppfølging og det vil bli gjennomført hjemmebesøk. Ved behov vil det bli gjennomført daglig besøk. Denne typen oppfølging kan vare over tid. Oppfølgingen av denne gruppen av tjenestemottakere vil være for stort for kun en person å organisere. Her kreves det at teamet jobber sammen og at også andre relevante instanser involveres. Her vil alle medlemmene av teamet bli informert om tjenestemottakeren, og flere av medlemmene vil følge opp og bistå. I en slik type oppfølging er det svært viktig at det er et klart koordinert mål der alle jobber i samme retning. Van Veldhuizen presiserer at både i individuell og intensiv oppfølging er oppsøkende arbeid standard prosedyre (van Veldhuizen, 2013).

### **2.3.1 Forskning på FACT**

FACT-modellen er i begrenset grad forsket på, men på tross av dette er den rullet ut bredt både i Norge og andre europeiske land. Det er gjennomført fem publiserte studier på FACT-team. De fire første studiene er gjort i Nederland, mens den siste studien er fra Storbritannia. Den første empiriske FACT artikkelen ble publisert i 2007 av Bak, van Os, Delespaul, de Bie, á Campo, Poddighe og Drukker. Den andre publiserte studien på FACT er fra 2008 og er gjennomført av Drukker, Maarschalkerweerd, Bak, Driessen, á Campo, de Bie, Poddighe, van Os og Delespaul. Den tredje studien er fra 2011 og er gjennomført av Drukker, van Os, Sytema, Driessen, Visser og Delespaul. Den fjerde undersøkelsen er fra 2013 også gjennomført av Drukker, Visser, Sytema og van Os. Den femte og siste publiserte undersøkelsen er fra 2013 og ble gjennomført av Firn, Hindhaugh, Hubbeling, Davies, Jones og White. Felles for alle studiene er at de ikke viser signifikant bedring hos tjenestemottakeren etter oppstart i FACT hverken når det gjelder symptomreduksjon eller funksjonsnivå.

Norden og Norlander (2014) har oppsummert forskning fra de fem studiene som er publisert om FACT-team i sin artikkel «Absence and Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach?». Deres oppsummering viser det samme som overnevnte og de peker også på at det er knyttet metodiske svakheter til undersøkelsene som er gjennomført. Forfatterne anbefaler at det i ACT-modeller legges mer vekt på at klienten i større grad er delaktig og bestemmer målet for behandlingen. Veldhuizen, Delespaul, Kroon og Mulder (2015) skriver i artikkelen «Flexible ACT & Resource-group ACT: Different Working Procedures Which Can Supplement and Strengthen Each Other. A

Reponse» en respons på artikkelen til Norden og Norlander. De peker på at flere av studiene viser noe bedring for de brukerne som var i FACT hvis en sammenlikner dette med brukere i annet type behandling og oppfølging. De mener at FACT-modellen er i kontinuerlig utvikling og at det er forskjell på FACT-modellen i 2007 og FACT-modellen i 2013. Videre peker de på at årsaken til at det ikke er klare resultater for modellen er fordi denne hittil er lite forsket på. En mulig videre utvikling av FACT-modellen kan være større grad av systematisk involvering av klientens nettverk. Det påpekes at det allerede ligger inne i modellen at behandlingsplanen skal basere seg på klientens ønsker og behov og at denne utarbeides i samarbeid med klienten og klientens familie.

På bakgrunn av at det både er et lite kunnskapsgrunnlag på nytteverdien for FACT for brukerne og implementeringen av modellen i andre kontekster enn Nederland, er det viktig med en evaluering av den norske utprøvingen av modellen. Våren 2020 leverte ROP på oppdrag for helsedirektoratet en forskningsbasert evaluering av de syv første FACT-teamene i Norge (Landheim og Odden, 2020). Noen av hovedkonklusjonene i rapporten var at brukerne som er fulgt opp i to år har oppnådd bedring på ulike områder i livet. Innleggelse og oppholds-døgn på tvang er nesten halvert etter inntak i FACT hvis dette sammenliknes med to år før inntak. Både brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere mente brukerne får bedre oppfølging og behandling gjennom FACT-teamene. Kommunene opplever at FACT-teamene gjør at avstanden til spesialisthelsetjenesten blir kortere. Spesialisthelsetjenesten på sin side opplever at teamene bidrar til at pasienten i større grad enn tidligere blir fulgt opp etter utskrivelse og får de tjenestene de trenger i kommunen. Evalueringen viser at teamene har like god effekt i rurale strøk som i mer urbane områder. Det anbefales noen tilpasninger av modellen som blant annet går på en bredere målgruppe, bedre samhandling og oppfølging i krisesituasjoner. Samlet sett viser evalueringen som er gjort av FACT i Norge at dette er en god tjenestemodell for målgruppen. Det pekes på at denne er et viktig skritt på veien for å gi helhetlige og integrerte tjenester.

Det pågår en omfattende forskning på FACT-modellen ledet av professor Anne Landheim som startet vinteren 2019 og som har fått støtte fra Norges forskningsråd. Her vil forskningen pågå over fire år, og konklusjonene fra denne foreligger foreløpig ikke. Her kan en tenke seg at forskningen vil kunne bidra til økt kunnskapsgrunnlag om modellen og være med på å forme versjonen av FACT-modellen vi vil bruke i Norge fremover.



## 2.4 Introduksjon av casene

Studieobjektene i denne oppgaven er to områder, kalt regioner, som har hatt et forprosjekt der de skal utrede om adoptering av FACT-modellen er noe for dem. Før jeg tar fatt på det teoretiske rammeverket for oppgaven, anses det som hensiktsmessig å presentere casene i oppgaven, «case rural» og «case by og bygd». Det er tatt utgangspunkt i sluttrapportene fra forprosjektene i utarbeidelsen av presentasjonen.

I case rural inngår det 8 kommuner og et DPS. DPS-et har alle de åtte kommunene i sitt opptaksområde, og det vil si at det er de som server alle kommunene med spesialisttjenester. Denne regionen har et befolkningsgrunnlag på tilsammen rundt 21 000 personer. Hvis en bare regner med personer over 18 år i denne regionen har de rundt 13 300 innbyggere. Den minste kommunen som har vært en del av forprosjektet har rundt 1200 innbyggere, mens den største kommunen har rundt 5500 innbyggere. Arealmessig dekker case rural et stort geografisk område. I sluttrapporten til forprosjektet opplyses det om at det tar 2,5 timer i bil fra det største tettstedet i området der DPS ligger, til en av kommunene som også er en del av prosjektet. Caset vil kalles rural i denne oppgaven, og det kan passe med definisjonen på rurale strøk, nemlig at det er områder som ligger landlig til («Rural», 2018).

Forprosjektperioden for case rural varte i et og et halvt år. I forprosjektet hadde de både en arbeidsgruppe der fagfolk satt, samt en styringsgruppe der det i hovedsak satt ledere. Sammen med de åtte kommunene og DPS var også Fylkesmannen, flere kompetansesenter på både rus- og psykisk helse og sykehuset i regionen representert i forprosjektgruppen. Det har vært avholdt jevnlig møter i både arbeidsgruppa og styringsgruppa gjennom hele prosjektperioden. I denne regionen var det den største kommunen som var vertskommunen for prosjektet.

Case by og bygd skiller seg fra case rural med tanke på hvor mange kommuner som har vært en del av prosessen, befolkningsgrunnlaget og geografisk område. Her har det vært fem kommuner og et DPS som sammen har sjekket ut muligheten for et FACT-team i sitt område. Regionen har tilsammen rundt 41 500 innbyggere. Her fremkommer det ikke hvor mange innbyggere over 18 år dette utgjør. Den minste kommunen her har rundt 4600 innbyggere, mens den største har rundt 18 000 innbyggere. Av de andre kommunene som har inngått i forprosjektet har ingen av disse over 8000 innbyggere. Arealmessig dekker også denne regionen et relativt stort geografisk område, men her er det betydelig kortere estimerte kjøreavstander mellom der DPS ligger i dag og de andre tettstedene i regionen. Det opplyses i

sluttrapporten at lengste kjørevei mellom der DPS ligger i dag og et tettsted som inngår i regionen er 34 minutter med normal trafikk. Det er ikke her tatt med at mange av de som ville være aktuelle for et FACT-team ikke nødvendigvis bor i sentrale deler av kommunene, og at det må påregnes noe lengere kjørevei enn oppgitt. Caset kalles by og bygd i denne oppgaven fordi i regionen har de både en by der DPS ligger, mens resten av regionen ligger mer landlig til med flere mindre tettsteder.

Forprosjektperioden hos by og bygd varte over en periode på et år. Caset skiller seg fra rural når det gjelder hvem som inngikk som part i forprosjektet. I forprosjektet hadde de både arbeidsgruppe og styringsgruppe med representanter fra tilsammen alle de fem kommunene, DPS, Fylkesmannen, kompetansesenter på rus, mental helse og NAV. NAV er oppgitt som en part i prosjektet på lik linje som med kommunene og DPS. Det ble også her avholdt jevnlig møter i arbeidsgruppa og styringsgruppa gjennom hele forprosjektperioden.

### **3 Teoretisk rammeverk: Å adoptere eller ikke adoptere. Det er spørsmålet.**

I denne delen av oppgaven vil det teoretiske rammeverket for oppgaven bli presentert. Jeg er opptatt av grunnene til at mine studieobjekter kom frem til avgjørelsen om å ikke gå for FACT, og det teoretiske rammeverket er valgt på bakgrunn av dette. Det anses at både teori som sier noe om ikke-adopter og motstand mot endring er relevante forståelsesrammer.

De to casene jeg har analysert har hatt en forprosjektperiode der de har tatt en avgjørelse om å ikke gå for FACT. Jeg ser på den manglende adopteringen av FACT som en beslutning og dette har dannet bakgrunn for utformingen av teoretisk rammeverk og metodisk opplegg.

Dette innebærer at jeg ved hjelp av de ulike delene som inngår i en beslutningsprosess, det vil si aktører, problemer, løsninger og arenaer, har forsøkt å forklare hvorfor prosessen endte slik den gjorde. På tross av at beslutningsteori er relevant for oppgaven, har jeg valgt å ikke benytte meg av dette perspektivet. Jeg har hatt et ønske om å belyse hvorfor FACT ikke ble adoptert, og anser at dette både henger sammen med forventninger om utfall endringen eventuelt kunne ført med seg og endringsprosessen. Det anses at motivene for at FACT ikke ble adoptert vil komme mer frem hvis en ser dette i lys av teorier om ikke-adopter og motstand mot endring enn rene beslutningsteoretiske perspektiver.

Det empiriske fenomenet «motstand mot endring» fanges opp av flere teorier og antagelser om årsaker til motstand. Fenomenet henger sammen med både psykologiske inspirerte teorier, sosiologiske teorier og økonomiske teorier. De psykologisk inspirerte teoriene er de som har dominert studiet av fenomenet, men det finnes også tegn til mer sosiologiske- og økonomiske teorier. I kapittelet er det tatt med årsaker til at motstand mot endring oppstår som kan ses i sammenheng med alle de tre overstående teoriene. Noen av årsakene vil også henge sammen med flere av teoriene. En av årsakene til at motstand mot endring oppstår som henger sammen med psykologisk inspirerte teorier kan eksempelvis være «frykt for det ukjente». «Tap av personlige goder» og «endrede maktforhold» kan også ses i sammenheng med psykologisk inspirerte teorier. Når det gjelder «tap av personlige goder» kan denne i tillegg henge sammen med økonomiske teorier. «Endrede maktforhold» på sin side er primært basert på sosiologisk teori, nærmere bestemt statsvitenskapelig teori om makt og konflikt. Både «faglig uenighet» og «aktører i omgivelsene» er basert på sosiologisk teori. «Faglig uenighet» legger sterk vekt på konflikt og maktkamp mellom faggrupper, mens «aktører i omgivelsene» hovedsakelig baseres på organisasjonssosiologisk teori med kraftige impulser fra nyinstitusjonalismen i

organisasjonsteorien. «Ekstraarbeid» og «økonomiske faktorer» kan ses i sammenheng med økonomisk teori.

I utarbeidelsen av oppgavens teoretiske rammeverk er det tatt utgangspunkt i de ti grunnene til at motstand mot endring oppstår som Jacobsen (2004) peker på. Her er seks grunner valgt ut. Dette er gjort på bakgrunn av en vurdering av hvilken av disse som forventet å ha størst forklaringskraft i de to casene jeg har studert. Det empiriske fenomenet er supplert med en syvende grunn, *økonomiske faktorer* som fremmer eller hemmer endring. Avslutningsvis vil sentrale empiriske bidrag fra feltet «non-adoption» bli presentert. I empirien brukes ikke-adopter, avvisning, og motstand mot endring om hverandre. Jeg har valgt å legge vekt på begrepet ikke-adopter, men jeg har inkludert empiri som inneholder alle de tre begrepene. Det er gjort søk på oria og google scholar etter relevant empiri, og det er tatt utgangspunkt i tre studier. Hvilke grunner har man gjennom forskningsfeltet avdekket at organisasjoner har til å ikke adoptere?

### **3.1 Motstand mot endring**

Det er mange definisjoner på motstand mot endring, men kort fortalt handler det om en reaksjon på en forslått endring. Endringsinitiativet kommer oftest fra ledelsen og motstanden fra de ansatte (Jacobsen, 2004). Jacobsen (2004) viser til hva Argyris og Schön har skrevet i deres bok «Theory in Practice. Increasing Professional Effectiveness» om at motstand mot endring kan ses på som en naturlig menneskelig reaksjon. De hevder at mennesker har psykologiske forsvarsmekanismer, kalt «bruksteorier», som trer frem når de står ovenfor en endring. Endring blir oppfattet som en trussel og noe man kan tape på. Det pekes på at dette er noe som må håndteres av ledelsen for at organisasjonen skal kunne implementere vellykkede endringer.

Piderit (2000) har gjennom sin gjennomgang av tidligere empiriske forskning avdekket at det er tre ulike vektlegginger i konseptualiseringen av motstand. Det skilles mellom motstand som en emosjonell tilstand, motstand som atferd og motstand som en kognitiv tilstand. I de tidligere studiene som det vises til har man hatt et endimensjonalt syn på motstand mot endring, der kun en av tilnærmingene har vært vektlagt. Piderit (2000) hevder at hvis en klarer å se disse tre tilnærmingene sammen, vil det kunne føre til at man får en dypere forståelse for hvorfor menneskene i en organisasjon responderer som de gjør på den foreslåtte endringen. Oreg (2006) peker på at dette kan bidra til å gi en bedre forståelse for forholdet mellom

motstand og dens forløp og konsekvenser. Oreg (2006) definerer ut ifra dette motstand mot endring som en tredimensjonal (negativ) holdning mot endring.

I en slik flerdimensjonal oppfattelse av motstand mot endring består motstanden av tre komponenter, emosjon, atferd og kognisjon (Oreg, 2006 og Piderit, 2000). Det inkluderer både affektiv, atferdsmessige og kognitive komponenter. Den første formen, emosjon, vil si hva organisasjonsmedlemmene føler om endringen. Her kan en tenke seg at menneskene i organisasjonen reagerer med frustrasjon, engstelse, stress eller sinne. Den andre formen, motstand gjennom atferd, viser til hvordan menneskene i en organisasjon responderer på en endring. Her kommer motstanden til syne gjennom handlinger eller intensjoner om å gjøre noe. Menneskene i organisasjonen kan her vise sin motstand ved at de klager og har kritiske ytringer til endringen eller ved at de saboterer endringen. Den tredje formen, kognitiv motstand, handler om hva menneskene i organisasjonen tenker om endringen. Dette kommer til syne ved at menneskene i organisasjonen har manglende forpliktelse til endringen eller ved at de har negativ evaluering av endring. De tre dimensjonene som en nevnt over er uavhengig av hverandre, men det pekes på at det i det fleste tilfeller vil være en overenstemmelse mellom disse tre (Oreg, 2006).

Piderit (2000) argumenterer for at en flerdimensjonal oppfattelse av motstand mot organisasjonsendring gjør det mulig å identifisere endring i organisasjonsmedlemmenes reaksjoner over tid. Dette vil igjen gjøre det mulig for lederne å fange opp informasjon om hvordan man skal lykkes med endringsinitiativet. En slik oppfattelse av motstand mot endring gjør det mulig med ambivalente reaksjoner på endring.

I forskningslitteraturen kan det identifiseres mange grunner til at organisasjonsmedlemmer viser at de er mot endring (Kotter & Schlesinger, 2008). Disse grunnene kan igjen grupperes i to der den ene formen henger sammen med utfallet av endringen, mens den andre formen henger sammen med selve endringsprosessen. Kotter & Schlesinger (2008) peker på at lederne kan vurdere de ulike grunnene til at motstand oppstår og dermed unngå eller overkomme motstanden. Motstand mot utfallet av endringen kan eksempelvis være at man er redd for å måtte jobbe mer som følge av endringen, man er redd for at kompetansen man innehar blir mindre verdt som følge av endringen eller man frykter for å miste jobben som følge av innføringen av noe nytt. Motstand som følge av endringsprosessen kan eksempelvis oppstå på bakgrunn av kvaliteten på kommunikasjonen rundt endringen, type og mengde

informasjon de ansatte får om endringen, i hvilken grad de aktivt kan ta del i prosessen, og tilliten de har til de som leder endringsprosessen.

Oreg (2006) peker på at det tidligere sjelden ble skilt mellom utfall og prosess fordi motstand mot endring ble sett på som noe endimensjonalt. I et flerdimensjonalt syn på endring derimot vil dette skillet være hensiktsmessig. Endringsutfall vil innenfor det flerdimensjonale synet på motstand mot endring henge sammen med både den emosjonelle og kognitive komponenten. Når det gjelder motstand grunnet endringsprosessen peker han på at dette henger sammen med atferds komponenten innenfor det flerdimensjonale synet på motstand mot endring. I studien Oreg (2006) gjennomførte fant han funn på at organisasjonsmedlemmene kan ha ulike reaksjoner på utfallet av endringen og selve endringsprosessen.

I beskrivelsen av mulige årsaker til at organisasjoner opplever motstand mot endring presiserer Jacobsen (2004) at grunnelementet i alle organisasjoner er mennesker. Han peker på at for å forstå hvorfor motstand mot endring oppstår, må vi forstå hvordan endringer vil påvirke enkeltmennesker, sosiale relasjoner og forholdet mellom mennesker i og utenfor organisasjonen. Å innføre noe nytt vil føre til en endring i for eksempel hvem du samarbeider med, hvor du har kontor og hvordan du skal løse arbeidsoppgavene dine. I en endringsprosess er det noen som oppfatter at nåværende situasjon ikke er optimal og som tenker seg at en endring ville ført til forbedring. Disse «noen» tar dermed initiativ til en endring, og det er nødvendig for disse å få med seg de andre i organisasjonen på dette. Hvis «disse andre» opplever initiativet som eksempelvis truende, kan de motsette seg endringsinitiativet. Jacobsen (1998) peker på at motstand mot endring kan basere seg på irrasjonelle forhold som frykt og angst, men at det aller meste av motstanden som oppstår er basert på rasjonelle avveininger. Motstand mot endring er et av flere forhold som kan medføre at det blir et misforhold mellom intensjonen med endringen og resultatet av denne.

I det følgende skal syv grunner til at enkeltmennesker og grupper motsetter seg endring presenteres. Det er tatt utgangspunkt i seks av grunnene som fremkommer i Jacobsen (2004) sin oversikt over årsaker til at motstand oppstår. Teorien er supplert med en syvende grunn, økonomiske faktorer som hemmer eller fremmer endring. Her vil det gjøres rede for at motstanden mot endringen kan både komme som følge av utfallet av endringen og som følge av endringsprosessen.

### 3.1.1 Faglig uenighet

Den første årsaken Jacobsen (2004) tar opp når det gjelder hvorfor motstand oppstår er faglig uenighet om endringen. Han peker på at en viktig årsak til at dette oppstår kan handle om at man er faglig uenig i selve endringen. Det er ingen objektiv «sannhet» når det gjelder oppfattelsen av dagens situasjon, behovet for endringen eller endringen i seg selv. Det vil si at det kan oppstå en uenighet om det virkelig er behov for endringen som er foreslått. Det kan også oppstå ulike oppfatninger om endringen som er foreslått er det riktige løsningen eller uenigheter om endringen vil ha den ønskede effekten. Brunsson & Olsen (1997) har i sine studier av reformer i offentlig sektor avdekket at en grunn til at motstand oppstår kan komme av at de som står ovenfor reformen kan være uenig i hva de som ønsker å reformere legger i gode resultater eller løsninger. De som har en negativ holdning til reformen kan ha denne som følge av praktisk erfaring med at reformen eksempelvis er basert på feilaktige premisser eller at den kan være ødeleggende for virksomheten. Jacobsen (2004) argumenterer for at av teoretikere på feltet blir det også hevdet at motstanden som oppstår ikke nødvendigvis oppstår som følge av motstand mot endringen i seg selv. Det påpekes at dette kan handle mer om konsekvensene av å innføre endringen. Det kan eksempelvis være tap av status, arbeidsoppgaver eller det ukjente som venter etter en endring (Oreg, 2006 og Dent & Goldberg, 1999).

For å forsøke å eksemplifisere hva denne motstanden kan komme av ønsker jeg å trekke inn et eksempel fra min tidligere arbeidsplass på et lokalkontor i NAV. Her ble det for noen år tilbake foreslått av en avdelingsleder at man skulle gå bort i fra modellen der ansatte var organisert sammen på bakgrunn av ytelsen de jobbet med, og at man heller skulle organisere ansatte på tvers i team. Dette skapte stor motstand da mange av de ansatte ikke anså at dette var en endring det var behov for. Kontoret hadde få ansatte og alle hadde sin fysiske arbeidsplass i samme etasje. Dette gjorde det lett å spørre hverandre om hjelp og å bruke kompetansen til de ansatte på tvers. Det å være organisert sammen med andre som jobbet med det samme som deg førte til gode faglige diskusjoner og lik praksis. En oppsplitting ble ansett å kunne føre til at dette ble svekket. I diskusjonen rundt organiseringen kom det frem at de ansatte oppfattet at utfordringen på kontoret mer handlet om at noen ansatte var vanskeligere å samarbeide med enn andre. Det å endre organiseringen ble ikke ansett som en riktig løsning på den overnevnte utfordringen.

### 3.1.2 Frykt for det ukjente

Frykt for det ukjente kan også være en årsak til at motstand oppstår (Jacobsen, 2004). Dette anses å henge sammen med endring. Å endre noe kan forenklet beskrives med at det handler om en overgang fra noe vi kjenner til og er trygge på til noe nytt og ukjent. Nadler (1987) peker på at mennesker vil oppleve et psykisk stress og engstelse i situasjoner der en står ovenfor noe nytt fordi en ikke kan vite fullt ut hva fremtiden vil bringe. Et høyt nivå av stress vil kunne få noen negative atferdsmessige følger som for eksempel motstand mot den planlagte endringen. Jacobsen (1998) viser til at mye av den tradisjonelle organisasjonsteorien har påpekt at organisasjoner skjerner sine aktiviteter for usikkerhet. Han utdyper at vi ut ifra dette kan tenke at mennesker opptrer på samme måte. I en prosess der en står ovenfor en endring vil det være «rasjonelt» å angripe årsaken til stressituasjonen, det vil si endringen i seg selv. Å oppleve stress kan være en ubehagelig følelse, og den negative formen for stress er noe de fleste vil forsøke å unngå. Det er her ønsket om å beholde ting slik det er kommer inn (Jacobsen, 2004).

Jacobsen (2004) peker på at frykten for det ukjente har ulike styrkegrader. Det mest dramatiske for en ansatt er der den ansatte kan frykte for å miste jobben som følge av endringen som blir innført. Det kan eksempelvis komme av at en produksjonsbedrift tar i bruk ny teknologi og automatisering og at dette gjør at det rett og slett trengs færre mennesker til å gjøre jobben. Dette har skjedd i stor grad innenfor trykkeribransjen. Det vises også til at frykten kan forsterkes hvis den ansatte har få andre muligheter på arbeidsmarkedet. Jacobsen (2004) peker på at man kan forvente sterkest motstand hos eldre arbeidstakerne og de som har lavest utdanning. Oreg (2006) undersøkte også jobbsikkerhet i sin studie av motstand mot endring. Han peker på at jobbsikkerhet er en av de mest vanlige variablene som blir trukket frem i studier som årsak til at motstand mot endring oppstår. Funn i disse studiene er at dette henger sammen hva arbeidstakerne føler. Oreg (2006) fant i sin studie at variabelen jobbsikkerhet korrelerer med affektiv motstand som handler om hva arbeidstakerne føler om endringen.

Frykten for det ukjente kan også henge sammen med frykten for å ikke mestre det nye som endringen fører med seg. Ofte vil det være slik at en endring vil føre til at du må lære deg noe nytt, enten det er et nytt dataprogram, en ny arbeidsmetodikk eller lære nye mennesker å kjenne. Jacobsen (2004) viser til at dette kan henge sammen med personlig mestring. Arbeidstakerne vil stille seg spørsmål om de vil klare å lære seg dette nye. Dette kan også føre til en redsel for å «tape ansikt».



### **3.1.3 Tap av personlige goder**

Innføring av noe nytt vil ofte kunne føre til at fordelingen av godene og ulempene i en organisasjon endres. Tap av personlige goder er en årsak til at det oppstår motstand mot endring (Jacobsen, 2004). En av truslene som trekkes frem som vil kunne true den ansatte økonomisk er omorganisering. Her vil muligheter for å avansere og å rykke opp i organisasjonen forsvinner. Dette kan forklares med at når to enheter slår seg sammen vil det naturlig nok bli halvparten så mange lederstillinger. Det trekkes også frem at eksempler på tap av goder kan være at de ansatte mister hjørnekontoret, jobben kan bli mer stressende og krevende og de ansatte kan oppleve høyere grad av kontroll. Jacobsen (1998) viser til omorganiseringen også kan føre med seg tap for den enkelte i form av at den ansatte får sin arbeidsplass fysisk flyttet. Han viser til at det ble stor motstand blant de ansatte da teknologibedriften Ericsson ville flytte arbeidsplasser fra Arendal til Oslo-området.

Kotter & Schlesinger (2008) har gjort en gjennomgang av studier på motstand mot endring og de har kommet frem til at en av den vanligste årsaken til at motstand mot endring oppstår er frykten for å miste noe av verdi. Oreg (2006) undersøkte prestisje i sin studie og han fant ut at trusler mot dette var sterkest assosiert med hva organisasjonsmedlemmene tenkte om endringen. Dette henger sammen med at interessene til organisasjonsmedlemmene utfordres.

### **3.1.4 Ekstraarbeid**

Motstand mot endring kan også knyttes til at en i en endringsprosess ofte må gjøre dobbeltarbeid (Jacobsen, 2004). Rent praktisk vil det si at man en periode må jobbe både med «det gamle» og «det nye». Dette kan føre til økt arbeidspress og lengre arbeidsdager. Mange vil se på dette som noe negativt. «Det nye» kan også ha som følge at du som ansatt må investere i ny kunnskap. Jacobsen (1998) viser til at det i mye av organisasjonsutviklingslitteraturen påpekes at for å lykkes med en planlagt endringsprosess må det settes av ekstra ressurser til selve transisjonsfasen. Dette vil være ofte være stikk i strid med forventningen i omorganiseringprosesser om at det skal spares og effektiviseres (Røvik, 1992).

Dobbeltarbeid vil også handle om at de ansatte må investere i ny kunnskap (Jacobsen, 2004). Det kan eksempelvis være at de ansatte må gjennomgå kursing og etterutdanning som følge av innføringen av en ny arbeidsmetodikk eller ny teknologi. Å lære noe nytt samtidig som du må ivareta de gamle arbeidsoppgavene dine krever mye av de ansatte og er noe de kan stille seg negative til. Jacobsen (2004) viser til at George P. Huber peker på en enda mer

problematisk side ved ekstraarbeid. Det er hvis endringen i tillegg til at man skal lære noe nytt, krever at man må avlære gamle måter å jobbe på. Et eksempel her kan være innføringen av et nytt datasystem kalt Modia i NAV. Dette var noe mange ansatte på min arbeidsplass stilte seg skeptiske til da det førte til en ny måte å jobbe på, samtidig som den gamle måten å jobbe på måtte avlæres. Endringen førte til at mer av saksbehandlingen ble gjort tilgjengelig for brukeren og dialogen med brukerne skulle i større grad gjennomføres elektronisk. Samtidig som den ansatte måtte lære seg dette nye, måtte den gamle måten å gjøre saksbehandling og dialog med brukere på avlæres.

### **3.1.5 Endrede maktforhold**

En av årsakene til at motstand mot endring oppstår handler om maktforhold. Oreg (2006) fant i sin undersøkelse at trusler mot makt og prestisje var sterkest assosiert med kognitiv motstand. Den kognitive motstanden handler som nevnt om hva menneskene i en organisasjon tenker om endringen. Her er det menneskene i organisasjonens sine interesser som utfordres. Motstanden oppstår som følge av at endringen kan føre til at noen av menneskene i organisasjonen er imot å miste innflytelsen de innehar.

Jacobsen (2004) peker på at fordelingen av makt i en organisasjon på et gitt tidspunkt er relativt stabil. Det vil være noen som gjennom sin posisjon i hierarkiet har makt. Det vil si formell makt. Det vil også være noen som har uformell makt gjennom for eksempel sin fagkunnskap. De får rett og slett mer informasjon enn andre som de kan bruke i en forhandlingssituasjon. Endringer som for eksempel sammenslåing av to avdelinger på et sykehus, endringer i hvor du har kontor eller at du mister retten til å delta i ulike beslutningsfora henger sammen med maktfordelingen i en organisasjon. Jacobsen (2004) påpeker at å reagere på å miste makt ikke handler om at man er redd for å miste makt i seg selv. Det handler om at makt skaper handlingsrom og forutsigbarhet, og uten dette vil situasjonen bli mer usikker og man blir mer utsatt for hva andre gjør og mener at en bør gjøre. Det vises til at organisasjonen som helhet kan dra nytte av endringen som er foreslått, selv om ikke alle medlemmene i organisasjonen vil få personlige fordeler av denne (Jacobsen, 1998).

### **3.1.6 Aktører i omgivelsene**

Den sjettede grunnen for at motstand mot endring kan oppstå henger sammen med innsikter fra det ny-institusjonelle perspektivet. Meyer og Rowan (1977) vektlegger at organisasjoner søker etter legitimitet i omgivelsene. De argumenterer for at organisasjoner som ønsker suksess og å overleve ikke bare kan tenke på effektiv koordinering eller kontroll over

produksjonskjeden, men at de må søke legitimitet fra omgivelsene ved å leve opp til normene i omgivelsene som sier noe om hvordan en organisasjon bør se ut. Disse normene inneholder ideer og oppskrifter om «den riktige måten å organisere på».

DiMaggio & Powell (1983) argumenterer for at organisasjoner blir i stadig større grad likere som følge av at de forsøker å implementere de samme populære elementene. De peker ut fra dette på tre motiver organisasjoner har til å adoptere, nemlig tvangsmessig isomorfi, normativ isomorfi og mimetisk isomorfi. Scott (2008) har den samme tredelingen, men der DiMaggio og Powell snakker om tvangsmessig isomorfi, kaller Scott dette for regulative forhold. Den andre formen for institusjonelle omgivelser kaller Scott normative forhold, men den tredje kaller han kultur-kognitive forhold.

Denne tredelingen er en hyppig sitert og kjent forståelsesramme. Tvangsmessig isomorfi eller regulative forhold handler om at organisasjoner presses av for eksempel reguleringer eller lover til å adoptere (DiMaggio & Powell, 1983 og Scott, 2008). Her er det viktig å merke seg at det er noen med autoritet som utøver «tvang». Man tenker seg at organisasjoner har omgivelser som regulerer og passer på organisasjonens atferd. Atferden blir sett på som legitim når den er i samsvar med eksisterende lover og regler. Normativ isomorfi eller normative forhold går ut på at organisasjoner adopterer på bakgrunn av fag og profesjoners felles normer og verdier. Atferden blir sett på som legitim når den samsvarer med de definerte normene i organisasjonens omgivelser. Mimetisk isomorfi eller kultur-kognitive forhold på sin side handler om at usikre tider fører til at organisasjoner «hermer» etter organisasjoner som de oppfatter som suksessfulle. Det pekes på at kultur-kognitive forhold handler både om individuelle mentale konstruksjoner, men også om felles symbolske systemer og at man har en felles oppfatning. Dette er oppfatninger som innenfor et felt blir sett på som fakta og tatt for gitt. DiMaggio og Powell (1983) peker på at usikkerhet er en drivkraft som fører til imitasjon. Det kan for eksempel være hvis målene til en organisasjon er tvetydige. Organisasjoner vil her forsøke å etterlikne andre like organisasjoner innenfor samme felt som man oppfatter at har suksess og innflytelse.

