

# Statusrapport

Følgeevaluering av modeller for tjenestesamhandling  
mellom arbeid og helse

### **Kunnskap for et bedre samfunn**

I Oxford Research utvikler vi kunnskap for et bedre samfunn ved å kombinere kompetansen vår innen forskning, strategi og kommunikasjon.

Vi gjennomfører undersøkelser, analyser og evalueringer på tvers av fagområder og på en rekke tematiske felt, inkludert nærings- og regionalutvikling, velferdsområdet, arbeidsmarkeds- og utdanningsområdet samt innen forsknings- og innovasjonssystemer.

Vi legger til rette for implementerings- og endringsprosesser basert på utfallet av utredningene og analysene våre.

Oxford Research AS ble etablert i Norge i 2004, og inngår i en rekke Oxford Research-selskaper. Selskapene har felles visjon og samarbeider der det gir merverdi for våre oppdragsgivere.

### **Vi er miljøfyrtårnsertifisert**

Miljøfyrtårn er et anerkjent og effektivt verktøy for sertifisering og miljøledelse, og Norges mest brukte sertifikat for virksomheter som vil dokumentere sin miljøinnsats og vise samfunnsansvar. Som Miljøfyrtårn bidrar vi også til å oppnå flere av FNs bærekraftsmål.

### **Oxford Research AS**

Østre Strandgate 12  
4610 Kristiansand  
Norge  
(+47) 40 00 57 93  
[post@oxford.no](mailto:post@oxford.no) [www.oxford.no](http://www.oxford.no)



**The Venn-diagram** is a stylistic representation of Oxford Research's efforts to combine competences in research, strategy and communication, in providing knowledge for a better society.

### **Oppdragsgiver**

Arbeids- og velferdsdirektoratet og  
Helsedirektoratet

### **Prosjektperiode**

September 2024 – Desember 2025

### **Prosjektledelse**

Sjefsanalytiker Ph.d. Frode Bjørgo  
(prosjektleder)  
Senioranalytiker Iselin Bøge Rom  
(ass. prosjektleder)

### **Prosjektteam**

Senioranalytiker Morten Grønås-Werring  
Senioranalytiker André Olsen  
Senioranalytiker og doktorgradsstipendiat  
Silje Hjelmeland

### **Kvalitetssikrer**

Administrerende direktør Rune Stiberg-  
Jamt

### **Ekspert**

Professor Janne Irén Paulsen Breimo  
Professor og psykologspesialist Atle  
Ødegård  
Spesialist i allmenntilleggsmedisin og  
doktorgradsstipendiat Cathrine  
Abrahamsen



# Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Beskrivelser av pilotene</b> .....	<b>1</b>
2.1 Modell 1: Systematisk samarbeid mellom Nav og Rask psykisk helsehjelp (RPH) .....	2
2.2 Modell 2: Samarbeid mellom Nav, kognitiv terapeut og fastlege .....	17
2.3 Virkningskjeden i lys av eksisterende kunnskap .....	28
<b>3. Tjenstedesign og bistand fra direktoratene</b> .....	<b>37</b>
<b>4. Analyse, vurderinger og anbefalinger</b> .....	<b>39</b>
4.1 Forskjeller og likheter mellom pilotene.....	39
4.2 Om måling av resultater .....	45
4.3 Vår vurdering av bistanden fra Halogen og direktoratene .....	45
<b>5. Litteraturliste</b> .....	<b>49</b>
<b>1. Vedlegg 1: Statusmåling</b> .....	<b>53</b>
1.1 Status for tjenestesamhandling.....	53
1.2 Hemmere og fremmere for samhandling .....	54

# 1. Introduksjon

Denne rapporten er første leveranse i vår følgeforskning av modeller for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse. Rapporten skal brukes til læring i pilotene og for direktoratenes rapportering til departementene. Leveransen består av følgende deler: 1) Beskrivelser av pilotene i form av virkningskjeder, 2) vurdering av modellenes intervensjon i lys av eksisterende kunnskap, 3) pilotenes opplevelser av bistanden fra de nasjonale aktørene, og 4) våre vurderinger av arbeidet hittil og anbefalinger for videre pilotering.

Innholdet og vurderingene i denne rapporten er basert på en gjennomgang av pilotenes søknader. Videre har vi gjennomført intervjuer med alle prosjektledere og utvalgte aktører fra tjenesteledet, samt gjennomført en statusmåling. Funnene fra statusmålingen presenteres i vedlegg 1. Formålet med statusmålingen var å få informasjon om status for tjenestesamhandlingen mellom arbeid og helse i forkant av piloteringen. Til tross for informasjon om målingen og gjentatte purringer, mottok vi kun 30 fullstendige besvarelser. Videre tilhører respondentene i hovedsak Nav-kontor. Statusmålingen gir derfor et begrenset datagrunnlag, som det ikke gir mening å gjøre ytterligere analyser av.

Vi deltok også på siste samling, 26. og 27. november. Vi vil bemerke at mange av pilotene på intervjudtidspunktet var på et tidlig stadium i sin idéutvikling. Søknadene bærer også (naturlig nok) preg av stor optimisme, kombinert med begrenset informasjon om konkrete grep og mulige fallgruver for piloteringen. Beskrivelsene av pilotene og våre vurderinger må ses i lys av dette – de baserer seg på pilotenes intensjoner og planer i forkant av piloteringen, ikke empiri og resultater.

## 2. Beskrivelser av pilotene

Arbeids- og velferdsdirektoratet skal i samarbeid med Helsedirektoratet innføre og teste ut modeller for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse. Målet er å tilby en tidlig, samtidig og koordinert oppfølging av pasienter med lettere og moderate psykiske plager og/eller muskel- og skjelettplager og rusproblematikk, som har behov for samtidig bistand fra Nav og kommunal helsetjeneste. Ved hjelp av samarbeidsmodellene skal pasienter i målgruppen tilbys rask støtte til å bli stående i jobb eller utdanning, og unngå eller forkorte sykefravær.<sup>1</sup> Målet er at pasienter og brukere skal oppleve et mer helhetlig

---

<sup>1</sup> Kravspesifikasjonen.

og koordinert tjeneste tilbud ved å innføre systematikk i samhandlingen, bedre helsetilstand og mestrings- og arbeidsevne, og raskere retur til arbeid.<sup>2</sup>

Ved hjelp av et bredt kunnskapsgrunnlag om erfaringer fra andre utprøvinger og kunnskap om tjenestesamhandling mellom arbeid og helse, landet direktoratene på utprøving av to ulike modeller, som skal testes på lokalt nivå. Begge modellene bygger på helhetlig kompetanse om arbeid og psykisk helse. Kognitiv terapi med jobbfokus og arbeidsrettet oppfølging står sentralt i arbeidet. Både modell 1 og 2 involverer Nav-veileder og påkobling av Navs øvrige tjenesteapparat. Samlokalisering er også et fellestrekk, men det varierer i hvilken grad tjenestene faktisk er samlokalisert. Det er også forskjeller mellom pilotene når det gjelder fastlegenes rolle og finansiering av fagressursene. Det samme gjelder behandlingstilbudet for personer med psykiske plager, som kan variere i tråd med tilgjengelige tilbud og ulike individuelle problemer. I modell 2 vil graden av fastleges og kognitiv terapeuts involvering være ulik, avhengig av den enkeltes utfordringer.<sup>3</sup>

Vi vil i det følgende bruke såkalte virkningskjeder til å beskrive modellene og hver av de ni pilotene. Beskrivelsene baserer seg på en gjennomgang av pilotenes søknader og kvalitative intervjuer med prosjektlederne i piloten og samarbeidsaktører. I tillegg har vi deltatt på samlingen 26. og 27. november.

## 2.1 Modell 1: Systematisk samarbeid mellom Nav og Rask psykisk helsehjelp (RPH)

Våren 2024 sendte AVdir en interessemelding til Nav fylker/Nav-kontorer i forbindelse med Modell 1 om samarbeid mellom Nav og RPH. Eventuelle piloter måtte oppfylle følgende kriterier:

- 20.000 innbyggere eller flere (for å sikre et stort nok bruker- og pasientgrunnlag)
- Kommunen må ha et RPH-tilbud som er formalisert gjennom en samarbeidsavtale/intensjonsavtale.
- Kommunen må ha egnede lokaler til samhandling
- Kommunen må benytte jobbfokusert, kognitiv terapi som metode
- Kommunen må ha tydelig lederforankring og en lokal prosjektleder til å følge opp implementering, fremdrift og rapportering til oppdragsgiver, samt bidra med sine erfaringer inn i nasjonal fagutvikling og delta på erfaringsamlinger.

---

<sup>2</sup> Prosjektets mål: 231214, *Prosjektplan – pilotering av modeller 2024* (Teams).

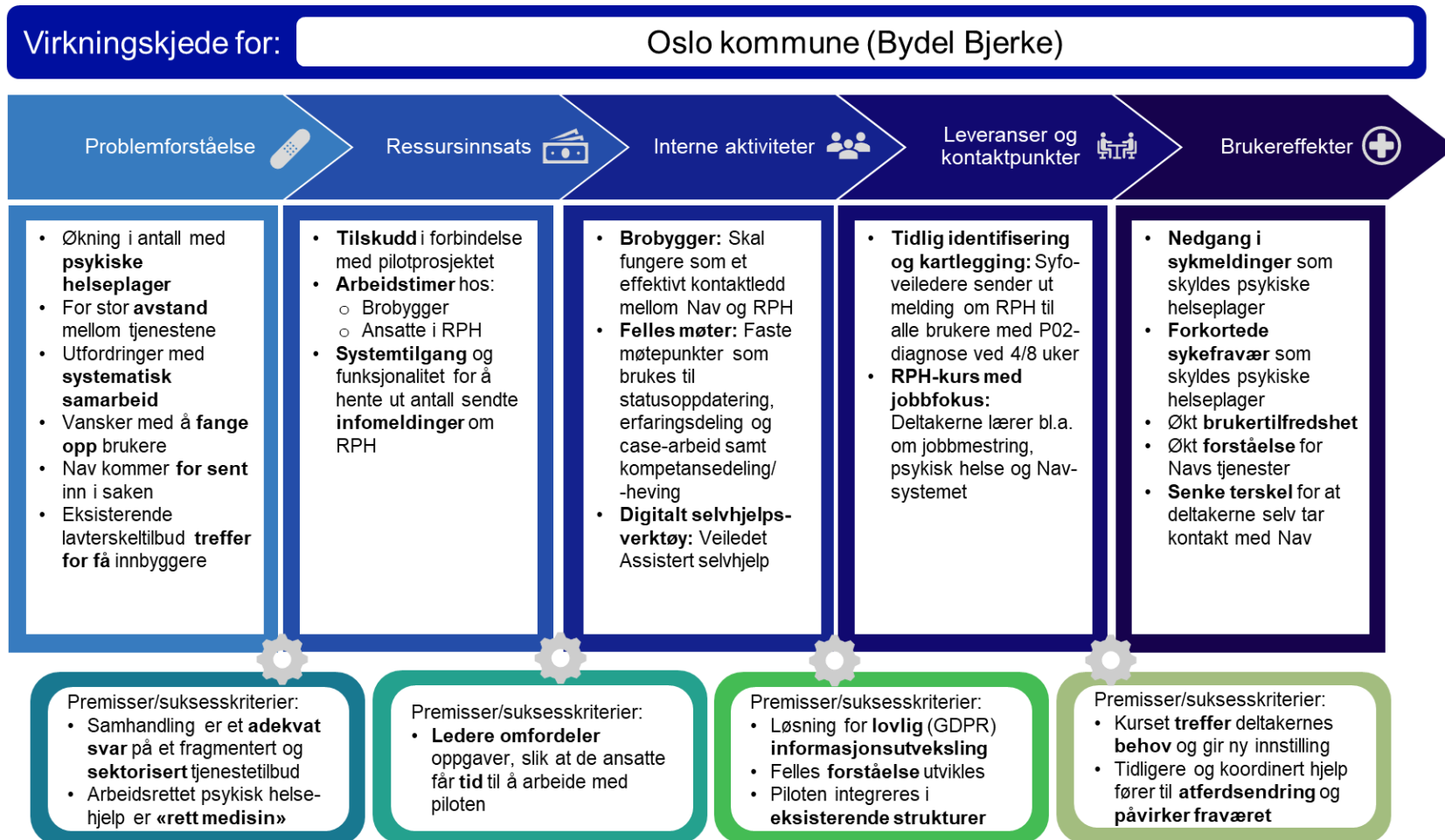
<sup>3</sup> Rapport om utprøving av modeller for tjenestesamhandling – november 2022 (Teams)

