

Utvikling og tilpasning av norske ACT- og FACT-team



Nils Martin Jondalen

Vestre Viken HF, Klinikk for psykisk helse og rus, Avdeling for akuttpsykiatri
nijond@vestreviken.no

Bror Just Andersen

Vestre Viken HF, Klinikk for psykisk helse og rus, Avdeling for forskning og utvikling (FoU)

Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter

Oppsøkende team har gått fra å være en behandlingstilnærming for en definert gruppe til en helhetlig tjeneste for «alle» grupper. Skiftet gjør det vanskelig å vurdere om teamene fungerer etter hensikten.

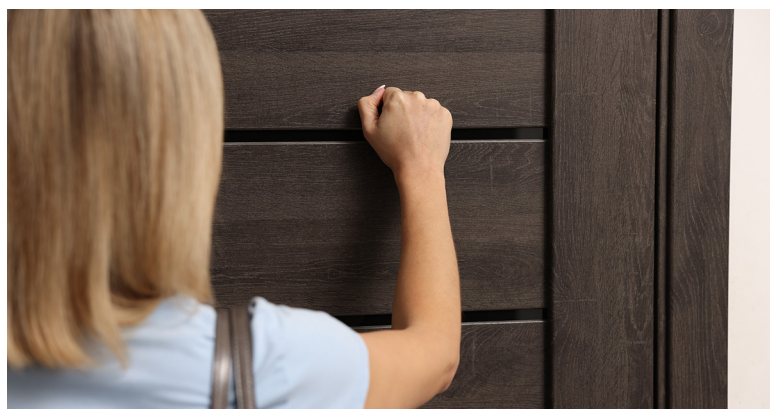


Foto: Adobe Stock

Videre ser vi at de norske modelltilpasningene, underveis i implementeringen av modellene, i praksis har gjort teamene identiske. FACT peker seg ut med bredest målgruppe og kan passe for oppfølging av flest mulig pasienter. Det har vært pekt på at kommuner velger å etablere FACT nettopp fordi modellen gjør det mulig å følge opp «alle» (Landheim & Odden, 2020). Samtidig skiller helsemyndighetene fortsatt mellom modeller med ulike navn. Dermed kan det se ut til at alle pasienter fortsatt får den oppfølgingen de trenger, fra ulike team. Vi mener imidlertid å observere at *ingen* av modellene tilbyr det de opprinnelig var utviklet for.

Tilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser har siden begynnelsen av 2000-tallet fått et nytt tilskudd i form av oppsøkende team som følger opp og behandler pasientene der de bor. Særlig to modeller for oppsøkende team har utmerket seg i utbredelse. Først ut var Assertive Community Treatment (ACT), som kom fra USA i 2007. Modellen kjennetegnes av kontinuerlig intensiv oppfølging fra tverrfaglige team av en tydelig definert målgruppe, hovedsakelig pasienter med psykoselidelser. I 2013 kom Flexible Assertive Community Treatment (FACT) fra Nederland, som er en variant av ACT-modellen. Teamene kjennetegnes av større veksling i oppfølgingsintensitet og en bredere målgruppe, som også omfatter pasienter med varierende funksjonsnivå og oppfølgingsbehov

fra helse- og sosialtjenester utenfor teamene. Senere har også «varianter» av FACT-team kommet til, som FACT ung og FACT Psykose.



De siste ti årene har det vært en sterk økning i antall etablerte team, særlig FACT-team. Nå finnes det om lag 80 FACT- og 30 FACT ung-team. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) har på oppdrag fra Helsedirektoratet estimert at det er behov for om lag 300 FACT- og FACT ung-team i Norge (NAPHA, 2024), og regjeringen har i Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) varslet at de vil videreføre og videreutvikle oppsøkende tjenester som ACT/FACT og FACT ung.

Dersom NAPHAs analyser slår til, og antallet team fortsetter å øke, vil FACT snart bli en av de mest utbredte arbeidsplassene for psykologer i psykisk helsevern. Teamene representerer en utradisjonell måte å jobbe på for norske psykologer, med høy grad av tverrfaglighet og felles ansvar for pasientoppfølging. Det bør derfor være i psykologenes egeninteresse å følge utviklingen i oppsøkende team tett. Likevel observerer vi at det har vært lite oppmerksomhet og debatt om denne utviklingen i fagmiljøet vårt. Samtidig er vår hypotese at utviklingen har gått for raskt, og det er på tide å undersøke nærmere hva disse oppsøkende teamene er og skal være.