Jacobsen (2004) viser til at organisasjoner ikke er isolert fra sine omgivelser, men en del av noe større, nemlig et lokalsamfunn. Endringer som innebærer for eksempel flytting av arbeidsplasser fra et tettsted til et annet vil påvirke lokalsamfunnet, og det kan derfor føre til protester fra sterke grupper. Det pekes på at organisasjoner også kan oppleve press fra kunder, brukere og samarbeidspartnere til å beholde ting slik det er.

### 3.1.7 Økonomiske faktorer

Det anses at det kan være nyttig å tillegge et syvende punkt til listen over grunner som fører til at motstand mot endring oppstår. Den grunnen kan ses i sammenheng med den rasjonell-instrumentelle tradisjonen og økonomisk teori. I dette perspektivet tenker en seg at det ligger rasjonelle kalkulasjoner og vurderinger bak motivet om å ikke adoptere en organisasjonsoppskrift (Røvik, 1998). Det vil si at organisasjonene som skal vurdere om de skal innføre noe nytt gjennomgår de økonomiske fordelene og ulempene med dette nye. Hva taper de på innføringen og hva er gevinstene? En kan her tenke seg at endringsforslaget blir avvist etter en grundig analyse der dette nye ikke blir sett på som den beste løsningen på problemet man har avdekket. Det vil koste mer enn det vil gi, både når det gjelder rene penger men også med tanke på kompetanse og ressurser. Kotter og Schlesinger (2008) har gjennom sine analyser av både suksessfulle og mislykkede organisatoriske endringsforsøk identifisert ulike årsaker til at motstand mot endring oppstår. En av de vanligste grunnene de har identifisert til at motstand oppstår handler om at ansatte vurderer situasjonen annerledes enn de som har tatt initiativet til endringen og at de ser mer kostander med innføringen av endringen enn nytten av den. Det kan ses i sammenheng med troen på at endringen ikke er hensiktsmessig for organisasjonen.

Motstand mot endring også ses på som noe positivt. Ford & Ford (2009) argumenterer for at når motstanden blir forstått som en verdifull tilbakemelding fra personer som har stor kunnskap om organisasjonens daglige drift kan dette være en viktig ressurs i forhold til forbedring av målene og strategiene som ligger i endringsforslaget. Jacobsen (2004) argumenterer for at motstanden kan være et kritisk blikk på om behovet for endringen er der og om valgte løsning virkelig er den rette. Da det er mange ulike oppfatninger av endringer og endringer i seg selv er usikkert, er det ikke gitt at de som tar initiativ til endringen faktisk forvalter sannheten. Det kan faktisk være tilfellet at motstanden mot endringen kan komme av at endringsinitiativet er lite fornuftig. Han peker på at rasjonaliteten i en beslutning kan øke ved at flere alternativer og konsekvenser blir vurdert før man setter i gang med selve endringen. Fravær av motstand i endringsprosess kan tolkes negativt i lys av dette. Det kan virke som om ingen bryr seg om organisasjonens beste (Jacobsen, 2004).

Oreg (2006) finner et lignende funn i sin studie. I studien skiller han mellom endringsutfall og endringsprosess. Variablene han undersøkte ved endringsprosessen var tillit til ledelsen, sosial innflytelse og informasjon om endringen. I sin studie kom han frem til at tillit til ledelsen var den eneste av variablene som hadde signifikant effekt på både atferds-, emosjon- og

kognitivkomponenten. Effekten denne hadde på kognitivkomponenten var spesielt sterk. Manglende tillit til ledelsen var sterkt knyttet til rapporteringer fra ansatte om en negativ evaluering av endringen samt behovet og verdien av denne. Knotter & Schlesinger (2008) trekker også frem tillit som en av hovedårsakene til at motstand mot endring oppstår. Her kan en tenke seg at høy grad av tillit til ledelsen svekker motstanden mot endringen, mens lav grad av tillit til ledelsen øker motstanden mot endringen. Motstanden kan reflektere at de ansatte «på bakken» ser galskapen i hva lederne har funnet på.

En kan tenke seg at en variabel som kan svekke motstand mot endring er hvis de ansatte får tilstrekkelig informasjon om nødvendigheten av endringen og at dette blir kommunisert tydelig av de som har tatt endringsinitiativet. Oreg (2006) undersøkte i sin studie av motstand knyttet til endringsprosessen blant annet variabelen informasjon om endringen. På tross av hva en kunne forvente fant han ut at jo mer informasjon medlemmene av organisasjonen fikk om endringen, jo mer motstand kom til syne på atferdskomponenten og kognitivkomponenten i organisasjonen. Forholdet mellom motstand mot endring og informasjon kan tenkes å være avhengig av innholdet i informasjonen som blir gitt og mengden av denne. Her kan en tenke seg at sitter de som har tatt initiativ til endringen og de som er en del av organisasjonen med den samme informasjonen om endringen er dette positivt for endringsprosessen.

### **3.2 Empiriske bidrag til hvorfor noen ikke innfører organisasjonsideer**

Det er gjort mye forskning på hvorfor organisasjoner adopterer organisasjonsideer. Det er derimot mindre forskning på hvorfor noen valgte å ikke adoptere. I det følgende skal sentrale forskningsbidrag på feltet gjøres rede for. Det er tatt utgangspunkt i nyere studier på feltet, fagfelleverderte artikler og studier som inneholder søkeord som «non adoption» i kombinasjon med søkeordene «organization» og «change». Jeg har også fått tips fra min veileder når det gjelder aktuelle studier å lese. Jeg har fått mange treff både på google scholar og på oria. Jeg har lest mange studier og mange sammendrag av studier, og har ut fra dette valgt meg ut tre artikler jeg anser at er relevant for min avhandling.

I artikkelen «The Diffusion of ideas over Contested Terrain: The (Non) adoption of a Shareholder Value Orientation among German Firms» har Fiss & Zajac (2004) studert adopteringen av aksjeeierverdiorientering blant moderne Tyske firmaer. De har brukt data fra mer enn de 100 største børsnoterte tyske selskapene fra 1990 til 2000. De peker på at deres studie viser at det kan skje en dekolbing i innføringen av organisasjonsideer. Det vil si at

organisasjonen tar det nye inn, men de tar det ikke i bruk. De peker på at tilstedeværelsen av nøkkelaktører med tyngde reduserer sannsynligheten for at det vil skje en dekobling. Ut fra denne artikkelen kan det tenkes at den manglende adopteringen av FACT-modellen kom som følge av at det ikke var nok tilstedeværelse fra nøkkelaktører med tyngde i forprosjektperioden.

I en studie gjennomført av Mahroeian (2012) undersøkte man små og mellomstore virksomheter i Malaysia og implementering av netthandel. Her pekes det på grunner til at adopteringen ikke ble noe av. Resultatene viste at virksomhetene ikke var klare for å gjøre endringer på grunn av indre kulturelle faktorer og press fra omgivelsene. Det pekes videre på at virksomhetens beredskap hadde sterk innflytelse på implementeringen av netthandel. Lederstøtte og økonomiske-, logistiske og teknologiske faktorer veide også tungt. Begrepet teknologisk beredskap refererer til bruken av informasjonsteknologi og IT-styring i en bedrift. På den annen side er økonomisk beredskap knyttet til de økonomiske ressursene som er tilgjengelig for IT, slik at kostnader ved installasjon og implementering av eventuelle forbedringer kan betales. I analysen fremkommer det at adopsjon av netthandel var betydelig påvirket av virksomhetens beredskap, opplevd brukervennlighet og opplevd nyttefaktor. Ut fra denne studien kan derfor noe av forklaringen på hvorfor FACT- modellen ikke ble adoptert, være nettopp ytre press og kulturelle årsaker. Det kan også utledes antagelser om at det var negative vurderinger av nyttefaktorene av modellen og at dette påvirket at den ble valgt bort.

Rizzuto, Schwarz og Schwarz (2014) redegjør i sin artikkel «Toward a deeper understanding of IT adoption: A multilevel analysis» for deres forskning på adoptering av informasjonsteknologi (IT). De har samlet inn data fra 258 ansatte innenfor 25 administrative arbeidsenheter som har stått ovenfor et endringsinitiativ som omhandler ny informasjonsteknologi. De peker på at ved å se på motstand mot endring på flere analysenivåer kan dette være med på å forklare hva som skjer når ansatte står ovenfor ny informasjonsteknologi. Funn i studien indikerer at kontekstuelle faktorer som arbeidshetens kultur og klima påvirker de ansattes atferd når det gjelder adopsjon av ny informasjonsteknologi. Det pekes på at dette spesielt gjelder ansatte som engasjerer seg i prosessen med endringsinitiativet. Det vises til at noen ansatte kan reagere mot de dominerende holdningene og atferden til arbeidsplassen, det vil si arbeidsplassens kontekst. Dette kommer av personens drivkraft for egenart og kalles «Maverick effekt». Det vil ut ifra dette være vanskeligere å adoptere den nye informasjonsteknologien når arbeidsheten

oppleves å akseptere endringsinitiativet for raskt, og således lettere med adopsjon av dette nye når arbeidsenheten er mot initiativet.

Ut fra dette er det viktig å få oppslutning rundt et endringsinitiativ. Hvis ansatte inkluderes og informeres i implementeringsprosessen vil dette kunne føre til at de disse får en optimal identifisering med endringsinitiativet og frivillig støtter opp under prosessen. Denne taktikken påvirker tilliten til de ansatte positivt samt deres støtte og etterlevelse av IT-initiativet. Samtidig pekes det på at dette er med på å fremme en kultur på arbeidsplassen som omfavner endring.

Ut fra denne studien kan en forklaring på hvorfor FACT-modellen ikke ble adoptert henge sammen med motstand som følge av regionens kultur og klima for endring. Her kan en forventning være at FACT ble avvist som følge av at regionen gikk for raskt frem i prosessen med FACT og at de ikke slapp til de ansatte i vurderingen av fordeler og ulemper med modellen.

### **3.3 Forventninger om funn**

For å kunne knytte de ulike delene i oppgaven sammen anses det hensiktsmessig å utlede noen forventninger om funn som ønskes empirisk undersøkt på bakgrunn av det teoretiske rammeverket. I det følgende vil det utledes antagelser ut fra de syv grunnene til at motstand mot endring oppstår. Her vil jeg spørre meg, gitt at punkt 1 har forklaringskraft i tilfellet med avvisningen av FACT-modellen, hvordan kan man forvente at dette kommer til uttrykk?

*F1: Faglig uenighet:* Forventningen her er at det er en faglig uenighet om hvorvidt det virkelig var behov for endringen FACT representerte. Det var også uenighet om FACT-modellen er den riktige løsningen for de problemene regionene sto ovenfor. Antakelsen er at avvisningen kom som følge av faglig uenighet både om FACT-modellen i seg selv, og om dette er riktig løsning for case rural og case by og bygd.

*F2: Frykt for det ukjente:* Forventningen her er at de ansatte har gjennomgått en rasjonell kalkyle av egen situasjon og hvordan denne eventuelt vil endre seg ved innføringen av FACT. Frykten henger her sammen med innføringen av FACT som eventuelt kan bety at stillingen man har i dag vil forsvinne, eller den kan få betydelig nytt innhold. Innføringen kan føre til at de ansatte må jobbe på en ny måte, og de kan oppleve frykt for å ikke mestre det nye. Avvisningen kom som følge av at det ble for mye nytt.

*F3: Tap av personlige goder:* Forventningen her er at innføringen vil føre til tap av verdi av egen kompetanse, og da spesielt hos spesialistene på DPS. I et team vil flere faggrupper komme inn og bli mer likestilt. Dette kommer også til uttrykk ved at FACT-modellen vil utfordre de involverte på deres kompetanse. Innføringen av modellen har utsikter til at man må jobbe mer, og på mer besværlige måter enn man er vant til fra før av. FACT-modellen vil føre til økt grad av kontroll av de ansatte ved bruk FACT-tavlen. Avvisningen kom som følge av at de ansatte opplevde at de tapte personlige goder på en adoptering av FACT.

*F4: Ekstraarbeid:* Forventningen her er at FACT-modellen ville ført til at de ansatte en periode både måtte jobbe med «det gamle» og «det nye». FACT-modellen ville gitt ekstraarbeid i form av at modellen må læres og det vil gjøres gjennom kurs og etterutdanning. Samtidig som FACT-modellen og dens metodikk skal læres, må gamle rutiner og måter å jobbe på avlæres. Modellen innebærer å jobbe oppsøkende hjemme hos tjenestemottakeren og de ansatte må avlære «det gamle» ved å ha samtaler med tjenestemottakerne på sitt eget kontor. Det forventes at motstanden som følge av avlæring av «det gamle» vil være størst hos ansatte på DPS. Avvisningen kom som følge av at de ansatte i hovedsak på DPS opplevde at det ble for mye ekstraarbeid med adopteringen av FACT.

*F5: Endrede maktforhold:* Forventningen her er at innføringen av FACT-modellen vil endre maktforholdene mellom de ansatte på de ulike nivåene i tjenesteapparatet, men at det også vil endre selve makthierarkiet innenfor rus- og psykiatrifeltet. Spesialistene på DPS vil få svekket makten de har fordi modellen som innføres legger sterkt vekt på teamarbeid og samarbeid mellom tjenestenivåene. Spesialistene vil miste sin innflytelse som fagutøver fordi flere andre faggrupper kommer inn og får beslutningsmyndighet. En forventning er at innføringen av modellen vil endre maktposisjonen DPS tradisjonelt sett har hatt. Deres posisjon på toppen av makthierarkiet vil svekkes. Avvisningen kom som følge av at spesialister på DPS og DPS som organisasjon vurderte at modellen ville ført til for store endringer i maktbalansen.

*F6: Aktører i omgivelsene:* Forventningen her er at det vil fremkomme funn som peker på at aktører i omgivelsene til de som inngikk i forprosjekt FACT utøvde press mot disse til å innføre FACT-modellen. Omgivelsene oppfattet at modellen var moderne og den riktige måten å organisere tjenestetilbudet på. Avvisningen kom som følge av presset fra omgivelsene ikke var tilstrekkelig sterkt.



*F7: Økonomiske faktorer:* Forventningen her er at FACT-modellen ble avvist på bakgrunn av en rasjonell gjennomgang av økonomiske fordeler og ulemper, og utsikter til tap og gevinster med FACT. Avvisningen kom som følge av at utsiktene til negative konsekvenser var større enn de positive.

## 4 Metode

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for valg av forskningsdesign og metode for min studie. Videre skal de etiske sidene ved studien drøftes. Avslutningsvis skal validitet og reliabilitet gjennomgås.

### 4.1 Valg av forskningsdesign

Temaet for oppgaven omhandler å forstå hvilken grunner som lå bak avgjørelsen å ikke gå for FACT-modellen, og det anses hensiktsmessig å ha et intensivt forskningsdesign. Intensivt forskningsdesign vil si at det er mange variabler men få enheter man undersøker. Et slikt design gir forskeren muligheten til å gå i dybden på de enhetene som skal studeres (Jacobsen, 2005). Enhetene i studien er to regioner, «rural» og «by og bygd». Ved å velge et intensivt forskningsdesign har det vært mulig å gå i dybden på enhetene og det har vært mulig å få en forståelse av disse og kontekstene de er en del av.

Jeg har gjennomført en casestudie. Dette kjennetegnes ved at få enheter, kalt caser, studeres. I min studie er casene de to overnevnte regionene. I studien er et utvalg fra de to regionene som var med på forprosjektperioden FACT inkludert i studien. Casestudie anses å passe til min studie da jeg ønsket å finne ut av hvorfor to regioner avviste FACT-modellen. For å besvare problemstillingen ble både intervju og dokumentanalyse valgt som metodeverktøy.

### 4.2 Kvalitativ metode

Kvalitative undersøkelser er en metode som er velegnet til å beskrive fenomener i deres kontekst og på bakgrunn av dette levere en fortolkning som gir en økt forståelse av fenomenet det skal forskes på (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Da studiens problemstilling går ut på å forstå bakgrunnen for avgjørelsen om å ikke innføre FACT i noen norske regioner, anses kvalitativt forskningsdesign å være mest hensiktsmessig for å besvare denne.

Innenfor kvalitative studier finnes det ulike datainnsamlingsmetoder. Jeg har valgt å kombinere intervjuer med dokumentanalyse. Intervjuene er gjennomført med nøkkelpersoner som var en del av prosessen der FACT-modellen ble avvist. Utvelgelsen av materiale til dokumentanalysen er gjort på bakgrunn av samtaler med nøkkelpersoner og snøballmetoden. Snøballmetoden går ut på at jeg har snakket med en informant eller har lest et relevant dokument som igjen har ført meg videre til andre informanter eller dokumenter som bør inkluderes i studien.

Casene jeg har valgt å studere ble valgt ut på bakgrunn av at de har hatt et forprosjekt på FACT-modellen. Begge casene har valgt å ikke innføre FACT ved endt prosjektperiode. Forskergruppen ved professor Anne Landheim har satte meg i kontakt med aktuelle case og personer som har vært en del av forprosjektene.

#### **4.2.1 Intervju**

For å få en dypere forståelse av beslutningsprosessen og en bedre innsikt i eventuelle meningsforskjeller ble det valgt å gjennomføre intervju med 8 nøkkelpersoner i de to utvalgte casene. Jeg gjennomførte de fleste intervjuene med informantene ansikt til ansikt. Jeg gjennomførte intervjuer fordelt over tre dager for case rural, og jeg hadde to intervjudager for case by og bygd. To av intervjuene ble gjennomført på telefon på bakgrunn av at dette ble mest praktisk både for informantene og for meg som forsker. Jeg ønsket i hovedsak å gjøre intervjuene ansikt til ansikt da jeg anså at dette skaper en fortrolighet mellom forsker og forskningsobjekt. Der dette ikke var praktisk mulig å få til valgte jeg telefonintervju. Jeg anser at dette ikke var optimalt, men jeg opplevde at intervjuene ble gjennomført på en god måte likevel. Både informantene og jeg hadde satt av god tid til intervjuet, teknikken fungerte, og intervjuene ble gjennomført uten forstyrrelser.

Jeg har vært en del av et forskningsteam, og dette påvirket måten jeg har tatt kontakt med intervjuobjektene på. Tidligere har det vært lite forsket på hvorfor noen av forprosjektene med FACT endte opp med å ikke innføre modellen. Forskningsgruppen ønsket at jeg skulle forske på forprosjekter som endte med dette resultatet. Da forskningsleder har vært involvert i oppstarten av flere forprosjekter fikk jeg oppgitt kontaktinformasjon til tre forprosjektledere av henne. Jeg sendte en e-post til forprosjektlederne der jeg presenterte meg selv, hvilken studieretning og universitet jeg går på, temaet for min studie og hvorfor deres bidrag ville være viktig for meg. Jeg spurte forprosjektlederne om hvem de anså at hadde vært nøkkelpersoner i prosessen og jeg kom på denne måten i kontakt med flere informanter. I et av casene jeg var i kontakt med hadde de kommet frem til at de skulle gå for FACT likevel, og dette caset ble på bakgrunn av dette utelukket fra min studie. Jeg satt da igjen med to caser som var aktuelle for min studie. I case rural takket alle jeg forespurte ja til å delta i min studie. Det var tilsammen seks personer. Jeg gjennomførte her fire intervjuer, der jeg hadde to intervjuer med to personer samtidig. I case by og bygd takket en informant nei til å delta i min studie. Jeg gjennomførte her to intervjuer.

Alle som deltok fikk skriftlig informasjon om oppgavens design og undersøkelsens mål. Alle hadde mulighet til å trekke seg til enhver tid. Jeg meldte min studie inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Der forklarte jeg hva min studie ville gå ut på og hva jeg ville trenge av personopplysninger fra informantene. Studien ble godkjent av NSD.

Senest en dag før intervjuene skulle gjennomføres sendte jeg samtykkeskjema på e-post til informantene. Jeg bad de om å lese igjennom skjemaet, signere dette, og levere dette til meg ved intervjuets start. Samtlige informanter gjorde dette. Jeg sendte også intervjuguiden til informantene på forhånd. Ved å sende spørsmålene til informantene på forhånd opplevde jeg at de var godt forberedt til intervjuene og at de svarte reflektert og gjennomtenkt. Jeg opplevde også at dette førte til at eventuelle uklarheter kunne tas opp med en gang intervjuet startet, og det skapte en forutsigbarhet for informantene. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, men det ble gitt beskjed til kollegaer om at det pågikk et intervju og telefoner ble sperret for anrop i perioden intervjuet varte. Alle intervjuene ble tatt opp elektronisk ved hjelp av en mobiltelefon. Det ble innhentet samtykke fra alle informantene om dette i forkant av intervjuet. I tillegg hadde jeg med meg notatblokk og intervjuguiden slik at jeg kunne notere hovedpoeng underveis og andre viktige detaljer. Bakgrunnen for dette var at jeg som intervjuer kunne ha fokus på intervjupersonen samtidig som jeg kunne ha oversikt over at alle temaene var gjennomgått, og få et inntrykk av om intervjuobjektet hadde svart tilstrekkelig (Justesen og Mik-Meyer, 2010).

Alle intervjuene varte rundt en time. Kort tid etter at intervjuene ble gjennomført ble hovedpoenger fra disse transkribert. Jeg lagret lydfilene og intervjuene på min personlige datamaskin som er beskyttet med passord. Jeg valgte å beholde lydopptaket av intervjuene på min datamaskin til oppgaven var levert. Jeg valgte dette da dette har gitt meg muligheten til å gå tilbake for å sjekke intervjuene på et senere tidspunkt. Hadde jeg forstått sammenhengen i poenger rett, og hvordan var stemningen?

Det ble valgt semistrukturerende intervju. Et semistrukturerende intervju kjennetegnes ved at intervjueren har utarbeidet en intervjuguide der temaer og hovedspørsmål er definert, samtidig som det er mulig å avvike fra guiden under intervjuene hvis intervjupersonen bringer opp uventede og interessante emner (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Å ta i bruk en slik type intervjuform er hensiktsmessig i de tilfeller der forskeren ønsker å få ny viten samtidig som en ønsker å få intervjupersonenes refleksjoner om forhåndsvalgte temaer (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Jeg ønsket å få kunnskap om prosessen i de to forprosjektet som førte frem til

at det ble valgt å ikke gå for FACT. Jeg ønsket også å få frem hva hver enkelt informant anså at hadde av forklaringskraft i henhold til utfallet om å ikke gå for FACT. Jeg anser at et semi-strukturerende intervju var hensiktsmessig i så måte, og jeg anser at jeg fikk mye relevant informasjon ved å strukturere intervjuene på denne måten. Det skal nevnes at jeg fikk mye informasjon, noen av de transkriberte intervjuene ble på opptil 14 sider. Likevel anser jeg at dette var det beste metodiske opplegget til å belyse min problemstilling.

Intervjuguiden ble utarbeidet med i hovedsak hvordan og hva spørsmål. Det ble bevisst valgt å kun spørre hva slags rolle intervjupersonene hadde hatt i arbeidet med FACT. Her var jeg ute etter å vite hva slags arbeidsplass informanten jobbet på og om informanten hadde vært en del av arbeidsgruppen eller styringsgruppen. Jeg ønsket også å vite om informanten hadde hatt en lederrolle i prosessen. De fleste spørsmålene jeg stilte var åpne spørsmål.

Intervjuguiden ble delt inn i temaene bakgrunn, deltagere, problemer, løsninger og beslutningsarenaer. Dette er en tradisjonell inndeling innenfor beslutningsteori. Jeg anså at ved å inndele intervjuguiden etter disse teamene ville jeg få et godt bilde av prosessen og jeg ville ved hjelp av dette få et godt analysegrunnlag for min problemstilling. Hvert tema hadde underspørsmål. De syv forventningene jeg hadde til at motstand mot endringen oppsto ble operasjonalisert ved å «bakes» inn i de overnevnte temaene. Jeg ønsket ikke å stille direkte spørsmål om eksempelvis frykt for det ukjente, men heller ha spørsmål der informantene selv kunne reflektere rundt årsakene til at modellen ikke ble adoptert. Hvis det ble ansett som relevant fulgte jeg opp med utdyping spørsmål. Guiden startet med innlednings spørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet i den menig å få informanten til å bli «tunet inn» på prosessen. Hensikten var også å starte med noen «ufarlige» spørsmål det ville være lett for informanten å svare på. Jeg håpet dette ville føre til at informanten slappet av og opplevde å kunne svare ærlig og oppriktig på de påfølgende spørsmålene. Her ønsket jeg å bli kjent med intervjupersonen og få intervjuet i gang på en god måte. Avslutningsvis hadde jeg utarbeidet et par åpne avrundings spørsmål der jeg åpnet opp for at intervjuobjektet kunne tillegge relevante forhold jeg ikke hadde spurt om.

I utarbeidelsen av intervjuguiden ble denne oversendt til veileder. I etterkant av dette fikk jeg tilbakemelding på om spørsmålene var forståelige, presise nok, relevante, og om det var noen gjentakelser eller om rekkefølgen burde endres på. Jeg endret guiden på bakgrunn av tilbakemeldingene jeg fikk. Endelig versjon av intervjuguiden ligger som vedlegg til oppgaven.

#### **4.2.1.1 Informanter og utvalg**

For å kunne svare på problemstillingen ble det viktig i utvelgelsen av intervjupersoner at alle hadde en nøkkelrolle i forprosjektperioden. Intervjupersonene jeg valgte ut måtte ha kjennskap til og vært en del av selve prosessen FACT i deres område. I utvelgelsen av intervjupersoner forhørte jeg meg først hos gruppa som forsker på FACT ledet av professor Anne Landheim. Hun kunne fortelle meg at nøkkelpersoner i prosessen med beslutningen om å ikke innføre FACT var prosjektlederne for forprosjektet. På bakgrunn av dette var det forprosjektlederne jeg først tok kontakt med når jeg skulle finne aktuelle informanter. Jeg hadde en antagelse om at det kunne være flere nøkkelpersoner som hadde vært en del av prosessen som det ville være hensiktsmessig for meg å snakke med. Det kunne for eksempel være at politikere kunne ha opplysninger om prosessen, personer ansatte i administrasjonen i kommunen, ansatte i spesialisthelsetjenesten eller i primærhelsetjenesten. Ut fra snøballmetoden kom jeg frem til at tilsammen 8 informanter måtte inkluderes i undersøkelsen. Jeg tok første kontakt med aktuelle informanter enten på e-post eller telefon. I begge casene fikk jeg tips av forprosjektlederen eller andre nøkkelpersoner om aktuelle personer jeg burde snakke med. Oversikt over informantene i min studie fremgår av vedlegg.

Alle informantene som ble inkludert i min studie var ansatte enten i spesialisthelsetjenesten ved DPS, en kommune, et kompetansesenter eller hos fylkesmannen. Informantene jeg inkluderte satt enten i styringsgruppa eller i arbeidsgruppa. I case rural har jeg intervjuet forprosjektleder som jobbet som sykepleier i kommunens rus- og psykiatritjeneste, leder av kommunens rus-og psykiatritjeneste, en avdelingsleder og en psykiater fra distrikts psykiatriske senter, en rådgiver ved et kompetansesenter og en rådgiver hos Fylkesmannen på helseområdet. I case by og bygd har jeg intervjuet avdelingsleder på DPS og rådgiver hos Fylkesmannen på helseområdet. Jeg har i tillegg til det overnevnte også hatt korte samtaler med flere andre som har vært en del av prosessen, men jeg har ikke formelt intervjuet disse. På bakgrunn av dette er ikke opplysninger disse kom med tatt med i avhandlingen.

Før jeg startet prosessen med å velge ut informanter til min studie hadde jeg en forventning om at politikere og ansatte i administrasjonen i kommunen hadde en nøkkelrolle i prosessen med å ikke innføre FACT. I de to casene jeg har studert er hverken politikere eller administrative ansatte blitt trukket frem som nøkkelpersoner jeg burde ta kontakt med. Det kan argumenteres at jeg på tross av dette på eget initiativ kunne tatt kontakt med personer fra disse gruppene for å finne ut om de hadde kunnskap om prosessen om hvorfor det ble valgt å ikke gå for FACT. På bakgrunn av tiden jeg hadde til rådighet for å skrive min avhandling har

jeg valgt å legge vekt på de tipsene jeg har fått av personer som har vært en del av forprosjektgruppene. Disse har ikke definert politikere eller administrative ansatte i kommunene som nøkkelpersoner, og da har ikke jeg heller gjort dette. I begge casene har jeg fått tips om aktuelle personer jeg kan ta kontakt med for å gjennomføre intervjuer. Jeg har i begge tilfellene valgt bort informanter. Der det har vært mulig har jeg spurt informanter om en rangering av personene de har tipset meg om, og jeg har fulgt deres anbefaling. Hadde jeg hatt lengere tid på å gjennomføre avhandlingen hadde det vært hensiktsmessig og inkludert flere informanter i studien. Det har blitt ansett som for omfattende for min oppgave.

Et tema jeg har vært svært opptatt av både i forkant av intervjuene, under intervjuene og i etterkant av de gjennomførte intervjuene har vært å påse at informantenes anonymitet blir ivaretatt. Jeg informerte informantene i forkant av undersøkelsen hva jeg ville innhente av personopplysninger, hvordan disse ville lagres og hvordan disse ville brukes. Informantene ble informert om at deres navn, andres navn, steds spesifisert arbeidsplass, kommunenavn og regions navn ville bli utelatt i transkriberingen, og at dette heller ikke vil fremkomme i avhandlingen. I de tilfeller der informanten også har nevnt annet som jeg har ansett at de ikke ønsket å ha med, har dette blitt fjernet. Jeg har valgt strategien «ta bort mer enn nødvendig». Dette anser jeg har trygget informantene, og gjort at de har svart ærlig og åpent på mine spørsmål.

#### **4.2.2 Dokumentanalyse**

For å få en oversikt over hva som faktisk var årsakene til at casene tok avgjørelsen om å ikke innføre FACT-modellen har jeg også tatt i bruk dokumentanalyse. Dokumentanalyse kan være særedels relevant i en undersøkelse da dokumenter spiller en avgjørende rolle i forhold til handlinger og beslutninger i organisasjoner. Analyse av dokumenter vil kunne kaste lys over problemstillingen på en slik måte at en får ny, overbevisende og interessant viten (Justesen & Mik-Meyer, 2010). I de to casene jeg har analysert har det vært to ulike forprosjektperioder. Dette har ført til at type dokumentasjon som ble inkludert i undersøkelsen varierte med hvilken kommune jeg studerte. Antall dokumenter som ble inkludert og i hvilken tidsperiode dokumentene var fra ble også ulik på grunn av prosessen. Begge casene hadde tatt avgjørelsen om å ikke adoptere FACT da jeg startet min undersøkelse vinteren 2019/2020. Dokumenter etter november 2019 er på bakgrunn av dette ikke inkludert i undersøkelsen.

Det er gjennomført dokumentanalyse av sluttrapporter for prosjektet og referater fra styringsgruppemøter og arbeidsgruppemøter. Dokumentene jeg har analysert har ikke ligget

offentlig tilgjengelig. Jeg har fått dokumentene av forprosjektleder med samtykke fra rådmann i case rural. I case by og bygd har jeg fått dokumentene av medlem i styringsgruppa og avdelingsleder på DPS med samtykke fra forprosjektleder. I prosessen med å finne dokumenter har jeg etterspurt tilgang til relevante dokumenter for prosessen. Jeg har valgt å utelate dokumenter i analysen som ikke belyser problemstillingen. Jeg har fått tilgang til alt av dokumenter som jeg har spurt om.

I min avhandling har jeg brukt dokumentene både til å lese meg opp på prosessen samtidig som materialet er analysert i henhold til de syv forventningene jeg hadde til funn. Det anses at sluttrapporter og referater sammen med intervjuer har supplert hverandre. Dette har gjort at jeg har fått en god forståelse av forprosjekt FACT i de to casene jeg har studert.