Bydel Bjerke i Oslo, Fredrikstad, Kristiansand, Nesodden og Tromsø kommune fikk alle midler til ett årsverk (946.000 kroner for 2024) for utprøving av modellen, herunder prosjektledelse, administrasjon og lønn. Midlene skal fortrinnsvis dekke utgifter til en Nav-veileder, som også kan være prosjektleder i egen kommune. Kommunene har stått fritt til å vurdere om midlene også skal dekke utgifter RPH får som følge av piloteringen.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Interesseutlysning NAV og RPH (Teams)

## 2.1.1 Bydel Bjerke



Bakgrunnen for piloten til bydel Bjerke er todelt. For det første står mange av bydelens innbyggere i fare for å falle ut av arbeidslivet på grunn av psykiske plager. For det andre har det vært en økning i antall søkere til RPH. Det vises også til utfordringer rundt systematisk samarbeid mellom tjenestene, vansker med å fange opp brukere og utfordringer som skyldes at Nav kommer for sent inn i sykefraværsoppfølgingen. Seksjon for psykisk helse og rus i kommunen har nylig etablert et arbeidsrettet tilbud. Tilbudet treffer likevel for få innbyggere. I pilot for tjenestesamhandling vil bydelen bygge videre på erfaringer gjort gjennom utprøving av dette arbeidsrettede tilbudet. Parallelt med piloten foregår også en annen utprøving («YT Bjerke»), som er et lavterskeltreffpunkt for personer i RPH sin målgruppe. Denne målgruppen er sammenfallende med pilotens målgruppe: personer med milde til moderate psykiske plager.

Piloten innebærer et strukturert samarbeid mellom Nav Bjerke og Seksjon psykisk helse og rus. Tilskuddet vil brukes til å fristille eksisterende ressurser i tjenestene.

For å fange opp brukere tidlig, har RPH allerede tatt i bruk et nytt kartleggingsskjema som inneholder informasjon om jobbsituasjon, hvorvidt bruker er i kontakt med Nav og navn på veileder. Det bes i tillegg om samtykke fra bruker til at RPH kan opprette dialog med Nav. Nav-veileder sender et informasjonsbrev til den sykmeldte om RPH senest ved åtte ukers sykefravær. Under kartleggingssamtalen med bruker informerer tjenestene også om andre relevante tiltak i bydelen, som YT Bjerke.

Et annet tiltak som skal testes gjennom piloten er RPH-kurs med mestring og jobbfokus, ved RPH, psykolog i Nav og Syfo-veileder i Nav. Kurset vil omhandle arbeid og psykisk helse, stresshåndtering, jobbmestring, planlegging av tiden framover og Nav-systemet. En arbeidsgruppe skal starte utviklingen av kursinnholdet i januar. Kurset skal testes ut i mai, men den øvrige brukeroppfølgningen er planlagt startet opp i januar.

Det skal videre etableres en «brobygger» på tvers av tjenestene. Brobyggeren skal styrke kontakten mellom Nav og RPH. Det er foreløpig ikke avklart hvem som skal inneha denne funksjonen, men en beslutning ventes i løpet av januar. Brobyggeren vil blant annet ha ansvaret for kompetanseheving på tvers av tjenestene (for eksempel ved nyansettelser), og vedkommende kan også være en sparringspartner i enkeltsaker. For at denne funksjonen skal fungere, må vedkommende ha systemtilgang på tvers av tjenestene. Det skal også etableres en samarbeidsavtale mellom Nav og RPH om brobyggerens rolle, og det skal utarbeides rutiner og beskrivelser av brobyggerens oppgaver.

Piloten planlegger for flere grep som skal øke tjenestenes kunnskap om hverandres arbeidsmetoder. Ved nyansettelser i tjenestene skal brobyggeren gi opplæring om den andre tjenesten, og tjenestene skal invitere hverandre inn i relevante læringsarenaer. Det skal også arrangeres et årlig informasjonsmøte om tjenestene, samt gjennomføres løpende, felles møter om brukeroppfølgning. Disse tiltakene vil kreve tid, både til

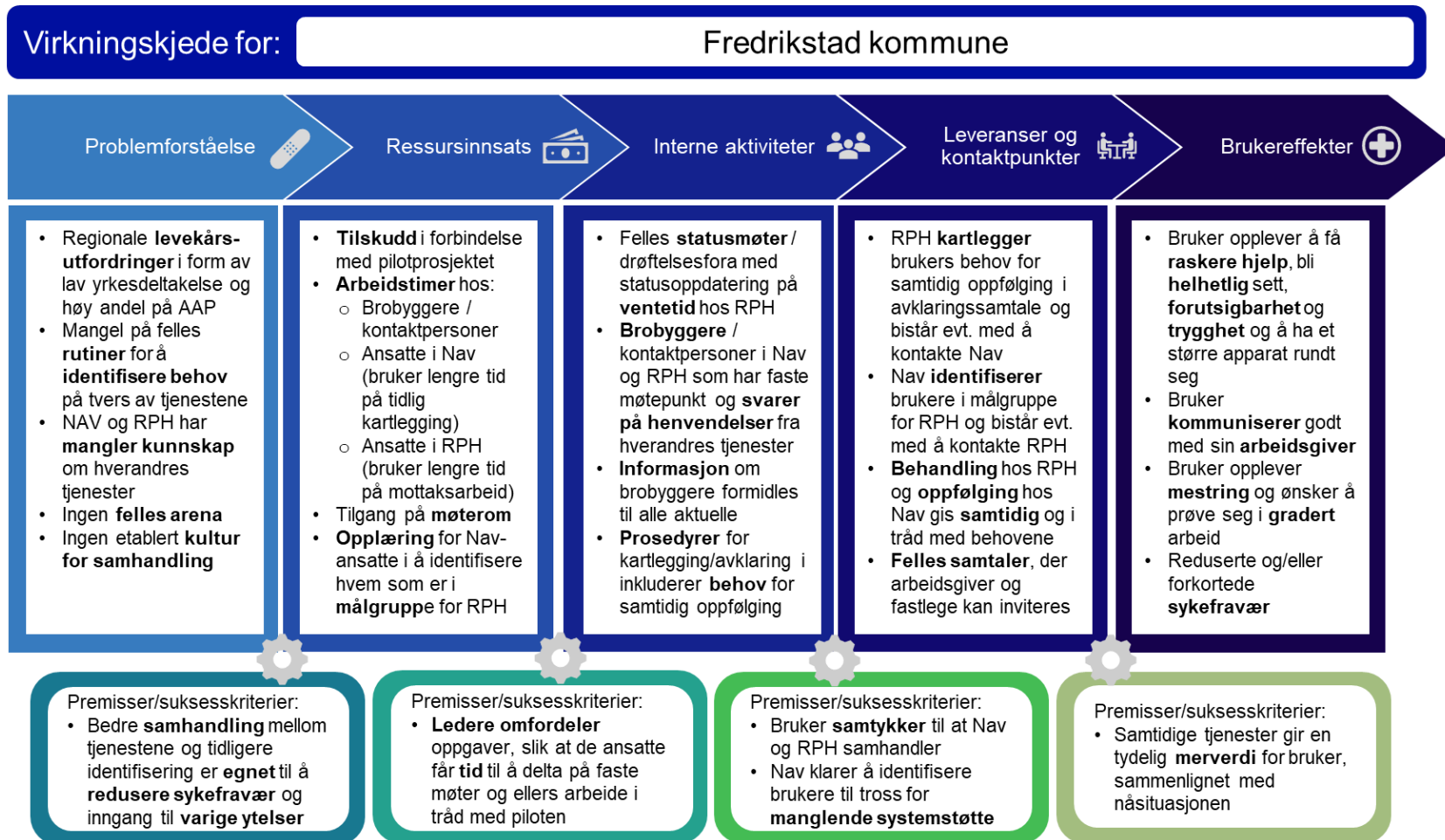


opplæring og møtedeltakelse. Grepene for kunnskapsheving på tvers av tjenestene vil spesifiseres i den nevnte samarbeidsavtalen.

Appen «Assistert selvhjelp» skal også benyttes internt i tjenestene for å øke Seksjon psykisk helse og rus og Navs kompetanse på kognitiv terapi. Bruk av appen vil koste noe, og det vil også være behov for godkjenning dersom appen etter hvert også skal benyttes av brukere.

Gjennom de skisserte grepene er målet at Nav og RPH tidligere skal få oversikt over felles brukere. På den måten kan brukeropfølgingen samordnes. Det er videre en målsetting at tjenestene i større grad skal kjenne til hverandres mandat og roller, ha felles mål og god dialog. Slik skal man hjelpe flere innbyggere i bydelen til arbeid, arbeidstrening eller utdanning, unngå sykmeldinger og forbedre innbyggernes livskvalitet. Det er også et mål å senke innbyggernes terskel for å kontakte Nav.

## 2.1.2 Fredrikstad



Bakgrunnen for piloten til Fredrikstad er regionale levekårsutfordringer, herunder lavere yrkesdeltakelse og høyere andel av innbyggerne på arbeidsavklaringspenger enn i resten av landet. Målgruppen for piloten er personer under 30 år, med lette til moderate psykiske lidelser, samt personer med muskel- og skjelettplager og personer med søvnvansker og begynnende rusutfordringer.

Midlene vil benyttes til å frikjøpe en Nav-veileder fra «Nav ung-teamet» og en ressurs i RPH som kan dedikere noe tid til piloten. Av planlagte aktiviteter i piloteringen skal Nav, ved Syfo-veiledere delta i faste møter med RPH. Møtepunktene skal være rutinemessige og obligatoriske. Hyppigheten på dialogen vil imidlertid avhenge av den enkeltes behov og kan derfor variere. Formålet med møtene er å identifisere felles brukere, drøfte anonymiserte enkeltsaker og øke kunnskapen om hverandres tjenester. Til denne aktiviteten trenger piloten et møterom.

Videre er et grep i piloten såkalte «brobyggere» mellom tjenestene. De frikjøpte ressursene i Nav og RPH har ansvaret for å utnevne én brobygger per tjeneste. Alle i tjenestene skal få informasjon om hvem brobyggerne er. Formålet er at tjenestene i stort skal øke sin kjennskap til hverandre, at antallet feilhenvendelser skal reduseres og at avklaringer av brukere kan skje raskere. Tiltaket krever at brobyggerne setter av tid til koordineringsarbeidet.