Materiale og metode

Vi har undersøkt fem ulike kategorier av kilder som kan belyse utviklingen av ACT- og FACT-team i Norge. Vi har for det første gjennomgått stortingsmeldinger og andre politiske styringsdokumenter og undersøkt hva som er uttalt her om føringer og mål for etablering av oppsøkende team. Videre har vi gjennomgått NAPHAs modellbeskrivelser for ACT-, FACT- og FACT ung-team, og sammenlignet ulike versjoner av dem opp mot endringer i krav til teamorganisering og pasientantall fra amerikanske og nederlandske modellbeskrivelser. For det tredje har vi kartlagt NAPHAs beregninger og analyser av pasientgrunnlag og potensialet for etablering av ulike team. Vi har også sett nærmere på utviklingen i antall faktisk etablerte team opp mot Helsedirektoratets tilskuddsordninger. For det femte har vi gjennomgått evalueringene av implementeringen av ACT-, FACT- og FACT ung-team og undersøkt i hvilken grad det er påvist behandlingseffekt av tiltakene, som kan begrunne videre teametablering.

Resultater

Politiske føringer

Vår gjennomgang av politiske styringsdokumenter viser at helsemyndighetene de siste 30 årene har forsøkt å nå en pasientgruppe som ikke har utbytte av tradisjonelle tilbud (Meld. St. 25 (1996–97); St.prp. nr. 63 (1997–98)), med noe ulike målsettinger. I 2008 kartla Sosial- og helsedirektoratet en pasientgruppe som ikke fikk virksom behandling fra eksisterende tilbud. De hadde alvorlige psykiske lidelser, gjerne tilleggsp problemer, motsatte seg behandling eller var ikke selv i stand til å søke hjelp, og trengte kontinuerlig oppfølging fra ulike instanser på tvers av tjenestenivåer. Direktoratet påviste at det var et behov for en ny *behandlingstilnærming*, og anbefalte etablering av oppsøkende team etter ACT-modellen. ACT ble valgt fordi det ble ansett som «den best evaluerte modellen internasjonalt og med de beste resultatene for målgruppen» (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Omtrent samtidig med direktoratets anbefaling identifiserte helsemyndighetene økende *samhandlingsutfordringer*. I 2009 ble «samhandlingsreformen» lansert (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Den var tuftet på en erkjennelse av at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke ble ivaretatt, fordi tjenestene var for fragmenterte (Norges forskningsråd, 2016, s. 17). På dette tidspunktet ble

FACT valgt som den foretrukne modellen, selv om den i mindre grad enn ACT var fulgt av forskning (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 56). Bakgrunnen synes å ha vært at den mer fleksible tilnærmingen til pasientene gjorde det mulig å følge opp flere pasienter i FACT- enn i ACT-team. Dermed kunne modellen også fungere i opptaksområder hvor pasientgrunnlaget var mer uensartet, samtidig som modellen kunne være et verktøy for tverrfaglig samhandling. Skiftet fra et mål om behandling til samhandling illustreres av at ACT og FACT i modellbeskrivelser ble omtalt som henholdsvis «behandlingsmodell» og «samhandlingsmodell» (Aakerholt, 2013, 2023).



De siste årene viser de politiske styringsdokumentene at myndighetene har identifisert et nytt mål med oppsøkende team, i form av behov for *helhetlige tjenester*. Helsedirektoratet omtaler nå ACT, FACT og FACT ung som «tjenestemodeller» (Helsedirektoratet, 2025a). Modellene omtales som en måte å organisere helhetlige tjenester på. Dette sammenfaller med et skifte i politiske føringer fra et ønske om fragmentering i New Public Management-reformer (NPM) til et ønske om samordning («post-NPM»), ut fra en erkjennelse av at sektorovergripende problemer må løses helhetlig på tvers av tjenester (Grimsmo et al., 2015).