#### **4.2.2.1 Referater og sluttrapport**

I studien har jeg valgt å inkludere både referater samt sluttrapporter med vedlegg. I case rural er det inkludert 9 referater fra arbeidsgruppen og 4 referater fra styringsgruppen. I tillegg til dette er det her også inkludert et referat fra informasjonsmøtet som ble avholdt i forkant av at det ble tatt en avgjørelse om å starte forprosjektet. Det er også inkludert en sluttrapport med vedlegg. Vedlegg har vært blant annet tilbakemelding til sluttrapport fra DPS, prosjektplan, brukeplankartleggingen og samarbeidsavtalen mellom DPS og de åtte kommunene i regionen.

Når det gjelder case by og bygd er det inkludert 5 referater fra styringsgruppen. Her er også sluttrapport for forprosjektet inkludert. Med sluttrapporten har det fulgt vedlegg som kontrakt forprosjekt, kostnadsoversikt stillinger og forslag på samarbeidsavtale. Disse er også inkludert i studien.

#### **4.2.3 Analyse av data**

Jeg har gjennomført seks intervjuer med tilsammen åtte nøkkelpersoner som var en del av prosessen der FACT-modellen ikke ble valgt. Kort tid etter at intervjuene ble gjennomført ble hovedpoenger fra disse transkribert. Fire av intervjuene ble i sin helhet transkribert. På bakgrunn av tidsaspektet for avhandlingen ble det i samarbeid med veileder avgjort at kun hovedpoenger fra de resterende intervjuene skulle bli transkribert. De resterende intervjuene vil bli transkribert i sin helhet rett etter at avhandlingen er levert, hvis dette er et ønske fra forskergruppen. Jeg valgte å ikke transkriberte avsporinger som ikke var relevant for min problemstilling. Dette anser jeg ikke påvirket resultatene jeg kom frem til da dette ikke hadde noen relevans for de funnene jeg faktisk fant. Alt materialet som kom frem under intervjuene og i dataanalysen kategoriserte jeg i henhold til de syv grunnene til at motstand mot endring



oppstår. Det er derfor kun deler av dette som er tatt med i oppgaven, da enten i sitats form, eller ved at jeg har sammenfattet informasjonen. En presentasjon av funn fremkommer i kapittel 5. Dette gjorde at jeg kunne sammenlikne svarene fra informantene og datamaterialet på en lettfattet måte. Jeg har forsøkt å fremstille informantens svar på en så ryddig og tydelig måte som mulig. Ved at jeg har sammenfattet noen poenger og det er gjennomført en analyse av informantenes svar og informasjon som har fremkommet i datamaterialet, kan en svakhet være at informantenes mening ikke har kommet tydelig nok frem.

I min studie er alle informantene anonyme. Det vil ikke fremkomme hva de heter eller hvor de geografisk jobber. Informasjon om informantene som jeg har innhentet og som vil fremkomme i oversikten som er vedlagt er: om informanten jobber i rus-psykiatritjenesten i en kommune, distriktpsikiatrisk senter, kompetansesenter eller hos Fylkesmannen. Det vil også fremkomme om informanten har vært en del av styringsgruppen eller arbeidsgruppen og hva slags rolle de har hatt på arbeidsplassen (leder, psykiater osv.). I oppgaven der jeg viser til dokumentene som belyser prosessen i de to casene vil stedsnavn og navn på personer tas bort.

### **4.3 Valg av intervju og datamateriale som analytisk verktøy**

I oppgaven er det valgt å bruke både intervju og datamateriale som analytisk verktøy. Det anses viktig å gjøre en vurdering av metoden som er anvendt.

En svakhet med bruk av intervju som analytisk verktøy i prosessene jeg har studert er at det er en stund siden casene hadde forprosjekt FACT. I case rural ble prosessen avsluttet i 2018, mens i case by og bygd ble denne avsluttet sommeren 2019. Det kan rett og slett være vanskelig for informantene å huske detaljer rundt prosessen. Samtidig kan andre ting som har skjedd i ettertid blandes inn i prosessen, selv om dette reelt ikke har noe sammenheng. For å kompensere for dette fikk informantene spørsmålene jeg skulle stille dem på forhånd. Jeg opplevde at dette bidro til at informantene «tunet» seg inn på prosessen, og at flere leste seg opp på dokumentene de hadde tilgjengelig.

En annen svakhet med å velge intervju som metode er at forskeren, i dette tilfellet meg, vil kunne påvirke hvor ærlige svar informantene gir. Dette ville for eksempel ikke vært en like stor utfordring hvis jeg hadde valgt å gjennomføre en nettbasert spørreundersøkelse. I første kontakt med informantene ble de informert om at jeg skriver min masteroppgave innenfor forskningsgruppen ledet av professor Anne Landheim. I informasjonsskrivet og i samtykkeskjemaet ble de opplyst om at transkriberte versjoner av intervjuene vil kunne brukes til videre forskning av overnevnte forskergruppe. En kan tenke seg at dette påvirket

hvor ærlige svar de opplevde å kunne gi i intervjusituasjonen. Samtidig kan en tenke seg at dette også er en styrke ved materialet. Informantene ble opplyst om at materialet de bidro med også kan bli brukt ut over en masteravhandling. En kan tenke seg dette bidro til at informantene svarte tydelig, åpent og ærlig på spørsmålene som ble stilt.

Intervjuene ble gjennomført med en intervjuguide, men der det var rom for at informantene kunne komme med betraktninger som jeg ikke hadde tenkt på. Det ble i hovedsak brukt åpne spørsmål inndelt i temaene bakgrunn, deltagere, problemer, løsninger, beslutningsarenaer og avsluttende spørsmål. Det kan tenkes at spørsmålene som ble stilt ikke var presise nok, og at de heller ikke var nok rettet inn mot oppgavens problemstilling og forventningene til funn. I transkriberingen av oppgaven ble det avdekket at denne måten å strukturere intervjuet på gav mye informasjon, og at ikke alt var like relevant for oppgavens problemstilling. I en studie av hvorfor noen avviste en modell som de aller fleste andre adopterte, anses det som hensiktsmessig å ha et metodisk opplegg der informantene i stor grad får prate fritt og der ulike aspekter ved prosessen kommer frem. Hvis noen av informantene hadde hatt motiver for å legge bort FACT som det ikke er lett å innrømme, anses det at dette er lettere å fange opp av forskeren gjennom det metodiske opplegget som faktisk ble valgt.

Datamateriale som referater og sluttrapport ble også valgt som analytiske verktøy. I et referat og en sluttrapport vises det som oftest til hva som er bestemt, og det er ikke alltid uenigheter, refleksjoner eller begrunnelser kommer like godt frem. Dette anses å være en svakhet ved å ta i bruk dette som analytisk verktøy. I studien som er gjennomført er dette dog supplert med intervjuer. Dette er en kombinasjon som anses å utfylle hverandre. Der informantene kommer med sine refleksjoner rundt en prosess, viser dokumentene som er inkludert mer til hva som konkret er gjort i prosessen, og hva som ble bestemt på ulike tidspunkt.

Det er ikke innhentet andre saksdokumenter hverken hos kommunen, hos sykehusledelsen eller hos Fylkesmannen i casene som er studert. Ved å ikke inkludere dette i datamaterialet kan jeg ha mistet relevante nyanser i prosessen. Materialet som allerede er inkludert i studien anses å være omfattende. På grunn av oppgavens omfang ble det valgt å sette en strek et sted, og streken ble satt ved at kun dokumenter som direkte var knyttet til gjennomføringen av forprosjektet ble inkludert.

#### 4.4 Etiske vurderinger

I studier er det alltid nødvendig å vurdere etiske aspekter både i forkant, under og i etterkant av studien. Justesen og Mik-Meyer (2010) har skrevet om hva en forsker bør tenke på i denne forbindelsen. Jeg har basert mine etiske refleksjoner på deres poenger.

I oppgaven er de etiske retningslinjene ved Norges arktiske universitet fulgt. Dette ble også formidlet til informantene. For å sikre at mine informanter hadde tilstrekkelig med informasjon om undersøkelsen, dens formål, hva materialet jeg innhentet skulle brukes til og hvem som har tilgang til dette, fikk alle på forhånd et informasjonsskriv på e-post fra meg. Jeg spurte alle informantene om de hadde noen spørsmål til informasjonsskrivet i starten av intervjuet. Sammen med informasjonsskrivet fikk informantene også et samtykkeskjema. De be bedt om at underskrevet samtykkeerklæring ble levert til meg før intervjuet startet. Intervjupersonene ble også opplyst om at de ved behov kunne ta kontakte med meg i etterkant av intervjuene. Informantene ble opplyst både før, under og etter intervjuene at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen uten å oppgi noen grunn.

Intervjupersonene ble informert om at de hadde mulighet til å lese igjennom den delen av oppgaven som omhandlet de svarene de hadde gitt hvis de ønsket dette. Ingen informanter gav uttrykk for at dette var ønskelig. Informantene ønsket heller en kopi av oppgaven når denne er ferdig. Da det er viktig at informantene som deltar i en studie er klar over hva som skal brukes av materialet de har bidratt med, kunne jeg ha sendt dette til informantene på egen oppfordring. Selv om dette ikke ble gjort anser jeg at informantene likevel har blitt godt ivaretatt. Jeg har hatt en stor bevissthet gjennom arbeidet med oppgaven at det ikke skal være skadelidende for noen av informantene å delta i undersøkelsen.

I utarbeidelsen av intervjuguiden og i forberedelsene til intervjusituasjonen reflekterte jeg rundt at spørsmålene jeg skulle stille ikke kunne være formulert på en slik måte at informantene opplevde å komme med mer informasjon enn de var komfortable med. Dette var noe som jeg også var oppmerksom på i intervjusituasjonen. Informantene ble informert om at deres navn, stedsnavn og andres navn som ble nevnt ville bli anonymisert. I de transkriberte versjonene av intervjuene er dette tatt bort. Informantene har også blitt anonymisert i oppgaven, og det er kun jeg som vet hvem som er hvem. Det er laget et system der intervju og informant kan kobles sammen, men dette er lagret i to separate dokumenter. Informantene har blitt informert om og gitt samtykke til at dette kan lagres til bruk i videre forskning i en tidsbegrenset periode.

## **4.5 Reliabilitet, validitet og overførbarhet**

I en studie er det viktig å både vurdere påliteligheten, det vil si reliabilitet, og gyldigheten, nemlig validitet. Justesen og Mik-Meyer (2010) peker på at dette er kvalitetskriterier innenfor kvalitativ metode. De peker på at det er en debatt innfor fagfeltet om dette er en hensiktsmessig begrepsbruk, men det er ikke valgt å problematisere dette ytterligere i denne oppgaven. Begrepene slik Justesen og Mik-Meyer (2010) refererer til dem i boka «Kvalitative metoder i organisasjons og ledelsesstudier» er anvendt samt Jacobsen (2005) sin bok «Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode». Ved at jeg gjør en vurdering av disse to aspektene ved forskningen kan jeg se dette med et kritisk blikk og avdekke styrker og svakheter ved undersøkelsen.

### **4.5.1 Reliabilitet – vurdering av oppgavens pålitelighet**

Reliabilitet handler om oppgavens pålitelighet. Det vil si i hvilken grad er undersøkelsens metoder veldefinerte (Justesen og Mik-Meyer 2010). Hvor mye kan undersøkelsen stoles på? Hvis undersøkelsen gjentas, kommer en frem til samme resultat? Justesen og Mik-Meyer (2010) peker på at både forhold ved intervjuet og forhold ved konteksten kan påvirke oppgavens pålitelighet. Måten intervjuguiden var utformet på, spørreteknikker jeg brukte under intervjuene og min tilstedeværelse ved intervjuene kan ha effekt på dataene. Dette reflekterte jeg over både før intervjuene, under intervjuene og etter at intervjuene var gjennomført. Dette kan ha påvirket hva intervjupersonene svarte.

Under intervjuene hadde jeg lagt opp til faste spørsmål, men jeg informerte informantene på forhånd og underveis at de kunne ta opp ting de selv opplevde som viktige. Alle spørsmålene var åpne. Noen av spørsmålene overlappet hverandre og noen spørsmål kunne bli oppfattet som noe ledende. Dette kan ha påvirket hvor pålitelige svar jeg fikk. Det kan ha vært vanskelig for intervjupersonene å vite hva jeg var ute etter, og det kunne virke som jeg var forutinntatt.

Alle informantene ble ved første kontakt på e-post informert om at jeg skulle skrive min avhandling innenfor forskningsgruppen som forsker på FACT-modellen. Det kan tenkes at det at jeg kom på vegne av forskningsgruppen gjorde at de uttalte seg mer i positive ordelag om FACT og kanskje la noen bånd på seg i sin beskrivelse av hvorfor de ikke innførte modellen. Jeg presiserte for informantene i starten av intervjuet at de ville bli anonymisert i oppgaven, og at materialet de bidro til ville behandles konfidensielt. De ble også opplyst om at i transkriberingen av intervjuene ville jeg fjerne navn på personer, også intervjupersonen

selv, og stedsnavn. Materialet som blir lagret for eventuell videre forskning ville være anonymisert, og personidentifikasjonen av informantene ville holdes separat fra transkriberte intervjuer. Intervjupersonene gav uttrykk for at de var bevisst dette. I intervjusituasjonen opplevde jeg å få ærlige og oppriktige svar på prosessen de hadde vært en del av. Stemningen mellom meg som forsker og informantene var god i samtalene vi hadde på telefon før intervjuene ble gjennomført, og under intervjuet der jeg i fire av seks tilfeller møtte informantene personlig. Jeg opplevde at intervjupersonen ved enkelte tilfeller opplyste om mer enn de var komfortable med. Min tolkning av dette er basert på at informantene enten før de kom med opplysningene eller etterpå sa ting som «det bør kanskje ikke jeg si noe om» eller «dette bør du kanskje ikke skrive». I de tilfellene jeg har fått en følelse av dette, eller informanten har uttalt dette, har jeg utelatt dette fra det transkriberte materialet.

I forkant av intervjuene reflekterte jeg rundt hva min yrkesbakgrunn og arbeidserfaring kunne ha å si for hvor pålitelige svar jeg kom til å få fra informantene. Jeg er utdannet sosionom og har kjennskap til både det kommunale hjelpeapparatet og spesialisthelsetjenestens tilbud gjennom utdanningen min og tidligere arbeidsforhold. Jeg tenkte på forhånd at jeg kunne kjenne meg igjen i mange av de utfordringene som kunne bli presentert for meg. Dette kan kanskje både oppleves trygt for intervjupersonene, samtidig som det kan føre til at det stilles spørsmålstegn til min evne til å være objektiv og ikke ta parti med noen. Jeg kom frem til at det beste var å være ærlig på min bakgrunn, og jeg valgte før intervjuene startet å gi en kort presentasjon av meg selv der jeg opplyste om min bakgrunn, hvis jeg ikke allerede hadde nevnt dette ved første kontakt på telefon. Jeg opplevde dette som utelukkende positivt i intervjusituasjonen. Det skapte en god kjemi, og et tillitsforhold. Samtidig som jeg var en utenfra, var jeg også en av dem.

I arbeidet med en masteravhandling vil det være viktig å ta rollen som forsker på alvor, og være bevisst hvordan forskerens tilstedeværelse kan ha påvirke prosessen. Min personlighet og væremåte kan ha påvirket informantenes svar, og hvor ærlige de opplevde å kunne være i møtet med meg. Jeg har arbeidserfaring med å snakke med mennesker, først og fremst i en krise, men jeg tenker dette er overførbart også til andre settinger. Jeg har en bevissthet rundt meg selv, og hvordan jeg påvirker de rundt meg, og dette er spesielt i en forsker – informant situasjon. Det kan gå på alt fra hva jeg har på meg, som for eksempel farger, til hvordan jeg uttrykker meg. Jeg reflekterte i forkant hva jeg ønsket å signalisere i intervjusituasjonen, og jeg forsøkte å tenke på at jeg skulle være oppmerksom, rolig og imøtekommende. Jeg opplevde at informantene opplevde en trygghet i situasjonen, og at de hadde ønske om å dele

hvordan prosessen hadde vært med meg. Alt vi har avtalt at jeg skal få tilgang til har jeg fått tilgang til, og avtaler er fulgt opp. Dette kan vitne om at jeg i hvert fall ikke påvirket intervjupersonene i en retning der de ikke stolte på meg. Informantene var også klar over at de kunne trekke seg til enhver tid, noe som hadde blitt formidlet både muntlig og skriftlig. Ingen av informantene har trukket seg fra undersøkelsen.

Det ble også reflektert over valg av sted intervjuene ble gjennomført. Det pekes på at konteksten kan ha effekt på resultatene (Justesen og Mik-Meyer, 2010). Alle intervjuene som ble gjennomført personlig ble enten avholdt på et møterom i nærheten til informantens arbeidsplass eller på kontoret til informanten. Det ble valgt å gjennomføre intervjuene der informanten selv tenkte det var mest praktisk. Kollegaer ble informert om at det skulle foregå et intervju, og at vi ikke måtte forstyrres, og informantene satt telefonen på sperret. Dette førte til at intervjuene kunne gjennomføres uten forstyrrelser. Intervjupersonene var fortsatt på sin «hjemmebane» som kan antas å kunne gi en trygghet.

I utvalgsprosessen av data til dokumentanalysen ble det gjort refleksjoner rundt hvordan disse påvirket oppgavens pålitelighet. Tilgangen til dokumentene, hvordan dokumentenes bruk av data passer til problemstillingen min, eventuelle feilkilder og om kildene som er brukt kan stoles på er ulike forhold som påvirker påliteligheten til oppgaven (Justesen & Mik-Meyer, 2010). I studien er det brukt referater og rapporter som gjelder prosessen som jeg har fått tilgang til av forprosjektleder med samtykke fra rådmannen eller deltager i styringsgruppa med samtykke fra leder på DPS og forprosjektleder. Det antas at dokumentene har en høy grad av pålitelighet da flesteparten av disse skrives underveis i et møte, samt at de gjøres tilgjengelig for møtedeltagerne kort tid etter at møtet er avholdt. Hvis møtedeltagerne ikke kjenner seg igjen i disse blir dette notert på neste referat eller det blir lagt til et vedlegg. Referatene og rapporter skrives også av medlemmer av forprosjektgruppen. Underveis i dokumentanalysen ble dokumenter kvalitetssikret og dokumenter som ikke omhandlet den aktuelle prosessen med innføringen av FACT ble valgt bort.

#### **4.5.2 Validitet – vurdering av studiens gyldighet**

Validitet handler om studiens gyldighet. Det vil si at undersøkelsens funn faktisk belyser forskningsspørsmålet (Justesen og Mik-Meyer, 2010). Utfordringen i en kvalitativ studie er om det er mulig å måle det jeg ønsker å måle.

Fordelen i studien jeg har gjennomført er at det er tatt i bruk etablerte teoretiske perspektiver i analysen. Ut fra disse perspektivene er det utledet forventninger til funn. Jeg valgte å bruke

delar av de 10 grunner til at motstand mot endring oppstår som Jacobsen (2004) peker på. I tillegg ble dette supplert med en grunn som kan ses i sammenheng med det instrumentell-rasjonelle perspektivet og økonomisk teori. Tolkningene av materialet jeg har innhentet er gjort på bakgrunn av disse etablerte teoriene om hvorfor en organisasjonsidé avvises. Dette antas å ha påvirket undersøkelsens validitet positivt.

En svakhet med oppgaven er at spørsmålene som ble brukt kan ha vært for upresise i forhold til det jeg skulle måle. Dette kan ha ført til at svarene jeg fikk ble for omfattende og lite presise i forhold til hva jeg ønsket å finne ut. For å sikre at det jeg faktisk ønsket å måle ble målt ble årsaker til at motstanden mot endringen oppsto brutt ned til flere ikke ledende spørsmål. Et eksempel på en årsak som kunne blitt brutt ned ytterligere og kommet tydeligere frem i spørsmålene var «tap av personlige goder» og «frykt for det ukjente». Spørreskjemaet ble sendt til veileder for gjennomlesning, og intervjuguiden ble etter dette kortet ned og endret. I forkant av intervjuene kunne jeg ha sendt denne til en eller to «forsøkspersoner». Dette kunne økt oppgavens gyldighet.

Jacobsen (2005) skiller mellom begrepsmessig gyldighet og intern gyldighet. Det overnevnte henger sammen med begrepsmessig gyldighet. Intern gyldighet handler om hvor god dekning vi har for de konklusjonene vi trekker. Jeg har selv gjort en gjennomgang av utvalget, intervjuguiden og de konklusjonene som er trukket. Utvalget i undersøkelsen er vurdert å ha god kjennskap til forprosjekt FACT, og de var godt informert om hva undersøkelsen skulle handle om da de fikk både informasjonsskriv og intervjuguiden på forhånd. I studien er det brukt både funn fra intervjuer og dokumenter fra prosessen jeg har studert. Det er valgt å legge vekt på funn der enten flere informanter har pekt på det samme, eller der det har vært sammenfallende funn både i intervjuene og i dokumentene. Det anses at dette har styrket dekningen jeg har for de konklusjonene jeg har trukket.

### **4.5.3 Overførbarhet**

Målet med undersøkelsen har ikke vært å kunne generalisere, men heller å produsere relevant og overbevisende viten om de to casene jeg har studert. Dette henger sammen med synet på overførbarhet innen det konstruktivistiske perspektivet som fremkommer hos Justesen og Mik-Meyer (2010).

Spørsmålet om overførbarhet vi i denne oppgaven handle om i hvilken grad jeg ut fra analysen av to prosesser der de har valgt bort FACT-modellen kan si noe om slike prosesser mer generelt. Målet med oppgaven har vært å komme frem til årsaker som kan forklare

hvorfor en organisasjonsidé som FACT blir avvist, og det antas at dette kan gi økt kunnskap og ha en overførbarhet både til lignende prosesser, men også adoperingsprosesser mer generelt. I utvelgelsen av case er det valgt to ulike regioner som kan representere noe av kompleksiteten både når det gjelder geografisk størrelse, antall kommuner som har inngått i forprosjektet og befolkningsstørrelse. Det anses å ha påvirket at funn som har fremkommet i denne studien også er relevant for andre regioner og implementering av FACT mer generelt.



## 5 Funn

I denne delen av oppgaven vil funnene på bakgrunn av de syv grunnene til at motstand mot endring oppstår bli presentert. Funn i begge de to regionene jeg har studert vil bli presentert sammen. Under teorikapittelet ble forventningene jeg har om funn gjort rede for. I dette kapittelet vil disse ses i sammenheng med hva jeg fikk av faktiske funn.

Empirien vil tydeliggjøres ved sentrale sitater fra intervjuene samt en sammenfatning av hva som har fremkommet i både intervjuer og i dokumenter som er analysert.

### 5.1 7 grunner til endringsmotstand

Den første forventningen jeg har handler er knyttet til faglig uenighet rundt endringen:

*F1: Forventningen her er at det er en faglig uenighet om det virkelig var behov for endringen FACT representerte. Det var også uenighet om FACT-modellen er den riktige løsningen for de problemene regionene sto ovenfor. Avvisningen kom som følge av faglig uenighet både om FACT-modellen i seg selv, og om dette er riktig løsning for case rural og case by og bygd.*

I case rural er det avdekket flere funn som handler om en faglig uenighet knyttet til FACT-modellen. Det blir pekt på faglige uenigheter av alle informantene og dette fremkommer også i analysen av dokumentene. Uenigheten har handlet om hvordan brukergruppen som skal inngå i FACT skal defineres, og om regionen har denne brukergruppen. Det ble også stilt spørsmålsteget om FACT var riktig løsning for en rural region.

Leder av rus- og psykiatritjenesten i den største kommunen i regionen og forprosjektleder fra samme arbeidsplass mente at de har brukergruppen, og at denne er identifisert gjennom brukerplantallene. Brukerplantallene er en kartlegging kommunene gjør av sine brukere på rus- og psykiatrifeltet. Her er fokuset på funksjon, og ikke diagnose. I brukerplankartleggingen er det de som scorer rødt og blodrødt/blålys en tenker kan vært aktuelle for oppfølging fra et FACT-team. Ut fra brukerkartleggingen mente lederen og forprosjektlederen fra rus- og psykiatritjenesten i den største kommunen i regionen, sammen med rådgiver fra fylkesmannen og rådgiver fra et kompetansesenter at brukergruppen for FACT var tilstede i denne regionen. I sluttrapporten er det gjort en vurdering av målgruppen for FACT. Her pekes det på at brukerplantallene gir et grunnlag for å prøve et lokalt tilpasset team, men at dette ikke nødvendigvis betyr at alle de brukerne som er identifisert her er aktuelle for FACT-oppfølging.

Psykiater og avdelingsleder på DPS på sin side var uenige i tallmaterialet som bygde på brukerplankartleggingen. I intervjuet med de to informantene på DPS kom det frem at de mente at mange brukere som er avdekket av brukerplan og som er satt som aktuelle for FACT ikke omfattes av prioriteringsveilederen som DPS jobber etter. De påpekte også at brukerne som var kartlagt som «røde eller blodrøde» ut fra brukerplankartleggingen heller ikke nødvendigvis ville vært aktuelle for oppfølging fra et FACT-team. De trekker frem at kommunene hadde et ønske om å inkludere eksempelvis kroniske rusmisbrukere uten psykiske lidelser i FACT-teamet da de anså at brukergruppen hadde manglende oppmøtekompetanse. DPS på sin side anså at dette handlet mer om manglende ønske om behandling. I tilbakemeldingen de har gitt til sluttrapporten fremkommer det også at de ikke får tallene til å stemme når de sammenlikner dette med antall pasienter de følger opp ved DPS og antall henvisninger de får.

*«.. antall potensielle brukere hentet fra skåring i brukerplan viser meget stor diskrepans med hva vi erfarer i vår daglige kliniske drift av DPS, inkl. vurdering av henvisninger til DPS».*

I intervjuet med psykiater og avdelingsleder på DPS argumenterer de for at hadde disse tallene stemt, skulle de hatt flere henvisninger til DPS. De påpeker at flere av brukerne som var identifisert hadde hatt rett på behandling i spesialisthelsetjenesten. De stiller seg undrende til at disse da ikke er henvist. De påpeker at hadde disse brukerne vært henvist og fått en rett, men ikke møtt til oppsatt avtale, hadde det vært en problemstilling de hadde kjent til.

Det kan tydelig ses en faglig uenighet både når det gjaldt tallene i seg selv, men også en faglig uenighet som gikk på hvor mye det skulle legges vekt på funksjon som det gjøres i brukerplankartleggingen og hvor mye det skulle legges vekt på diagnose som det gjøres i prioriteringsveilederen til DPS. I sluttrapporten og i referat fra møte i styringsgruppa fremkommer det at flere i kommuneledelsen også stilte spørsmålstegn ved brukerplantallene. I styringsgruppas siste møte ble det stilt spørsmålstegn om tallene som tar utgangspunkt i brukerplan kan stoles på, og om det virkelig er 48 personer i regionen som er aktuelle for et FACT-team. I intervjuet med DPS påpekes det av avdelingsleder at det var flere som var enige med DPS om at tilbudet de har i dag er bra, og at de ikke synes det var verdt kostnaden å opprette et modifisert FACT-team.

Videre kan det også ses en uenighet om grunnlaget for brukere er tilstede i region rural. Psykiater og avdelingsleder på DPS anså at det var for lite befolkningsgrunnlag hvis en så

tallmaterialet opp mot anbefalingen for modellen. I tilbakemeldingen de har skrevet til sluttrapporten viser de til anbefalingene gjort av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, heretter forkortet NAPHA. I NAPHA sin rapport fremkommer det en anbefaling om etablering av modifiserte FACT-team i DPS regioner med mist 15 000 innbyggere, og etablering av samarbeidsmodeller rundt enkelte brukere i DPS regioner med færre enn 15 000 innbyggere. Psykiateren og avdelingslederen på DPS viser til et estimat gjort i sluttrapporten der det fremkommer at befolkningsgrunnlaget over 18 år i regionen er rundt 13 300.

Hverken psykiateren eller avdelingslederen på DPS anså heller ikke at regionen har den aktuelle brukergruppen hvis en ser dette opp mot målet om å redusere antall pasienter på døgn og på tvang. De argumenterte for at regionen bruker lite akutt plasser, de har få pasienter på tvang uten døgn og de har få pasienter på ledemiddelassistert rehabilitering. De pekte også på at kommunene ville inkludere de med ustabile personlighetsforstyrrelser i FACT-teamet. Psykiater og avdelingsleder på DPS mente at det ikke ble anbefalt å inkludere denne pasientgruppen av de som allerede hadde opprettet FACT-team. Å inkludere disse i teamet mente de ville kunne virke mot sin hensikt. Forprosjektleder som også jobbet som sykepleier i regionens største kommune i rus- og psykiatri tjenesten fortalte om at de ikke opplevde å klare å møte brukerne med langvarige og sammensatte tjenestebehov, og at en stor andel av disse falt utenfor det tradisjonelle tjenesteapparatet. I intervju med rådgiver fra Fylkesmannen ble det påpekt at tall fra DIPS, som er journalsystemet til spesialisthelsetjenesten, ikke ble hentet ut når det gjelder case rural. I tilbakemeldingen til sluttrapporten fra deltagerne på DPS pekes det på at de gjerne skulle blitt inkludert tidligere i prosjektet, og de tror at uenigheten om tallmaterialet da ville vært unngått.

Den faglige uenighet kommer også til syne ved at partene som var en del av prosessen var uenige om tilbudet de allerede hadde i dag var godt nok eller ikke. Her deler informantene seg i to grupper, der psykiater og avdelingsleder fra DPS sto på den ene siden der de mente brukergruppen fikk et godt nok tilbud i dag, mens informantene fra kommunen med Fylkesmannen og kompetansesentrene sto på den andre siden og mente tilbudet kunne bli bedre og at løsningen kunne være adoptering av FACT-modellen. Rådgiveren fra et kompetansesenter og forprosjektleder påpekte at det var en stor gruppe som ikke nyttiggjorde seg tjenestene de hadde i kommunene i dag. Rådgiveren fra et kompetansesenter viste også til at ut fra brukerplantallene så hadde halvparten av de som scoret dårligst på brukerplankartleggingen ikke tjenester fra spesialisthelsetjenesten på tidspunktet de ble kartlagt.

I sluttrapporten og i alle intervjuene i case rural fremkommer det at de ser på regionen som rural. Det derimot var faglig uenighet om var om FACT modellen passer i rurale strøk. I intervju med leder for rus- og psykiatritjenesten og forprosjektleder, rådgiver fra Fylkesmannen og rådgiver fra kompetansesenteret pekes det på at modellen likevel kan adopteres og implementeres i rurale strøk, men at denne da må tilpasses. Rådgiveren fra Fylkesmannen peker i sitt intervju på at en tilpasning til rurale strøk innebærer å ikke bare inkludere tjenestemottakere etter diagnose, men at funksjonsnivå også må tas med i vurderingen.

*«Og da er jo klart at da er pasientgruppa noe annet kanskje enn det som tradisjonelt sett DPSer tenker seg inn i et FACT- team».*

I referater både fra arbeidsgruppa og styringsgruppa legges det vekt på at regionen er en del av en rural kontekst, og at de geografiske utfordringene de står ovenfor må på ulike vis kompenseres for. Det argumenteres for at dette kan gjøres ved å ta i bruk teknologiske løsninger som smart-samhandlings ikt, felles elektronisk «tavle» og fjernbehandling via nett.

Psykiateren og avdelingslederen på DPS på sin side anså at modellen ikke passer hos dem. Området modellen skulle innføres i er stort og det vil føre til mye reisetid for teamets medlemmer. Det ville ikke vært kostnadseffektiv bruk av de få spesialistene de har til rådighet. I tillegg til dette anser de at regionen har et for lite befolkningsgrunnlag. I tilbakemeldingen til sluttrapporten fra deltagerne på DPS argumenteres det for at spesielt det lave befolkningsgrunnlaget og en svært liten gruppe som ville være aktuelle for modellen heller taler for at andre mulige samhandlingsmodeller må utredes fremfor å kun ha fokus på FACT-team. De argumenterer for at det er mulig å finne andre alternative modeller som er mer kostnadseffektive enn FACT-modellen. De nevner pakkeforløp. De peker også på at DPS gjerne skulle sett en interkommunal rus- og psykiatritjeneste.

Et funn som kommer frem i tilbakemeldingen til sluttrapporten fra deltagerne på DPS er at det også var uenigheter om mandatet for forprosjektet. Deltagerne fra DPS mente at det var en forut inntagelse om at mandatet for arbeidsgruppa var å utrede etableringen av et FACT-team. De argumenterer for at mandatet var å utrede forpliktende samhandlingsmodeller, og da ikke nødvendigvis bare å se på FACT. De påpeker at representantene fra de ulike kompetansesentrene fremsto som pådrivere for dette synet. Forprosjektleder peker i sitt

intervju på at mandatet også inkluderte utredning av andre samhandlingsmodeller, men at tiden ikke strakk til å også vurdere dette.