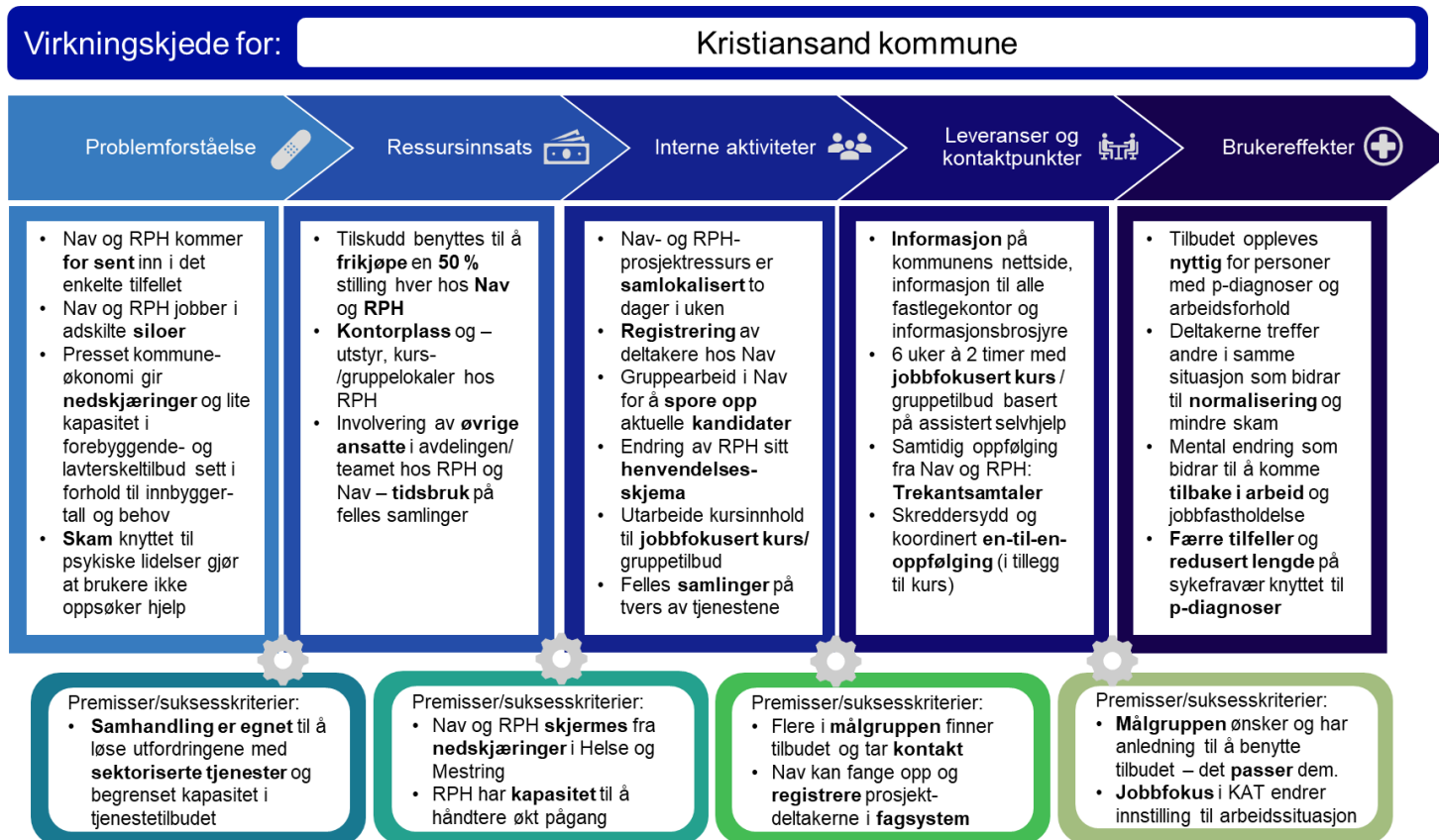
Det skal også etableres rutiner for å identifisere aktuelle brukere. Mottaksteamet i RPH vil kartlegge om nye brukere har behov for samtidig oppfølging fra Nav. Tilsvarende vil Syfo-veiledere i Nav kartlegge om bruker også har behov for bistand fra RPH. Målet er å starte samtidig oppfølging på et tidligere tidspunkt. Dette tiltaket krever at tjenestene har tilstrekkelig kompetanse om hverandres tjenestetilbud. Tjenestene skal derfor dele telefonlister med hverandre for å senke terskelen for kontakt. Piloten skal videre utarbeide et samtykkeskjema til bruker for dialog mellom tjenestene. Nav Øst-Viken vil i tillegg stille ressurser til disposisjon for videreutdanning og veiledning av Nav-ansatte innenfor den metodiske tilnærmingen som benyttes i Senter for jobbmestring.

Piloten ønsker også å undersøke mulighetene for at det informeres om piloten og RPH i opplæring av fastleger. Tilsvarende er det ønskelig at det informeres om Nav i RPH sine interne kurs. De vil også utarbeide en skriftlig brosjyre med informasjon om Nav, som terapeutene ved RPH kan dele ut. Videre ønsker piloten å utarbeide en skriftlig veileder til hjelp i identifiseringen av felles saker. Det er også et ønske at RPH får kontaktinformasjonen til økonomiske rådgivere i Nav, da brukerne av den økonomiske rådgivningstjenesten sammenfaller med brukerne til RPH.

Målet med piloten på tjenestenivå er å etablere et bærekraftig samarbeid mellom tjenestene, også i «lettere saker» hvor personer står i fare for eller nylig er blitt sykmeldt.

Hittil har tjenestene i hovedsak samarbeidet om tyngre saker. Det er også et mål å redusere tjenestenes skepsis til hverandre. På brukernivå er målet å redusere sykefravær og bidra til raskere tilbakeføring til arbeid.

### 2.1.3 Kristiansand



Bakgrunnen for piloten i Kristiansand er et behov for bedre samhandling om arbeids- og helserettede tjenester. De ansatte i RPH er preget av mye sykefravær, kombinert med stor pågang på tjenesten og begrensede ressurser til brukeroppfølging i kommunen for øvrig. Målgruppen for piloten sammenfaller med målgruppen til RPH: Personer som har et arbeidsforhold, men som strever med lette til moderate psykiske lidelser og derfor står i fare for å bli sykmeldt, eller befinner seg tidlig (under 12 uker) i et sykmeldingsforløp.

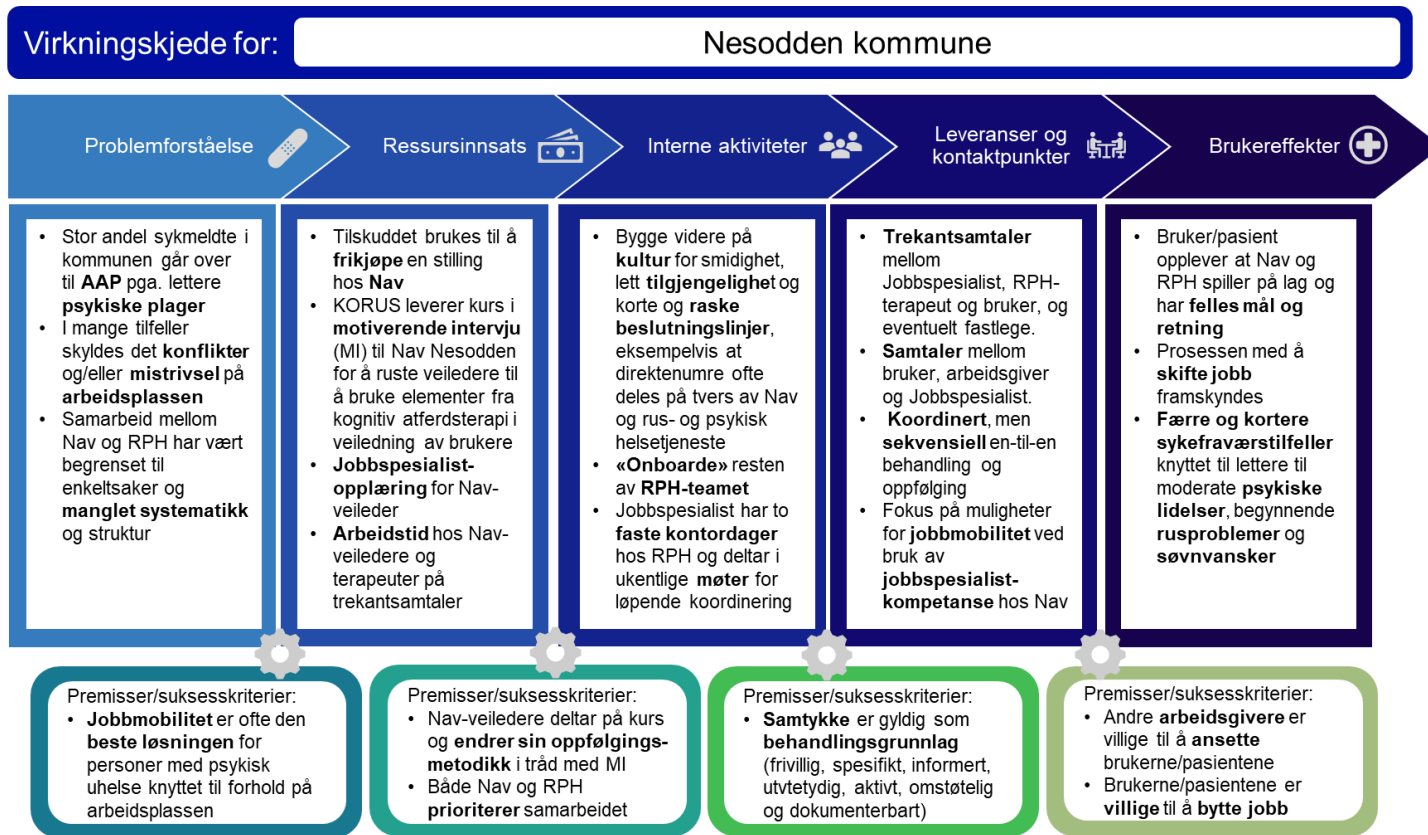
Midlene fra direktoratet skal brukes til at Nav og RPH får 50 % frikjøp av hver sin stilling. Disse stillingsressursene skal samlokaliseres to dager i uken. Piloten skal utarbeide en plan for hva Nav-veileder og kognitiv terapeut skal arbeide med de dagene de sitter sammen. Av ressurser til gjennomføringen kreves kontorplass og utstyr. Videre trengs systemstøtte for å kunne identifisere brukere på tvers av tjenestene, som er aktuelle for piloten.

Innbyggere som søker etter RPH på nett, vil få direkte kontaktinformasjon til Nav-veilederen og den kognitive terapeuten som inngår i piloten. Piloten utforsker også mulighetene for at Nav kan få varsel i Modia når fastlegen registrerer noen i pilotens målgruppe. RPH skal også justere sitt henvendelsesskjema for pasienter, slik at skjemaet kan brukes for å fange opp brukere til piloten. Piloten skal i tillegg gjennomføre en workshop der identifiseringsstrategi og henvendelsesskjemaet skal være tema. Det skal også utarbeides informasjonsbrosjyrer, blant annet til fastlegekontorer i kommunen. Syfo-veilederne vil bruke sine relasjoner til bedrifter for å spre informasjon om piloten. Piloten planlegger i tillegg allmøter med kommunens arbeidsgivere for å øke kjennskapet til piloten.