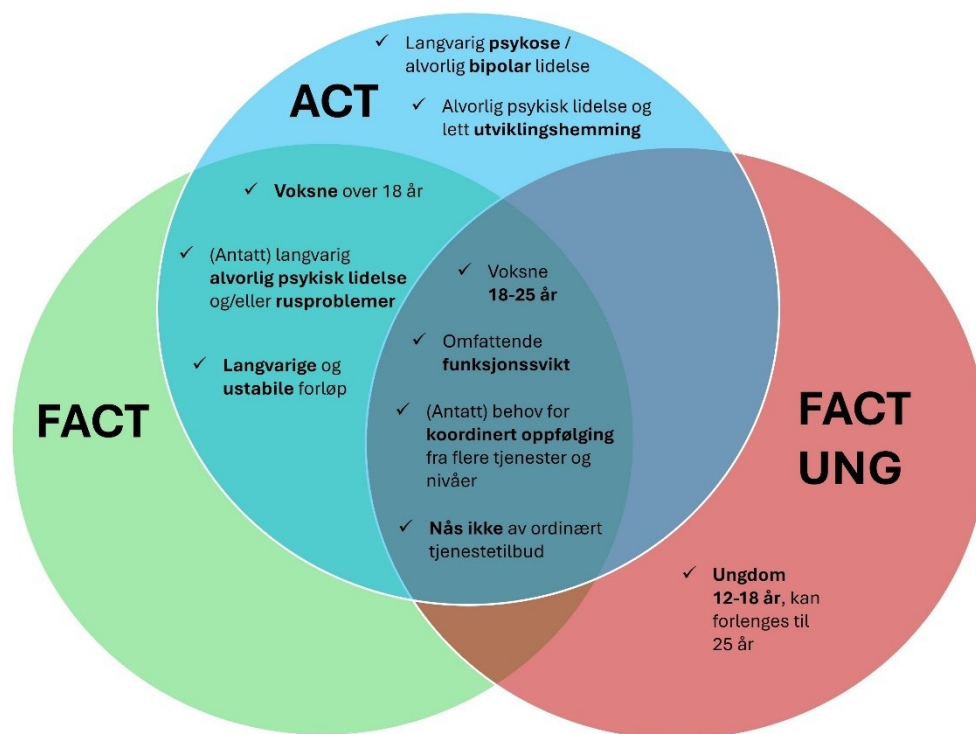
Modelltilpasninger

Vår gjennomgang av modellbeskrivelsene for ACT, FACT og FACT ung viser at ACT og FACT har fått samme «caseload» per teammedlem (1:10 pasienter), der FACT opprinnelig hadde 1:15. De har også fått samme pasientantall (100 per team), der FACT opprinnelig hadde 200. FACT ung har fått lavere caseload (1:8 pasienter) enn i opprinnelig nederlandsk modell (1:15), men samme pasientantall (100 per team). I praksis er det eneste som nå skiller teamene, at FACT har bredest målgruppe. Likheter og forskjeller i målgruppe er illustrert i figur 1 nedenfor.

Figur 1



Likheter og forskjeller mellom målgrupper i ACT, FACT og FACT Ung



Merknad: Venndiagrammet bygger på beskrivelsene av målgruppene i de norske modellbeskrivelsene for ACT (Aakerholt, 2013), FACT Ung (Nord-Baade, 2022) og FACT (Aakerholt, 2023). Målgruppene er tilpasset norske forhold og samsvarer kun delvis med modellenes opprinnelige målgrupper.