I case by og bygd er det færre funn som indikerer at det var faglig uenighet mellom partene i prosessen. Rådgiver fra Fylkesmannen opplyste i sitt intervju om at det aldri var noen kritiske spørsmål til modellen eller fidelitymålingen. Det var en faglig enighet om at metodikken som skulle innføres bygde på FACT-håndboka. Han påpeker at det var en enighet om tallgrunnlaget og at partene i prosessen hadde lik problemforståelse. Han stiller dog spørsmålsteget til i hvilken grad kommunerepresentantene satte seg inn i modellen da de hadde lite engasjement i gruppa. Avdelingsleder på DPS på sin side pekte på at muligens modellen ble lagt for mye vekt på, og at denne egentlig ikke passet spesielt godt til området den skulle innføres i med tanke på lange avstander, små kommuner og et lavt befolkningsgrunnlag. Han peker på at DPS var entusiastiske til modellen hele veien, men at de på slutten av prosessen ble mer realistiske til hva som var mulig å få til. Rådgiveren fra Fylkesmannen pekte også på at «gnisten» hos DPS forsvant litt på slutten av prosjektet. I et referat fra styringsgruppa fremkommer det at en av helselederne i kommunen pekte på at FACT har mangelfull evidens. Flere sa seg i møtet enige i dette.

Det er også utledet en forventning om frykt for det ukjente og hvordan dette er knyttet til hvorfor motstand mot endring oppstår.

***F2: Forventningen her er at de ansatte har gjennomgått en rasjonell kalkyle av egen situasjon og hvordan denne eventuelt vil endre seg ved innføringen av FACT. Frykten henger her sammen med innføringen av FACT som eventuelt kan bety at stillingen man har i dag vil forsvinne, eller den kan få betydelig nytt innhold. Innføringen kan føre til at de ansatte må jobbe på en ny måte, og de kan oppleve frykt for å ikke mestre det nye. Avvisningen kom som følge av at det ble for mye nytt.***

I case rural er det ingen funn i intervjumaterialet og i dokumentene som er analysert der noen fra kommunene eller DPS snakker eksplisitt om frykten for det nye, nemlig FACT. Det antas at det ikke er opplagt at folk ønsker å snakke om sin eventuelle frykt for eksempelvis å gjøre jobben sin på en ny måte. Materialet som er innhentet må derfor analyseres i lys av eksempelvis kritikk av modellen. Det flere funn som peker på dette.

«Angrepet» av modellen kommer til syne hos representantene fra DPS. Angrepet handler her om beskyldninger og kritikk mot modellen. I intervjuet med psykiateren og avdelingsleder på

DPS peker de på at de jobber noe oppsøkende i dag, men at dette i hovedsak er noe som kommunene holder på med. Psykiateren og avdelingsleder på DPS peker på at kommunene hadde voldsomme forventninger knyttet til hva et FACT-team kunne gjøre med tanke på tilgjengeligheten for å ha med seg spesialister ut. De argumentere for at konsekvensen av å sende spesialister mer ut er at det kan bli lengre ventetid på å ta inn folk på poliklinikk. De peker på at de ikke anser at innføringen av FACT ville vært en optimal utnyttelse av den spesialistkompetansen de har. Psykiateren peker på at det tross alt er billigere at en sykepleier i kommunen tar med seg en pasient i bilen og kjører til DPS, enn at psykiateren kjører fra DPS og til dem. Avdelingsleder på DPS peker på at i en vurdering av effekten av å innføre FACT-modellen ser de ikke at den er verdt å investere i.

Rådgiveren fra Fylkesmannen er den eneste av informantene i case rural som tydelig snakker om at motstanden som oppsto mot FACT kan bunne i frykt for det nye. Han argumenter med at en holdning i regionen er at det som er nytt oppfattes som skummelt. Innføring av FACT modellen i denne regionen ville ført til en strukturell endring i hvordan hjelpeapparatet i denne regionen ville vært utformet. En kan tenke seg at opprettelsen av et FACT-team ville ført til at både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ville måtte avgi noen ressurser inn teamet. Det fremkommer i sluttrapporten til case rural at de åtte kommunene som ville inngått i teamet måtte avgi tre stillinger, mens DPS måtte avgi 2,1 stilling inn i teamet. I sluttrapporten nevnes det også at en konsekvens av opprettelse av FACT-team der hver part (kommune og DPS) finansierer de stillingene de har arbeidsansvar for kan være at ansatte må jobbe delt mellom FACT-teamet og arbeid i kommunens rus- og psykiatritjeneste. Rådgiveren fra Fylkesmannen peker på at en av utfordringene var at tjenesten var for små. I en kommune der en ansatt har en 60% stilling i rus- og psykiatritjenesten vil det ikke være mulig å avgi 30% av denne inn i et FACT-team.

I case by og bygd er det også funn som peker i retning av frykt for det ukjente. Her går frykten på at FACT representeres noe nytt som de har liten kunnskap om enda. Å innføre noe der du ikke klart har for deg hva slags effekter dette vil ha for hverken arbeidshverdag din eller for dine kollegaer vil skape en form for frykt. I dette ligger det også en frykt for å mislykkes. Avdelingsleder på DPS peker på dette:

*«Vi kunne sagt vi prøver allikevel, vi setter i gang og prøver og ser hvordan det går men det følte vi var farlig, fordi det er et enormt apparat du setter i gang både med samarbeidsavtaler og samarbeid mellom kommuner, NAV og så videre. Vi skulle ha med brukerrepresentant i*

*dette her, det heter ikke brukerrepresentant, men det heter erfaringskonsulent i dette her da ikke sant. Og du begynner da med et eller annet som ikke er helt hundre prosent kontroll over og det var jo kanskje noe av årsaken til at vi sa vi legger det på is foreløpig».*

I case by og bygd er det også funn som peker på et slags «angrep» på modellen. Det kommer til syne ved at det rettes en slags kritikk av modellen. Modellen blir sett på som en trussel mot det eksisterende tilbudet. Her forteller avdelingsleder på DPS om at opprettelsen av et FACT-team ville ha ført til at DPS-et måtte ha avgitt ressurser i form av tid fra psykologspesialisten og psykiateren inn i FACT- teamet, og det ville da blitt mindre ressurser disse kunne brukt på DPS. I sluttrapporten til case by og bygd fremkommer det at tilskuddet til opprettelsen av FACT-team ikke vil dekke alle kostnader i sin helhet. Dette vil medføre at partene må regne med å dekke noe av driftskostnadene selv.

Den tredje antagelsen om funn henger sammen med tap av personlige goder.

***F3: Forventningen her er at innføringen vil føre til tap av verdi av egen kompetanse, og da spesielt hos spesialistene på DPS. I et team vil flere faggrupper komme inn og bli mer likestilt. Dette kommer også til uttrykk ved at FACT-modellen vil utfordre de involverte på deres kompetanse. Innføringen av modellen har utsikter til at man må jobbe mer, og på mer besværlige måter enn man er vant til fra før av. FACT-modellen vil føre til økt grad av kontroll av de ansatte ved bruk FACT-tavlen. Avvisningen kom som følge av at de ansatte opplevde at de tapte personlige goder på en adoptering av FACT.***

I case rural er det funn som taler for at innføringen av FACT-modellen ville ført til at spesielt spesialistene på DPS hadde mistet noen av sine personlige goder. En av disse personlige godene som antas å ville tapt seg er verdien av egen kompetanse.

Ved en innføring av noe nytt, som FACT, vil erfaring du som ansatt har opparbeidet deg gjennom et arbeidsforhold bli mindre verdt. Innføringen av FACT ville innebære en vesentlig endring i dine arbeidsoppgaver og metodikk du vil ta i bruk i møte med pasientene. I sluttrapporten fremkommer det at det er tenkt at DPS skal bruke de ressursene de har fra før av inn i FACT-teamet. Det er forventet at de stiller med 2,1 årsverk fordelt på psykiater, psykolog, merkantil og case manager/høyskoleutdannet. Det vil si at noen som allerede jobber på DPS vil få sin arbeidshverdag svært endret, og noe av erfaringen og kompetansen de sitter på i dag vil ha mindre verdi i FACT-teamet. I tillegg vill innføringen av modellen ført til at flere fagretninger ville inngått i et team enn det som er vanlig på et DPS. I sluttrapporten

ramses det opp at et team må bestå av både psykiater, psykologspesialist, merkantil, teamleder + case manager, helse og sosialfaglig kompetanse/ case manager, sykepleier/ case manager, evt. russpesialist, sykepleier/vernepleier, brukerspesialist og IPS-veileder. Dette ville ført til at verdien til spesialistene i teamet ville tapt seg fordi det nå plutselig er flere fagretninger som inngår i et team sammen.

Funn peker også på at modellen ville ført til at spesialistene på DPS ville ha måtte jobbe mer, og på mer besværlige måter enn de er vant til. Spesialistene hadde måtte reise mer i jobben og hjemmebesøk hadde vært en naturlig del av arbeidshverdagen. I intervjuet med psykiateren på DPS pekes det på spesialistene ikke var særlig motivert å jobbe i et FACT-team.

Avdelingsleder på DPS presiserer at det handlet om at de ikke ser nytten av denne måten å jobbe på. Avdelingslederen stiller seg spørrende til hvorfor det har blitt slik at ansatte i helsetjenesten i kommunene ikke lenger anser det som greit å dra på hjemmebesøk uten at spesialisthelsetjenesten er med. Det argumenteres for at det alltid har vært et skille mellom hvordan spesialisthelsetjenesten jobber og hvordan kommunene jobber. Tidligere virket det som at kommunens ansatte synes det var greit at de som jobbet i førstelinjetjenesten dro mer ut enn spesialistene, og at det var deres arbeidsform.

Omvendt kan en også tenke seg at noen vinner på en innføring av noe nytt og at de da naturlig nok vil være for innføringen. I case rural peker forprosjektleder på at de ansatte i kommunenes rus- og psykiatritjeneste opplever å stå mye alene, og at de ønsker et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Denne oppfattelsen deler psykiateren og avdelingslederen på DPS. Rådgiveren fra Fylkesmannen peker også på han kan forstå at DPS var mot modellen hvis ønsket fra kommunene var å skyve noe av ansvaret de tidligere hadde hatt over på DPS-et.

En forventning knyttet til funn som det ikke er funnet belegg for er at motstand oppsto som følge av at modellen ville ført til økt grad av kontroll. En kan tenke seg at hverken kommunene eller DPS i dag har et system der pasienter blir gjennomgått så systematisk som tilfellet med FACT-tavlen. I case rural finnes det tegn på det motsatte ved at tavlemøter trekkes frem som et element ved modellen som er ønskelig å innføre. Psykiateren og avdelingslederen på DPS peker på at det er mulig å innføre en versjon av FACT i denne regionen, med tavlemøter og tettere samarbeid mellom tjenestenivåene uten å adoptere FACT-modellen i sin helhet.



I case by og bygd er det få funn som tyder på at motstanden oppsto som følge av at noen kunne miste sine personlige goder. Avdelingsleder på DPS peker på et ønske om å forbedre tjenesten og jobbe annerledes uavhengig av innføringen av FACT eller ikke. Han peker på at de stiller seg positive til å jobbe oppsøkende.

En fjerde forventning knyttet til funn handler om ekstraarbeid.

***F4: Forventningen her er at FACT-modellen ville ført til at de ansatte en periode både måtte jobbe med «det gamle» og «det nye». FACT-modellen ville gitt ekstraarbeid i form av at modellen må læres og det vil gjøres gjennom kurs og etterutdanning. Samtidig som FACT-modellen og dens metodikk skal læres, må gamle rutiner og måter å jobbe på avlæres. Modellen innebærer å jobbe oppsøkende hjemme hos tjenestemottakeren og de ansatte må avlære «det gamle» ved å ha samtaler med tjenestemottakerne på sitt eget kontor. Det forventes at motstanden som følge av avlæring av «det gamle» vil være størst hos ansatte på DPS. Avvisningen kom som følge av at de ansatte i hovedsak på DPS opplevde at det ble for mye ekstraarbeid med adopteringen av FACT.***

Flere funn i case rural er knyttet til dobbeltarbeid. I intervjuet med sykepleieren i rus- og psykiatritjenesten som også var forprosjektleder, samt lederen av samme tjeneste pekes det på at det kan virke som at det ble for mye nytt for de involverte å være FACT-tro. Opprettelsen av et FACT-team ville ført til en endring i måten en jobber på. Rådgiveren fra et kompetansesenter pekte på at det å jobbe oppsøkende var det som gjorde det vanskelig for DPS å adoptere FACT. Det kan argumenteres for at det å jobbe oppsøkende ikke tradisjonelt ligger i spesialisthelsetjenestens oppgave. I en kommune derimot er oppsøkende arbeid vel kjent. En kan ut fra dette tenke seg at frykten for dobbeltarbeid er mer tilstede hos de partene av prosessen som ville fått hverdagen sin vesentlig endret, enn de som i en eller annen grad allerede jobber på denne måten. Både psykiateren på DPS og avdelingslederen på samme sted argumenterer for at det ikke er lønnsomt at de jobber mer oppsøkende enn de gjør i dag. Hvis de skulle prioritert å dra mer ut, ville dette gått på bekostning av tilbudet de har i dag. De påpeker at det ikke ville være lønnsomt sett i et nytte- kostnads perspektiv. De påpeker at det heller vil være mer nyttig at tjenestenivåene jobbet tett med de felles brukerne de har.

I møtoreferat fra et styringsgruppemøte informeres det om at kompetansesentre har kjørt opplæringsprogrammer for de som skal delta i FACT/ACT-team. Dette er et program som har fem samlinger over ett år. Hver samling har en varighet på to dager. Hvis forprosjektet

munner ut i at FACT-modellen skal adopteres påpekes det at det må diskuteres hvordan programmet skal tilpasses denne regionens behov. Det fremkommer i samme referat at prosjekt SMARTsam bør flettes inn i FACT-prosjektet. Dette prosjektet handler om bedre samhandling mellom tjenestenivåene ved bruk av telekommunikasjon. Dette kan ses på som funn som peker i retning av at modellen ville ført til ekstraarbeid.

I sluttrapporten fremkommer det hva en adoptering av FACT vil bety ressursmessig.

*«Planen med å etablere et FACT team handler om å jobbe annerledes, det vil si å endre på bruken av ressursene man allerede har. Det er lite som tyder på at FACT team får mer tildelte ressurser enn de som allerede finnes, tanken er at å jobbe etter en slik modell skal frigjøre ressurser».*

Det vises til at FACT-team får tilskudd fra Fylkesmannen, men i tilskuddenes art ligger det at disse kun ment å gjelde for en begrenset periode.

En kan også tenke seg på et mer organisatorisk nivå at en innføring av FACT ville ført til at en organisasjon hadde fått mindre og gjøre, mens en annen hadde fått mer å gjøre. Det påstås av rådgiver fra Fylkesmannen i case rural at forprosjektet med FACT skapte motstand hos DPS fordi kommunene ønsket å lempe noen av oppgavene som tradisjonelt sett ikke var spesialisthelsetjenesten sitt bord, nettopp over til dem. Det pekes på en forståelse for at dette skaper motstand hos DPS. Det fremkommer i intervjuet med forprosjektleder som også jobber i rus-og psykiatritjenesten at de ønsket mer bistand og et bedre samarbeid fra spesialisthelsetjenesten. Avdelingsleder på DPS stilte i sitt intervju spørsmålsteget ved hvorfor kommunene ønsket at de skulle jobbe mer oppsøkende. Hun pekte på at dette tradisjonelt var en oppgave som kommunene hadde hatt.

Et funn som taler mot at motstanden oppsto som følge av dobbeltarbeid er at psykiater ved DPS argumenterte for at det med få grep var mulig å jobbe FACT-aktig i regionen ved å innføre tavlemøter og at DPS kunne hatt en veilederrolle for kommunen i saker de opplevde å trenge bistand med. Her kan funn tyde på at motstanden ikke nødvendigvis oppsto på grunn av at de ansatte måtte lære seg noe nytt, men at motstanden heller oppsto som følge av at modellen i sin rendyrkede form ville ført til for mye nytt.

I case by og bygd kan en også se tegn til at motstanden bunner i en oppfattelse av at modellen var for omfattende og at arbeid etter denne ville ført til for mye nytt. Avdelingsleder på DPS

peker på at de i prosjektperioden la for mye vekt på FACT-modellen, og han ser dette som en hovedårsak til at modellen ikke ble innført. Det pekes på at regionen denne skulle innføres i var for stor og at en kanskje heller må tenke to FACT-team for å dekke denne regionen. Han peker på at de har snakket om å ta opp igjen prosessen med FACT og at han ser for seg å se på andre modeller for samarbeid der man kun jobber etter deler av FACT-modellen. Det pekes på at det kanskje må fokusere mindre på det helhetlige ansvaret som ligger i FACT-modellen, fordi det blir for omfattende. En versjon av modellen anses mer hensiktsmessig.

*«Lager en versjon hvor jeg ser for meg at vi, vi har ikke faste folk som reiser ut kanskje til kommunen, men vi har et team hos oss som server kommunene og oppholder seg i kommunene på tirsdager er vi der, og onsdager er vi der og, hvis du skjønner hva jeg mener».*

I intervjuet med rådgiver fra Fylkesmannen pekes det på at det kan virke som at noen av kommunelederne hadde en opplevelse av at FACT skulle etableres slik at DPS skulle skjære ned, som ville få den konsekvensen at det ble enda flere utfordringer for kommunene. Samtidig peker han på at DPS har vært åpne med kommunene om at det ligger i de statlige føringene at flere tjenester skal tilbake til kommunene og at terskelen for å få behandling ved DPS vil økes uavhengig av innføringen av FACT eller ikke. I vedlegg til sluttrapporten er det referater fra forventningssamtaler med kommunene. I en samtale med av kommunene pekes det på at det er vanskelig å framsnakke FACT fordi det er skepsis i personalgruppa. Mye av årsaken til dette trekkes frem å være at det bare er seks årsverk i psykisk helseteam i kommunen og at et fåtall jobber i stillingen i sin helhet. Dette på grunn av utdanningspermisjoner, sykdom, tillitsvalgt-jobb og andre grunner.

I vedlegget til sluttrapporten der det snakkes om refusjonsinntekter pekes det på at teamet må forvente at de vil det første driftsåret bruke mye av kapasiteten til etablering, organisering, innarbeide samarbeidsrutiner og opplæring med mer. Det må også forventes at case manageren må jobbe sammen to og to i en oppstartsfase. Dette med tanke på sikkerhetshensyn og for å bli kjent med hverandre og pasientene.

Det er også et funn i case by og bygd at innføringen av FACT vil ført til at det måtte læres mye nytt og at man ville gjøre dette ved deltagelse på kurs og konferanser. I vedlegg til sluttrapporten fremkommer det at de ansatte som skal være en del av FACT-teamet vil gjennomgå det nasjonale opplæringsprogrammet. I tillegg pekes det på at teamkoordinator skal delta i nasjonalt nettverk for teamledere i ACT/FACT der det er to årlige samlinger. Det

pekes også på at det er flere aktuelle konferanser som teamet bør dra på. Det argumenteres at det må settes av en «romslig» pott til kurs/konferanser da dette anses ekstra hensiktsmessig i oppstartsfasen. I forslaget til samarbeidsavtale som ligger som vedlegg til sluttrapporten fremkommer det at det skal opprettes et styringsråd og et driftsråd for teamet og at det forventes av partene som inngår i FACT-teamet at de bistår med prosjektoppgaver.

En forventning knyttet til funn er at endrede maktforhold har spilt en rolle i at motstand mot FACT-modellen oppsto.

***F5: Forventningen her er at innføringen av FACT-modellen vil endre maktforholdene mellom de ansatte på de ulike nivåene i tjenesteapparatet, men at det også vil endre selve makthierarkiet innenfor rus- og psykiatrifeltet. Spesialistene på DPS vil få svekket makten de har fordi modellen som innføres legger sterkt vekt på teamarbeid og samarbeid mellom tjenestenivåene. Spesialistene vil miste sin innflytelse som fagutøver fordi flere andre faggrupper kommer inn og får beslutningsmyndighet. En forventning er at innføringen av modellen vil endre maktposisjonen DPS tradisjonelt sett har hatt. Deres posisjon på toppen av makthierarkiet vil svekkes. Avvisningen kom som følge av at spesialister på DPS og DPS som organisasjon vurderte at modellen ville ført til for store endringer i maktbalansen.***

I case rural er det flere funn som peker i retning av at motstanden mot FACT kan handle om maktforhold. I case rural kommer det klart frem i alle intervjuene at det er en form for maktfordeling mellom kommunene og DPS. Dette kommer også til syne mellom ansatte på de ulike nivåene. Hvordan dette maktforholdet mellom nivåene har spilt i inn prosessen i case rural peker forprosjektleder på.

*«Men jeg tenker at fra dag en så var det jo, inntrykket mitt i hvert fall, kall en følelse av at DPS-et på en måte satte bremsen på fra dag en. At dette her blir vanskelig å få til. Det gjennomsyret hvert eneste møte. Og det.. sånne ting er jo smittsomt og det kan jo være en årsak til at det ble vanskelig for kommunene å på en måte å gå all inn for det her for at følelsen av at det her kanskje ikke kommer til å gå satt seg ganske med en gang».*

Forprosjektleder påpeker videre at mange representanter fra kommunene satt tause i møtene som ble avhold, hvis de i hele tatt var til stede. Rådgiver fra et kompetansesenter synes det kan virke som det er en sammenheng mellom DPS sin faglige autoritet og at kommunene ble vippt litt av pinnen i prosessen. Rådgiver fra Fylkesmannen peker også på at det var sterke frontfigurer hos DPS som markedsførte deres syn med stor faglig autoritet og som lett kunne

påvirke kommunene. Overlegen er en person som trekkes frem. Rådgiveren fra Fylkesmannen beskriver overlegen som svært dyktig i jobben sin, overlegen blir beskrevet som sjefen og han blir beskrevet som en person som har erfaring med FACT fra før av. Rådgiveren fra Fylkesmannen påpeker at tradisjonelt er det sånn at når DPS forteller kommunen noe så sier kommunen ja. Det pekes på at det var noen som sto opp mot DPS, men det ble ikke gjort i tilstrekkelig grad.

Ved en eventuell innføring av FACT-modellen kan en tenke seg at DPS sin maktposisjon ville blitt endret. Rådgiver fra et kompetansesenter pekte det på at det forpliktende samarbeidet er noe av det nye ved innføringen av FACT-modellen. Her inngår begge nivåene i en helhet og forskjellene mellom nivåene viskes ut. I intervjuet med rådgiver fra Fylkesmannen pekes det på at DPS aldri anerkjente brukerplantallene og det pekes på at det er flere grunner til dette. En av grunnene som trekkes frem er den klassiske første- og andrelinjetenkningen. Han trekker frem at det var litt motsetninger og at folk ikke ønsket at ting skulle bli endret.

Alle informantene peker på at det var et skifte av forprosjektleder halvveis i prosessen. Den første forprosjektlederen hadde en lederstilling i en av kommunene som var en del av prosessen. Forprosjektlederen som hadde ansvaret andre del av prosjektet kom fra en fagstilling i kommunen. I intervjuet med rådgiver fra Fylkesmannen pekes det på hun som var forprosjektleder på slutten kom fra et annet nivå og hadde en annen pondus enn den som hadde stillingen først. Dette gjorde prosessen vanskelig. Videre peker han på at en av svakhetene med dette forprosjektet var at man ikke valgte en forprosjektleder fra et DPS. Det pekes på at en kommunal ansatt får for liten pondus inn i prosessen. I prosessen med FACT er DPS svært viktig og kan ses på som førende og en litt styrende part i samarbeidet.

I case by og bygd kommer motstanden til prosjektet mindre til syne, og det er derfor vanskelig å finne funn som peker i en retning av at motstanden oppsto som følge av endring av maktforholdene. Et funn som kan peke i denne retningen er at rådgiver fra Fylkesmannen påpeker at første og andrelinjen er forskjellig, og at å forene disse i en felles enhet med et felles mål synes vanskelig. Det argumenteres for at forprosjektleder i prosjektet bør ha kunnskap, et stort nedslagsfelt og en betydelig autoritet for at prosjektet skal fungere. Det pekes også på at forprosjektleder kom fra en posisjon fra en sengepost på DPS og at dette ikke var det beste utgangspunktet med tanke på dialog med kommunene. Dette gjorde samarbeidet med kommunene vanskelig.

En forventning knyttet til funn henger sammen med omgivelsene til casene som hadde et forprosjekt på FACT. Det kalles her aktører i omgivelsene.

***F6: Forventningen her er at det vil fremkomme funn som peker på at aktører i omgivelsene til de som inngikk i forprosjekt FACT utøvde press mot disse til å innføre FACT-modellen. Omgivelsene oppfattet at modellen var moderne og den riktige måten å organisere tjenestetilbudet på. Avvisningen kom som følge av presset fra omgivelsene ikke var tilstrekkelig sterkt.***

I case rural er det identifiseres et slags press i omgivelsene på å adoptere modellen. I intervjuer med informantene og i sluttrapporten fremkommer det at opprettelsen av forprosjektet FACT kom fra fylkesmannen i regi av helsedirektoratet. Rådgiver fra Fylkesmannen var også representert i styringsgruppa. I tillegg til dette hadde representanter fra flere ulike kompetansesentre roller i arbeidsgruppa og styringsgruppa. Funntilbudet peker på at disse representerte et slags press for å adoptere modellen. I intervju med rådgiver fra Fylkesmannen pekes det på at de brukte tallmaterialet fra brukerplanen, folkehelseparameteret og resultater fra tilsyn i argumentasjonen for hvorfor modellen ble ansett som riktig å adoptere. Det er psykiater og avdelingsleder på DPS i case rural som peker sterkest på dette presset.

*«Det var på en måte litt solgt inn som et tilbud som det riktige å gå for før vi var med. Som gjorde at vi ble litt sånn festbrems».*

De pekte på at det ikke var rom for å diskutere andre løsninger enn FACT, på tross av at mandatet var å se på FACT eller andre samhandlingsmodeller basert på FACT-modellen. Psykiater og avdelingsleder på DPS oppfattet at kompetansesentrene fikk en for betydelig rolle i forprosjekt FACT. De opplevde det som problematisk med deltagere fra kompetansesentrene inn i gruppa både når det gjald deres motiver for å gå for FACT, og hvordan dette påvirket prosessen for øvrig. Det ble pekt på at det lå potensielle kursmidler i en pot som kunne kommet kompetansesentrene til gode hvis FACT ble adoptert.

Forprosjektleder på sin side pekte på at representantene fra Fylkesmannen og kompetansesentrene var viktige støttespillere for henne i forhold til å innføre FACT. Hun peker samtidig på at deres rolle i prosjektet ble en slags trigger for DPS. I intervjuet med rådgiver fra et kompetansesenter fremkommer det at de reflekterte i etterkant av forprosjektet

over sin tilstedeværelse. De anså at deres rolle skapte motstand mot prosjektet, men de anser ikke at de virket lammende på prosessen.

I case by og bygd viser funn at det var aktører i omgivelsene som både var pådrivere for modellen og at noen hadde mer rollen som brems. Først skal pådriverne gjøres rede for. I intervjuene og sluttrapporten fremkommer det at initiativet til å opprette forprosjektet kom fra Fylkesmannen etter ønske fra helsemyndighetene. Her ble det samme tallgrunnlaget som hos case rural brukt, men i tillegg ble tall fra DIPS brukt i argumentasjonen. I forprosjektgruppene satt både representant fra Fylkesmannen, et kompetansesenter og representant fra mental helse. Rådgiver fra Fylkesmannen peker selv på at de var pådrivere for prosjektet.

I case by og bygd er det også funn som peker i retning av at det er aktører i omgivelsene som ikke hadde det største engasjementet for FACT-modellen. I både intervjuet med avdelingsleder på DPS og med rådgiver fra Fylkesmannen samt dokumenter fra prosessen fremkommer det at DPS-et i case by og bygd i starten av forprosjektet var underlagt et sykehus for deretter å bli underlagt et annet sykehus senere i prosessen. Rådgiver fra Fylkesmannen peker på at sykehuset DPS tidligere var en del av var positive til FACT-modellen og hadde mye kompetanse på denne. Rådgiver fra Fylkesmannen fortalte om at han forsøkte å knytte dialog med sykehusledelsen på det nye sykehuset DPS-et ble en del av, men at det var vanskelig. Han tror at det hadde vært et FACT-team i regionen hvis DPS-et ikke hadde byttet sykehuset de var underlagt.

*«Jeg tror at hadde DPS (tatt bort navn) fortsatt vært en del av sykehuset (tatt bort navn), så jeg tror jo jeg vi hadde hatt et operativt FACT-team i den regionen nå for da hadde vi hatt helt annen mulighet til å styre det og vi kunne gått inn med mye tyngde på kompetansesiden både fra oss, og (tatt bort navn og byttet ut med fellesbetegnelse) kompetansesentrene».*

I et referat fra møte i styringsgruppa fremkommer det at det var lunkent signalement for å etablere FACT-team i et møte med en avdelingsleder på det nye sykehuset DPS-et er underlagt. I vedlegg fremkommer det at det er flere grunner til dette og grunner som trekkes frem er blant annet om FACT er løsningen, hvilke kommuner som skal inngå og spørsmål om hvor ressursene skal tas fra. I intervjuet med avdelingslederen på DPS forteller han om at han også tror at det at de byttet sykehus har spilt en rolle i hvorfor de ikke adopterte modellen, men påpeker at det ikke var slik at sykehuset de i dag er en del av var negative til FACT-modellen.

Den siste antagelsen om funn kalles økonomiske faktorer.

***F7: Forventningen her er at FACT-modellen ble avvist på bakgrunn av en rasjonell gjennomgang av økonomiske fordeler og ulemper, og utsikter til tap og gevinster med FACT. Avvisningen kom som følge av at utsiktene til negative konsekvenser var større enn de positive.***

I case rural er det mange funn som peker i retning av at det er gjort en rasjonell gjennomgang av de økonomiske fordelene og ulempene med det eksisterende tjenestetilbudet og FACT-modellen, samt en vurdering av hva en eventuell taper og vinner på å innføre modellen. Under denne kategorien inngår ikke bare en vurdering av hva en modell eventuelt vil koste i kroner og øre, men også hva dette vil innebære av ressurser og fagkompetanse. Disse overveielser kan ha dannet bakgrunn for at motstanden har oppstått.

I referatene fra arbeidsgruppen og styringsgruppen samt i sluttrapporten for prosjektet fremkommer det at forprosjektperioden har blitt brukt til en rasjonell gjennomgang av tilbudet de har i dag og en vurdering av hva slags FACT-team som kan passe denne regionen. Sluttrapporten inneholder en oppsummering av hva som har blitt gjort av vurderinger. Her fremkommer det at det er gjort en vurdering av hva som trengs av personell og kompetanse inn i et slikt team og hva slags økonomiske konsekvenser dette vil ha for spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er gjort en vurdering av hvordan de geografiske utfordringene skal løses, en optelling av aktuelle brukere med bakgrunn i tall fra brukerplan, en vurdering av målgruppen for FACT, samt en vurdering av arbeidsformen til teamet.

Funn peker også på at deltagerne har lagt ulik vekt på kalkulasjonene i vurderingen av om modellen bør adopteres eller ikke. I intervju med psykiateren og avdelingsleder på DPS anser de at hovedgrunnen til at FACT-modellen ble avvist var at modellen ikke er den beste løsningen for deres rurale region. De peker på at regionen har store avstander, at det er mange kommuner som inngår i området modellen skal gjelde for, og at befolkningsgrunnlaget er lite i forhold til hva modellen anbefaler. I intervjuet med rådgiver fra Fylkesmannen fremkommer det at kommunene som inngikk i prosjektet hadde veldig ulike behov. Det trekkes frem at de dårligste folkene bor i den største kommunen, mens en kommune rapporterte om en rusavhengig i deres kommune. Det pekes på at det ikke er enestående. I sluttrapporten fremkommer det at det er åtte kommuner som skal inngå i FACT-teamet sammen med DPS. Det pekes på store geografiske avstander mellom tettstedene i kommunene og en reisevei på opptil 2,5 timer



mellom vertskommunen for prosjektet og et tettsted i en annen kommune som inngår i regionen. Psykiater og avdelingsleder på DPS argumenterer for at en modell som FACT vil koste mye, og at i vurdering av nytten av modellen opp mot kostanden, anser de at den ikke verdt å innføre. De anser ikke at kommunene har nok personer som hadde trengt et slikt tilbud, og det ser ikke hva modellen ville løst som de ikke allerede løser i dag. De mener det da er det bedre å beholde det tilbudet man har i dag.