Aktuelle brukere for piloten vil gjennom kartleggingen hos RPH bli forelagt samtykkeskjema om informasjonsdeling mellom tjenestene. Brukerne skal deretter motta skreddersydd og samtidig oppfølging av Nav og RPH. Tjenestene skal sikre helhetlig oppfølging gjennom ukentlige avtaler/møtepunkter. Dette kommer i tillegg til dagene med samlokalisering. En annen sentral aktivitet i piloten til Kristiansand er kurs (basert på assistert selvhjelp), som RPH skal arrangere. Et oppfølgingsløp vil bestå av seks kurs, av to timer per, i tillegg til den individuelle oppfølgingen. Kurset krever lokaler hos RPH, og kursinnhold skal landes innen planlagt kursoppstart 23. januar.

De nevnte aktivitetene skal samlet sett medføre at tjenestene i større grad snakker om og er bevisste på hverandre. Slik skal også arbeidsgivere få økt kjennskap til piloten, som igjen vil spre informasjonen om piloten til sine ansatte/personer i målgruppen. Modellen skal også sørge for at Nav agerer raskere på meldinger fra fastlegene og kobler på RPH ved behov. Piloten skal slik sett tilrettelegge for tidlig, samtidig, koordinert og mer treffsikker brukerinnsats. Et annet mål er å gjøre det mindre skamfullt for innbyggere å benytte seg av tjenestene.

## 2.1.4 Nesodden



Bakgrunnen for piloten i Nesodden er at en stor andel sykmeldte i kommunen går over til arbeidsavklaringspenger, ofte som følge av lettere psykiske plager. Dette skyldes i mange tilfeller konflikter eller mistriivsel på arbeidsplassen. Jobbmobilitet står sentralt i piloten. Ved behov for jobbskifte skal prosessen foregå så raskt som mulig. Pilotens målgruppe er personer med lette til moderate psykiske lidelser som allerede mottar behandling av RPH og som også vurderes til å ha behov for arbeidsrettet oppfølging fra Nav. Tjenestene har gode tradisjoner for samarbeid, og RPH beskrives å ha vært velfungerende siden det ble etablert i 2015. Kommunen har også deltatt i fastlegeprosjektet, og bygger videre på disse erfaringene i arbeidet med piloten.

Midlene fra direktoratet er benyttet til å frikjøpe en Jobbspesialist i Nav som har to faste, halve kontordager hos RPH. Utover de faste dagene, kan jobbspesialist møte opp hos RPH ved behov. Jobbspesialisten deltar også på ukentlige møter med terapeutene i RPH. Jobbspesialistens tilstedeværelse hos RPH skal muliggjøre tidlige avklaringer av brukeres rettigheter og muligheter, så vel som å sikre samlet brukeroppfølging. Tilbakemeldingene fra RPH så langt er at det oppleves smidig og velfungerende å ha enkel tilgang til en Nav-veileder. Piloten har også intervjuet noen av brukerne som har fått helhetlig oppfølging. Brukerne som er intervjuet opplever at tjenestene snakker sammen, har felles mål og spiller på lag.

Jobbspesialisten fungerer også som del av Nav-kontorets jobbspesialist-team. På den måten drar piloten nytte av felles markedsarbeid i Nav-kontoret. Tilskuddet benyttes også til felles fagutviklingstiltak mellom Nav og RPH. I tillegg har alle Nav-veilederne så langt blitt tilbudt kurs i motiverende intervju. Dette skal øke veilederens kompetanse om kognitiv atferdsterapi.

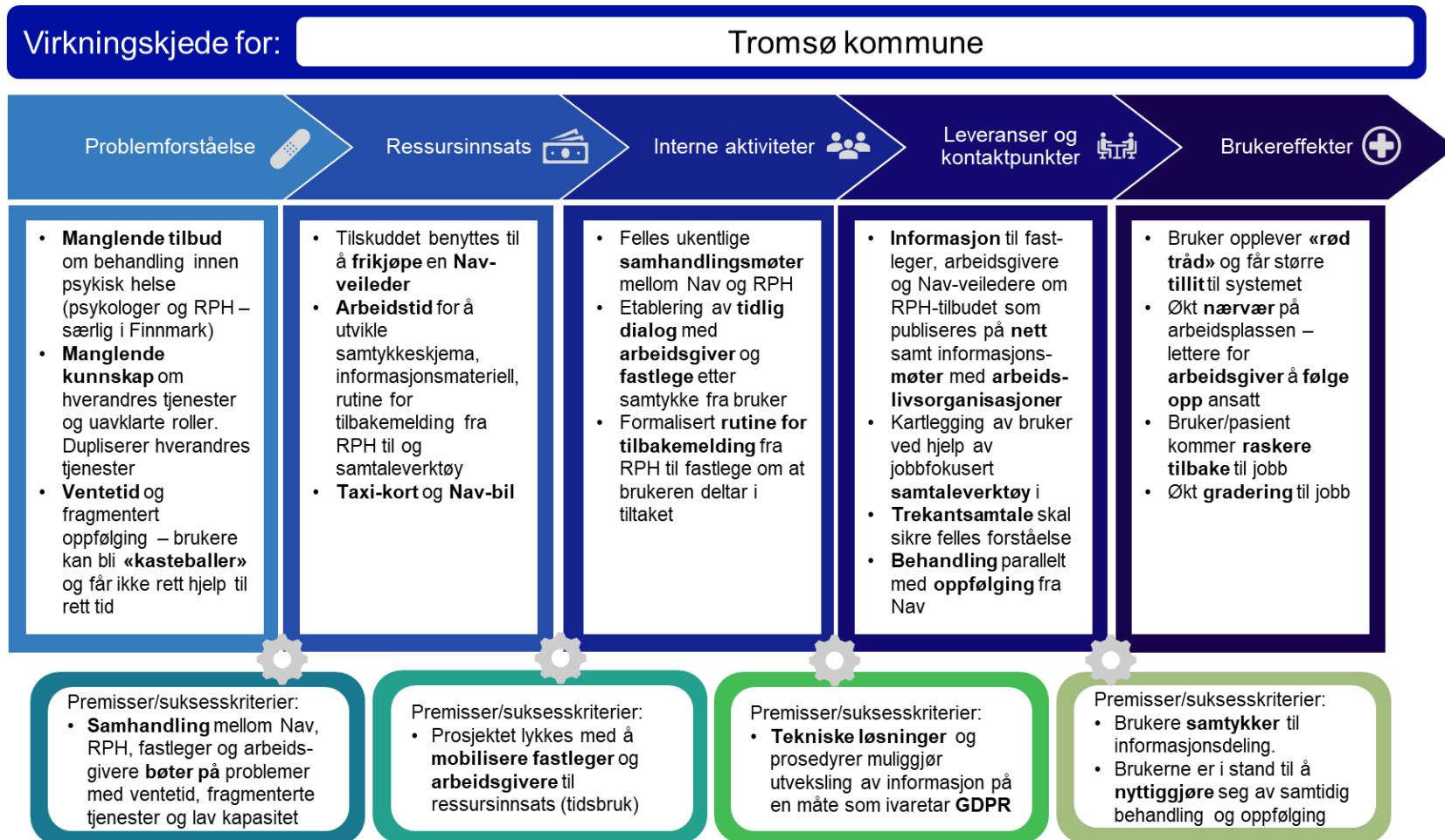
Brukerinntaket i piloten skjer via terapeutene i RPH. Deretter trekkes Jobbspesialist v/Nav inn der RPH vurderer det som hensiktsmessig. RPH er gitt dette ansvaret for å sikre at bruker er i RPHs målgruppe, og fordi bruker ved å selv ha kontaktet RPH vurderes som motivert nok for deltakelse i piloten. Dersom terapeuten får skriftlig samtykke fra bruker til å opprette dialog med Nav, inviteres pasienten til en felles samtale med RPH og Nav for å avklare muligheter og forventninger til oppfølgingen. Brukeroppfølgingen koordineres i det videre mellom Jobbspesialist og terapeut i RPH. Ved behov tar RPH også kontakt med brukers fastlege. Det gjennomføres i tillegg møter mellom bruker, arbeidsgiver og Jobbspesialist. Ved endt oppfølging gjennomføres en avslutningssamtale mellom bruker og Jobbspesialist eller kognitiv terapeut.

Piloten skal bryte silotankegangen mellom tjenestene. Dette innebærer god dialog mellom tjenestene om felles brukere, smidighet, lett tilgjengelighet og korte og raske beslutningslinjer. Piloten skal på denne måten sikre brukerne helhetlig oppfølging. Det skal i sin tur redusere sykefravær og bidra til tilbakeføring til arbeid.



Aktørene var klare til å starte piloteringen allerede ved oppstartsmøtet i april, og er derfor allerede i gang med brukeropfølging etter modellen. Per 29. oktober har piloten hatt 25 brukere. Per 16.12 er ni brukere avsluttet. Fire av disse gikk ut i jobb, to begynte å studere og de resterende tre mottar ytelse fra Nav.

## 2.1.5 Tromsø



Tromsø-pilotens aktører opplever at RPH mangler arbeidsfokus og at Nav ikke har tilstrekkelig arbeidsgiverkompetanse. En annen utfordring er at Navs oppfølging av sykmeldte er for snever. Målgruppen for piloten er personer under 30 år som henvises til RPH fra fastlege eller Nav. Tjenestene i piloten kan vise til tidligere erfaringer med tjenestesamhandling gjennom blant annet «HelseIArbeid» og Senter for jobbmestring. De ser likevel et stort potensial i å videreutvikle og styrke tjenestesamhandlingen gjennom piloten. Opprinnelig rettet piloten søkelyset mot samarbeidet mellom Nav og RPH. Etter hvert ble også fastleger og arbeidsgivere involvert i større grad.

Tilskuddet skal benyttes til frikjøp av en Nav-veileder. Nav-veilederen er allerede til stede fysisk hos RPH to til tre dager i uken og deltar i faste, ukentlige møter med dem. Målet er at Nav-veilederen på sikt skal arbeide fra RPHs lokaler så ofte han kan. På den måten kan tjenestene komme tidligere i gang med helhetlig brukeroppløsing. Nav og RPH skal utarbeide en samarbeidsavtale til dette formålet. Det skal også utvikles en rutine for informasjons- og kompetanseutveksling på tvers av tjenestene. Piloten må imidlertid få på plass en teknisk løsning for informasjonsdeling.

Når bruker er identifisert, skal det etableres tidlig dialog mellom Nav og RPH, og eventuelt med arbeidsgiver og/eller fastlege. RPH er ansvarlige for dialogen med fastleger. Målet er å sikre en tidlig rolleavklaring mellom tjenestene, og avklare om det er behov for å involvere flere tjenester. Dette krever samtykke fra bruker og tid til opplæring og informasjonsdeling. Videre skal det utvikles et systematisk og jobbfokusert samtaleverktøy for dialogen med bruker, som alle tjenestene og arbeidsgiver skal ta i bruk. Samtaleverktøyet skal testes og evalueres jevnlig. Det skal også utvikles et samtaleverktøy til fastlegene, hvor første spørsmål ved sykmelding er om pasienten har snakket med sin arbeidsgiver i forbindelse med årsakene til sykmeldingen. Fastlegene vil også få tilbud om å delta i halvårlige prosjektmøter med Nav og RPH, for å skape felles forståelse for både rutiner, målgruppe, behandlingsmetode og sykmeldingspraksis.