Tilskuddsordninger

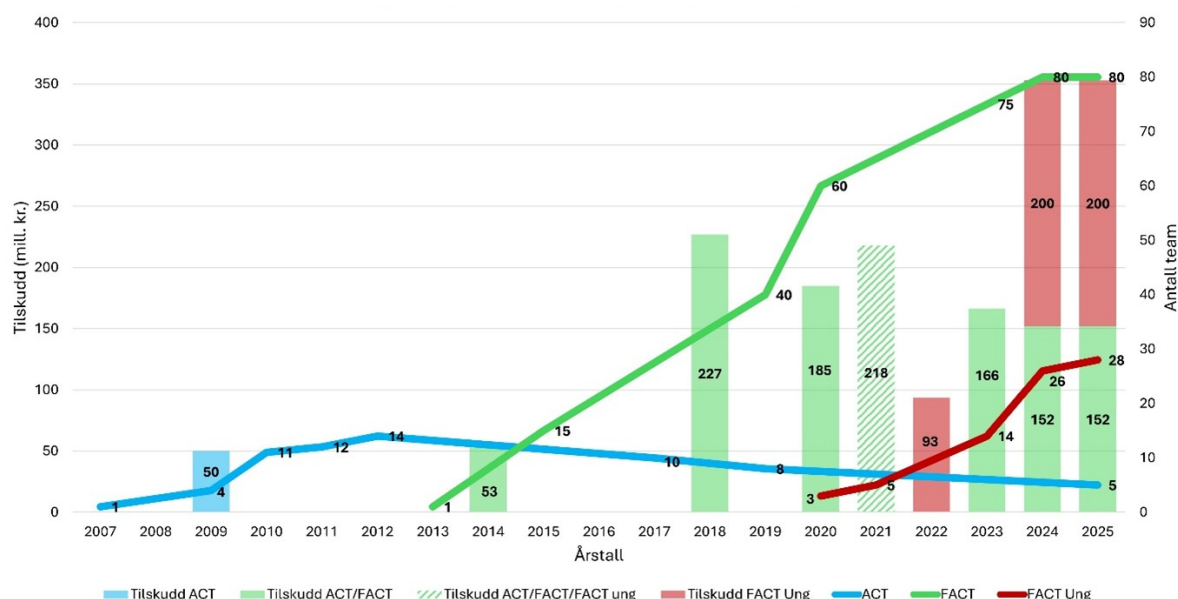
Vi har identifisert sammenhenger mellom tilgjengelige tilskuddsordninger og utvikling i antall etablerte ACT-, FACT- og FACT ung-team. Sammenhengene er illustrert i figur 2 nedenfor.

Opprinnelig etablerte Helsedirektoratet egne tilskuddsordninger for henholdsvis ACT- og FACT-team. Da fant vi at både ACT og FACT ble etablert i ulike deler av landet. Senere ble de slått sammen til én felles ordning. Da så vi en tydelig tendens til at etableringen av ACT-team gikk ned, mens etableringen av FACT-team fortsatte å øke. I dag finnes det én ordning for ACT/FACT og én for FACT ung. Da ser vi at antallet FACT- og FACT ung-team fortsetter å øke, mens etablering av ACT-team har gått ytterligere ned.

Figur 2



Tilskuddsordninger og antall ACT-, FACT- og FACT ung-team over tid (2007–2025)



Merknad. Antall ACT-, FACT- og FACT ung-team er hentet fra NAPHAs ulike oversikter, samt fra evalueringer og rapporter om modellene. Tilskuddsordningenes omfang er etter beste evne hentet fra tilgjengelige nyhetsartikler i NAPHAs kunnskapsbase (Fleiner, 2014, 2015, 2018) og tidligere versjoner av nettsider for tilskuddsordningene (Helsedirektoratet, 2010, 2025b, 2025c, 2025d, 2025e). Med forbehold om feil.

Pasientgrunnlag

Gjennomgangen av NAPHAs beregninger av pasientgrunnlag og potensialet for etablering av ACT- og FACT-team viste at NAPHAs nylige behovsanalyse er basert på anslag som ikke er oppdatert med nyere statistikk eller lokale kartlegginger. Anslagene har variert fra 4000 til om lag 30 000 personer på landsbasis. En oversikt over gjennomgåtte kilder og referanse for beregning er gitt i tabell 1 nedenfor.

Tabell 1

Anslag for målgruppene til ACT, FACT og FACT Ung 2008–2024

År	Kilde	Anslag	Målgruppe	Referanse for beregning
2008	Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (IS-1554) (Sosial- og helsedirektoratet, 2008)	4 000	Oppsøkende tjenester	Eget anslag basert på <i>Etablering av et ACT-team i Moss, Rygge, Råde og Våler</i> (Engman & Michelsen, 2006) og <i>Brukere innen psykisk helsearbeid med omfattende og langvarige tjenestebehov – en utredning: IRIS-rapport 2007/247</i> (Lie, 2007)
2012	Evaluering av 12 ACT-team: Midtveisrapport (Ruud, 2012)	4 000-5 000	ACT	Bygger på anslaget fra IS-1554 (2008)