*«Jeg tror faktisk at hvis man kommer til der man skal begynne å prioritere hardt, så er det sånn at da handler ting faktisk om kroner og øre. Og på en måte hva det koster å opprettholde døgnplasser, hva det koster å ha nok spesialister. Og jeg føler meg ganske sikker på at kommunene er, at DPS og kommunene er enige om at det tilbudet vi har på DPS i dag, de ressursene vi har, det er vel anvendte. Det er riktig bruk av kroner og øre også da» (avdelingsleder DPS case rural).*

Psykiater og avdelingslederen på DPS peker også på andre grunner til å si nei til modellen. De påpeker at regionen har et rekrutteringsproblem. Regionen har vanskeligheter med å skaffe spesialister som for eksempel psykiatere. De anses at en innføring av FACT ville ført til at psykiatere som de har en knapphet på må dele sin tid mellom oppgavene som skal løses på DPS og arbeid i FACT-teamet. Det argumenteres for at mer bruk av psykiater ute hadde ført til lengre ventetid på å ta folk inn på poliklinikk. I sluttrapporten fremkommer det at spesialistene på DPS jobber en og en uke fordelt på fire psykiatere, det vil si annenhver uke.

Det er ikke bare representantene fra DPS som pekte på at modellen ikke ville lønne seg. I intervju med forprosjektleder fremkommer det at noen av kommunene også gav uttrykk for at de lurte på hva de mistet og ikke hva de kom til å få ved en eventuell innføring av et FACT. Psykiater på DPS peker også på at ikke alle kommunene var enige om at tilbudet de hadde i dag ikke fungerte. Noen kommuner mente at tilbudet de hadde i dag var bra. Å innføre FACT ville ikke være verdt kostnaden. I siste møte i styringsgruppen stiller flere i kommuneledelsen seg kritiske til tallgrunnlaget for modellen. Avdelingsleder på DPS utdyper i sitt intervju hva dette gikk ut på.

*«Og det ble veldig tydelig i styringsgruppa når de på en måte la frem den modellen som man eventuell måtte gå for hvis man skulle gått for et FACT- team. Når det regnestykket kom opp og de her helselederne gikk tilbake til sine tjenester og sa hvor mange ville det være snakk om*

*i vår kommune. Og da var tallet veldig lavt. Og de sa at det er helt uaktuelt for oss å flytte 200 000 inn i en pott der det kanskje er to eller tre pasienter som er aktuell».*

Forprosjektleder og leder for rus- og psykiatritjenesten i vertskommunen for prosjektet peker på at det var grunner til å gå for modellen. De argumenterer for at FACT ble sett på som en god løsning for denne regionen på tross av at de hører til rurale strøk. De pekte på at de anser at dette er en bedre løsning for brukerne enn det de har i dag. Modellen ville også kunne ført til at de kunne hatt fulle stillinger og utnyttet kompetansen som ligger i kommunene bedre. De mener også at en innføring av modellen ville ført til at de kommunale tjenestene ville blitt mindre sårbare. Det pekes videre på av rådgiver fra Fylkesmannen at brukerplantallene, på tross av uenigheter om disse, viser at regionen hadde hatt nytte av innføringen av en slik modell. Dette synet deler også rådgiver fra et kompetansesenter.

Det er også flere funn der deltagerne i prosessen hos case rural peker på mer strukturelle grunner til å si nei. Det kommer til syne ved at det pekes på at det var manglende forankring, manglende engasjement eller at det ikke var riktig timing for å starte forprosjektet.

En påstand som fremkom i intervjuet med rådgiver hos Fylkesmannen var at modellen i for liten grad ble forankret høyt nok i kommunen. Forprosjektleder pekte på at flere kommuner ikke møtte i møter og at en kommune aldri kom på banen i det hele tatt. Hun forteller om at hun måtte bruke mye tid på å ringe rundt til kommunene om prosjektet. Det ble stilt spørsmålsteget om det var noe reelt ønske å innføre dette hos kommunene. Det fremkommer av forprosjektleder at FACT var noe som ble lite snakket om også innad i tjenesten hun var en del av. Psykiateren og avdelingsleder på DPS pekte på at det heller ikke virket som at tallene som fremkom fra brukerplankartleggingen var lederforankret i kommunene.

Det ble også stilt spørsmålsteget av forprosjektleder og leder på rus- psykisk helse om sykehusledelsen har kommunisert i tilstrekkelig grad til DPS at dette er noe helsedirektoratet og sykehuset ønsker å satse på. I intervjuet med rådgiver fra et kompetansesenter pekes det på at ledelsen i sykehuset kan ha blitt oppfattet som litt utydelig i prosessen. De gav uttrykk for at FACT var noe de ønsket å adoptere, men det antydes at de ikke var sterkt inne og preget avgjørelsene slik de var i andre områder. Det ble pekt på at prosessen manglet trøkk ovenfra. Rådgiver hos Fylkesmannen pekte på at prosessen burde vært forankret høyere, det vil si i divisjonsledelsen i sykehuset. Da ville informasjonsflyten gått mer ovenfra og ned, heller enn fra DPS og opp. Da ville Fylkesmannen hatt mer kontroll på informasjonen som ble gitt.

Psykiateren og avdelingslederen fra DPS på sin side peker på at de ikke ble involvert i forprosjektet på et tidlig nok tidspunkt. De peker på at brukerplantallene ikke var lederforankret i sykehuset avdeling psykisk helsevern fra starten av, og at dette bidro til at det ble det en uheldig start. Rådgiver fra Fylkesmannen viser også til at det heller ikke var avklart godt nok på forhånd hva slags juridiske følger modellen ville ha for kommunene. Han forteller om at helsedirektoratet ved fagenheten ikke har vært nok på, og ansatte hos Fylkesmannen har måtte finne ut av dette selv.

I intervju med rådgiver ved et kompetansesenter argumenteres det også for at hovedgrunnen til at FACT ikke ble adoptert var at timingen ikke var riktig. Det pekes på at DPS ikke var beredt til å gå inn i prosessen med åpne armer. Det påpekes at hadde de vært mer beredt hadde de sett mer muligheter enn problemer underveis. I referat fra informasjonsmøtet der kompetansesentrene hadde invitert kommunene og DPS til et møte for å sjekke ut muligheten for et forprosjekt fremkommer det at DPS trengte mer tid før de kunne inngå i et forprosjekt da de var inne i en krevende periode med flere utfordringer. Rådgiver fra Fylkesmannen peker på at lederen på DPS ble sykmeldt i forprosjektperioden og at ny leder ble konstituert. Det pekes også på at DPS hadde fått føringer på at ressurstilgangen måtte ned. Han peker på at dette gjorde mye med DPS-et.

I case by og bygd er det også flere funn som peker i retning av at det er gjort en økonomisk gjennomgang av fordeler og ulemper med det eksisterende tjenestetilbudet og FACT samt en vurdering av hva en eventuell taper og vinner på å innføre FACT-modellen.

I sluttrapporten til prosjektet og i referater fra styringsgruppen fremkommer det at det er gjort vurderinger om hvordan et FACT-team kan organiseres og hvordan dette teamet skal jobbe praktisk. Det er gjort en kartlegging av nå-situasjonen og målgruppen ved bruk av brukerplankartleggingen for de fem kommunene som er en del av forprosjektet samt tall fra DIPS. Her er det gjort en konkret telling av antall pasienter og antall innleggelser et spesifikt år. Det er også gjort en fordeling av tallene på hver enkelt kommune som har inngått i forprosjektet. Her er det også hentet ut tall for hvor mange pasienter som ikke har møtt til behandling. Det er også utarbeidet to ulike forslag som omhandler tilskudd og økonomi. I referat fra et møte i styringsgruppa fremkommer det at alle partene ble bedt om å gå igjennom hva de ser som fordeler og ulemper med FACT-team. I vedlegg til sluttrapporten fremkommer det at forprosjektleder hadde en forventningssamtale med alle kommunene før oppstart av prosjektet.

Flere funn peker i retning av at modellen ble sett på som god, men at det var uenighet om den ble ansett som hensiktsmessig for denne regionen eller ikke. I sluttrapporten fremkommer det at det anses at regionen hadde hatt god nytte av FACT-team for personer med kombinasjonen ruslidelser og psykiske lidelser. Det pekes på at det er flere faktorer som må avklares før et slik team kan kalles operativt. Rådgiver hos Fylkesmannen argumenterer med at både brukerplantallene, folkehelseparameterne og tilsyn viste at det var et behov for tiltak i denne regionen og at en slik type modell kunne være en løsning. Avdelingslederen på DPS pekte på at styringsgruppa var veldig på i forhold til å få til en adoptering av FACT helt til slutten da de forsto at det ville bli vanskelig. Det ble pekt på at de så at FACT var en god måte å jobbe på. Han viste også til at det er for lite ressurser i kommunene og at de har for lite utbygd psykiatritjeneste. Han opplyste om at han anså at oppsøkende arbeid kunne bidra til at man kunne minske akuttkjeden, det ville bli færre innleggelses på døgn, og at poliklinisk arbeid kunne bli gjort hjemme hos pasienten.

I intervjuet med avdelingslederen på DPS pekes det på at de hadde et ønske om å ha et FACT-team som var i tråd med håndboken. Samtidig ønsket de å tilpasse denne til gjelde flere kommuner og til utfordringene de har i distriktet. Da opplevde de at det ble litt «for heavy». Han argumenterer i sitt intervju for at modellen hadde krevd for mye ressurser fra både kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det pekes på at perioden de hadde fått prosjektmidler for FACT hadde vært begrenset, og en innføring ville ført til at både spesialisthelsetjenesten og kommunen hadde måtte avgi stillinger fra sine eksisterende stillinger inn i teamet etter endt prosjektperiode. Spesialisthelsetjenesten hadde også måtte avgi av sine spesialister som de har en knapphet på til teamet. I sluttrapporten fremkommer det at tilskudd ikke vil dekke alle kostandene knyttet til et team i sin helhet, og at partene må regne med dekke opp det eventuelle resterende beløp. I et referat fra et møte i styringsgruppa fremkommer det at DPS ved avdelingsleder argumenterte for at kostnadsforslaget som ble utarbeidet blir for kostbart for DPS. Rådgiver hos Fylkesmannen trekker også ressursfordeling frem som en brems for FACT adoptering. Det pekes på at dette både var noe kommunene og spesialisthelsetjenesten anså som vanskelig. Selv mener han at grunnen til at man ikke gikk for FACT ikke bare kan handle om manglende ressurser. Det begrunnes med at Fylkesmannen bevilger tilskuddsmidler til nettopp opprettelsen av FACT-team.

Avdelingslederen på DPS argumenterer også for at FACT-team ikke nødvendigvis ville passet så godt i denne regionen. Dette illustreres godt ved følgende sitat.

*«Ja, jeg hører jo at de sliter litt i Sykehuset (tatt bort navn) de som har mange kommuner og stor reiseavstand, så jeg trur, jeg veit ikke om FACT-modellen i seg selv passer så veldig godt til.. Når opptaksområdet blir for stort da. Fordi man må ha såpass mange i et FACT-team for å rekke over et stort geografisk område og mange kommuner».*

I case by og bygd er det også funn der det pekes på at forprosjektet ikke var forankret nok, manglende deltagelse og at timingen ikke var riktig.

Avdelingslederen på DPS viste til at det var varierende oppmøte i forprosjektgruppene og ulik grad av delaktighet i å sette seg inn i prosjektet. Medlemmene i forprosjektgruppa gjorde i ulik grad avtalte arbeidsoppgaver mellom møtene. Det pekes også på at noen av de kommunale representanter i gruppa jobbet deltid, og at de var lite fleksible når det gjaldt å finne møtetidspunkt som passet. Det pekes også på at kommunerepresentantene i styringsgruppa ikke hadde beslutningsmyndighet og derfor ikke kunne ta noen avgjørelser i møtene. De måtte sjekke opp med sine respektive sjefer før de kunne gi en tilbakemelding. Det gjorde det vanskelig å komme videre i prosjektet, og ting tok lang tid. Dette skjedde til tross for at det var et ønske før prosjektet startet opp at personer med myndighet skulle sitte i gruppa. Det pekes på at dette ble prioritert bort av kommuneledelsen, de valgte heller å delegere dette til personer nedover i hierarkiet. Rådgiver hos Fylkesmannen peker på det samme.

*«Vi var jo nede i avdelingsleder, avdelingsledernivå og helt opp til kommunalsjef, rådmannsnivå i enkelte. Det ble litt kjelkete og litt rotete».*

Rådgiver hos Fylkesmannen forteller om lite eierskap og engasjement fra kommunene. De hadde et dårlig oppmøte og de møtte med ulike folk fra gang til gang. Det ble lite forutsigbart. Han mener at mange av de som satt i styringsgruppa fra kommunene ikke diskuterte adopteringen av FACT med sine respektive kommuner. Han peker på at kommunene ikke ser helheten, og hvordan FACT skal kunne hjelpe dem. Rådgiver hos Fylkesmannen pekte også på at deltagerne i forprosjektet fra kommunal side var slitne av egne interne utfordringer og derfor ikke klarte å være opptatt av FACT-etablering. I sluttrapporten fremkommer det at det var et stort arbeidstrykk i kommunene og at dette førte til at avtalte oppgaver ikke ble gjort fra møte til møte. I referat fra styringsgruppa fremkommer det at det har vært et stort fravær i arbeidsgruppa og at det derfor er vanskelig å vite hva kommunene tenker om FACT og det er vanskelig å drøfte modellen. Det fremkommer i et annet referat at det også er fravær i

styringsgruppa og at et fåtall gir beskjed på forhånd om at de er forhindret fra å møte. Rådgiver hos Fylkesmannen peker også på at DPS ikke hadde en rolle der de gikk foran og var tydelig målbærer for prosjektet. Det pekes på at det var viktig for å få kommunene med. Avdelingslederen på DPS peker på sin side på at de var positive til prosjektet hele veien, men at de ble mer realistiske til om dette var den riktige måten å organisere seg på ut over i prosessen.

Et argument som trekkes frem av begge informantene i case by og bygd som kan handle om timing er at det skjedde et bytte i hvilket sykehus DPS-et i regionen var tilknyttet i løpet av forprosjektperioden. Rådgiver hos Fylkesmannen pekte på at prosessen med bytte av sykehus kludret til mye. Avdelingslederen på DPS trekker dette frem som en av hovedårsakene til at ikke FACT ble adoptert. I tillegg blir det av avdelingsleder på DPS trukket frem at det ble besluttet at de skulle få endret sitt opptaksområde i løpet av FACT-prosessen. Det vil si at de fikk en ny kommune inn i sitt opptaksområde som de tidligere ikke hadde hatt. I sluttrapporten fremkommer det at det ikke var mulig å følge tidsfristene som var satt for prosjektet på grunn av dette. Rådgiver hos Fylkesmannen trekker også frem at det kom signaler om at tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle ut av DPS-et. Det ble sett på som vanskelig da en del av FACT-teamet sin målgruppe skulle være mennesker med avhengighetsproblematikk. Under overskriften beslutning i sluttrapporten ble det pekt på at det bør foreligge avklaringer av betydelig karakter før man starter opp med et team i regionen. Av saker som trekkes frem som må avklares er hva med kommunen som blir en del av DPS-et sitt opptaksområde, hvor skal FACT-teamet ha sin lokasjon, hva vil tverrfaglig spesialisert rusbehandling sin rolle være og juridiske spørsmål. I referat fra et styringsgruppemøte fremkommer det at alle som møtte i styringsgruppa denne dagen var enige om å avvente oppstart av FACT-team på grunn av at det var så mange løse tråder. De løse trådene som pekes på er de samme som fremkom i sluttrapporten.

## 6 Diskusjon

I denne delen av avhandlingen vil oppgavens empiriske grunnlag analyseres og diskuteres i lys av det valgte teoretiske perspektivet og mine forventninger gjort rede for under kapittel 3. Strukturen i diskusjonskapittelet vil følge den samme oppbyggingen som teorikapittelet. Enkelte funn kan knyttes til flere forståelsesrammer og blir derfor diskutert flere steder.

I første del av diskusjonen, 6.1 *Funksjon vs. diagnose*, vil den faglige uenigheten drøftes. I del 6.2 *Det er fali, det*, vil frykt for det ukjente drøftes, mens del 6.3 *Blir jobben mer besværlig?* vil omhandle tap av personlige goder. Ekstraarbeid vil drøftes under del 6.4 *«Ble for mye nytt»* og endring i maktforhold vil diskuteres i del 6.5 *DPS – kommunen 1-0*. I del 6.6 *Ytre press* vil press fra aktører i omgivelsene drøftes. Til slutt vil de økonomiske faktorene til at motstand oppstår diskuteres i del 6.7 *Avvist som følge av økonomisk kalkulasjon*. Her vil også de mer strukturelle faktorene diskuteres i del 6.7.1 *Forankring, deltagelse og timing*.

Før diskusjonen starter vil jeg presentere et illustrerende sitat fra rådgiver hos Fylkesmannen i case by og bygd som beskriver hvordan de opplevde å forsøke å adoptere noe nytt:

*«Er det noe FACT- etableringen har lært oss så er det at selv om produktet ser så innmari allright ut både for de som jobber i tjenesteapparatet og ikke minst for pasientene så er det det å komme dit, og få dette her operativt, det er vanskelig altså».*

### 6.1 Funksjon vs. diagnose

**F1: *Forventningen her er at det er en faglig uenighet om det virkelig var behov for endringen FACT representerte. Det var også uenighet om FACT-modellen er den riktige løsningen for de problemene regionene sto ovenfor. Avvisningen kom som følge av faglig uenighet både om FACT-modellen i seg selv og om dette er riktig løsning for case rural og case by og bygd.***

I de fleste endringsprosesser vil det i en eller annen grad oppstå faglig uenighet (Jacobsen, 2004). Faglig uenighet kan handle om at forskjellige faggrupper, eksempelvis psykiater og sykepleiere, har ulik oppfatning av endringen. Her vil uenigheten være knyttet til innholdet i selve endringen, og konsekvensene denne vil ha for de ansatte og for tjenestetilbudet. Faglig uenighet kan også oppstå som følge av at deltagerne i endringsprosessen er uenig om endringen som er foreslått er den riktige løsningen. Avvisningen av endringsinitiativet vil her forklares med at det var for sterk faglig uenighet om endringen til at denne kunne innføres. Case rural og case by og bygd har begge avvist FACT-modellen. På tross av at de to casene

hadde samme utfall av prosessen, skiller de to casene seg fra hverandre når det kommer til grad av faglig motstand. I case rural er det avdekket flere forhold som handler om en faglig uenighet og som kan forklare avvisningen av FACT-modellen. Dette fremkommer både i intervjuene og i analysen av dokumentene. Den faglige uenigheten handler her om at deltagerne i forprosjektet er uenige om hvordan brukergruppen som skal inngå i FACT skal defineres, og om regionen har denne brukergruppen. En stor del av uenigheten knyttet til hvordan brukergruppen for FACT-team skal defineres og om regionen har denne brukergruppen bunner i ulik tolkning av tallgrunnlaget som ble lagt frem for forprosjektgruppa. Tallene som ble lagt frem ble basert i hovedsak på brukerplankartleggingen. Spesialistene og avdelingslederen ved DPS argumenterer for at de ikke kjenner seg igjen i tallgrunnlaget. Når de selv gjør en kartlegging av brukergruppen på bakgrunn av hvem som har tjenester på DPS, kommer de frem til en betydelig mindre gruppe som er aktuelle for oppfølging fra et FACT-team. Spesialistene og avdelingslederen på DPS argumenterer for at det er en for bred brukergruppe som er inkludert i tallmaterialet som blir fremlagt. Et FACT-team kan ikke inkludere brukere på bakgrunn av at kommunene har utfordringer med disse. For at brukerne skal kunne inkluderes må de falle inn under brukergruppen som blir anbefalt i FACT-håndboken. De påpeker at det av FACT-team som allerede har blitt startet opp blir frarådet å inkludere enkelte diagnosegrupper. Dette kan ses i sammenheng med en forskjell mellom de to tjenestenivåene. Den faglige uenighet gikk på hvor mye det skulle legges vekt på funksjonsvurderingen i brukerplankartleggingen og hvor mye det skulle legges vekt på diagnose som det gjøres i prioriteringsveilederen til DPS. Det ble også stilt spørsmålsteget om FACT var riktig løsning for en rural region som deres og i hvilken grad FACT-modellen kan tilpasses regionen. Det var også uenighet om tilbudet de hadde i dag var godt nok eller ikke, og uenighet om mandatet for forprosjektet. Dette er i tråd med det Jacobsen (2004) peker på når det gjelder grunner til at motstand mot endring kan oppstå. Her kan en tenke seg at motstanden handlet om ulike oppfatning av endringen i seg selv, nemlig FACT, og mindre om konsekvensene av en eventuell innføring av FACT.

I empirien er det et tydelig skille mellom de informantene og aktørene som var faglig imot modellen og de som anså at modellen var faglig riktig å innføre i regionen. Motstanden blir sterkest uttrykt av psykiater og avdelingsleder på DPS og andre aktører fra DPS som var en del av forprosjektperioden. Det var også deltagere i forprosjektperioden som uttrykte at FACT-modellen var det riktige å innføre i denne regionen. Det var rådgiver hos Fylkesmannen, forprosjektleder, leder av den største kommunens rus- og psykiatritjeneste og



rådgiver hos et kompetansesenter som la mest vekt på dette. I sluttrapporten kan det virke som de fleste representantene fra kommunene var for prosjektet. En svakhet med metoden som er valgt i avhandlingen er at nyansene når det gjelder hvem som viste motstand mot endringen og hvem som ønsket endringen velkommen ikke kommer tilstrekkelig frem. Psykiateren og avdelingslederen på DPS påpeker i sitt intervju at flere representanter fra kommunene i styringsgruppa uttrykte sin motstand mot endringen. I sluttrapporten og i møtoreferat i styringsgruppa fremkommer det at flere i kommuneledelsen også stilte spørsmålsteget ved brukerplantallene. I styringsgruppas siste møte ble det stilt spørsmålsteget om tallene som tar utgangspunkt i brukerplan kan stoles på, og om det virkelig er 48 personer i regionen som er aktuell for et FACT-team. I intervjuet med DPS påpekes det av avdelingslederen at det var flere som var enige med DPS om at tilbudet de har i dag er bra, og at de ikke synes det var verdt kostnaden å opprette et modifisert FACT-team. En svakhet ved studien jeg har gjennomført er at disse aktørene ikke har fått en tydelig nok stemme i empirien som er innhentet. Hadde flere informanter blitt inkludert i studien hadde den faglige motstanden kunnet blitt brutt ned ytterligere og nyanseforskjeller i hva den faglige motstanden gikk på kunne blitt drøftet mer utdypende. Ved en eventuell senere studie av motstand anses det at aktører som ikke nødvendigvis blir trukket frem som nøkkelpersoner i prosessen likevel bør inkluderes, da de kan ha viktige innspill å komme med.

Den faglige uenigheten kommer mindre til syne i case by og bygd. Avdelingslederen på DPS og rådgiver hos Fylkesmannen argumenterer derimot for at det var stor faglig enighet om modellen mellom de involverte i forprosjektet. Rådgiveren fra Fylkesmannen forteller om at det var faglig enighet om at metodikken som skulle innføres bygde på FACT-håndboka, det var en enighet om tallgrunnlaget og partene i prosessen hadde lik problemforståelse. Hvis en ser dette opp mot hva en innføring av FACT ville fått av konsekvenser for både spesialistene hos DPS og de ansatte i kommunens rus- og psykiatritjeneste, kunne en forventet at modellen ville blitt avvist som følge av at mange var faglig uenig i modellen (Jacobsen, 2004). FACT-modellen representerer et skille i hvordan tjenesteapparatet er organisert. En av grunnelementene i modellen er teamarbeid, og helt vesentlig er det at medlemmene i teamet jobber oppsøkende ut mot tjenstemottakeren (van Veldhuizen, 2013). I Norge med flere tjenestenivåer innebærer modellen et forpliktende samarbeid mellom nivåene, det vil si spesialisthelsetjenesten ved DPS og primærhelsetjenestene i kommunene (Helsedirektoratet (a), 2019). Innføring av en modell som FACT ville visket ut noe av forskjellene mellom

primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det ville ført til en helt ny arbeidshverdag for ansatte både på DPS og i kommunen.

I vedlegg til sluttrapporten i case by og bygd fremkommer det at forprosjektleder gjennomførte forventningssamtaler med ansatte og ledere i kommunens rus- og psykiatritjeneste før oppstart av forprosjektet. Her trekker en kommune frem sin skepsis til modellen. Rådgiver hos Fylkesmannen forteller i sitt intervju at han stilte spørsmålstegn om i hvilken grad kommunerepresentantene satte seg inn i modellen da de hadde lite engasjement i gruppa. I et referat fra styringsgruppa fremkommer det også at en av helselederne i kommunen pekte på at FACT har mangelfull evidens. Flere sa seg i møtet enige i dette. Dette er funn som kan tolkes i lys av faglig uenighet om FACT-modellen. Her kommer den faglige uenigheten til syne hos deltagerne i forprosjektet fra kommunene. I utvelgelsen av informanter til intervjuene ble ingen kommunalt ansatte inkludert. Hvis en hadde inkludert ansatte og ledere på kommunalt nivå i studien, kunne en tolkning vært at funnene på faglig motstand hadde kommet sterkere til syne. Det er vurdert at undersøkelsesopplegget som ble valgt der informantene ble stilt åpne spørsmål som både gikk på FACT-modellen og forprosjektperioden, i tilstrekkelig grad fikk frem tilstedeværelsen av faglig motstand. Slutningen vil her være at det faktisk var liten grad av faglig motstand, og at dette har hatt liten forklaringskraft når det kommer til avvisningen av modellen hos case by og bygd.

Det er utledet en forventning om at avvisningen av FACT kom av at modellen ikke ble ansett som riktig for de to casene. Dette til tross for at FACT-modellen rulles ut i hele Norge. Det er få forprosjekter som står imot og som avviser modellen. En grunn til å avvise i tråd med dette, vil handle om at avvisningen kommer som følge av at regionene som er studert er vesentlig forskjellig fra alle de andre som har adoptert modellen. For å kunne ta stilling til denne forventningen må det gjøres et dypdykk inn i casene og undersøke hva som er spesielt med disse.

I case rural påpeker alle informantene at de ser på sin region som rural. Det fremkommer også i sluttrapporten. Psykiateren og avdelingslederen på DPS peker på at regionen dekker et stort geografisk område, at det må regnes med mye reising for de ansatte i teamet som følge av dette, at de har få tjenestemottakere som er aktuelle for oppfølging av et FACT-team, samt at regionen har et for lite befolkningsgrunnlag hvis dette ses opp mot anbefalingene i rapporten fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse. Denne rapporten er utarbeidet i et samarbeid mellom overnevnte, Høgskolen i innlandet og nasjonal kompetansetjeneste for

samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (Landheim et al. 2017). I case by og bygd peker avdelingslederen på DPS på at området der FACT ble vurdert innført, er ruralt. Han viser til at regionen har store avstander, små kommuner og et lavt befolkningsgrunnlag. Han argumenterer for at modellen ble avvist som følge av at denne ble lagt for mye vekt på, og at den ikke passet med den rurale konteksten til regionen. Begge informantene i case by og bygd viser til at det skjedde en endring i DPS sin oppfatning av FACT i løpet av forprosjektperioden. Avdelingslederen på DPS fortalte at de var positive til FACT hele veien, men at de på slutten av prosessen var mer realistiske til hva som var mulig å få til.

Begge casene som inngår i studien, har hatt forprosjekter der flere kommuner og et DPS sammen har utredet om FACT-modellen er noe de ønsker å adoptere. De to casene skiller seg fra hverandre når det kommer til antall kommuner som har inngått i forprosjektet. I case rural har åtte kommuner vært en del av forprosjektet, mens i case by og bygd har det vært fem kommuner. Det er ikke innhentet data på hvor mange kommuner som vanligvis går sammen om å danne et FACT-team. En kan tenke seg at det i områder med byer og større tettsteder har vært mulig å opprette et eller flere team for en eller få kommuner. Norge er et langstrakt land, og mye av landet vårt består av rurale strøk. Her kan en tenke seg at det også har vært nødvendig at flere kommuner har gått sammen for å ha tilstrekkelig befolkningsgrunnlag etter anbefalingene som fremkommer i FACT-håndboken (van Veldhuizen, 2013) og i rapporten «Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge» (Landheim et al., 2017). Hvis en legger dette til grunn, vil det ikke være uvanlig at flere kommuner går sammen om å danne et FACT-team. I den skjematiske oppstillingen under er det forsøkt å presentere de to casene når det gjelder både de geografiske aspektene, reisevei og befolkningsstørrelse. Det presiseres at tallene som er oppgitt er avrundet. I noen grad er det brukt eksakte tall, og det er kun gjort hvis det anses at det ikke vil gå ut over casenes anonymitet. Tallene er basert på opplysninger i sluttrapportene til de to casene, og tall funnet etter googlesøk på kommunenavn sammen med areal eller innbyggertall.

	<b>Case rural</b>	<b>Case by og bygd</b>
<b>Antall kommuner i regionen</b>	8	5
<b>Regionens geografiske størrelse</b>	<i>14 000 km<sup>2</sup></i>	<i>3.550 km<sup>2</sup></i>
<b>Reisevei mellom DPS og ytterste tettsted</b>	<i>2,5 timer med bil</i>	<i>34 minutter med bil</i>
<b>Regionens befolkningsstørrelse</b>	<i>21 000</i> <i>13 300 (over 18 år)</i>	<i>41.500</i> <i>Ikke tall på dette</i>
<b>Befolkningsstørrelse minste kommune</b>	<i>1200</i>	<i>4600</i>
<b>Befolkningsstørrelse største kommune</b>	<i>5500</i>	<i>18 000</i>
<b>Beskrivelse av regionen</b>	<i>Rural region med små tettsteder</i>	<i>En by og flere små tettsteder</i>

Tabell 1, skjematisk oversikt over case rural og case by og bygd.

Ved å skjematisk sette opp de to casene ser en raskt at de er svært ulike både med tanke på regionens geografiske størrelse og befolkningsstørrelse. Hvis en legger begrepet rural til grunn vil kun case rural inngå under denne definisjonen («Rural», 2018). I rapporten skrevet av Landheim et al. (2017) fremkommer det at FACT-team også anbefales i rurale regioner, men at dette forutsetter at de har minst 15 000 innbyggere over 18 år og reisevei på maksimum en time fra DPS-et til regionens ytterkanter. Videre vises det til at det anbefales en modifisert versjon av FACT-team i regioner med samme innbyggertall som over, men der det er over en time i reisevei fra DPS-et til regionens ytterkanter. I DPS-regioner som har færre enn 15 000 innbyggere over 18 år anbefales det å etablere et samarbeid rundt de brukerne som har behov for det med utgangspunkt i prinsippene for FACT. Ut fra dette vil case by og bygd falle inn under anbefalingen for opprettelsen av et FACT-team. Her er det tilstrekkelig befolkningsstørrelse for å opprette FACT-team, og reiseveien mellom der DPS-et ligger i dag og tettstedene rundt er ikke betydelig.

I Case rural ble den faglige motstanden i størst grad kommunisert av psykiateren og avdelingsleder på DPS. I dokumentanalysen fremgikk det også at aktørene som representerte

DPS i prosessen hadde uttrykt faglig motstand mot innføringen av FACT. Argumentet som ble trukket frem var at modellen ikke er hensiktsmessig tatt i betraktning deres rurale kontekst. Psykiateren og avdelingslederen på DPS argumenterer med at området modellen skal innføres i er stort og det vil føre til mye reisetid for teamets medlemmer. I tillegg til dette anser de at regionen har et for lite befolkningsgrunnlag for at modellen skal være aktuell her. I tilbakemeldingen til sluttrapporten fra deltagerne på DPS argumenteres det for at spesielt det lave befolkningsgrunnlaget og en svært liten gruppe som ville være aktuelle for modellen heller taler for at andre mulige samhandlingsmodeller må utredes fremfor å kun ha fokus på FACT-team. Det nevnes at pakkeforløp kunne vært en mulig løsning for regionen. De peker også på at DPS gjerne skulle sett en interkommunal rus- og psykiatritjeneste.