Piloten planlegger videre å utvikle og spre informasjon om prosjektet til aktuelle tjenester, herunder fastleger, arbeidsgivere og rådgivende leger og psykologer i Nav og Mental Helse ung. Målet er at potensielle brukere skal få kjennskap til tilbudet. Det planlegges både for brosjyrer, presentasjoner og informasjon på kommunens nettsider. Midlene skal også benyttes til felles fagutviklingstiltak mellom Nav, RPH og fastlegene. Piloten har videre satt av en stillingsressurs på fem prosent til prosjektkoordinering.

I tjenesteledet skal piloten bidra til samordning, systematikk og helhetlig og koordinert oppfølging av felles brukere. Piloten skal gi økt arbeidsfokus hos RPH, slik at terapeutene parallelt med kognitiv terapi vektlegger den helsemessige verdien av arbeid. Tjenestenes tilnærming til arbeid og helse er tenkt å påvirke arbeidsgivers fokus i sykefraværsoppfølgingen. I tillegg skal piloten øke tjenestenes samlede kompetanse og gi

bedre oversikt over den samlede verktøykassen. Piloten er også ment å skape mer positivitet i tjenestene og redusere gjentakende problemstillinger.

Fra brukerperspektivet skal piloten redusere sykefravær og bidra til raskere tilbakeføring i arbeid, samt øke mestringsfølelsen hos bruker. Målet er også at pasienten etter besøk hos fastlegen skal tenke at løsningen ligger på arbeidsplassen framfor i en sykmelding og derfor være motivert til å prate med arbeidsgiver.

## 2.2 Modell 2: Samarbeid mellom Nav, kognitiv terapeut og fastlege

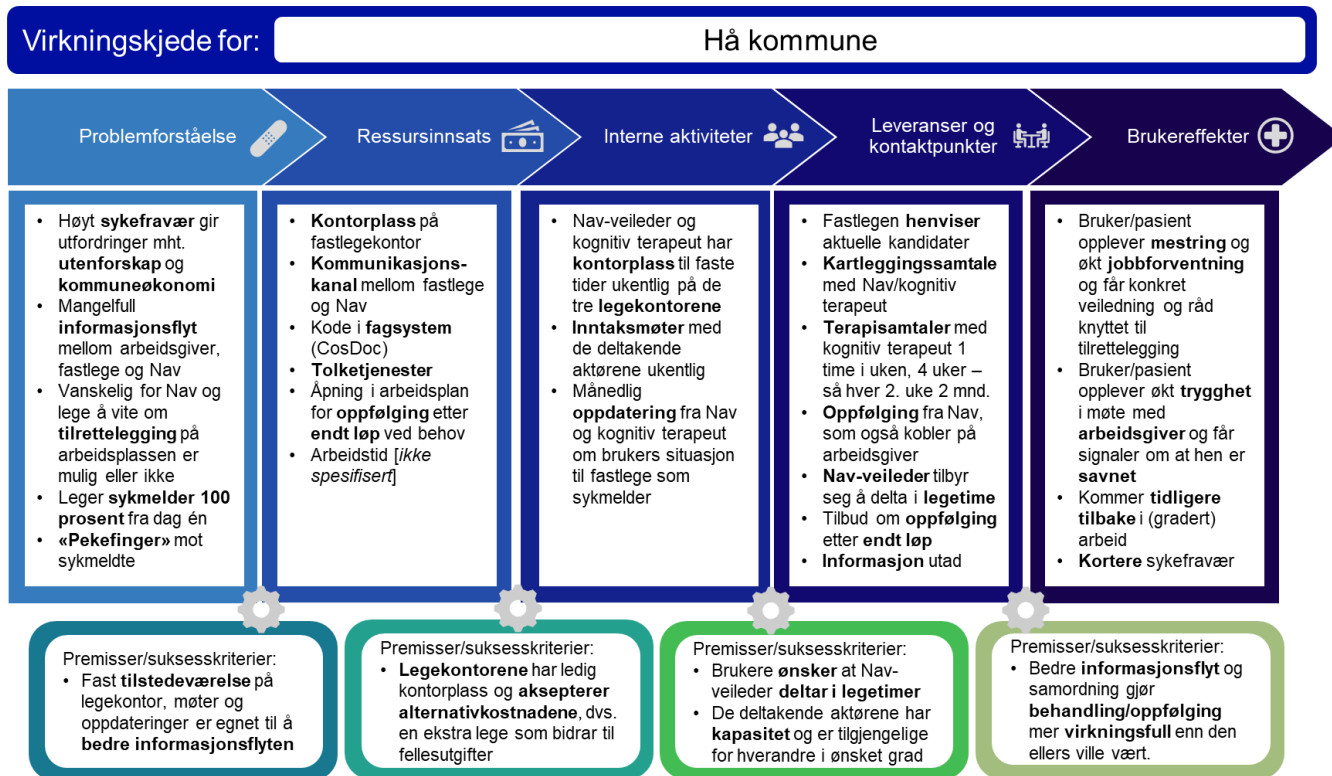
Våren 2024 lyste Helsedirektoratet ut en tilskuddsordning til samarbeid mellom fastlegekontor, kognitiv terapeut og Nav. Denne samarbeidskonstellasjonen utgjør modell 2. I tillegg mottar kommunene som tildeles tilskudd, midler fra AVdir til ett årsverk.

Krav til søkere var at aktuelt fastlegekontor har minst fem fastleger og at det er eller skal utarbeides et trepartssamarbeid mellom kommune, fastlegekontor og Nav. Samarbeidet skal være formalisert gjennom en samarbeidsavtale/intensjonsavtale. Tiltaket skal ha jobbfokus og basere seg på jobbfokusert kognitiv terapi som metode. I tillegg skulle søknadene inneholde beskrivelser av:

- Forankring av arbeidet i kommunen og organisering
- Roller og forventninger til deltakerne i prosjektet
- Hvordan pasienten involveres i prosjektet
- Planlagte tiltak og aktiviteter og hvordan disse vil bidra til måloppnåelse, herunder tilrettelegging for refleksjon, læring og erfaringsdeling, samt muligheter for justeringer underveis
- Budsjett

Hå, Lillestrøm, Oslo ved bydel Stovner og Ringsaker kommune ble tildelt midler gjennom ordningen og utgjør pilotene i modell 2. Midlene skal benyttes til utvikling og utprøving av modellen, herunder prosjektledelse, administrasjon og lønn til kognitiv terapeut. Et sentralt tildelingskriterium var kommunenes skjønnsmessige vurdering rundt forventet måloppnåelse. Ansvarlig for tilskuddsordningen hos Helsedirektoratet forteller at det kom inn flere gode søknader fra kommuner som ønsket å være med i utprøvingen. Pilotene som ble valgt ut er kommuner som ønsker å få til gode samarbeid og som har forutsetninger for å lykkes.

## 2.2.1 Hå



Hå søker om tilskudd på bakgrunn av utfordringer med høyt sykefravær i kommunen. Det vises til at sykefravær både er en utfordring med tanke på utenforskap og for kommuneøkonomien. Videre opplever kommunen økt press på sine tjenester. Hå beskriver ikke målgruppen for sitt prosjekt utover det som er tilskuddets tiltenkte målgruppe. De vil imidlertid ha et særlig fokus på avventende og graderte sykmeldinger. Det vises til at deler av prosjektteamet har erfaringer fra lignende tverrsektorielle samarbeid, og at dette antas å komme godt med i arbeidet med piloten, som de har kalt «Arbeidsløftet».

Midlene skal benyttes til at kognitiv terapeut og Nav-veileder (omtalt som «arbeidsveileder») er til stede på de tre fastlegekontorene til fastsatte tidspunkt hver uke. Innen en uke etter mottatt henvisning fra fastlege, vil det gjennomføres en kartlegging av brukerbehov. Det vil gjennomføres ukentlige inntaksmøter mellom aktørene i tjenesteledet. Her skal også oppfølging av felles brukere diskuteres. Formålet med inntaksmøtet er å få tidlig oversikt over brukers situasjon, samt fordele ansvars- og rollefordeling mellom aktørene i tjenestene. Nav og kognitiv terapeut vil også månedlig oppdatere fastlege om brukers situasjon. Utover inntaksmøte vil graden av fastlegens involvering vurderes. I tillegg vurderer piloten å tilby digital oppfølging av brukere der det vurderes hensiktsmessig. Kognitiv terapeut vil tilby bruker assistert selvhjelpskurs («Tilbake til jobb»). Da Hå er en liten kommune og noen kan kjenne den kognitive terapeuten, vil piloten åpne for at også andre kognitive terapeuter kan følge opp pasienten.

Videre vil Nav-veileder tilby seg å være med bruker i legetimer. Målet er å øke arbeidsfokuset i den helsesrelaterte oppfølgingen. Gjennom at legen blir minnet om Navs oppfølging, herunder oppfølgingsplanen for bruker, er tanken at arbeidsgiver i større grad skal bli bevisstgjort eget ansvar i sykefraværsoppfølgingen. At Nav-veileder er med til legen er også ment å trygge brukeren og gi bruker bedre oversikt over de ulike aktørenes ansvar i oppfølgingen. Piloten vurderer også muligheten for at Nav-veileder kan gjennomføre oppfølging på brukers arbeidsplass, og at tjenestene kan delta i møter med arbeidsgiver, for å få oversikt over hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes.