År	Kilde	Anslag	Målgruppe	Referanse for beregning
2013	<i>ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen.</i> (Aakerholt, 2013)	4 000	ACT	Bygger på anslaget fra IS-1554 (2008), omregnet til promille av befolkningen «1 promille av befolkningen»
2014	<i>Utpøring av ACT-team i Norge: Hva viser resultatene?</i> (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), 2014)	4 000	ACT	Bygger på IS-1554 (2008), omregnet til promille av den voksne befolkningen «1 promille av <u>den voksne</u> befolkningen»
2017	<i>Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge</i> (Landheim, Hoxmark, Aakerholt, & Aasbrenn, 2017)	4 000 26 000	ACT FACT+ACT	Bygger på anslag fra IS-1554 (2008) og <i>Brukere med rus- og psykiske helseproblem i norske kommuner: BrukerPlan-statistikk 2015</i> (Håland, Lie, Nesvåg, & Stevenson, 2016), omregnet til promille av den voksne befolkningen «1 promille av den voksne befolkningen» (ACT) «6,4 promille av den voksne befolkningen» (FACT)
2018	<i>Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team</i> (NAPHA, 2018)	4 000 26 000	ACT FACT	Ingen oppgitt referanse, men trolig IS-1554 (2008) og Brukerplan-statistikk (2016), omregnet til prosent av befolkningen «0,1 prosent av befolkningen» (ACT) «0,64 prosent av befolkningen» (FACT)
2021	<i>Utredning om FACT ung i Norge</i> (Hatling, 2021)	N/A	FACT UNG	Ingen referanse, men oppgitt å være «basert på ulike statistikker» «2 %»
2022	<i>FACT ung modellbeskrivelse</i> (Nord-Baade, 2022)	N/A	FACT UNG	Bygger på anslag fra Hatling, 2021 «rundt to prosent»
2023	<i>FACT Modellbeskrivelse</i> (Aakerholt, 2023)	4#000 26#000 26 000	ACT FACT FACT+ACT	Ingen oppgitt referanse, men trolig IS-1554 (2008) og Brukerplan-statistikk (2016), omregnet til henholdsvis prosent av befolkningen og prosent av den voksne befolkningen. «0,1 prosent av befolkningen» (ACT) «0,64 prosent av befolkningen» (FACT) «0,64 prosent av <u>den voksne</u> befolkningen» (FACT/ACT)
2024	<i>FACT-håndboka: Etablerings- og driftshåndbok for FACT-team</i> (Strand, Møller, Hatling, Evensen, & Christensen, 2024)	26 000	FACT	Ingen oppgitt referanse, men trolig en feilsitering av anslaget fra <i>FACT Modellbeskrivelse</i> (2023) «0,65 prosent»
2024	<i>Et estimat av behovet for FACT voksen- og FACT ung-team i Norge</i> (NAPHA, 2024)	21 300 (18–66 år) 9 400	FACT FACT UNG	Ingen oppgitt referanse, men trolig Brukerplan-statistikk (2016) og Hatling (2021), med tillegg/presiseringen «pr. 100 000 innbyggere». «0,64 prosent pr. 100#000 innbyggere» (FACT) «2 prosent pr. 100 000 innbyggere» (FACT UNG)



År	Kilde	Anslag	Målgruppe	Referanse for beregning
		(12–18 år)		

Merknad. Anførselstegn rundt tallene i femte kolonne markerer sitat fra kildene.



Anslagene ser ut til å ha blitt omregnet til promiller og prosenter, som skjematisk er tatt i bruk. I praksis er de blitt «beregningssnøkler». For å illustrere har NAPHA nylig anslått at Vestre Viken HF trenger 19 FACT-team (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), 2024). Så vidt vi kan se, bygger anslaget på et samlet befolkningsgrunnlag på cirka 300 000 innbyggere mellom 18 og 67 år, som NAPHA deretter har beregnet 0,64 % av. Det gir et pasientgrunnlag på ca. 1900 personer, som tilsvarer 19 team. Med andre ord er behovsanalysen basert på de eldre nasjonale anslagene ovenfor og ikke kartlegginger av faktiske pasienter som er i målgruppen for FACT i Vestre Vikens opptaksområde.

Evalueringer

Evalueringene av implementeringen av ACT-, FACT- og FACT ung-team viser at det verken er gjort test og kontrollgruppe eller kontrollerte, randomiserte studier (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), 2014, s. 16; Landheim & Odden, 2020, s. 84). I evalueringen av FACT skriver forskerne: «[V]i har ingen kontrollgruppe som kun har mottatt ordinære tjenester. Vi kan derfor ikke med sikkerhet si at endringen[e] [...] er et resultat av oppfølging og behandling fra teamene.»