I lys av overnevnte oversikt og argumentene presentert fra DPS, kan en trekke slutningen om at disse aktørene hadde et poeng, FACT-modellen passer rett og slett ikke spesielt godt for case rural. Brunsson & Olsen (1997) fant i sine studier av reformer i offentlig sektor at motstand kan oppstå som følge av at endringen er basert på feilaktige premisser. Case rural er annerledes enn case by og bygd på flere områder, og en kan tenke seg at regionen også skiller seg fra andre områder der FACT har blitt innført. Det kan være en for sterk konklusjon å trekke at FACT-modellen er basert på feilaktige premisser i case rural. Det det derimot kan konkluderes med er at casets egenart ikke er tilstrekkelig godt nok tatt hensyn til i vurderingen av adopsjon av FACT. Her kan lan reiseavstand og lavt befolkningsgrunnlag trekkes frem som relevante faktorer.

Den faglige uenigheten i case rural kommer også til syne ved at deltagerne i forprosjektet problematiserer i hvilken grad regionen skal kunne overkomme utfordringen de har knyttet til å ha en rural kontekst. I empirien blir det av forprosjektleder og leder av rus- og psykiatritjenesten fra den største kommunen i regionen, rådgiver hos Fylkesmannen og rådgiver hos et kompetansesenter påpekt at modellen likevel kan adopteres og implementeres i rurale strøk, men at denne da må tilpasses. Rådgiver hos Fylkesmannen peker i sitt intervju på at en tilpasning til rurale strøk innebærer å ikke bare inkludere tjenestemottakere etter diagnose, men at funksjonsnivå også må tas med i vurderingen.

*«Og da er jo klart at da er pasientgruppa noe annet kanskje enn det som tradisjonelt sett DPS-er tenker seg inn i et FACT- team».*

Det argumenteres i referater både fra arbeidsgruppa og styringsgruppa at de geografiske utfordringene de står ovenfor må på ulike vis kompenseres for gjennom eksempelvis teknologiske løsninger som smart-samhandlings ikt, felles elektronisk «tavle» og fjernbehandling via nett. Hvis en tolker argumentene som fremkommer i arbeidsgruppa og styringsgruppa om at FACT kan adopteres i case rural med enkelte tilpasninger, vil dette være i strid med anbefalingene som kommer frem i rapporten skrevet av Landheim et al. (2017). Rapporten anbefaler samarbeid rundt enkeltpasienter i regioner med færre enn 15 000 innbygger under 18 år, og der reiseveien er over en time fra der DPS holder til og ytterkanten av regionen. I den skjematiske oversikten kommer det tydelig frem at et estimat av innbyggertallet i regionen er 13 300 innbyggere over 18 år og reisetid mellom DPS og ytterkant av regionen er på 2,5 time. Den faglige motstanden forklarer i stor grad hvorfor modellen ble avvist i case rural. De rurale utfordringene var umulig å overkomme hvis ønsket var en rendyrket form for FACT. Kort sagt kan en oppsummere ved å si at case rural skiller seg ut fra case by og bygd, og det er også betimelig å påstå at de også skiller seg ut fra mange andre regioner i Norge som har innført FACT. Dette er en potensiell forklaring på hvorfor den faglige motstanden ble så sterk her, og det er også en forklaring på at FACT-modellen ble avvist i denne regionen. Case by og bygd derimot skiller seg ikke nevneverdig fra andre regioner som har adoptert FACT hvis en legger anbefalingene i modellen til grunn (Landheim et al., 2017). Her var heller ikke den faglige motstanden stor, og i motsetning til i case rural er ikke faglig motstand en relevant antagelse for hvorfor FACT ble avvist hos dette caset.

## **6.2 Det er fali, det**

*F2: Forventningen her er at de ansatte har gjennomgått en rasjonell kalkyle av egen situasjon og hvordan denne eventuelt vil endre seg ved innføringen av FACT. Frykten henger her sammen med innføringen av FACT som eventuelt kan bety at stillingen man har i dag vil forsvinne, eller den kan få betydelig nytt innhold. Innføringen kan føre til at de ansatte må jobbe på en ny måte, og de kan oppleve frykt for å ikke mestre det nye. Avvisningen kom som følge av at det ble for mye nytt.*

Å frykte noe, som eksempelvis konsekvensene en endring vil føre med seg, anses å være vanskelig å avdekke. Det kan tenkes at det vil være vanskelig for en informant å snakke om, innrømme og vise at en har en frykt for det ukjente, her representert ved en mulig innføring av FACT-modellen, til en forsker i et intervju ansikt til ansikt. I empirien som er innhentet er det få funn der deltagerne i forprosjektet eksplisitt peker på at frykt for det ukjente henger sammen med avvisning av FACT-modellen. Det antas at metoden som er valgt for å svare på

problemstillingen i en avhandling vil påvirke dette. I avhandlingen om FACT-modellen er det valgt å gjennomføre intervjuer og en dokumentanalyse. Disse to metodene vil sammen kunne føre til at forskeren, her meg, vil få et godt bilde på årsaker til at FACT-modellen ble avvist. Det kan dog stilles spørsmålsteget om i hvilken grad det vil være lett for en aktør som er en del av en styringsgruppe eller arbeidsgruppe å snakke åpent om frykten for konsekvensene av innføringen av FACT-modellen i disse foraene. Det kan argumenteres for at det vil kunne bli oppfattet som en form for svakhet og kanskje litt banalt av de andre som er en del av prosessen å innrømme at du har en frykt knyttet til det nye. Dette anses å ha påvirket at det har vært få funn som omhandler frykten for det ukjente. Et annet undersøkelsesopplegg, som eksempelvis spørreskjema, vil ha ført til flere funn. Svarene til informantene hadde i større grad kunnet vært anonyme, og en kan tenke seg at en hadde fått flere ærlige svar. På tross av dette er det likevel funnet enkelte funn som kan kategoriseres innenfor frykten for det ukjente i en eller annen grad hos begge de to casene.

Det er ingen funn i hverken case rural eller case by og bygd som tyder på at noe av frykten hos de ansatte handler om å miste jobben. Å miste jobben pekes på av Jacobsen (2004) å være en av de mest dramatiske konsekvensene en ansatt kan oppleve av en endringsprosess. Oreg (2006) finner også i sin studie at dette er en av den vanligste variabelen som blir trukket frem som årsak til at motstand mot endring oppstår. I casene jeg har studert kan dette forklares med at det i liten grad trekkes frem at effektivisering og økonomiske besparelser er grunnen til at modellen har vokst frem og spred seg til stadig flere land. Når modellens fremvekst skal forklares vises det til at dette er en modell som har vokst frem i praksisfeltet, og at det man ønsker å oppnå med modellen er å gi tjenestemottakerne et bedre tilbud (van Veldhuizen, 2013). Likevel må en regne med at modellen ville ført til noen økonomiske konsekvenser for kommunene og DPS. Dette ville fått konsekvenser for de ansattes arbeidshverdag. En kan anta at en innføring ville ha størst konsekvenser i regioner med få ansatte, og der de ansatte har deltidsstillinger. I sluttrapporten til case by og bygd blir det pekt på at tilskuddet til FACT etablering ikke vil dekke alle kostnader i sin helhet. Partene må regne med å dekke noe av driftskostnadene selv. Avdelingslederen på DPS peker på at innføringen av FACT også ville ført til at spesialistene fikk mindre tid til å ivareta arbeidsoppgaver på DPS. I case rural peker psykiater og avdelingsleder på DPS på det samme. I sluttrapporten til case rural fremkommer det at både kommunene og DPS måtte avgi stillinger inn i teamet. En konsekvens kan her være at ansatte må jobbe delt mellom FACT-teamet og arbeid i kommunens rus- og psykiatritjeneste, eller delt mellom arbeid i FACT-teamet og poliklinisk arbeid på DPS.

Rådgiver hos Fylkesmannen argumenterer for at en av utfordringene i denne regionen er at tjenesten er for liten. I en kommune der en ansatt har en 60% stilling i rus- og psykiatritjenesten vil det ikke være mulig å avgi 30% av denne inn i et FACT-team. Hvis dette hadde bli realiteten måtte den ansatte både holde seg faglig oppdatert på jobben i kommunen, samtidig som hun eller han måtte ha lært seg metodikken det jobbes etter i et FACT-team. Alle og enhver hadde nok kjent på presset og frykten for å ikke strekke til i en slik situasjon. I forlengelsen av dette vil det være rasjonelt av de ansatte å skjerme seg fra usikkerhet og stress som FACT-prosessen representere (Jacobsen, 1998 og Jacobsen, 2004). Måten de ansatte gjør dette på er at de yter motstand som igjen fører til at endringen ikke skjer.

En konsekvens av innføringen av FACT-modellen vil være at de ansatte må jobbe på en ny måte, og dette kan føre til en frykt for å ikke strekke til. Jacobsen (2004) finner i sin gjennomgang av feltet motstand mot endring at en endring vil føre med seg at du som ansatt må lære deg noe nytt. Frykten henger her sammen med redselen for å ikke klare å mestre det nye. FACT-modellen baseres på FACT-håndboken og fidelitetskalaen som sier noe om hvem som skal jobbe i teamet, hvem teamet skal følge opp, hvor lenge de skal følge opp tjenestemottakerne, og hvilken metodikk de skal jobbe etter (van Veldhuizen, 2013). Noe av det mest vesentlige med modellen er at det skal jobbes oppsøkende, og det påpekes av van Veldhuizen (2013) at dette skal gjøres både hvis tjenestemottakeren står på FACT-tavla og ikke. I begge de to casene som er studert fremkommer det kritikk av FACT-modellen og konsekvensene av innføringen av denne. I case rural kommer kritikken tydeligst til syne hos psykiateren og avdelingslederen hos DPS og hos andre aktører fra DPS som var en del av prosessen. Psykiateren og avdelingslederen på DPS argumenterer for at det er kommunens oppgave å jobbe oppsøkende, og hvis spesialistene også tillegges denne oppgaven vil det føre til lengre ventetid på poliklinikk. De mener at det ikke vil være optimal utnyttelse av spesialistkompetansen man har til rådighet. I case by og bygd er kritikken av modellen mer nedtonet, men det handler om det samme. Avdelingslederen på DPS viser til at opprettelsen av FACT-team vil føre til at DPS må avgi ressurser i form av psykologspesialist og psykiateren til teamet, og det vil føre til at DPS sitter igjen med mindre ressurser.

Som pekt på innledningsvis er det få funn i empirien der det eksplisitt kommer frem at avvisningen av FACT-modellen skyldes frykten for det nye. Ut ifra denne erkjennelsen vil det være vanskelig å legge sterk vekt på at avvisningen av FACT kom som følge av frykten for det ukjente. Likevel er det funn i materialet som er innhentet der frykten kommer tydeligere



frem. I en analyse av funnernes representativitet anses det at det både må gjøres en vurdering av mengden, men også hvordan dette fremkommer og hvem som presenterer dette. Rådgiver hos Fylkesmannen er den eneste av informantene i case rural som tydelig snakker om at motstanden som oppsto mot FACT kan bunne i frykt for det nye. Han argumenter med at det er en holdning i regionen der alt som er nytt oppfattes som skummelt. Rådgiveren hos Fylkesmannen er statens talsperson når det gjelder feltet helse i en spesifikk region, og det antas en rådgiver her vil ha god kjennskap til de FACT prosessene som er gjennomført i regionen. Det anses derfor at opplysninger gitt av informanten vil veie tungt. Samtidig er ikke Fylkesmannen en av partene som direkte inngår i opprettelsen av FACT-team. Rådgiveren hos Fylkesmannen sitter i en posisjon der han skal formidle statens syn på hvordan tjenestetilbudet til mennesker med rus- og psykiske lidelser skal utformes, og bistå med sin fagkompetanse i prosessen. Uttalelsen om at regionen frykter det nye og at det henger sammen med hvorfor FACT ikke ble adoptert, vil ut ifra dette tillegges mindre vekt da han utaler seg på vegne av noen andre. I case by og bygd derimot er det avdelingslederen på DPS som klart snakker om frykten for det nye. Han peker på at FACT representerte noe nytt som de har liten kunnskap om enda. De vet ikke hva slags effekter en eventuell innføring av modellen vil ha for regionen. Det er et stort apparat som settes i gang hvis de hadde gått for FACT, og av frykt for å sette i gang noe som de har liten kunnskap om, avventer de etablering av FACT-team. DPS er en direkte part i FACT etableringen. Avdelingslederen på DPS snakker på vegne av en av partene, og frykten kan på bakgrunn av dette tillegges større forklaringskraft enn i case rural.

### **6.3 Blir jobben mer besværlig?**

*F3: Forventningen her er at innføringen vil føre til tap av verdi av egen kompetanse, og da spesielt hos spesialistene på DPS. I et team vil flere faggrupper komme inn og bli mer likestilt. Dette kommer også til uttrykk ved at FACT-modellen vil utfordre de involverte på deres kompetanse. Innføringen av modellen har utsikter til at man må jobbe mer, og på mer besværlige måter enn man er vant til fra før av. FACT-modellen vil føre til økt grad av kontroll av de ansatte ved bruk FACT-tavlen. Avvisningen kom som følge av at de ansatte opplevde at de tapte personlige goder på en adoptering av FACT.*

FACT-modellen innebærer et forpliktende samarbeid mellom kommunene og DPS, og teamarbeid (Helsedirektoratet (a), 2019 og van Veldhuizen, 2013). I FACT-håndboken og i fidelity-skalaen beskrives det hvilke faggrupper og hva slags kompetanse medlemmene at et FACT-team er forventet å ha. Det vises til at et team eksempelvis vil innebære psykiater,

psykolog, russpesialist, arbeidsspesialist og brukerspesialist (van Veldhuizen, 2013).

Essensen i å jobbe teambasert er at medlemmene skal samarbeide seg imellom om deres ansvarsområde. I dette ligger det en mer likestilt struktur enn det tradisjonelle tjenestetilbudet med to nivåer er kjent for. En faktor innenfor tap av personlige goder som kan forklare hvorfor modellen ble avvist er tap av verdi av egen kompetanse (Jacobsen, 2004). En kan anta at innføringen av FACT-modellen vil kunne føre til at kompetansen spesialistene på DPS sitter med vil miste sin «opphøyde status», mens ansatte i kommunen vil oppleve mer likestiltet mellom medlemmene i teamet enn de tidligere har vært vant til.

Spesialistkompetanse vil fortsatt være viktig i et FACT-team, men denne vil ikke være noe viktigere enn eksempelvis kompetansen som jobbspesialisten sitter med om arbeidsmarkedet eller kompetansen sosionomen sitter med om rettigheter og lovverk når det gjelder statlige og kommunale ytelser. I sluttrapportene til begge casene vises det til FACT-håndboken og hvilke funksjoner som et FACT-team bør bestå av. Det er dog ingen direkte funn der dette problematiseres.

I beskrivelsen av FACT-modellen (van Veldhuizen, 2013) påpekes det at en av hovedelementene er at teamet skal jobbe oppsøkende der brukeren er. Tradisjonelt sett har spesialisthelsetjenesten ved DPS i hovedsak hatt samtaler med pasienter på sitt kontor. I kommunehelsetjenesten er de mer vant til å jobbe oppsøkende. De har hjemmebesøk ved behov og oppfølgingen trenger ikke nødvendigvis å bestå av samtaler på kontoret. Det kan være bistand med praktiske gjøremål, eller å følge tjenestemottakeren til andre i hjelpeapparatet som eksempelvis NAV. En forventning vil her være at motstanden mot FACT vil komme sterkest til syne hos de som i størst grad vil bli utfordret på sin kompetanse og som vil måtte jobbe på mer besværlige måter enn tidligere som følge av endringen.

I empirien som er samlet inn fremkommer det et skille mellom de to casene når det kommer til frykten for å måtte gjøre helt andre oppgaver innenfor rammen av stillingen. I case rural er det tydelig at den nye måten å jobbe på som FACT vil føre med seg var lite populært hos DPS. Psykiater og avdelingsleder på DPS stiller spørsmålstegn ved hvorfor spesialistene på DPS skal reise mer ut. De anser at dette vil koste mer enn det regionen vil få ut av det på grunn av store avstander og et lavt befolkningsgrunnlag. Psykiateren peker på at det tross alt er billigere at en sykepleier i kommunen tar med seg pasienten i bilen og kjører til DPS, enn at overlegen kjører fra DPS og hjem til pasienten. Psykiateren viser til at ingen spesialister var motivert for å jobbe etter FACT-modellen. Avdelingslederen på DPS presiserer at dette handler om at spesialistene ikke hadde troen på at innføringen av FACT var distriktets beste,

og det derfor var vanskelig å finne motivasjon. Psykiater på DPS og avdelingsleder mener at det bør være et skille mellom hva spesialisthelsetjenesten gjør og hva kommunehelsetjenesten gjør. Ansatte i kommunens rus- og psykiatritjeneste reiser i større grad ut til brukerne og har dette som sitt «felt», enn det spesialistene på DPS gjør. De presiserer at hjemmebesøk gjøres i en viss grad av spesialisthelsetjenesten, men at dette i hovedsak er måten kommunen jobber på. De bør derfor fortsette med dette. Dette er funn som er i tråd med Kotter & Schlesinger (2008) studie av grunner til at motstand oppstår. Her viser de til at motstanden kommer av en frykt for å miste noe av verdi. Spesialistene ville ved innføringen av FACT mistet noe av verdi, nemlig privilegiene som følger av det å være spesialist. I et FACT-team hadde det blitt forventet at spesialistene på lik linje med de andre som inngår i teamet hadde reist ut til tjenestemottakerne.

I intervjuet med avdelingslederen på DPS i case bygd og by forteller han om at de har et ønske om å forbedre tjenesten og jobbe annerledes uavhengig av adopsjon av FACT eller ikke. Han opplyser om at de er positive til å jobbe oppsøkende. Han peker på at FACT i sin rendyrkede form kanskje vil være for «heavy», men at en versjon av FACT er hensiktsmessig. Et eksempel han trekker frem er at han ser for seg at spesialistene ikke skal inngå i tradisjonelt FACT-team, men at de heller stiller seg til disposisjon for kommunene på ulike dager. Her er elementet oppsøkende med. Dette viser at to DPS-er kan ha veldig ulik oppfattelse av endrede arbeidsoppgaver innenfor rammene av stillingen de har i dag som følge av innføringen av FACT. En kan tenke seg at dette henger sammen med særpreg hos de to ulike regionene. I første del av diskusjonskapittelet ble forskjeller mellom case rural og case by og bygd satt opp skjematisk og drøftet. Her ble det vist til at det er vesentlige forskjeller mellom de to casene. Case rural har et større geografisk område å dekke enn case by og bygd. Der er også naturlig nok lengre avstander mellom tettstedet der DPS ligger og ytterkantene av regionen. I tillegg har case rural et mye mindre befolkningsgrunnlag enn det case by og bygd har. Alt dette kan være med på å forklare hvorfor aktørene fra DPS i case rural er mer negative til det å jobbe oppsøkende enn det aktørene fra DPS i case by og bygd er. I case rural vil det å jobbe oppsøkende i mye større grad enn hos case by og bygd være besværlig. En spesialist på DPS i case rural vil ikke klare å besøke mange tjenestemottakere på en dag på grunn av det store geografiske området de skal dekke. Mye av tiden vil bli brukt i bil, og det tror jeg de fleste vil være med på at er mindre nyttig og mer besværlig enn at spesialisten sitter på DPS og har samtaler med pasienter der. Når det gjelder antagelsen om at tap av personlige goder har påvirket avvisningen av FACT vises det til at dette er treffende

når det gjelder case rural, og at dette henger sammen med at modellen ville ha ført til mer besværlig måter å jobbe på for ansatte på DPS i denne regionen.

Jacobsen (2004) viser til at en årsak til at motstand mot den foreslåtte endringen oppstår kan handle om at de ansatte i større grad enn tidligere opplever å bli kontrollert. En kan tenke seg at dette handler om at endringen vil føre med seg en ulempe for de ansatte. I FACT-modellen skal en gjennomføre jevnlig tavlemøter der alle tjenestemottakerne som er oppført på FACT-tavla gjennomgås. I modelltrofasthetsskalaen er det også lagt føringer på hvem som skal få tjenester fra teamet, hvor mange tjenestemottakere hver enkelt ansatt skal følge opp, hvor ofte hver ansatt skal gjennomføre hjemmebesøk og hvor mange tjenestemottakere hver ansatt skal besøke hver dag (van Veldhuizen, 2013). I den tradisjonelle måten å organiserer tjenesteapparatet rundt mennesker med rus- og psykiske lidelser vil det også være en form for kontroll. Både DPS og kommunene gjør en vurdering av hvem som skal inkluderes i deres tjenestetilbud, og det blir også gjort en intern fordeling der det avgjøres hvilken tjenestemottaker som skal følge opp av hvem. De to tjenestenivåene vil ha møter der ansatte formidler status i de sakene de er inne i. Det anses dog at dette er satt mer i system hvis en skal jobbe etter FACT-modellen.

I materialet som er innhentet viser funn fra begge casene det motsatte av hva som kunne forventes. Både i case rural og i case by og bygd er det en positivitet fra alle informantene og aktørene knyttet til FACT-tavla, tavlemøter, og oversikten dette gir over tjenestemottakerne som får oppfølging fra teamet. Det kan påstås at helsevesenet ofte er preget av hektiske arbeidsdager der det er vanskelig for de ansatte å få oversikt over alle tjenestemottakerne de følger opp. Det er kanskje også satt av liten tid til at hver ansatt kan få gitt status på sine saker og der kollegaene og lederne lytter og gir tilbakemelding. FACT representerer muligens økt grad av kontroll som kan ses på som noe negativt. Samtidig kan det påstås at FACT innebære økt grad av oversikt, som igjen kan ses i sammenheng med økt grad av mestring og trivsel. Å oppleve å bli sett og hørt på arbeidsplassen vil være viktig for alle arbeidstakere. Bruk av FACT-tavla og jevnlig møter der det blir satt av tid til å drøfte oppfølgingen av tjenestemottakeren kan føre til akkurat dette. Det blir tydelig for teamet hvor mange tjenestemottakere hver enkelt ansatt følger opp, og det blir lettere for teammedlemmene å gi anerkjennelse for den jobben som gjøres i forhold til disse. Det vil også kunne føre til at det blir lettere for medlemmene å be om bistand fra de andre i teamet. Det kan virke som dette er noe som har manglet i de to casene jeg har studert. En kan tenke seg at dette er overførbart også til å gjelde andre regioners rus- og psykiatritilbud. FACT-modellen har blitt adoptert de

fleste steder der det har blitt gjennomført et forprosjekt. Det kan tyde på at modellen har elementer i seg som anses som hensiktsmessige og som dekker et behov hos tjenesteyterne.

#### **6.4 «Ble for mye nytt»**

*F4: Forventningen her er at FACT-modellen ville ført til at de ansatte en periode både måtte jobbe med «det gamle» og «det nye». FACT-modellen ville gitt ekstraarbeid i form av at modellen må læres og det vil gjøres gjennom kurs og etterutdanning. Samtidig som FACT-modellen og dens metodikk skal læres, må gamle rutiner og måter å jobbe på avlæres. Modellen innebærer å jobbe oppsøkende hjemme hos tjenestemottakeren og de ansatte må avlære «det gamle» ved å ha samtaler med tjenestemottakerne på sitt eget kontor. Det forventes at motstanden som følge av avlæring av «det gamle» vil være størst hos ansatte på DPS. Avvisningen kom som følge av at de ansatte i hovedsak på DPS opplevde at det ble for mye ekstraarbeid med adopteringen av FACT.*

I både case rural og case by og bygd fremkommer det at en eventuell innføring av FACT-modellen ville ført til at de ansatte fra både DPS og kommunen måtte lære det nye systemet å jobbe etter. Helt konkret ville en adoptering av FACT ført til at modellens svært detaljerte metodikk måtte læres. Modellen har en trofasthetsskala som både brukes til å si noe om hvem som skal jobbe i teamet, hvordan de skal jobbe og hvem som skal inkluderes i teamet (van Veldhuizen, 2013) I tillegg til dette brukes skalaen til å måle i hvilken grad teamene jobber i tråd med modellen. FACT-team i regionene jeg har studert ville bestått av ulike faggrupper med ulik kompetanse. Teamarbeid er et element som er sentralt for FACT-modellen, og det innebærer samarbeid. Medlemmene hadde måtte tillære seg måter å samarbeide på. En kan forvente at det har vært former for samarbeid mellom tjenestenivåene også tidligere, men opprettelsen av et nytt team ville krevd avklaring med tanke på kultur og rollefordeling. Det nye må også omformes til rutiner og praktisk arbeid. I sluttrapportene til begge casene vises det til at de ansatte ville bli kurset i modellen, og at de ville følge det nasjonale opplæringsprogrammet for FACT. I case rural pekes det på FACT innebærer at det skal jobbes annerledes med de ressursene de allerede har.

I sluttrapporten til case by og bygd pekes det på at oppstartsfasen vil kreve mye arbeid. Det vil i en etableringsfase være hensiktsmessig å jobbe sammen to og to både for å bli kjent med tjenestemottakerne, men også av sikkerhetshensyn. Det vises også til at det vil kreve mye kapasitet å etablere teamet, organisere dette, lage rutiner og følge opplæringsprogrammet om FACT. Dette er i tråd med det Jacobsen (2004) påpeker om dobbeltarbeid. Han viser til at

dobbeltarbeid i form av at de ansatte må investere i ny kunnskap er en årsak til at motstand oppstår. Ut ifra funnene over er det ikke bare dobbeltarbeid knyttet til å lære seg det nye som kan utløse motstand. Det kan også oppstå motstand som følge av at det er forventning om at de ansatte i en overgangsfase skal ivareta arbeidsoppgavene sine på en tilstrekkelig måte, samtidig som de skal lære seg noe nytt. Dette skal de ansatte klare uten at det skal tilføres ekstra ressurser. Jacobsen (1998) argumenterer med at for å lykkes med en endringsprosess må det settes av ekstra ressurser i fasen der det nye tas inn og tas i bruk i organisasjonen. Dette er dog i strid med hva som ofte er forventningen i prosesser der det omorganiseres. Røvik (1992) viser til at det her heller er en forventning om at prosessen skal føre til innsparinger og økt effektivitet. I de to casene som er studert kan det ses en forventning om nettopp dette. En kan ut ifra dette konkludere med at adoptering av FACT ville ført til mer arbeid for de ansatte i regionene som er studert, samtidig som de ikke ville fått tilført mer ressurser. I tillegg var det en forventning om at innføringen skulle føre til bedre utnyttelse av de ressursene de allerede hadde. Det anses at dette bidro til at motstand mot endringen oppsto. I hvilken grad dette kan sies å ha forklaringskraft på at modellen ble avvist må ses på nærmere.

I begge casene er det observasjoner som indikerer at det ble for mye nytt å adoptere i forbindelsen med FACT. I case rural peker forprosjektleder og leder av rus- og psykiatritjenesten i den største kommunen på at det ble for mye nytt for de involverte å være FACT-tro. Psykiater og avdelingslederen på DPS argumenterer at de ikke anser at å jobbe oppsøkende som modellen krever, er hensiktsmessig i et kostnadsperspektiv. De anser ikke at å innføre modellen ville vært til distriktets beste. De argumenterer for at pakkeforløp, tettere samarbeid om felles pasienter og opprettelsen av en interkommunal rus- og psykiatritjeneste er bedre måter å organisere tjenestetilbudet på enn opprettelsen av FACT. Avdelingslederen på DPS i case by og bygd forteller i sitt intervju at de var positive til FACT-modellen, men at de etter hvert som prosessen skred frem forsto at modellen ville bli for omfattende for dem. Han viser til at de heller ønsker å se på andre modeller for samarbeid der man kun jobber etter deler av FACT-modellen. Det pekes på at de kanskje må legge bort noe av det helhetlige ansvaret som ligger i FACT-modellen. I FACT-modellen har teamet et helhetlig ansvar for tjenestemottakeren. Det vil si at behandling og oppfølging tjenestemottakeren får gis i hovedsak av FACT-teamets medlemmer (van Veldhuizen, 2013).

I case by og bygd vil det ut fra funnene over være grunnlag for å si at en faktor som bidro til at FACT-modellen ble avvist, nettopp var at modellen representerte for mye nytt. Dette er i

tråd med hva Jacobsen (2004) peker på når det gjelder dobbeltarbeid. I case rural anses det å være en for lett slutning å trekke. Motstanden kom sterkest til syne hos deltagerne fra DPS i dette caset, og de vektlegger mer hensiktsmessigheten ved at de fortsetter å jobbe som de gjør i dag. En forventning som er utledet handler om at adopteringen av FACT ikke bare ville ført til at det nye må læres, men også at den gamle måten å jobbe på må avlæres. Jacobsen (2004) peker på at i dobbeltarbeid er ikke motstanden knyttet kun til å måtte lære seg det nye, men at dette også henger sammen med at den gamle måten å jobbe på må avlæres.

Å avlære måten du har jobbet på i mange år vil krever mye av deg, og en kan anta at dette vil bli mer utfordrende hvis måten man jobber på i dag fungerer godt for deg. Det kan også tenkes at ansatte som både må avlære måten en jobber på i dag som fungerer og i tillegg må lære seg å jobbe på en vesentlig annerledes måte, vil vise størst motstand mot adopteringen. I lys av FACT-modellen er det forventet at det er spesialistene på DPS som vil få den største jobben når det gjelder avlæring. Tradisjonelt sett har spesialistene på DPS en arbeidshverdag med utredning og behandling av pasienter der DPS er lokalisert. De deltar også på samarbeidsmøter, har veiledning av ansatte i kommunehelsetjenesten og deltar på hjemmebesøk. Likevel vil nok utredningen og behandlingen de gjennomfører i størst grad skje på DPS. DPS har også anledning til å avslutte pasienten hvis pasienten ikke dukker opp til utredning eller behandling. Ansatte i kommunenes rus- og psykiatritjeneste derimot har en mer variert tilnærming til de brukerne de følger opp. Det kan innebære praktisk bistand, oppfølging av avtaler, individuelle samtaler på kontoret, men også «der brukeren er» og hjemmebesøk. Kommunene kan også avslutte oppfølgingen av en bruker. Dette skjer nok sjeldnere da kommunen representerer laveste nivå av oppfølging, og sånn sett kan ses på som brukernes «sikkerhetsnett».

I case rural peker rådgiver hos et kompetansesenter, forprosjektleder, og leder av den største kommunens rus- og psykiatritjeneste på at det å jobbe oppsøkende var det som ble vanskelig for DPS. Psykiater og avdelingsleder på DPS snakker i sitt intervju om at de ikke anser at det i et nytte- kostandsperspektiv er hensiktsmessig at spesialistene på DPS drar på hjemmebesøk. Psykiateren på DPS viser også til at de ikke har motivasjon for å jobbe på denne måten. De viser til at kommunens ansatte på rus- og psykiatrifeltet har tradisjon for å jobbe oppsøkende, og at det er mer hensiktsmessig de fortsetter med dette enn at spesialistene også skal ha denne oppgaven. Dette kan tolkes som en tildekt måte å si at en ikke ønsker å avlære måten de jobber på i dag.

I både case rural og i case by og bygd fremkommer det funn som kan tolkes å handle om at en organisasjon og dens ansatte vil få mer å gjøre som følge av innføringen, mens en annen organisasjon og dens ansatte vil få mindre å gjøre. Dette kan ses i sammenheng med ekstraarbeid (Jacobsen, 2004). I case rural kommer dette til uttrykk ved at rådgiver hos Fylkesmannen peker på at kommunes hensikt med innføringen kan ha handlet om at de ønsket å skyve noen av sine oppgaver over på DPS. Psykiateren og avdelingslederen på DPS peker også på at kommunene hadde et urealistisk bilde på hva innføringen av FACT kunne avhjelpe med. De peker på at kommunene ønsket å inkludere flere diagnosegrupper inn i teamet enn det som ble anbefalt av andre allerede oppstartede team. Kommunene ønsket også å inkludere eksempelvis kroniske rusmisbrukere som ikke hadde psykiske lidelser i tillegg. Psykiateren og avdelingslederen på DPS argumenterer for at kommunene tolket at denne gruppen hadde manglende oppmøtekompetanse, mens spesialistene på DPS anså at de hadde manglende ønske om behandling. I lys av dette kan en tenke seg at en innføring ville ført til at DPS måtte jobbe mer og mer besværlig, mens kommunenes ansatte fikk en lettere arbeidshverdag uten de mest «heavy» sakene de var usikre på hva de skulle gjøre med.