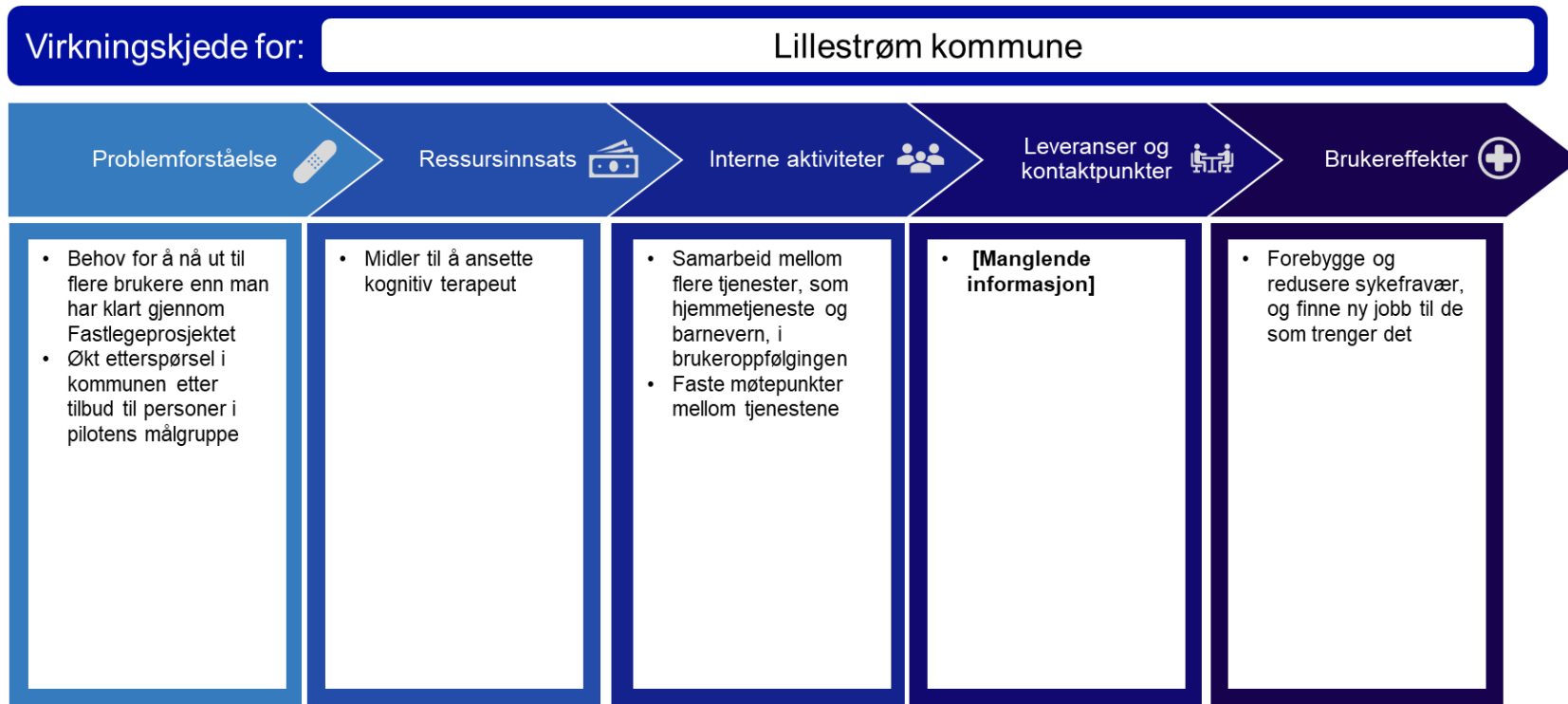
Hå har diskutert mulig retur av brukere til piloten, ved eventuelt tilbakefall til sykmelding. Piloten vil åpne for at bruker kan ta direkte kontakt med Nav-veileder, så vel som kognitiv terapeut (dette er allerede mulig i dag), uten å måtte gjennomgå en ny inntaksvurdering. Kognitiv terapeut har god erfaring med denne praksisen og bemerker at muligheten gir bruker en trygghet. Terapeutens erfaring er at det reelt sett er få som tar kontakt igjen. Det nye gjennom piloten vil være at også Nav-veileder gir denne muligheten. Piloten skal utvikle en brosjyre om tilbudet og sende denne til leger og arbeidsgivere. Piloten har laget en flyer med en QR-kode som er henviser til informasjon

om piloten. Det planlegges også for annen markedsføring av piloten, da tanken er at også brukerne selv skal kunne melde interesse for deltakelse.

Målet med piloten er å endre legenes holdninger rundt sykmelding og øke bruken av graderte sykmeldinger. Framfor å sykmelde en pasient hundre prosent, er målet at legen heller skal involvere Nav og arbeidsgiver for å undersøke mulighetene for tilrettelegging på arbeidsplassen. Det er også et mål at tjenestene skal øke sin kunnskap om hverandre. I den forbindelse vises det til at fastlegene i liten grad kjenner Navs tjenestetilbud. Piloten skal også skape nye arbeidsmåter og en ny kultur for samarbeid mellom tjenestene. Det er også et mål å utarbeide mer systematisk og forutsigbar henvisningspraksis til Nav-veiledere.

Målet er at brukerne føler seg anerkjent for utfordringene de står i, at de får et bedre forhold til arbeidsgiver og at de føler seg ønsket i arbeid. Man ønsker å endre pasientenes tanker og holdninger rundt sykmelding, slik at arbeid betraktes som helsefremmende.

## 2.2.2 Lillestrøm



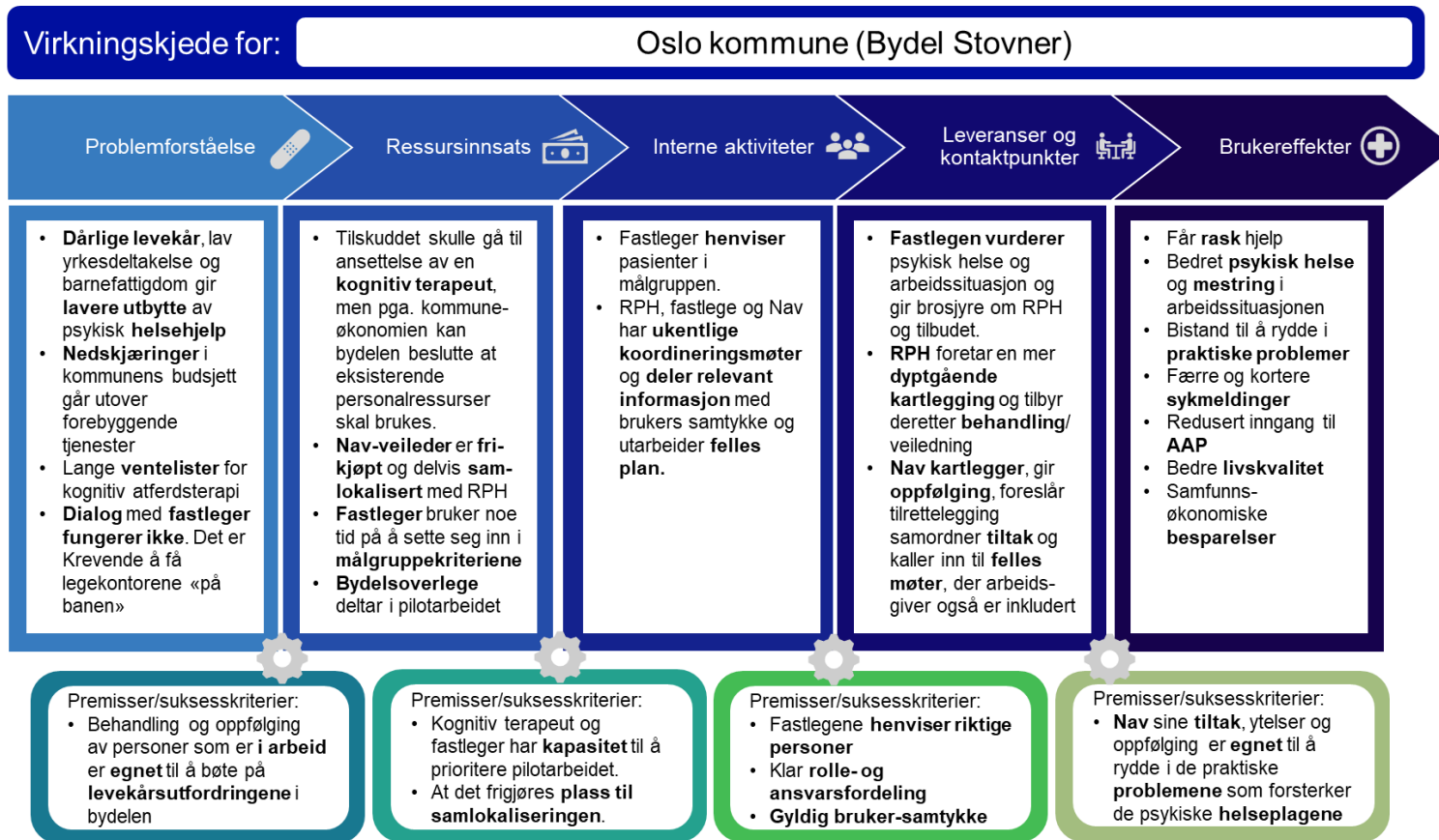


Piloten til Lillestrøm er inspirert av erfaringene fra fastlegeprosjektet, og er en del mindre konkretisert enn de andre pilotene. Deltakerne har heller ikke deltatt i innovasjonsstøtteaktivitetene. Vi har derfor noe begrenset innsikt i deres prosjektdesign. Søknaden viser til gode resultater og erfaringer fra samarbeidet med legesenteret og Utviklingssenteret for arbeid og psykisk helse (Usap), som er en del av Nav Ark. Samtidig vises det til at tilbudet nådde relativt få personer. Kommunen opplever nå økt etterspørsel etter tilbud til målgruppen for piloten. De løfter også frem at samarbeidet mellom Nav-veiledere og samarbeidspartnere har forblitt på enkeltsaksnivå og at de ønsker å oppnå større grad av systematikk i samhandlingen gjennom piloten. Det er også et ønske å nå ut til flere brukere. Målgruppen til Nav Lillestrøm er pasienter med lettere og moderate psykiske helseutfordringer, rusproblemer eller muskel- og skjelettutfordringer med behov for samtidig eller samordnet bistand fra Nav og kommunal helsetjeneste.

En jobbspesialist fra Nav skal være til stede på legekantoret to ganger i uken. Gjennom piloten ønsker de også å ansette en kognitiv terapeut, og er i gang med forberedelser til ansettelse. Oppfølgingen fra kognitiv terapeut er tenkt både som mestringsgrupper og individuell oppfølging. Videre planlegger piloten for involvering av flere tjenester for å sikre helhetlig brukeroppfølging: Eksempler på slike tjenester er hjemmetjeneste og barnevern. Det planlegges også for faste møtepunkter mellom tjenestene. Dette har de ikke praktisert gjennom fastlegeprosjektet.

Piloten er ment å bidra til et økt arbeidsfokus hos fastlegene og en bedre gjensidig forståelse for de ulike tjenestenes oppdrag og avhengigheter. Gjennom piloten ønsker tjenestene også å fremme fokuset på arbeid og funksjon, framfor diagnose og sykdom, samt redusere byråkrati. Det er også et mål å frigjøre tid hos fastlegene og å redusere ventetiden for samtaleterapi. For brukere skal piloten forebygge og redusere frafall fra arbeidslivet, og finne ny jobb til de som trenger det.

## 2.2.3 Bydel Stovner



Bakgrunnen for prosjektet til bydel Stovner, som har fått navnet «Bedre sammen», er levekårsutfordringer som høy arbeidsledighet og barnefattigdom. Mer helhetlig sykefraværsoppfølging anses som et viktig tiltak for å forbedre innbyggers livskvalitet og psykiske helse, bekjempe fattigdom og redusere offentlige kostnader. En annen del av bakgrunnen for piloten er lange ventelister på kognitiv terapi, treg oppfølging fra Nav og manglende helhetlig tjenesteoppfølging. Prosjektleder for piloten har jobbet i England og kjenner tilsvarende modeller for tjenestesamhandling derfra. Stovner viser til flere grep som er testet ut i England og som Stovner nå ønsker å prøve i bydelen. RPH og fastlegene i Stovner var samlokalisert for noen år tilbake. Selv om begge parter var positive til samarbeidet, ble samlokaliseringen avsluttet fordi legene krevde leieinntekter fra RPH. I piloten vil bydelen bygge videre på erfaringer fra samarbeid mellom RPH, Nav og DPS.