Fortolkning

Vår gjennomgang av tilgjengelige kilder viser at målet med oppsøkende team er blitt tilpasset underveis i implementeringen, fra en *behandlingstilnærming* for en definert gruppe til en *helhetlig tjeneste* for «alle» grupper. Når problemet er at tilbudet til pasientene er blitt for fragmentert, synes det å bli viktigere for myndighetene at pasienter som har utfordringer på flere livsområder, får oppfølging fra én «tjenesteleverandør», enn at tilbud treffer behandlingsbehov i en målgruppe. Dette skiftet i politiske føringer, og dermed i formålet med oppsøkende team, gjør det vanskelig å vurdere om teamene fungerer etter hensikten. Det vil si om pasientene faktisk får det tilbudet de har behov for.

Videre ser vi at de norske modelltilpasningene, underveis i implementeringen av modellene, i praksis har gjort teamene identiske. FACT peker seg ut med bredest målgruppe og kan passe for oppfølging av flest mulig pasienter. Det har vært pekt på at kommuner velger å etablere FACT nettopp fordi modellen gjør det mulig å følge opp «alle» (Landheim & Odden, 2020). Samtidig skiller helsemyndighetene fortsatt mellom modeller med ulike navn. Dermed kan det se ut til at alle pasienter fortsatt får den oppfølgingen de trenger, fra ulike team. Vi mener imidlertid å observere at *ingen* av modellene tilbyr det de opprinnelig var utviklet for.

Utviklingen i tilskuddsordninger og teametableringer viser at det i praksis ikke er insentiver til å velge ACT, med smalere målgruppe og krav til kontinuerlig tett oppfølging, når ACT/FACT deler tilskuddsordning. I praksis ser vi at ACT-team blir omgjort til FACT-team (Landheim, et al., 2015; Helsedirektoratet, 2022, s. 12). Videre ser vi at ACT-pasienter følges opp i FACT-team, som ikke er ment for slike pasienter, og i praksis fortrengrer FACT-pasienter (Riksrevisjonen, 2025, s. 13; Hansen et al., 2019, s. 45). Nå finnes det kun fem ACT-team i Norge, og det er ingen sammenheng mellom pasientgrunnlag og lokalisering. Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har like mange ACT-team

(Moss og Tromsø), selv om det er ti ganger så mange med alvorlige psykiske lidelser i førstnevnte (Ose & Kaspersen, 2023; Bale et al., 2020). De tre andre teamene er i Haugesund, på Jæren og på Søre Sunnmøre. Det er ingen ACT-team i Norges største by. Motsetningsvis har egen tilskuddsordning for FACT ung ført til etablering av 30 slike team. Vi mener tilskuddsordningene dermed forsterker tendensene til én modell for «alle» pasienter: FACT.



Grovmaskede anslag for pasientgrunnlag, som ikke nyanseres av lokale kartlegginger eller oppdatert statistikk, bidrar til å skape et behov for stadig flere FACT-team. NAPHA kunne i sine analyser i stedet brukt statistikk fra Norsk pasientregister (NPR) og Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2018; Lehn, 2022; Huseby, 2022). NPR-data viser at om lag 4100 pasienter mottar ACT/FACT-oppfølgning (Lehn, 2024). Selv om det kun gir et bilde, og vil avhenge av hvordan pasientgrupper defineres og registreres, tilsier dette et mer moderat nasjonalt pasientgrunnlag enn NAPHA's behovsanalyser anslår. Videre etablering og utvikling av team forsterkes ytterligere av at evalueringene, som forskerne selv opplyser at ikke bygger på verken test og kontrollgruppe eller randomiserte, kontrollerte effektstudier, blir brukt som dokumentasjon for påvist effekt og begrunnelse for tilpasninger i retning av helhetlige tjenester (Meld. St. 26 (2014–2015); Meld. St. 11 (2015–2016); Meld. St. 7 (2019–2020); Meld. St. 23 (2022–2023); Meld. St. 9 (2023–2024)).

Veien videre

Storkommunenettverket for psykisk helse har nylig påpekt at det er nødvendig å avklare «hva FACT er og skal være», fordi «teamene har ulik organisering, ansvar og virkeområde rundt om i landet» (Lønning, 2025). Det kan det være grunn til. Modellnavn og innhold samsvarer ikke lenger, ACT-teamene har i praksis forsvunnet, FACT-teamene er blitt svært brede, og FACT ung-teamene får en funksjon som «samordner» av eksisterende tilbud, som barnevern og Nav.