I case by og bygd er det derimot kommunene som frykter at de vil få mer å gjøre som følge av innføringen av FACT. Dette kommer til syne ved at rådgiver hos Fylkesmannen i sitt intervju opplyser om at han har hørt fra kommunene at de frykter at DPS bruker FACT til å skjære ned på tilbudet sitt, og dermed overføre flere oppgaver over på kommunene. Et funn som peker på at dette kun er en påstand, og ikke nødvendigvis en sannhet, er at rådgiveren hos Fylkeskommunen samtidig påpeker at DPS har vært åpne med kommunene om at flere oppgaver vil komme til å bli overført til kommunene, uavhengig av innføringen av FACT eller ikke. I helsesektoren i Norge er det ønskelig at tjenestemottakere får bistand på lavest mulig nivå (Regjeringen (b), 2014). I dette ligger det at kommunene fremover må regne med flere oppgaver, ikke færre.

Overnevnte diskusjon har pekt på at motstanden mot FACT som i ytterste konsekvens førte til avvisning av modellen kan knyttes sammen med dobbeltarbeid. Det er både avdekket funn som styrker forventningen om at dette har hatt påvirkningskraft på utfallet, men det er også funnet funn som peker i retning at det også er andre faktorer som spiller inn.

## **6.5 DPS – kommunen 1-0**

*F5: Forventningen her er at innføringen av FACT-modellen vil endre maktforholdene mellom de ansatte på de ulike nivåene i tjenesteapparatet, men at det også vil endre selve*



*makthierarkiet innenfor rus- og psykiatrifeltet. Spesialistene på DPS vil få svekket makten de har fordi modellen som innføres legger sterkt vekt på teamarbeid og samarbeid mellom tjenestenivåene. Spesialistene vil miste sin innflytelse som fagutøver fordi flere andre faggrupper kommer inn og får beslutningsmyndighet. En forventning er at innføringen av modellen vil endre maktposisjonen DPS tradisjonelt sett har hatt. Deres posisjon på toppen av makthierarkiet vil svekkes. Avvisningen kom som følge av at spesialister på DPS og DPS som organisasjon vurderte at modellen ville ført til for store endringer i maktbalansen.*

Forventningene jeg har utledet knyttet til endrede maktforhold kan drøftes på to nivåer. La oss først drøfte FACT-modellen i lys av endrede maktforhold på individ og gruppenivå. I Norge er ansvaret for tjenestetilbudet til mennesker med rus- og psykiske lidelser delt mellom kommunene og staten ved helseforetakene. Alle kommuner har en tjeneste for brukergruppen. Det kan være variasjoner i innholdet i tjenesten, og det som tilbys kan eksempelvis være hjemmebesøk, individuelle samtaler og bo-veiledning (Regjeringen (b), 2014). Statens ansvar for brukergruppen er delegert til helseforetakene. Her omfatter tilbudet både døgnplasser og poliklinisk utredning og behandling. Dette er et ansvarsområde som dekkes av spesialisthelsetjenesten, som DPS. Ansvarsoppgavene til DPS vil være å støtte opp under arbeidet som gjøres i kommunene samt å gi et tilbud til mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser (Regjeringen (a), 2014). Innføringen av FACT-modellen derimot ville innebære teamarbeid (van Veldhuizen, 2013). Her kan en tenke seg at innføringen av modellen ville ført til at spesialistene på DPS ville få svekket sin makt som følge av at modellen som innføres har en flatere formell struktur fordi den er teambasert. Dette kan ses i sammenheng med det Jacobsen (2004) kaller formell makt. Modellen struktur vil også innebære at flere faggrupper vil inngå i teamet, eksempelvis fra kommunene, og disse vil ha beslutningsmyndighet på lik linje med spesialistene. Her er det den mer uformelle makten som blir utfordret (Jacobsen, 2004).

Når det kommer til maktforhold og hvordan dette har påvirket motstand mot FACT på et individ og gruppenivå skiller de to casene seg fra hverandre. I case by og bygd er det avdekket få funn som kan tolkes å ha noe med dette å gjøre. Rådgiveren hos Fylkesmannen peker på at forprosjektlederen kom fra en posisjon på en sengepost på DPS og at dette ikke var det beste utgangspunktet med tanke på dialog med kommunene. Det blir ikke utdypet hva som var vanskelig med dette, og om det har noe med kommunikasjonsform, tidligere konflikter å gjøre eller maktforhold. Det kan derfor ikke konkluderes at funnet har noe med maktforholdene å gjøre. At det er avdekket få funn i case by og bygd når det gjelder

maktforhold trenger ikke nødvendigvis å bety at dette ikke har vært en faktor her. Det anses at manglende funn også kan handle om at for få informanter ble inkludert i studien. Det er ikke gjennomført intervjuer med representanter fra kommunene, og det er kun gjennomført et intervju med ansatte fra DPS. Deres stemme fremkommer i noen grad i referatene som er analysert, men ikke i tilstrekkelig grad til å konkludere. Det kan derfor hverken argumenteres for eller mot at dette har vært en faktor av betydning hos case by og bygd.

I case rural derimot fremkommer det tydelig i funn at noen ansatte og faggrupper satt på mer makt enn andre. Rådgiver fra et kompetansesenter synes det kan virke som det er en sammenheng mellom DPS sin faglige autoritet og at kommunene ble vippet litt av pinnen i prosessen. Rådgiver hos Fylkesmannen peker også på at det var sterke frontfigurer hos DPS som markedsførte deres syn med stor faglig autoritet og som lett kunne påvirke kommunene. Overlegen er her en person som trekkes frem. Overlegen er psykiater på DPS. Rådgiveren hos Fylkesmannen beskriver overlegen som svært dyktig i jobben sin, han blir beskrevet som sjefen og en som har erfaring med FACT fra før av. Rådgiver hos Fylkesmannen påpeker at tradisjonelt er det sånn at når DPS forteller kommunen noe så sier kommunen ja. Det pekes på at det var noen som sto opp mot DPS, men at det ikke ble gjort i særlig grad. Forprosjektleder peker på at mange av representantene fra kommunen i forprosjektet satt tause i møtene, hvis de i det hele tatt var til stede. Ut ifra funnene over kan vi trekke slutningen om at det er spesialistene ved DPS som har makt i forholdet spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. La oss se nærmere på tittelen spesialist. Denne viser at du har makt, og at du er godt utdannet på et spesielt felt. I forlengelsen av dette vil du har rett til å uttale deg om feltet du er spesialist på, og din faglige tyngde vil veie mer enn en som ikke har den samme bakgrunnen som deg. I tillegg har spesialistene også makt i kraft av fordelingen av oppgaver mellom tjenestenivåene. I spesialistenes ansvarsområde ligger det å veilede kommunalt ansatte innenfor feltet rus- og psykisk helse (Regjeringen (a), 2014). Her kan en tenke seg at spesialistene på DPS i kraft av deres faglige tyngde innehar makt, og denne vil det være vanskelig å stå opp mot for kommunene. Spesialistene blir en slags opphøyet ekspert det er vanskelig å være uenig med.

At det er en maktfordeling mellom de ulike tjenestenivåene i helsesektoren i Norge og at det påvirker samhandlingen mellom de ansatte på de ulike tjenestenivåene ses tydelig hos case rural. Det er dog ikke det Jacobsen (2004) og Oreg (2006) argumenterer for at skaper motstand mot endring. Jacobsen (2004) viser til at makten i en organisasjon er relativt stabil, men at en endringsprosess kan rokke ved denne. Motstanden vil oppstå som følge av at de

som har makt har fordeler av denne. Det kan være handlingsrom og forutsigbarhet. Hvis endringen innføres vil deres situasjon bli mer usikker, og de vil bli mer utsatt for hva andre gjør og mener de bør gjøre. Oreg (2006) fant lignede i sin undersøkelse. Motstanden oppstår som følge av at noen i organisasjonen står i fare for å miste innflytelse, og dette er noe de ønsker å unngå. Rådgiveren fra et kompetansesenter i case rural viser til at det forpliktende samarbeidet er noe av det nye ved innføringen av FACT-modellen. Her inngår begge nivåene i en helhet og forskjellene mellom nivåene viskes ut. Rådgiver hos Fylkesmannen argumenterer med at det er en sammenheng mellom at DPS aldri anerkjente brukerplantallene og den klassiske første- og andrelinjetenkningen. Han utdyper at dette handlet om at det var motsetninger mellom nivåene, og at folk ikke ønsket at ting skulle bli endret. Kan det ut ifra funnene fra case rural i denne delen av oppgaven argumenteres for at spesialistene på DPS var redd for å miste maktposisjonen sin? Jeg vil påstå at det ikke er grunnlag for å trekke en slik konklusjon. Oppsummert kan kommunens manglende engasjement i møtene, fravær av deltagere som sa imot DPS, og spesialistenes autoritet og faglig tyngde heller tolkes i lys av at det var en betydelig maktskjevhet mellom spesialistene på DPS og de ansatte i kommunens rus- og psykiatritjeneste. DPS «ledet» allerede 1-0 over kommunene før forprosjektperioden i det hele tatt hadde startet. Dette anses å ha påvirket prosessen i stor grad. Spesialistene på DPS fikk en innflytelse over prosessen som det var vanskelig for de kommunale representantene i forprosjektgruppa å konkurrere mot.

I et FACT-team vil ikke DPS lenger være på toppen av makthierarkiet med kommunens rus- og psykiatritjeneste under seg. FACT ville ført til at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ville bli mer likestilte parter i teamet, og begge ville vært mer avhengig av hverandre enn i dag. Litt forenklet kan en tenke seg helsetjenesten i Norge som et hierarki der spesialisthelsetjenesten ved DPS er øverst, mens kommunens rus- og psykiatritjeneste er nederst. Å inneha plassen på toppen av makthierarkiet vil innebære definisjonsmakt. Det vil si at det er DPS som definerer hva som er rett og hensiktsmessig behandling for brukergruppen. Det er de som gjennomfører veiledning av kommunens ansatte i rus- og psykiatritjenesten, og i dette ligger det også en makt (Regjeringen (a), 2014). Hvis forventningen om at FACT ble avvist som følge av at DPS ikke ønsket å miste godene en posisjon øverst i makthierarkiet fører med seg, vil dette komme til syne hos ledere på DPS og ledelsen på sykehuset DPS er tilknyttet. I de to casene som er studert er det veldig ulike funn på dette. I Case rural fremkommer det i intervjuer og i dokumentene som er analysert at psykiateren og avdelingslederen på DPS samt deltagerne fra DPS som satt i forprosjektet var

mot innføringen. Det er motstridene til hvordan sykehuset DPS var tilknyttet stilte seg til modellen. I case by og bygd derimot var avdelingsleder på DPS positiv til modellen, men pekte på at det ut over i prosessen ble klarere for dem at modellen i sin rendyrkede form kanskje ikke ville være hensiktsmessig for denne regionen. Her er det motstridene funn på om sykehusledelsen DPS var tilknyttet var for eller mot innføringen av FACT. Avdelingsleder på DPS påpeker at sykehusledelsen ikke var negative til FACT, men at det var andre mer strukturelle grunner som gjorde at entusiasmen deres ikke var på topp. Det kommer også frem i sluttrapporten fra case by og bygd. Rådgiver hos Fylkesmannen derimot peker på at han oppfattet ledelsen på sykehuset som negative til FACT.

En kan også på et organisatorisk nivå se at det er forskjeller i maktfordelingen mellom det tradisjonelle hjelpeapparatet og strukturen FACT vil representere. I materialet som er innhentet er det sprikende funn på hvordan dette har påvirket organisasjonene som sådan til å være for eller mot FACT-modellen. Antagelsen er at DPS vil være mest mot modellen fordi de i lys av makt har mest å tape på innføringen. Det er ikke funn i casene som viser dette tydelig. I case rural er det motstand fra DPS på lokalt nivå. Funn viser ikke at det var motstand mot modellen hos helseforetaket i regionen. I case by og bygd er det en motstand hos DPS lokalt, men denne anses å være mindre fremtredende enn i case rural. Det er også uenighet mellom avdelingslederen på DPS og rådgiver hos Fylkesmannen om hvorvidt det var en motstand mot modellen hos sykehusledelsen. Rådgiver hos Fylkesmannen forteller i sitt intervju at å forene første og andrelinjetjenesten i en felles enhet og med et felles mål synes vanskelig. Han utdyper ikke nærmere hva som anses vanskelig med dette. Ut fra det overnevnte er det få funn knyttet til at en svekkelse av makten til DPS påvirket motstand mot endringen. Dette hadde vært et interessant tema å forske videre på. Det ville her vært relevant å undersøke sammenhengen mellom makt, tjenestenivåene i helsevesenet i Norge, og hvordan dette blir påvirket av nye måter å organisere tjenestetilbudet til brukergruppen på.

## **6.6 Ytre press**

*F6: Forventningen her er at det vil fremkomme funn som peker på at aktører i omgivelsene til de som inngikk i forprosjekt FACT utøvde press mot disse til å innføre FACT-modellen. Omgivelsene oppfattet at modellen var moderne og den riktige måten å organisere tjenestetilbudet på. Avvisningen kom som følge av presset fra omgivelsene ikke var tilstrekkelig sterkt.*

Forventningen som er utledet her handler om at aktører som ikke direkte inngikk som part i den forpliktende samhandlingsmodellen som skulle innføres, men som likevel hadde en rolle i adopteringen av denne, presset på for at modellen skulle innføres. Aktørene hadde en oppfatning av at FACT var den riktige måten å organisere tjenestetilbudet på. Modellen representerte modernitet og innbar at organisasjonene som innførte dette fulgte med i tiden. Avvisningen av modellen kan forklares billedlig med at «presset på gassen var ikke tilstrekkelig sterkt».

I begge casene er det identifiseres aktører i omgivelsene som var pådrivere for modellen. I case rural kommer det frem tydelig frem i alle intervjuene og i sluttrapporten at det er rådgiveren hos Fylkesmannen og representantene fra kompetansesentrene som sto for presset til å adoptere modellen. Rådgiveren hos Fylkesmannen forteller i sitt intervju at det ble brukt tallmateriale fra brukerplanen, folkehelseparameteret og resultater fra tilsyn, i argumentasjonen for hvorfor modellen ble ansett som riktig å adoptere. Psykiateren og avdelingslederen på DPS viser også til dette presset. Avdelingslederen på DPS uttalte følgende:

*«Det var på en måte litt solgt inn som et tilbud som det riktige å gå for før vi var med. Som gjorde at vi ble litt sånn festbrems».*

I case by og bygd kommer også presset til å innføre modellen fra rådgiver hos Fylkesmannen og representantene fra kompetansesentrene. I intervjuene og sluttrapporten fremkommer det at initiativet til å opprette forprosjektet kom fra Fylkesmannen etter ønske fra helsemyndighetene. Her ble det samme tallgrunnlaget som hos case rural brukt, men i tillegg ble tall fra DIPS brukt i argumentasjonen. I forprosjektgruppene satt både representant fra Fylkesmannen, et kompetansesenter og representant fra mental helse. Rådgiver hos Fylkesmannen peker selv på at de var pådrivere for prosjektet. Det kan ut fra funn virke som at presset om å gå for modellen var like sterkt hos begge de to casene, men at presset ble oppfattet ulikt. Som argumentert under overskriften *Funksjon eller diagnose* vil graden regionen skiller seg ut med tanke på geografisk størrelse, reiseavstander og befolkningstetthet påvirke hvor stor faglig motstand som vil oppstå. Det blir her pekt på at case rural skiller seg betydelig fra case by og bygd når det kommer til de overnevnte kriteriene. Dette argumenteres med at igjen skapte større faglig motstand. En kan tenke seg at presset for å gå for modellen ble mindre problematisert hos case by og bygd fordi de ikke hadde den største faglige

motstanden. Omvendt kan en tenke seg at nettopp det at case rural skilte seg ut påvirket at motstanderne av modellen oppfattet presset som problematisk.

I sin argumentasjon for hvorfor organisasjoner implementerer organisasjonsideer peker DiMaggio & Powell (1983) og Scott (2008) på tre former for press. Disse tre formene kan kort oppsummeres som press i form av tvang, normativt press og kultur-kognitivt press. Casene som er studert i denne avhandling har det til felles at utfallet av forprosjektperioden var at ingen av dem adopterte modellen. En slutning ut fra den nevnte teorien ville da vært at casene ikke innførte modellen som følge av at aktørene i omgivelsene ikke utøvde tilstrekkelig press for å gå for modellen. Presset som er identifisert kom både fra rådgiver hos Fylkesmannen og representantene fra kompetansesentre. Deres jobb går ut på å fremme statens syn og fagområdet rus- psykiske helse syn når det gjelder hvordan tjenestetilbudet bør utformes. Det er hverken funn i case rural eller i case by og bygd som peker i retning av at det var noen form for tvang for å gå for FACT-modellen. Presset hadde mer karakteristikk av å være normativt. Rådgiver hos Fylkesmannen og representantene fra kompetansesentrene la i sin argumentasjon vekt på hvorfor regionene burde innføre modellen. De ble en slags representant for fagområdets normer og verdier på bakgrunn av rollen sin. I sin kommunikasjon av presset la de vekt på at dette var den «riktige» måten å organisere tjenestetilbudet til denne brukergruppen på. Det ble også formidlet at dette var noe de aller fleste innførte. I dette ligger det et sterkt press. Når statens representant på feltet helse og flere kompetansesenter fremmer en modell som det satses sterkt på ikke bare i Norge, men også i utlandet, er det rart at ikke regionene ønsket å innføre dette. En kan tenke seg avvisningen av FACT ikke hadde noe med at presset for å gå for modellen var for svakt, men at dette heller handlet om andre faktorer.

Hvis vil fortsetter med den billedlige fremstillingen som ble presentert innledningsvis, kan en årsak til at FACT ble avvist heller handle om at aktører i omgivelsene «presset inn bremsen». Det er kun i case by og bygd en slik «brems» kan identifiseres. I intervjuet med avdelingsleder på DPS og med rådgiver hos Fylkesmannen samt dokumenter fra prosessen fremkommer det at DPS-et i case by og bygd i starten av forprosjektet var underlagt et sykehus for deretter å bli underlagt et annet sykehus senere i prosessen. Rådgiver hos Fylkesmannen peker på at sykehuset DPS tidligere var en del av var positive til FACT-modellen og hadde mye kompetanse på denne. Etter at DPS-et byttet sykehus de var underlagt forsøkte rådgiveren å knytte dialog med sykehusledelsen på det nye sykehuset DPS-et ble en del av. Han fortalte at det var vanskelig. Han påpeker at han tror det hadde vært et FACT-

team i regionen hvis DPS-et ikke hadde byttet sykehuset de var underlagt. I et referat fra styringsgruppa fremkommer det også funn på at en avdelingsleder på det nye sykehuset var lunkent til å etablere FACT-team. Her argumenteres det blant annet med at hvor ressursene skal tas fra er uavklart. Avdelingslederen på DPS påpeker i sitt intervju at han tror bytte av sykehus har hatt betydning for hvorfor de ikke adopterte modellen. Samtidig påpeker han at det ikke var slik at sykehuset de i dag er en del av var negative til FACT-modellen. Jacobsen (2004) påpeker at motstand mot endring kan oppstå hos aktører i omgivelsene, og at dette handler om at endringen kan få konsekvenser også for dem. Her vil presset komme til syne ved at aktører i omgivelsene ønsker å beholde ting slik de allerede er.

En kan få inntrykk av at det nye sykehuset DPS ble en del av ikke ønsket endringen FACT-modellen ville representert. Opprettelsen av et FACT-team ville ført til at sykehuset hadde måtte flyttet på noen av sine ressurser, og det ville gått på bekostning av andre tilbud de har. Funn som peker i samme retning, er at det nye sykehuset var vanskelig å knytte kontakt med og at de virket lunkent til innføringen i et møte som ble avholdt. Det kan også virke som at sykehuset ikke hadde samme erfaring og kompetanse på FACT-modellen som sykehuset DPS-tidligere var en del av. Å kalle dette en brems påstås å ta litt for hardt i. Funnene som er identifisert er vage og det er uklart om sykehusledelsen virkelig var negative til FACT. Funnene kan heller handle om uheldig timing. Begge informantene i casene peker på at de tror bytte av sykehus har forklaringskraft i hvorfor modellen ikke ble adoptert. Uenigheten mellom disse går på om sykehusledelsen har vært negative til modellen eller ikke. Det anses derfor at andre faktorer som eksempelvis timing kan ha hatt større forklaringskraft når det gjelder bytte av sykehus DPS var underlagt. Hvordan dette kan ha påvirket prosessen vil drøftes i kapitelets siste del, *avvist som følge av økonomisk kalkulasjon*.

## **6.7 Avvist som følge av økonomisk kalkulasjon**

*F7: Forventningen her er at FACT-modellen ble avvist på bakgrunn av en rasjonell gjennomgang av økonomiske fordeler og ulemper, og utsikter til tap og gevinster med FACT. Avvisningen kom som følge av at utsiktene til negative konsekvenser var større enn de positive.*

Kan økonomisk kalkulasjon ha noe med avvisningen av FACT-modellen å gjøre? Med økonomisk kalkulasjon menes en rasjonell gjennomgang av fordeler og ulemper med FACT-modellen samt tilbudet man allerede har. Hva vil man tjene og tape på en innføring økonomisk? Hvordan vil dette påvirke ressursene man har til rådighet?

I empirien finnes det klare spor på dette hos begge de to casene som er studert, i tråd med forventningen over. I sluttrapportene til begge casene fremkommer det at det er gjort en gjennomgang av både tjenestetilbudet de har i dag og hva slags FACT-team som kan passe regionen. I case rural har det blitt gjort en gjennomgang av hva et FACT-team må inneholde av fagkompetanse samt hva de økonomiske konsekvensene og de geografiske konsekvensene vil være. Det er også gjort en opptelling av brukere de har i dag ut fra brukerplantallene, det er gjort en vurdering av målgruppen for FACT-team og en vurdering av arbeidsformen for teamet. I case by og bygd har det også blitt gjort en kartlegging og vurdering av hvordan et FACT-team bør organiseres, hvordan de rent praktisk skal jobbe, samt målgruppen for teamet. Det ble her utarbeidet to forslag når det gjaldt tilskudd og økonomi. I referat fra et styringsgruppemøte fremkommer det også at alle deltagerne ble bedt om å gå igjennom fordeler og ulemper med FACT. Case by og bygd skiller seg fra case rural i den forstand at de har gjort en konkret telling av pasienter, innleggelses og hvor mange som ikke har møtt til utredning og behandling på DPS. De har tatt utgangspunkt i tall fra spesialisthelsetjenestens sitt journalsystem, DIPS, i utarbeidelsen av tallmaterialet. Ut fra dette kan en tenke seg at de to casene hadde veldig ulikt utgangspunkt for å ta en økonomisk kalkulert vurdering av om FACT-modellen ville være hensiktsmessig for deres region eller ikke. I case by og bygd satt alle i forprosjektet på det samme tallmaterialet, og det kom tydelig frem hvor mange pasienter som ikke møtte til utredning og behandling og hvor stort trykket var på døgnplasser og poliklinisk behandling. Her var det aldri noen spørsmål om tallene, og det fremkommer ikke at det var uenighet om oppfattelsen av materialet som ble hentet inn. En kan tenke seg at aktørene i case rural hadde hatt et bedre beslutningsgrunnlag hvis de samme tallene hadde blitt hentet ut for deres region. Hvis alle hadde hatt tilgang til tallene og fått en felles forståelse av situasjonen, kan en ut fra utfallet av prosessen tenke seg at det hadde ført til en klarer motstand fra flere aktører i prosessen.

Selv om begge casene har gjort en gjennomgang av tilbudet de har i dag og sammenliknet det med tilbudet de ville fått med FACT, skiller casene seg fra hverandre når det gjelder grad av uenighet om FACT-modellen er løsningen for regionen. Røvik (1998) viser til at det innenfor det rasjonelle perspektivet ligger kalkulasjoner og vurderinger bak motivet om å ikke adoptere en organisasjonsoppskrift. I case rural er det avdekket en ulik vurdering av problemene tjenesten sto ovenfor i dag samt ulikt syn på hva løsningen på regionens utfordringer kan være. Her kan en tenke seg at dette handler om en form for kamp om ressursene. En kan tenke seg at det må gjøres harde prioriteringer innenfor både kommuner og spesialisthelsetjenesten



hver dag. De som skal utarbeide tjenestetilbudet må hele tiden vurdere nå-situasjonen. Er denne tilstrekkelig? Får tjenestemottakere den hjelpen de har rett på? Hvis man kommer frem til at nå-situasjonen ikke er tilstrekkelig, hva slags andre alternative løsninger ville passet bedre? Her vil også en vurdering av kostnadene komme inn. I case rural er det et tydelig skille mellom aktørene. På den ene siden hadde man de som vurderte at modellen ville være hensiktsmessig for regionen, og som vurderte at tilbudet en har i dag kan forbedres. På den andre siden hadde man de som mente at modellen hverken ville være hensiktsmessig for regionen sett i et kostnad-nytte-perspektiv, eller at tilbudet en hadde i dag var for dårlig. Her ble det lagt vekt på at tilbudet man har i dag kan forbedres, men at kun mindre grep er nødvendig. Litt forenklet kan en si at de fleste kommunene med rådgiveren fra Fylkesmannen og representantene fra kompetansesentrene havnet i den første kategorien, mens DPS havnet i den andre. I argumentasjonen for hvorfor regionen burde gå for FACT trekker forprosjektleder og leder av rus- og psykiatritjenesten i den største kommunen frem at FACT ble sett på som en god løsning på tross av at regionen er rural. De anser at dette er en bedre løsning for brukerne enn det tilbudet de har i dag. En innføring av FACT vil også muliggjøre fulle stillinger på feltet, bedre utnyttelse av kompetansen de allerede har, og mindre sårbare tjenester. I intervjuet med rådgiver fra Fylkesmannen argumenter han for at tross uenighet om brukerplantallene, viser dette at regionen hadde hatt nytte av innføringen av en slik modell. At regionen FACT bør innføres i har en rural kontekst er noe som må aksepteres og tilpasses da regionen har behov for FACT. Spørsmålet som her vil komme opp er i hvilken grad kan en modell som bygger på FACT-håndboken og trofasthetsskalaen endres, og fortsatt kunne kalles FACT? En av de tingene som er spesielt med FACT er nettopp de strenge modellkriteriene (van Veldhuizen, 2013). I gjennomgangen av allerede oppstartede team er det skalaen det tas utgangspunkt i når det gjøres en vurdering av om teamet jobber etter FACT-modellen eller ikke. Ut fra dette vil det være lite rom for å tilpasse teamet til rurale strøk. Caset skiller seg betydelig fra hva som anbefales i rapporten om potensialet for FACT i Norge både når det kommer til reiseavstand og befolkningsgrunnlag (Landheim et al., 2017). For at FACT-modellen skulle kunne passe til case rural vil det vært behov for at kravet til hvor mange tjenestemottakere hvert teammedlem skal besøke på en dag blir redusert. Det ville også vært nødvendig og firt på kravet om å møte tjenestemottakeren personlig i deres hjem. Her kunne man tenkt at oppfølging via video var et alternativt. Det som blir vanskelig når en modell endres i stor grad er om det som endres faktisk er det som gjør at modellen er suksessfull.

Psykiateren på DPS og lederen på samme sted mener på sin side at dette ikke er den beste løsningen for en rural region og at de vil tape mer enn de vil få ved å innføre modellen. Det vil ikke være hensiktsmessig å innføre modellen i et kostnad-nytte-perspektiv. De argumenterer for at de har regnet på hvor mange ressurser de ville trengt i et team, og at de har sett på hvor de skulle tatt disse ressursene fra. De har også sett på hva et team ville trengt av utstyr, og hva dette vil koste. De har også sett på konsekvensene av at spesialistene de allerede har en knapphet på må jobbe oppsøkende. I en region med lange kjøreavstander argumenterer de for at dette ville ført til lite hensiktsmessig bruk av ressursene de har til rådighet. De argumenterer også for at regionen ikke har tilstrekkelig brukergruppe for å kunne forsvare opprettelsen av et FACT-team. De peker på at noen av kommunene også var enige i at en innføring ikke ville lønne seg økonomisk. Det fremkommer også i referat fra et møte i styringsgruppa. Det ville vært få aktuelle brukere til teamet fra enkelte kommuner. På tross av dette ville disse kommunene måtte bidratt med en betydelig sum penger eller gitt av sine ressurser til teamet. Som diskutert under overskriften *Funksjon eller diagnose* skiller case rural seg betydelig fra case by og bygd når det kommer til hvor mange kommuner som skal inngå i teamet, geografisk størrelse, befolkningsstørrelse og reiseavstand. Det antas at regionen også skiller seg fra mange andre områder der FACT-modellen har blitt innført. Regionen faller heller ikke under anbefalingene gjort i rapporten «Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge» (Landheim et al., 2017). Psykiateren og avdelingslederen på DPS argumenterer for at regionen allerede har et rekrutteringsproblem, og at innføringen av FACT ville ført til et mer press på spesialistene som det er en knapphet på. Spesialistene som eksempelvis psykiaterne må forvente å måtte dele tiden sin mellom oppgavene som fortsatt skal gjøres på DPS samt arbeidsoppgaver knyttet til FACT-teamet. En konsekvens av å innføre FACT i en rural region med få spesialister er at spesialistene må forvente å bruke mye mer tid enn i dag på å reise ut til tjenestemottakeren. Dette vil gå på bekostning av tiden psykiateren kan bruke på arbeidsoppgaver på DPS. Psykiateren på DPS og avdelingslederen på samme sted mener at hovedgrunnen til at FACT ble avvist var at modellen ble for dyr å innføre for denne regionen, og at det heller ikke var optimal bruk av regionens spesialistkompetanse. Dette er i tråd med det Mahroeian (2012) fant ut i sin studie. Han peker på at nyttefaktorene av «det nye» påvirket at den ble valgt bort.

I case by og bygd er det færre funn som tyder på at det var en uenighet om vektleggingen av fordelene og ulempene ved FACT-modellen. I dokumentanalysen kommer det tydelig frem at

de involverte i prosessen så behovet for FACT. Dette støttes av rådgiver hos Fylkesmannen. Han viser til at det i tallgrunnlaget fremkom at det var behov for tiltak i denne regionen, og FACT ble sett på som en løsning. Avdelingslederen på DPS fortalte i sitt intervju at de var entusiastiske til FACT i oppstarten fordi de anså at oppsøkende arbeid kunne bidra til at man kunne minske akuttkjeden, det ville bli færre innleggelses på døgn, og poliklinisk arbeid kunne bli gjort hjemme hos pasienten. Han forteller om at de ut over i prosessen anså at arbeid etter modellen kunne bli for omfattende. Han peker på at de bli mer realistiske til hva det var mulig å få til. Han nevner at kommunale akutte døgnenheter, forkortet KAD-senger, kunne vært et alternativ. Her kommer uenigheten hos caset frem. Uenigheten gikk også her på vurderingen av hva modellen ville krev av ressurser, og om dette ville være hensiktsmessig for regionen. Avdelingsleder på DPS påpeker at perioden de hadde fått prosjektmidler for FACT hadde vært begrenset, og en innføring ville ført til at både spesialisthelsetjenesten og kommunen hadde måtte avgi stillinger fra de eksisterende stillingene de har i dag til teamet etter endt prosjektperiode. Rådgiver hos Fylkesmannen peker på sin side på at grunnen til at man ikke gikk for FACT ikke kan handle om manglende ressurser. Det begrunnes med at Fylkesmannen bevilger tilskuddsmidler til nettopp innføringen av dette. Avdelingslederen på DPS argumenterte også med at de måtte «stufte» opp FACT-teamet med spesialister, som de har en knapphet på. Det eksisterende tilbudet ble også her vurdert opp mot FACT.

Avdelingslederen fra DPS trekker frem at de heller ikke var sikker på om modellen ville passe inn i deres region. Han viser til at de er en del av et ruralt område med mange kommuner, lang reiseavstand og et stort opptaksområde. I diskusjonen under overskriften *funksjon eller diagnose* blir nettopp dette drøftet. Her sammenlignes regionen med case rural og anbefalingen i rapporten om potensialet for FACT i Norge (Landheim et al., 2017). Case by og bygd faller innenfor anbefalingene gjort i rapporten både når det gjelder befolkningsstørrelse og reisevei. Sammenlikner en case by og bygd med case rural viser det seg at det er færre kommuner som skal samarbeide i teamet, reiseveien er betydelig kortere, og regionen har et mye større befolkningsgrunnlag. Regionene kan ikke kalles seg rural eller lene seg på at de ikke passer for FACT hvis en legger de overnevnte kriteriene til grunn.