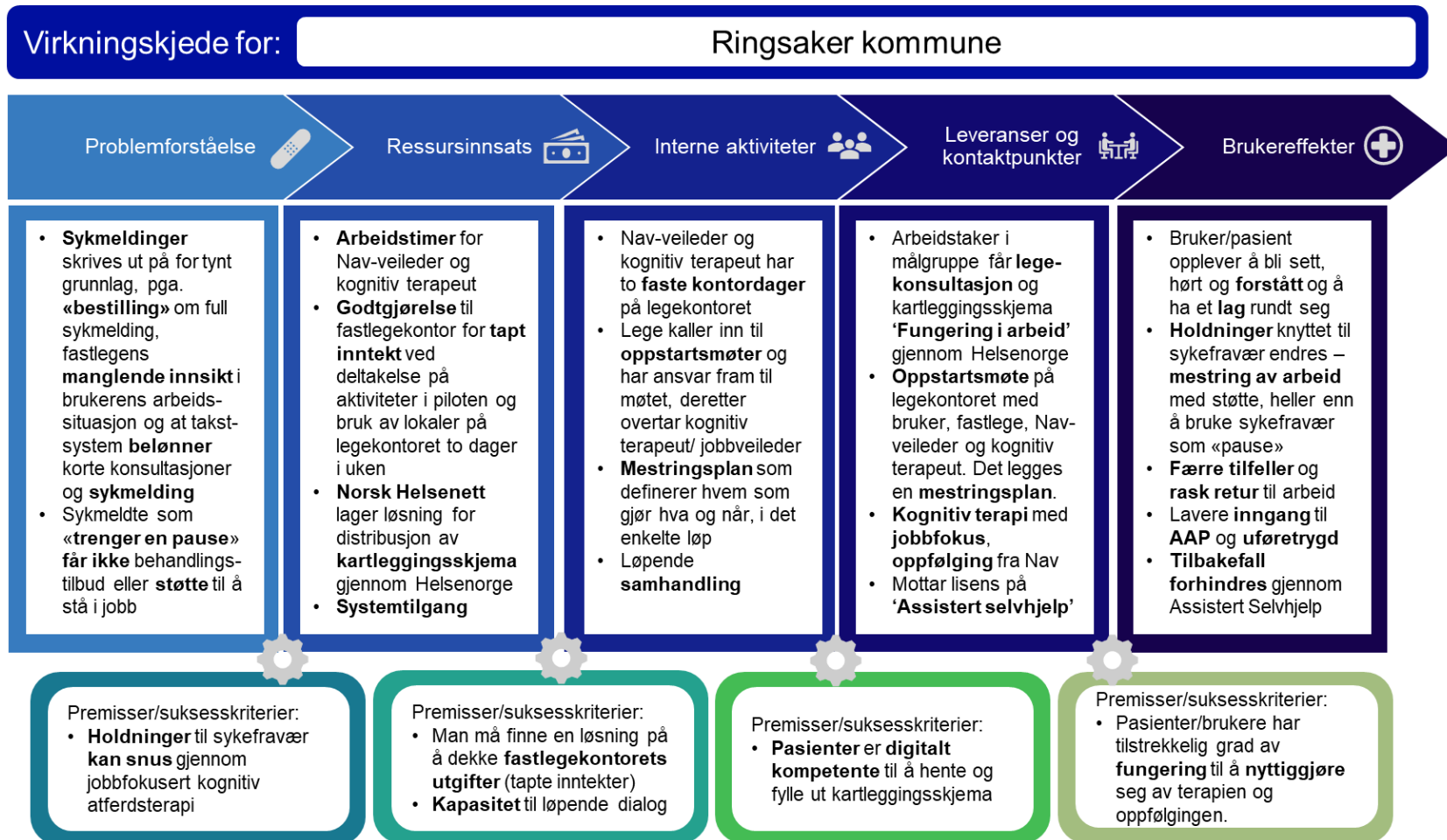
Målgruppen for piloten er personer over 18 år, som er i arbeid eller sykmeldt, med ønske om å komme tilbake til jobb, med milde til moderate psykiske lidelser, og/eller muskel- og skjelettplager. Sist nevnte var opprinnelig definert ut fordi slike lidelser er mer krevende å kategorisere. Men fordi slike helseutfordringer er vanlige i bydelen, ble brukere med muskel- og skjelettlidelser til slutt likevel inkludert i målgruppen. Pilotprosjektet må sikre at effekten av tiltakene kan spores tilbake til de to ulike kategoriene av helseutfordringer. Piloten har også vurdert å utvide målgruppen. Inkludering av personer på AAP med arbeidsforhold vil avhenge av om fastlegene henviser nok kandidater.

Midlene skal brukes til å gi helhetlig og raskere oppfølging. Det er frikjøpt en Nav-veileder som skal være delvis samlokalisert med RPH. Videre skal hjelpebehov tidlig avklares og tilrettelegges for, og det skal være regelmessige, ukentlige møter mellom Nav, RPH og fastlege, hvor pasientoppfølgingen skal koordineres. Det skal videre utarbeides en brosjyre til fastleger for pasientinformasjon og rekruttering. Fastlegene vil ha ansvaret for å identifisere og henvise pasienter. Her planlegges det å benytte e-link. Dersom pasienten ønsker å ta del i piloten, vil fastlege, kognitiv terapeut og Nav sammen drøfte saken. Det skal i tillegg gjennomføres månedlige møter mellom tjenestene. Oppfølgingen fra RPH har et planlagt omfang per pasient på mellom seks og 12 timer. Piloten viser til utfordringer i rekrutteringen av kognitiv terapeut. Som et avbøtende tiltak vil piloten midlertidig omdisponere eksisterende ressurser eller engasjere eksterne terapeuter.

Piloten planlegger i tillegg et samarbeid med Røde Kors familiesenter. Familiesenteret skal informere innbyggere om prosjektet. Det er per nå ikke avklart hvordan dette samarbeidet skal se ut. Teamet vil legge inn innsats for å gjøre prosjektet kjent blant interessenter. Piloten er også opptatt av å legge til rette for brukervedvirkning- og involvering under og etter prosjektet.

Grepene skal øke tjenestenes kjennskap til hverandre og tydeliggjøre ansvars- og rollefordeling. Slik skal tjenestene kunne følge opp brukere raskere og bedre, og tipse pasienter om øvrige tjenester. Samtidig oppfølging skal i neste omgang få sykmeldte raskere tilbake i arbeid og forebygge nye sykmeldinger. Videre skal andelen diagnoser relatert til lettere og moderate psykiske helseplager reduseres.

## 2.2.4 Ringsaker



Bakgrunnen for piloten «Arbeidspuls» i Ringsaker er behovet for å styrke samhandling og koordinering rundt de deltagende tjenestene. I søknaden vises det til at sykmeldinger benyttes for ofte og tidvis feil. Fastlegenes insentivstruktur (der mange og korte pasientkonsultasjoner lønner seg), mangel på lavterskeltilbud i kommunen og lange ventelister på aktuelle tiltak og tjenester antas å være årsaker til en slik sykmeldingspraksis. Det vises også til at Nav kommer sent på banen i sykmeldingsforløpet, og at det er lite oppfølging av den sykmeldte første halvår. Videre synes mange arbeidsgivere det er krevende å følge opp sykmeldte. Piloten viser også til utfordringer som skyldes at sykefraværsreglene ikke praktiseres slik de etter loven er ment (jf. arbeidsevnevurdering i uke 12).

Ringsaker bygger sin pilot på erfaringer fra forsøk med primærhelseteam. Målgruppen for piloten er pasienter som:

- er mellom 18-55 år,
- står i fare for å bli eller nylig har blitt sykmeldt (0-8 uker)
- har lette til moderate psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager, eller en kombinasjon av disse

Den øvre aldersgrensen begrunnes med at samfunnskonsekvensene av utenforskap og sykefravær er større når unge arbeidstakere rammes.

Dersom pasienten er i pilotens målgruppe, skal fastlegene ved legekantoret skjønnsmessig vurdere nytten av arbeidsrettet kognitiv terapi. Legene skal stå for rekrutteringen fordi piloten ønsker «nye» brukere. Piloten antar at nye brukere trolig er mer motiverte enn personer som har stått utenfor arbeidslivet en tid. Pasientens motivasjon og opplevde plager anses som det viktigste for deltakelse i piloten. Dersom pasienten sammenfaller med pilotens målgruppe, kaller fastlegen inn til en «bli kjent-samtale», sammen med pasient, Nav-veileder (omtalt som jobbveileder) og kognitiv terapeut. I forkant av samtalen sender fastlegen ut et kartleggings skjema til pasienten via HelseNorge, som skal være ferdig utfylt til samtalen. Skjemaet skal beskrive pasientens arbeidssituasjon og egen fungering i arbeid, tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen og andre forhold som vanligvis skal dokumenteres av fastlege, men som fastlegene ofte mangler informasjon om og derfor strever med å vurdere.

I «bli kjent»-samtalen skal partene sammen utarbeide en mestringsplan. Mestringsplanen vil være tilgjengelig for bruker og tjenestene. Piloten har satt en varighet på oppfølgingen gjennom tiltaket til inntil 12 uker. Antall timer med kognitiv terapeut vil tilpasses den enkelte brukers behov. Arbeidsgiver kobles på etter behov og ønske. Det er også planlagt for at Nav-veileder kan bli med ut på arbeidsplassen.

Av konkrete tiltak i piloten vil kognitiv terapeut og jobbveileder ved Nav være til stede på legekantoret to ganger i uken. Disse dagene vil tjenestene sette av tid til felles møter. Av ressurser krever dette tilgjengelig møterom på legekantoret, tilgang til to PC-er og nødvendige systemer. Piloten planlegger å bruke verktøyet «Start smart» i sine møter. Utover dette skal piloten ta i bruk en mobil-app for assistert selvhjelp overfor bruker. Dette skal styrke fokuset på kognitiv terapi. Bruker kan også benytte appen etter endt oppfølging for å forhindre tilbakefall til sykmelding. Brukerne vil videre få oppgaver av kognitiv terapeut som skal gjennomføres på arbeidsplassen, med oppfølging fra arbeidsgiver, dersom dette lar seg gjøre.

Piloten viser til noen gjenstående forhold som må løses gjennom piloteringen. Dette gjelder rekruttering og on-boarding av jobbveileder og kognitiv terapeut og verktøy for å måle resultater knyttet til de ulike tiltakene. Videre må kartleggingskjemaet legges inn i HelseNorge, og Arbeidspuls (piloten) trenger et eget tiltaksnummer i Nav. Til slutt må forhold knyttet til personvern avklares, og det må avklares hvordan fastlegene kan kompenseres for arbeidet gjennom piloten.

Målene på tjenestenivå er økt produktivitet og effektivitet, tydeligere rolle- og ansvarsfordeling, unngå dobbeltarbeid, økt samhandling og samlokalisering, lavere emosjonell belastning på tjenestene, økt mestringfølelse, økt jobbglede og mer innovasjon og læring. Det er et mål at alle tjenestene skal lære mer om hverandre, forhindre utenforskap ved å legge vekt på at arbeid er helsefremmende og få folk til å stå i jobb.

For brukerne er målet å gi dem støtte til å bli i jobb, unngå eller forkorte sykefravær og andre helserelevante ytelser og starte opp arbeidsrettede tiltak eller utdanning. Videre skal prosjektet gi økt sosial og økonomisk trygghet, økt livskvalitet og framtidstro, økt tillit til det offentlige hjelpeapparatet, behov for færre kontaktpunkter med det offentlige og økt brukermedvirkning. Et annet mål er å påvirke innbyggers holdninger rundt sykefravær gjennom å motivere flere til å stå i arbeid.