Det kan være at tilpasningene av ACT og FACT har gått for langt. Forskerne som evaluerte ACT-teamene, pekte på faren for dette allerede i 2015. De uttalte «at de aller sykeste pasientene igjen vil stå uten et behandlingstilbud som virker» hvis ACT erstattes av FACT (Landheim, et al., 2015). Nå er ACT i stor grad erstattet av FACT. Ti år senere er NAPHA bekymret for at FACT-pasienter, særlig ROP-pasienter, fortrenses av målgruppespesifikke FACT-varianter, og at mange FACT-team har «en høy andel brukere på tvunget psykisk helsevern, dom [...] og/eller utfordringer av en alvorlighetsgrad som krever vedvarende tett oppfølging» (Evensen & Haug, 2025). Det vil si pasienter som trenger ACT-oppfølgning. Dermed er typiske FACT-pasienter i FACT-teamene erstattet av ACT-pasienter.

Vår gjennomgang viser at det er vanskelig å argumentere for at oppsøkende ACT- og FACT-team fortsatt er behandlingstilnærminger til en målgruppe. I økende grad er det blitt oppsøkende *tjenester*, løsrevet fra opprinnelige og til dels forskningsbaserte modeller. Det kan være på tide å endre til mer teamnøytrale betegnelser for oppsøkende team, slik man har gjort i Danmark og Storbritannia. I alle tilfeller kan det være behov for at helsemyndighetene utreder nærmere hva oppsøkende team er og skal være, før vi følger NAPHA's anbefalinger om etablering av 190 flere FACT-team.

Referanser

Bale, M., Holsen, M., Osvoll, K. I., Bedane, H. K. & Skrede, O. (2020). *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling: oversikt og analyse i bruk av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i Noreg for åra 2014–2018*. Helse Førde HF. <https://apps.skde.no/helseatlas/files/psykiskhelsevernogrus.pdf>

- Engman, R. & Michelsen, K. (2006). *Etablering av et ACT-team i Moss, Rygge, Råde og Våler*. Moss kommune.
- Evensen, G. & Haug, T. (2025). FACT er ikke et spesialisthelsetjeneste-team på hjul. *Kommunal Rapport*. <https://www.kommunal-rapport.no/meninger/fact-er-ikke-et-spesialisthelsetjeneste-team-pa-hjul/814897>
- Fleiner, R. L. (2014). *53 millioner til oppsøkende team*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://napha.no/kunnskapsbasen/13540/53-millioner-til-oppsokende-team>
- Fleiner, R. L. (2015). *202 millioner å søke på*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://napha.no/kunnskapsbasen/13801/202-millioner-a-soke-pa>
- Fleiner, R. L. (2018). *227 millioner til ACT- og FACT-team*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://napha.no/kunnskapsbasen/22260/227-millioner-til-act--og-fact-team>
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R. & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12. <http://hdl.handle.net/11250/2433316>
- Hansen, I. L., Tofteng, M., Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2019). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet: Tredje statusrapport. Fafo-rapport 2019:33*. Fafo. <https://www.fafo.no/images/pub/2019/20730.pdf>
- Hatling, T. (2021). *Utredning om FACT ung i Norge*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og Nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://napha.no/kunnskapsbasen/25067/utredningen-om-fact-ung-er-levert-til-helsedirektoratet>
- Helsedirektoratet. (2010). *Kunngjøring av tilskuddsordning for etablering av aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT- team) 2010*. Helsedirektoratet. http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner/kunngj_ring_av_tilskuddsordning_for_etablering_av_aktivt_opps_kende_behandlingsteam__act__team__2010_3
- Helsedirektoratet. (2018). Helsedirektoratet (2018). *Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov: NHSP-analyse 3. Rapport IS-2732*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientgrupper-med-omfattende-tjenestebehov>
- Helsedirektoratet. (2022). *Helsedirektoratets rapportering pa# status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023>
- Helsedirektoratet. (2025a). *ACT-, FACT- og FACT ung-team*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
- Helsedirektoratet. (2025b). *Oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/oppfolging-av-voksne-med-behov-for-langvarig-oppfolging-og-sammensatte-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2025c). *Oppfølging av barn og unge med psykiske helseutfordringer og rusmiddelrelaterte problemer*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/oppfolging-av-barn-og-unge-med-psykiske-helseutfordringer-og-rusmiddelrelaterte-problemer>
- Helsedirektoratet. (2025d). *Oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester - tidligere versjoner*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/oppfolging-av-voksne-med-behov-for-langvarig-oppfolging-og-sammensatte-tjenester?tidligere-versjoner>