På en annen side er de økonomiske grunnene som blir trukket frem så tungtveiende at det er grunn nok til at regionene legger det bort? Kan vi tenke oss at fokuset med å peke på rasjonelle økonomiske grunner til å si nei, egentlig handler om noe annet? Kan dette egentlig handle om frykten for å miste personlige goder eller frykten for å ikke strekke til? Å si at man er mot noe og ikke ønsker å innføre det som følge av frykten for å ikke strekke til kan ses på

som mindre legitimt enn å si at det handler om en økonomisk vurdering. I case rural påpekes det av flere informanter at DPS over tid har hatt press på seg i forhold til å spare ressurser, de har opplevd nedskjæringer, og de har vanskeligheter med å få kompetansen de trenger. De har også opplevd sykmeldinger og utskiftninger i ledelsen. I case by og bygd fremkommer det i intervjuet med rådgiver hos Fylkesmannen at DPS også her har hatt press på seg til å gjennomføre innsparinger. Hvis en legger dette til grunn, kan de økonomiske grunnene bli et skalkeskjul. Deltagerne i prosessen synes det er vanskelig å innrømme at de oppfatter innføringen av FACT som enda en bekymring de ikke har kapasitet til, så derfor argumenterer de med at de har økonomiske grunner til å si nei. I begge casene er den økonomiske kalkulasjonen vel begrunnet. Det er også vurderingen basert på denne. At modellen ble avvist i begge casene anses å handle om at det var økonomiske grunner til å si nei, og at dette veide tyngre enn hva man vant på å innføre FACT. Det kan ses nyanseforskjeller her. Case rural skiller seg betydelig fra «alle andre» som har innført modellen. Dette gir en større tyngde når det kommer til at det var økonomiske grunner til å ikke gå for modellen. Hos case by og bygd derimot kan det ikke argumenteres med at de er særlig annerledes enn «alle de andre» som har gått for modellen. Her vil derfor de økonomiske grunnene til å ikke gå for modellen stå svakere.

### **6.7.1 Forankring, deltagelse og timing**

Knotter & Schlesinger (2008) viser til at det er hensiktsmessig med et skille mellom motstand som oppstår som følge av endringsutfallet, og motstand som oppstår som følge av endringsprosessen. Hittil i kapittelet har faktorer som henger sammen med utfallet av endringen blitt drøftet. Heretter vil det være prosessen det settes et søkelys på. I begge de to casene som er studert trekkes faktorene forankring, deltagelse og timing frem som en potensiell forklaring på hvorfor FACT-modellen ble avvist.

Forankring og deltagelse er to begreper som henger tett sammen i datamaterialet som er samlet inn. Forankring handler om at aktører i organisasjonen er sterkt involvert i behovet og gjennomføringen av prosjektet, her adopteringen av FACT («Forankre», 2019). I både case rural og i case by og bygd fremkommer det funn hos alle informantene samt i sluttrapportene og referatene at modellen ikke var forankret godt nok hos kommunene. I begge casene kommer dette til syne ved at flere kommuner hadde lavt oppmøte i forprosjektgruppene, ulik grad av delaktighet i møtene de faktisk kom på, og at FACT i varierende grad ble satt på agendaen hos kommunene. I case by og bygd peker avdelingslederen på DPS på at representantene fra kommunene i styringsgruppa heller ikke hadde beslutningsmyndighet.

Dette førte til at de ikke kunne ta noen avgjørelser i møtene. De måtte drøfte beslutningen med sine respektive sjefer før de kunne gi en tilbakemelding. Dette støttes av rådgiver hos Fylkesmannen. I begge casene pekes det på at manglende forankring ikke bare kan ses hos kommunene, men at dette også gjelder spesialisthelsetjenesten. I case rural peker både forprosjektleder, leder for rus- og psykiatritjenesten, rådgiver fra et kompetansesenter og rådgiver hos Fylkesmannen på at sykehusledelsen kan ha blitt oppfattet som litt utydelig i prosessen og at prosessen manglet «trøkk» ovenfra. Psykiateren og avdelingslederen på DPS snakket også om noe av det samme i sitt intervju. De peker på at de selv burde vært involvert i forprosjektet på et tidligere tidspunkt og at eksempelvis brukerplantallene burde vært lederforankret hos sykehusledelsen fra starten av. Hos case by og bygd kommer manglende forankring til syne ved at rådgiver hos Fylkesmannen peker på at DPS ikke hadde en rolle der de gikk foran og var tydelig målbærer for prosjektet. Det pekes på at det var viktig for å få kommunene med. Avdelingslederen på DPS peker på sin side på at de var positive til prosjektet hele veien, men at de ble mer realistiske til om dette var den riktige måten å organisere seg på ut over i prosessen. Fiss & Zajac (2004) fant i sin studie at tilstedeværelse av nøkkelaktører med tyngde i forprosjektperioden er viktig for å få til en vellykket endring. I casene som ble studert kan en tenke seg at mangelen på forankring hos nøkkelaktører bidro til at FACT-modellen ikke ble adoptert.

Manglende forankring og engasjement for FACT-adopterings kan med andre ord henge sammen med at de på toppen ikke har signalisert godt nok at dette er noe vi ønsker å satse på, og fått medarbeiderne med på dette. Dette kan igjen være en potensiell forklaring på hvorfor FACT ble avvist. Dette stemmer ikke overens med funn i Oreg (2006) sin studie. Han fant i sin studie funn på at jo mer informasjon medlemmene av organisasjonen fikk om endringen, jo mer motstand kom til syne på atferdskomponenten og kognitivkomponenten i organisasjonen. Oreg sitt funn kan tenkes å være avhengig av innholdet i informasjonen som blir gitt, og mengden av denne. I studien som er gjennomført kan motstanden som oppsto handle mer om at deltagerne ikke fikk den nødvendige informasjonen om FACT fra toppledelsen, mer enn at de fikk for lite informasjon og for svakt «trøkk» fra toppen.

En kan tenke seg at den manglende forankringen hos flere av aktørene som deltok i forprosjektperioden også kan handle om tillit. Oreg (2006) fant i sin studie at manglende tillit til ledelsen var sterkt knyttet til rapporteringer fra ansatte om en negativ evaluering av endringen, samt behovet og verdien av denne. Knotter & Schlesinger (2008) trekker også frem tillit som en av hovedårsakene til at motstand mot endring oppstår. Her kan en tenke seg

at høy grad av tillit til ledelsen svekker motstand mot endring, mens lav grad av tillit til ledelsen øker motstand mot endring. I begge casene fremkommer det funn der aktører peker på at FACT-modellen ikke er den beste løsningen for regionen. I dette ligger det en erkjennelse av at andre aktører mener at modellen er en løsning for regionen. I case rural er det rådgiver hos Fylkesmannen, rådgiver fra et kompetansesenter, forprosjektleder og lederen av den største kommunens rus- og psykiatritjeneste som sterkest fremmer FACT som løsningen. I case by og bygd er det også rådgiver hos Fylkesmannen samt aktører fra kompetansesentrene og mental helse som sterkest fremmer modellen. Samhandlingsmodeller som FACT blir også fremmet som løsningen feltet står ovenfor av helsemyndighetene i Norge (Aakerholt, 2013). I dette ligger det at de som gikk mot adopteringen ikke hadde tilstrekkelig tillit til at de som tok initiativet til endringen gjorde dette til organisasjonens beste.

En kan tenke seg at grad av tillit også vil bli påvirket av hvem som leder selve prosessen. En antagelse vil være at det vil være en høyere grad av tillit hvis prosessen ledes av en fagutøver enn en fra ledernivå. En fagutøver kan være en ansatt hos rus- og psykiatritjenesten eller en spesialist hos DPS. I case rural ble prosessen først ledet av en fra kommunens toppledelse, for deretter å bli ledet av en fagutøver fra rus- og psykiatritjenesten i en kommune. I case by og bygd var forprosjektleder leder av en sengepost på DPS. I intervjuene med rådgiverne fra Fylkesmannen i begge de to casene problematiseres det både at forprosjektlederen var en fagutøver, og at forprosjektlederen var en leder fra DPS. I case rural blir det trukket frem at fagutøveren ikke hadde stor nok pondus i kraft av sin rolle til å lede prosessen. Her pekes det på at det hadde vært mer nyttig med en forprosjektleder fra DPS, da det i FACT samarbeidet er DPS som er den førende og styrende parten. Her trekkes manglende «trøkk» frem som en faktor som mangler. I case by og bygd derimot pekes det på at det ikke var positivt for prosessen at det var en forprosjektleder fra en sengepost på DPS. Det pekes på at dette ikke nødvendigvis er det beste utgangspunktet for å få til en god dialog med kommunene. Det er vanskelig å si konkret hva informanten mente med dette utsagnet, men det kan tolkes at dette handler om kampen om de knappe ressursene. En kan tenke seg at en leder av en sengepost ofte har måtte stå i harde prioriteringer og kanskje også har vært nødt til å legge et press på kommunene i forhold til ansvarsfordelingen av pasienter. Dette kan føre til konflikter. En kan tenke at en forprosjektleder kan «dra dette med seg» inn i FACT-prosessen. Deltagerne i forprosjektet kan ha en oppfatning av at forprosjektlederen taler DPS sitt syn, mer enn hensynet til regionen som sådan. Her er «trøkket» til stede, men tilliten mangelvaren. Når det gjelder sammenhengen mellom grad av tillit og hvem som leder prosessen er det ingen

tydelige svar på dette i empirien. Funnene er motstridene, og det er ingen funn som peker mer i den ene retningen enn den andre.

Motstanden mot FACT-modellen kan også kunne ses på som noe positivt (Kotter & Schlesinger, 2008, Ford & Ford, 2009 og Jacobsen, 2004). Her vil en slutning være at de som fremmet adopsjonen av FACT-modellen ikke nødvendigvis hadde den nødvendige kunnskapen om at denne ikke ville passe i regionene den skulle innføres i. Av den grunn er det bra at de på gulvet, som vet hvor skoen trykker, peker på hva som gjør at modellen ikke ville fungert her, og viser sin motstand. Et bilde på dette er at ideer kan være enkle, mens praksisfeltet er komplekst. Rizzuto, Schwarz og Schwarz (2014) fant i sin studie at motstand mot endring kan oppstå som følge av at organisasjonen går for raskt frem i prosessen med å innføre det nye, og at de ansatte ikke i tilstrekkelig grad blir tatt med i vurderingen av fordeler og ulemper med modellen. I begge casene er det avdekket motstand både når det gjelder utfallet av endringen og prosessen. Her kan en tenke seg at aspekter ved modellen som ikke nødvendigvis er forenelig med regionene ble avdekket som følge av at deltagere viste sin motstand. Dette er kunnskap andre forprosjekter kan ha nytte av, og som kan føre til at modellen blir forbedret. Motstanden førte til at regionene avviste en modell som både kunne ha blitt dyrt og ha ført til dårlig ressursutnyttelse.

I begge casene er det funn som kan tolkes i lys av timing. I Case rural peker rådgiver fra et kompetansesenter på at han anser at hovedgrunnen til at FACT ikke ble adoptert var at timingen ikke var riktig. I referatet fra informasjonsmøtet der det ble sjekket ut muligheten for et forprosjekt fremkommer det at DPS trengte mer tid før de kunne inngå i et forprosjekt da de var inne i en krevende periode med flere utfordringer. Rådgiver hos Fylkesmannen peker på at lederen på DPS ble sykmeldt i forprosjektperioden og at ny leder ble konstituert. Det pekes også på at DPS hadde fått føringer på at ressurstilgangen måtte ned. Summen av dette anses å være en potensiell forklaring på hvorfor modellen ble avvist. Det som taler mot dette funnet er at informantene fra DPS selv ikke nevner timing som en årsak til at de gikk imot modellen. En kan her tenke seg at timing var en årsak til at FACT modellen ble avvist, men at denne forklaringen ikke kan stå alene.

I case by og bygd peker både avdelingslederen på DPS og rådgiver hos Fylkesmannen på at bytte av hvilket sykehus DPS-et var tilknyttet i løpet av forprosjektperioden påvirket utfallet FACT-prosessen. Rådgiveren hos Fylkesmannen påpekte at bytte av sykehus kludret til mye. Avdelingslederen på DPS trekker dette frem som en av hovedårsakene til at ikke FACT ble

adoptert. I tillegg blir det av avdelingsleder på DPS trukket frem at det ble besluttet at de skulle få endret sitt opptaksområde i løpet av FACT-prosessen. I sluttrapporten fremkommer det at det ikke var mulig å følge tidsfristene som var satt for prosjektet på grunn av dette. Rådgiver hos Fylkesmannen trekker frem at det kom signaler om at tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle ut av DPS-et. Det ble sett på som vanskelig da en del av FACT-teamet sin målgruppe skulle være mennesker med avhengighetsproblematikk. I sluttrapporten fremkommer det at det bør foreligge avklaringer før det startes opp et FACT-team i regionen. Her nevnes opptaksområdet, FACT-teamets lokasjon, rollen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og juridiske spørsmål. I referat fra styringsgruppemøtet fremkommer det at alle var enige om at oppstarten av et FACT-team måtte avvendes som følge av alle de løse trådene som nevnt over. Å innføre noe nytt, som FACT, krever mye av både lederne og ansatte på de to tjenestenivåene. Det ville hatt både ressursmessige og økonomiske konsekvenser. Når det investeres mye ressurser og penger inn i noe nytt, er det logisk å tenke seg at regionen ønsker å få noe ut av det. I regionen var det helt klart at veldig mye annet skjedde samtidig med FACT-prosessen. Det ble både uklart hvilke kommuner som skulle inngå i teamet, og om DPS ville miste et av sine ansvarsområder. Samtidig byttet DPS sykehus de tilhørte. Dette innbar en ny ledelse å forholde seg til. Summen av dette anses å være en betydelig belastning for case by og bygd. Det er ut ifra dette lett å se at forprosjektet i denne regionen valgte å avvente å innføre FACT-modellen.



## 7 Konklusjon

I følgende skal oppgavens problemstilling besvares. Problemstillingen er drøftet i lys av de syv forventningene knyttet til at motstand mot endring kan oppstå, og det empiriske materialet som er fremkommet av intervjuer og dokumentanalysen. Problemstillingen i avhandlingen var som følger:

*Hva er bakgrunnen for at noen regioner valgte å ikke adoptere Flexible Assertive Community Treatment (FACT-modellen)?*

De to casene som er studert, case rural og case by og bygd, skiller seg fra hverandre i stor grad. Case rural har et betydelig mer «ruralt» preg enn case by og bygd. Caset består av et stort geografisk område, det er langt mellom tettstedene og befolkningsgrunnlaget er lavt. I rapporten der potensialet for FACT i Norge gjøres rede for faller regionen utenfor anbefalingene for å opprette et FACT-team (Landheim et al., 2017). Det faller faktisk også utenfor anbefalingene om et modifisert FACT-team. Regionen har rett og slett et for stort geografisk område å dekke, og et for lite befolkningsgrunnlag for at en innføring kan forsvares. Dette anses i stor grad å ha preget hvorfor motstanden mot modellen oppsto i dette caset, og hvorfor modellen i ytterste konsekvens ble avvist. Motstanden i case rural kom til uttrykk fra aktørene på DPS, og den kom sterkt til syne gjennom faglig motstand mot endringen.

I case rural er det faglig motstand sammen med økonomiske faktorer som har størst forklaringskraft for hvorfor modellen ble avvist. Den faglige uenigheten omhandlet om modellen passet til deres rurale region. Det ble også problematisert hvordan brukergruppen for et FACT-team skal defineres, og om regionen har brukergruppen. Uenigheten om tallgrunnlaget basert på brukerplanen sto sentralt, samt ulik vektlegging av funksjon og diagnose. De økonomiske faktorene på sin side bygde på en gjennomgang av fordelene og ulempene med tilbudet de har i dag, og FACT-modellen. De vurderte hva de eventuelt ville tape og vinne på å innføre modellen. Det ble argumentert for at opprettelsen av et FACT-team ville blitt dyrt både med tanke på hva det ville koste i kroner og øre, men også hva det ville koste i form av ressurser. Dette henger sammen med at regionen har et lavt befolkningsgrunnlag, få som er aktuelle for oppfølging fra teamet, og lange reiseavstander mellom tettstedene i regionen. Det ble på bakgrunn av dette vurdert at FACT ikke var den mest lønnsomme modellen for regionen.

Det kan også identifiseres en maktskjevhet mellom DPS og kommunene i case rural. DPS satt med mest makt, og dette gjorde det vanskelig for kommunene å stå opp for det de mente. Samtidig er det uklart i hvilken grad dette har påvirket utfallet av prosessen, da det ikke kan ses tegn til at endring i maktforholdene var noe som DPS fryktet.

Det er flere funn i case rural som tyder på at det er en sammenheng mellom FACT-modellen sitt fokus på å jobbe oppsøkende og at motstand fra aktørene på DPS oppsto. Dette henger både sammen med frykten for å måtte gjøre helt andre oppgaver innenfor rammene av stillingen og at FACT ville ført til at de ansatte på DPS måtte avlære seg tidligere måter å jobbe på.

Årsakene til at FACT-modellen ble avvist i case by og bygd henger sammen med en frykt for å innføre noe som de ikke fullt ut visste konsekvensen av. I perioden case by og bygd gjennomførte sin forprosjektperiode var ikke evalueringen av de første oppstartede FACT-teamene ferdig enda. Det var heller ikke gjennomført mange studier av FACT. Forprosjektgruppa hadde derfor lite forskning og erfaring fra andre FACT-team å lene seg på. Dette er grunner som antas å ha påvirket prosessen negativt. Funnet som antas å ha størst forklaringskraft i case by og bygd og som overrasket, var hvordan timing påvirket prosessen. Her skjedde det to vesentlige ting i forprosjektperioden som antas å ha påvirket utfallet av prosessen. Det ene var bytte av sykehus DPS var tilknyttet, og det andre var at DPS sitt opptaksområde ble endret. I case by og bygd er det også funn som peker på at det ble for mye nytt å jobbe etter FACT-modellen. Her trekkes det helhetlige ansvaret ved modellen frem som et eksempel.

Hos begge de to casene som er studert er det funn på at det var et sterkt press i omgivelsene for å gå for modellen. Dette var likevel ikke nok til at modellen ble innført. I case by og bygd er det identifisert en aktør i omgivelsene som kan tolkes å være en slags «brems». Det er ledelsen ved sykehuset DPS ble underlagt i løpet av forprosjektperioden som pekes på som en salgs «brems» for prosjektet. Det antas at dette har hatt noe å si for prosessen, men at dette i størst grad kan forklares med dårlig timing.

Forankring er et funn som ble avdekket hos begge de to casene. Det kommer tydelig frem at forprosjektet ikke var forankret godt nok hverken i kommunene eller hos sykehusledelsen. Dette skapte motstand hos aktørene, og gjorde prosessen mindre fruktbar.

Hos begge de to casene har det blitt identifisert en positivitet til FACT-tavla, tavlemøter og samarbeid rundt tjenestenivåenes felles brukere. Dette er elementer som står sterkt i FACT, og som casene gir uttrykk for at de ønsker å ta i bruk uavhengig av adoptering av FACT eller ikke.

En svakhet med avhandlingen er at ikke nyansene mellom hvem som var for og hvem som var mot endringen kom tilstrekkelig frem. Dette er spesielt tydelig hos aktørene fra kommunene. Hvis studien også hadde inkludert flere informanter fra kommunene, antas det at enkelt funn hadde blitt mer nyansert samt fremkommet tydeligere.

I studien av hvorfor case rural og case by og bygd ikke har adoptert FACT-modellen synes det som at flere årsaker sammen gir den mest fruktbare forståelsesrammen. I videre implementering av FACT, og således andre modeller, antas det viktig å ta med seg at dette «nye» sjelden kan forankres godt nok. Det antas også at å ta tiden til hjelp i slike prosesser er hensiktsmessig, da dette kan være med på å hindre faglig motstand mot endring samt at rett tidspunkt kan være avgjørende for å få til en vellykket prosess. Det antas også viktig å høre på de som argumenterer mot modellen. Det kan være at de har et poeng. Kanskje deres innspill faktisk kan føre til en forbedring av modellen, og at modellen implementeres på en bedre måte.

Årsakene som har størst forklaringskraft når det gjelder avvisningen av FACT-modellen i min studie er faglig uenighet og økonomiske faktorer i case rural, mens frykten for å innføre noe de ikke hadde nok kunnskap om, at det ble for mye nytt og timing er hovedgrunnene i case by og bygd. Det er flere av mine antagelser som ikke ble bekreftet, og den jeg ble mest overasket over er at endrede maktforhold ikke sto frem som et tydeligere funn.

*«Så jeg tror nok igjen, litt sånn oppsummerings vis, at kanskje (tatt bort navn) regionen ble litt resultatet at vi var litt ferske i gamet vi som satt og styrte dette her. Vi møtte hindringer som vi ikke hadde tenkt på, og vi hadde vel kanskje også et litt sånn blåøyd greie på at dette leksikonet er enkelt å selge for her står jo alt» (intervju med rådgiver hos Fylkesmannen i case rural).*

## **7.1 Videre forskning**

Det anses at det er mye som kan forskes videre på når det gjelder FACT-modellen. Et tema som det hadde vært svært interessant å få mer kunnskap om er sammenhengen mellom makt, tjenestenivåene innenfor rus- og psykiatrifeltet og innføringen av samhandlingsmodeller som

FACT. En kan tenke seg at innføringen av nye måter å organisere tjenestetilbudet på vil få konsekvenser for maktfordelingen. Tas dette nok hensyn til når et tjenestetilbud utarbeides, eller er ikke motstand som følge av endrede maktforhold av særlig betydning?

I denne studie er det kun sett på to regioner der modellen ble avvist. For å få en bredere forståelse av grunnene til at FACT-modellen har blitt avvist hadde det vært interessant med ytterligere forskning på case med samme utfall som disse. Dette antas å ville gitt en dypere forståelse på hvorfor FACT blir avvist. Kanskje denne kunnskapen også kunne ført til en bredere forståelse for endringsprosesser mer generelt.

## Referanseliste

- Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen*. 2.utg. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
- Bak, M., van Os, J., Delespaul, P., de Bie, A., á Campo, J., Poddighe, G., og Drukker, M. (2007). An observational, «real life» trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 125-130. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0147-y>
- Bakke, L.H. & Strand, G. (2018). *Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team. Erfaringer, råd og anbefalinger knyttet til oppstart og drift av Assertive Community Treatment-team (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment- team (FACT)*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Brunsson, N. & Olsen, J.P. (1997). *The Reforming Organization*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dent, E., & Goldberg, S.(1999). Challenging «resistance to change». *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(1), 25-41. doi: <https://doi.org/10.1177/0021886399351003>
- DiMaggio, P.J & Powel, W.W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. <https://www.jstor.org/stable/2095101>
- Drukker, M., Maarschalkerweerd, M., Bak, M., Driessen, G., á Campo, J., de Bie, A., Poddighe, G., van Os, J., og Delespaul, P. (2008). A real-life observational study of the effectiveness og FACT in a Dutch mental health region. *BMC Psychiatry*, 8:93. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-93>
- Drukker, M., van Os, J., Sytema, S., Driessen, G., Visser, E., og Delespaul, P. (2011). Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 273-278. doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796011000369>
- Drukker, M., Visser, E., Sytema, S., og van Os, J. (2013). Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life

Observational Study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 202-209. doi: <https://doi.org/10.2174/1745017901309010202>

Firn, M., Hindhaugh, K., Hubbeling, D., Davies, G., Jones, B., og White, S.J. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 997-1003. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0602-x>

Fiss, P.C. & Zajac, E.J. (2004). The Diffusion of ideas over Contested Terrain: The (Non) adoption of a Shareholder Value Orientation among German Firms. *Administrative Science Quarterly*, 49(4), 501-534. doi: <https://doi.org/10.2307/4131489>

Forankre. (2019). E. Bolstad (Red.), Store norske leksikon. Hentet 31. August 2020 fra <https://snl.no/forankre>

Ford, J.D., & Ford, L.W. (2009) Decoding resistance to change. *Harvard Business Review*, 87(4), 99-103.

Helsedirektoratet (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. (Rapport IS- 1554). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015, 2. november). Psykisk helsevern for voksne. Prioriteringsveileder. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne/fagspesifikk-innledning-psykisk-helsevern-for-voksne> [Lest 3.5.20]

Helsedirektoratet (a) (2019). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (b) (2019, 21. februar). ACT- og FACT- team. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team> [Lest 17.02.20]

Jacobsen, D. I. (1998). *Motstand mot forandring, eller: 10 gode grunner til at du ikke klarer å endre en organisasjon*. *Magma*, 1(1), 9-25. <https://www.magma.no/motstand-mot-forandring-eller-10-gode-grunner-til-at-du-ikke-klar-aa-endre-en-organisasjon>

Jacobsen, D. I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget. 2. utg.

- Jacobsen, D. I (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. 2.utg.
- Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisasjons- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kotter, J.P & Schlesinger, L.A (2008). Choosing Strategies for Change. *Harvard Business review*, 86(7), 130-139.
- Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A. og Aasbrenn, K. (2017). *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP), Høgskolen i Innlandet og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Landheim, A. & Odden, S. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge - Sluttrapport*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF.
- Landheim, A., Ruud, T., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K. og Stuen, H. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge – Hva viser resultatene?* Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Sykehuset Innlandet HF.
- Mahroeian, H. (2012). A study on the effect of different factors on e-Commerce adoption among SMEs of Malaysia. *Management Science Letters*, 2(7), 2679-2688.  
[http://www.growingscience.com/msl/Vol2/msl\\_2012\\_214.pdf](http://www.growingscience.com/msl/Vol2/msl_2012_214.pdf)
- Malt, U. (2020,17. februar). Distriktpsikiatrisk senter. *I Store medisinske leksikon*. Hentet fra [https://sml.snl.no/distriktpsikiatrisk\\_senter](https://sml.snl.no/distriktpsikiatrisk_senter) [Lest 03.05.20]
- Meyer, J.W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations – Formal-Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363. doi:  
<https://doi.org/10.1086/226550>
- Nadler, D.A. (1987). The effective Management of Organizational Change. I J.W. Lorsch (Red.), *Handbook of Organizational Behavior*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Nordén, T., & Norlander, T. (2014). Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 87-91. doi: <https://doi.org/10.2174/1745017901410010087>

Oreg, S. (2006). Personality, context, and resistance to organizational change. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 73-101. doi:

<https://doi.org/10.1080/13594320500451247>

Piderit, S. (2000). Rethinking Resistance and Recognizing Ambivalence: A Multidimensional View of Attitudes toward an Organizational Change. *The Academy of Management Review*, 25(4), 783-794. doi: <https://doi.org/10.2307/259206>

Regjeringen (a) (2014, 24. november). Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/> [Lest 14.11.19]

Regjeringen (b) (2014, 11. desember). Kommunalt rus og psykisk helsearbeid. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/> [Lest 3.5.20]

Rizzuto, T.E., Schwarz, A., & Schwarz, C. (2014). Toward a deeper understanding of IT adoption: A multilevel analysis. *Information & Management*, 51(4), 479-487. doi: <https://doi.org/10.1016/j.im.2014.02.005>

Røvik, K.A. (1992). *Den syke stat. Myter og moter i omstillingsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røvik, K.A. (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rural (2018, 8.mai). I *Store norske leksikon*. Hentet 16. mai 2020 fra <https://snl.no/rural>

Scott, W.R. (2008). *Institutions and Organization*. Sage. Thousand Oaks. 3.utg.

Solberg, E. (2020, 15. januar). «Du kan få hjelp» sa Maud Angelica. Hun har helt rett. Og nå skal hjelpen bli enda bedre. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/K32dae/du-kan-faa-hjelp-sa-maud-angelica-hun-har-helt-rett-og-naa-skal-hjelpen-bli-enda-bedre-erna-solberg>



van Veldhuizen, J.R. (2013). *FACT. Flexible assertive community treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Norsk oversettelse. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP).

van Veldhuizen, J.R., Delespaul, P., Kroon, H. og Mulder N. (2015). Flexible ACT & Resource-group ACT: Different Working Procedures Which Can Supplement and Strengthen Each Other. A Response. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 11, 12-5. doi: <https://doi.org/10.2174/1745017901511010012>

Wiig, F.L. (2018, 23. november). 15 millioner til forskning på FACT. Hentet fra: <https://rop.no/aktuelt/15-millioner-til-forskning-pa-fact/> [Lest 24.02.20]

# Vedlegg

## Intervjuguide

Intervjuperson:

Dato for intervju:

### Del 1: Informasjon om studien

- Kort om meg.
- Påse at intervjupersonen har mottatt informasjonsskrivet. Har de noen spørsmål til dette?
- Studien er frivillig å delta i og den som blir intervjuet kan trekke seg til enhver tid uten å oppgi noen grunn.
- Det vil bli brukt lydopptaker under intervjuet.
- Vis til samtykkeskjema. Underskrevet skjema leveres meg før intervjuet starter.

### Del 2: Innlednings spørsmål

1. Hva var din rolle i beslutningsprosessen med å ikke innføre FACT?
2. Hva var bakgrunnen for opprettelsen av forprosjekt FACT hos dere?
3. Hvordan var tidsaspektet for forprosjektet, og hvem bestemte dette?

### Del 3: Hovedspørsmål

#### Deltagere

4. Hvem var en del av forprosjektgruppa (arbeidsgruppen og styringsgruppen), og hvordan ble de som skulle sitte i arbeidsgruppen valgt ut?
5. Hadde gruppen faste medlemmer, eller var det endring i hvem som møtte fra gang til gang? Hvordan påvirket dette prosessen?
6. Hvordan var samarbeidet i forprosjektgruppa?

#### Problemer

7. Hvilke problemer opplevde dere at kommunen hadde på rus- og psykiatrifeltet? Var det uenighet om problemene?
8. Hvilke problemer og utfordringer opplevde dere at ikke ville blitt løst ved innføringen av FACT?

## **Løsninger**

9. Hvilke løsninger ble lansert i prosjektgruppen?
10. Hvordan var diskusjonene rundt løsningene?
11. Hva hadde dere allerede av tilbud for brukergruppen, og ble dette ansett som en god løsning på deres kommunes utfordringer?
12. Hvordan opplevde dere at FACT løste utfordringene dere hadde på psykiatrifeltet i deres kommune?
13. Hva anser du burde vært endret ved modellen for at dere skulle innført denne?

## **Beslutningsmuligheter**

14. På hvilke andre arenaer enn i prosjektgruppen ble FACT diskutert?
15. Hvilke aktører hadde en rolle eller innflytelse på disse arenaene?
16. På hvilken arena og av hvem ble avgjørelsen om å ikke gå for FACT tatt?

## **Del 4: Oppsummering og avslutning:**

17. Hva anser du er hovedgrunnen til at FACT ikke ble innført?
18. Er det noe du ønsker å utdype, eller noe du ikke opplever å ha fått tydelig frem?

## Oversikt over informanter

CASE	INTERVJU OG INFORMANT	ARBEIDSPASS	HVOR REPRESENTERT
<b>Case rural</b>	<p>Intervju 1:</p> <p><u>Informant 1:</u> Forprosjektleder. Sykepleier.</p> <p><u>Informant 2:</u> Leder.</p>	Kommunal rus- psykiatritjeneste.	<p>Arbeidsgruppen.</p> <p>Styringsgruppen.</p>
	<p>Intervju 2:</p> <p><u>Informant 3:</u> Rådgiver</p>	Kompetansesenter.	Arbeidsgruppen.
	<p>Intervju 3:</p> <p><u>Informant 4:</u> Rådgiver.</p>	Fylkesmannen.	Styringsgruppen.
	<p>Intervju 4:</p> <p><u>Informant 5:</u> Psykiater.</p> <p><u>Informant 6:</u> Avdelingsleder.</p>	Distriktpsikiatrisk senter (DPS).	<p>Arbeidsgruppen.</p> <p>Styringsgruppen.</p>
<b>Case by og bygd</b>	<p>Intervju 5:</p> <p><u>Informant 7:</u> Avdelingsleder.</p>	Distriktpsikiatrisk senter (DPS).	Styringsgruppen.
	<p>Intervju 6:</p> <p><u>Informant 8:</u> Rådgiver</p>	Fylkesmannen.	Styringsgruppen.