- Helsedirektoratet. (2025e). *Oppfølging av barn og unge med psykiske helseutfordringer og rusmiddelrelaterte problemer - tidligere versjoner*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/oppfolging-av-barn-og-unge-med-psykiske-helseutfordringer-og-rusmiddelrelaterte-problemer?tidligere-versjoner>
- Huseby, B. M. (2022). *Styringsinformasjon til helsefellesskapene: Del II: Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Rapport IS-3045*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene/Del%20II%20%E2%80%93%20Barn%20og%20unge%20med%20langvarige%20og%20eller%20omfattende%20behov%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>
- Håland, M. E., Lie, T., Nesvåg, S. & Stevenson, B. (2016). *Brukere med rus- og psykiske helseproblemer i norske kommuner. BrukerPlan – statistikk 2015*. Helse Stavanger HF.
- Landheim, A. & Odden, S. (2020). *Evalueringsinformasjon til helsefellesskapene: Sluttrapport*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse (NKROP). https://www.regjeringen.no/contentassets/ee468d7c978c434d9a4d85e4d2b74169/fact_sluttrapport.pdf
- Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A. & Aasbrenn, K. (2017). *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). https://rop.no/globalassets/aktuelt-og-artikler/potensialet_for_act_fact_i_norge.pdf
- Landheim, A., Ruud, T., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K. & Stuen, H. K. (2015). ACT-team – endelig et tilbud som virker. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/act-team-enderlig-et-tilbud-som-virker/272186>
- Lehn, H. (2022). *Styringsinformasjon til helsefellesskapene: Del III: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser*. Rapport IS-3047. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene/Styringsinformasjon%20til%20helsefellesskapene%20-%20rapport%20del%20III%20-%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf>
- Lehn, H. (2024). *Forløp etter døgntilbud i psykisk helsevern for pasienter med alvorlige psykiske lidelser*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forlop-ettersogntilbud-i-psykisk-helsevern-for-pasienter-med-alvorlige-psykiske-lidelser>
- Lie, T. (2007). *Brukere innen psykisk helsearbeid med omfattende og langvarige tjenestebehov - en utredning*. IRIS-rapport 2007/247. IRIS.
- Lønning, T. (2025). *Truer FACT-satsingen kommunal tenkning og tilnærming?* Kommunal Rapport. <https://www.kommunal-rapport.no/meninger/truer-fact-satsingen-kommunal-tenkning-og-tilnaerming/798767>
- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Meld. St. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>



- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). (2014). *Utpøving av ACT-team i Norge: hva viser resultatene?* Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2497179>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). (2018). *Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/etablererguide_act_fact.pdf
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). (2024). *Et estimat av behovet for FACT voksen- og FACT ung-team i Norge*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Nord-Baade, S. (2022). *FACT Ung Modellbeskrivelse*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). <https://napha.no/multimedia/12118/FACT-ung-modellbeskrivelse>
- Norges forskningsråd. (2016). *Evalueringsav samhandlingsreformen*. Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2023). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. <https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/endeligrapport2023.pdf>
- Riksrevisjonen. (2025). *Dokument 3:5 (2024-2025) Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser*. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2024-2025/helse--og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidige-rusmiddellidelser-og-psykiske-lidelser.pdf>
- Ruud, T. (2012). *Evalueringsav 12 ACT-team. Midtveisrapport*. KoRus-Øst, Sykehuset Innlandet HF. Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (IS-1554)*. Sosial- og helsedirektoratet. <https://issuu.com/issuumia/docs/name740ea4>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- St.prp. nr. 63 (1997–98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Strand, G., Møller, T. O., Hatling, T., Evensen, G. & Christensen, L. (2024). *FACT-håndboka: Etablerings- og driftshåndbok for FACT-team*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://napha.no/multimedia/11693/FACT-handboka>
- Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen*. 2. utgave. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). <https://rop.no/globalassets/litteratur/act-handbok.pdf>

Aakerholt, A. (2023). *FACT Modellbeskrivelse*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://napha.no/multimedia/12114/FACT-modellbeskrivelse>