## 2.3 Virkningskjeden i lys av eksisterende kunnskap

Vi vil i det følgende se modellenes samlede virkningskjede i lys av eksisterende kunnskap. I litteraturen om virkningskjeder omtales dette som en teoretisk test. Direktoratene har selv utformet en felles virkningskjede for modellene, og vår empiri viser at intervensjons-tankegangen i stor grad sammenfaller på tvers av modeller og piloter. I dette kapitlet vil vi derfor teste den overordnede virkningskjeden til modellene for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse. Dette innebærer at vi vil se modellenes

intervensjon i lys av eksisterende kunnskap og forskning. Der vi finner interessante forskjeller, vil enkelte piloter trekkes fram. Det er begrenset med studier av denne type samhandling mellom arbeid og helse. Selv om det finnes mye litteratur på samhandling generelt, er litteraturen beskjedent på konkrete grep for økt tjenestesamhandling.

### 2.3.1 Effekter av samtidig arbeids- og helserettet oppfølging

Flere studier finner at samtidig arbeids- og helserettet oppfølging for brukere med psykiske og/eller sammensatte smerteutfordringer, er positivt for deres arbeidstilknytning (Cullen et. al. 2018; Xu et. al. 2024; Reme et. al., 2015; Abelsen m. fl., 2022; Holmås et. al., 2021; Sønderskov, m.fl., 2024). Modellene for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse baserer seg blant annet på tidligere, lignende utprøvinger som det vil være hensiktsmessig å bruke erfaringer fra. For eksempel viste effektevalueringen av Senter for jobbmeistring, som baserer seg på arbeidsrettet kognitiv terapi, at tiltaket førte til økt arbeidsdeltakelse for mennesker som strever med å mestre jobb på grunn av psykiske plager. Tiltaket så ut til å ha best effekt for personer som har vært lenge ute av arbeidslivet. Likevel hadde også gruppen som sto i fare for å bli sykmeldt (og som er sentral i modellene for tjenestesamhandling) god effekt av oppfølgingen fra Senter for jobbmeistring, sammenliknet med andre tilgjengelige tjenester for målgruppen (Reme et. al., 2015).

«Individuell personlig jobbstøtte» (IPS) skal hjelpe personer med psykiske lidelser å returnere til arbeid. Modellen omfatter tett, individuell oppfølging, integrering av helse- og arbeidsrehabilitering og bruk av arbeidsplassen som treningsarena. En sammenstilling av internasjonal forskning om effekter av «Supported Employment» (SE), inkludert «Individual Placement and Support» (IPS) for økt tilknytning til arbeid, viser at SE/IPS får flere personer med bistandsbehov i vanlig arbeid, sammenlignet med andre tiltak. Best dokumentert er effektene av IPS for personer med alvorlige psykiske lidelser. Det ser ikke ut til at SE/IPS gir noen positive endringer når det gjelder livskvalitet og psykisk helse.

Funnene rundt SE/IPS antas å være overførbare til norsk kontekst (Nøkleby m.fl., 2017). Evalueringer rundt bruk av IPS i Norge gir tilsvarende funn. Selv om IPS retter seg mot personer med tyngre psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer, kan modellen vise til gode dokumenterte resultater av samtidig helse- og arbeidsrettet oppfølging (Holmås, m. fl., 2021). En nylig publisert norsk studie finner positive signifikante sammenhenger mellom IPS og arbeidstilknytning blant unge voksne. Denne IPS-studien er den første som viser forholdet mellom implementering av modellen, økonomiske og politiske effekter og modellens individuelle effekter på arbeidstilknytning for personer på midlertidige ytelser (Brinchmann, et. al., 2024).



«HelseIArbeid» er et samarbeid mellom Nav og helsetjenesten for å forebygge muskel- og skjelettplager samt lettere psykiske helseplager. Selv om evalueringen av prosjektet peker på begrensede kvantitative resultater, anses kombinert helse- og arbeidsrettet oppfølging å kunne redusere sykefravær. Evalueringen av samarbeidet viste at de fleste ledere og ansatte opplevde tiltaket som nyttig og verd å bruke tid og penger på. Arbeidsplassforankring, brukermedvirkning og lederinvolvering utmerket seg som viktig for effektene av tjenestesamhandlingen (Fleten et. al., 2024). Dette er forhold flere av pilotene har trukket fram som viktige forutsetninger i piloteringsfasen.

Sluttrapporten for utprøving med primærhelseteam finner at fastleger spiller en viktig rolle for pasienter som strever med å mestre arbeid på grunn av psykiske helseplager og/eller muskel- og skjelettplager. Fastlegene opplever imidlertid mangel på gode verktøy i den arbeidsrettede oppfølgingen (Abelsen, m. fl., 2022). Her kan modellene for økt tjenestesamhandling fylle et behov. Flere av pilotene som inkluderer fastleger viser til at fastlegene mangler verktøy til arbeidsrettet oppfølging. Særlig gjelder dette for samarbeid med arbeidsgivere. Manglende innsikt i Navs tjenestetilbud trekkes også fram som en barriere pilotene ønsker å løse.

### 2.3.2 Samlokalisering

Samlokalisering av tjenestene er et grep som flere piloter vil prøve ut. Der noen peker på usikre effekter (se for eksempel Oxford Research, 2024), finner andre (for eksempel Irving et al., 2020) at samlokalisering kan bidra til flere tilfeldige møter og økt kommunikasjon mellom faggrupper. Dette kan skape nye og mer hensiktsmessige arbeidsmåter.

«Arbeidsfokus i fastlegekontor» bygget på en antakelse om at samlokalisering av kognitiv terapeut og jobbspesialist på fastlegekontor vil føre til mer tverrfaglig samarbeid (Oxford Research, 2024). Gjennom samlokalisering skulle pasienten motta et mer samtidig og helhetlig tilbud. Målgruppen for prosjektet var i stor grad lik de to modellene i denne utprøvingen: Personer som står i fare for å bli sykmeldt eller er blitt sykmeldt på grunn av psykiske plager og/eller muskel- og skjelettplager. Evalueringen av utprøvingen viser at samlokalisering er krevende å få til, og at samlokalisering har varierende effekt. Dette skyldes i hovedsak fastlegenes begrensede ressurser til samarbeid. Rapporten anbefaler derfor at framtidige samarbeidsprosjekter hensyntar fastlegekontoret som en særegen institusjonell kontekst. Samhandling med fastlegene er et forhold flere av pilotene har bemerket som krevende, og som kan skape utfordringer i piloteringen. Dette skyldes særlig fastlegenes (særlig de selvstendig næringsdrivendes) rammebetingelser og ressurspress (Oxford Research, 2024). Vi er kjent med at det i starten av innovasjonsstøtteprosessen gikk med mye tid under samlingene til å diskutere utfordringer og mulige løsninger for å involvere fastlegene.

### 2.3.3 Suksesskriterier og fallgruver for god samhandling

Samlokalisering alene er ikke tilstrekkelig for vellykket samhandling. I den forbindelse kan det ses hen til litteratur om samhandling, som skisserer flere suksesskriterier og fallgruver. Blant disse kan nevnes ledelsesforankring, felles forståelse av utfordringer og mål, klar rolle- og ansvarsfordeling, kultur, tillit, motivasjon og etablerte kommunikasjonskanaler (se for eksempel Torfing, m. fl., 2019 og Hofstad og Hanssen, 2015). En undersøkelse av Navs oppfølging av arbeidstakere med helseutfordringer (Standal, m. fl., 2024), finner at felles forståelse av ulike aktørers rolle og mulighetsrom for å hjelpe arbeidstaker tilbake til jobb, vil kunne føre til mer treffsikker oppfølging. Betydningen av det relasjonelle og det å kjenne til hverandre vektlegges.

Huxham og Vangen (2005) skiller mellom det de kaller *samarbeidsmål*, *organisatoriske mål* og *individuelle mål*. Samarbeidsmål er mål for samarbeidet som alle aktører kan si seg enig i. Basert på våre gjennomførte intervjuer og deltakelsen på siste samling, er inntrykket at man i stor grad er omforente om problemforståelse og målsettingene for arbeidet. Organisatoriske mål er mål som er særskilte for en gitt organisasjon eller en organisatorisk enhet inn i et samarbeid. Det er sannsynlig at to organisasjoner som har ulike mål for sine virksomheter, også har ulike mål for hva de ønsker å få ut av et samarbeid.

Vårt datagrunnlag er i stor grad basert på søknader og intervjuer i en tidlig fase. Ikke overraskende vektlegges derfor sammenfallende mål mellom de ulike tjenestene. Søknader vil for eksempel nær sagt alltid underspille uenigheter og mulige konflikter. Våre kontaktpunkter er også utelukkende med personer direkte involvert i pilotene, noe som svekker vårt vurderingsgrunnlag når det kommer til organisasjonsnivå. Problemforståelse og målsettinger er det likevel forholdsvis bred enighet om. På spørsmål om konkrete aktiviteter og grep, pipler imidlertid ulike profesjonsfaglige ryggmargsreflekser fram. Det er for eksempel forskjeller mellom Navs prosedyremessige tilnærming og RPH og fastlegenes mer fleksible tilnærming. Dette er ikke nødvendigvis negativt, men er en forskjell pilotene bør være oppmerksomme. Individuelle mål handler om de mål som enkeltaktører innad i organisasjoner kan ha for å samarbeide med andre aktører. Det kan for eksempel handle om personlige preferanser for arbeidsmetoder. Vi vurderer at målene til aktørene på individuelt nivå, i stor grad er sammenfallende. Det er likevel klare tegn til at den enkelte aktør legitimerer egen forståelse og praksis. De ønsker derfor at «de andre» aktørene skal lære av dem. Vi vil følge opp hvordan denne typen læring foregår gjennom piloteringen.

Noen av de samme funnene om vellykket samhandling gjør seg gjeldende i evalueringen av samarbeid mellom Nav og RPH i utvalgte kommuner (Oslo Economics, 2020). Evalueringen viser at det er potensial for mer samarbeid mellom tjenestene, og at slikt samarbeid kan ha positiv effekt på brukeres arbeidstilknytning. Gode samarbeid

innebærer at tjenestene kjenner til hverandre, slik at de kan opprette kontakt i enkeltsaker ved behov og gi samtidig og helhetlig oppfølging. Dette sammenfaller med målsettingene for pilotene. Evalueringen gir også noen konkrete anbefalinger til formen på samarbeidet. I det følgende vil vi bruke disse som knagger for å drøfte pilotenes planlagte aktiviteter (ibid. s. 30-31):

- Begge parter må være villige til å utvide sine perspektiver og arbeidsformer og utveksle informasjon, for både å prioritere hvilke brukere de bør følge opp tettere, samt å prioritere riktig innsats til rett tid for den enkelte bruker.

Vi opplever gjennomgående at pilotenes motivasjon og interesse for å lykkes med arbeidet er stor. Mange av informantene uttrykker store ambisjoner for pilotarbeidet. Flere er også tydelige på ønskene om å lære mer om hverandre og dele informasjon, og at dette vil gi bedre og mer samordnet brukeroppfølging. Koblingen til levekår, utenforskap og høye sykefraværstall indikerer at det eksisterer en «sense of urgency» hos involverte aktører.

Opplevelsen av at samarbeidsrelasjonene haster å etablere, og at den er «viktig, riktig og god», må skapes og spres. Sentralt er at endringen oppfattes som en god løsning på utfordringene organisasjonene står overfor, og at endringen oppleves som en forbedring fra nåværende situasjon (Appelbaum m.fl., 2012). Dette virker å være oppfatningen hos alle pilotene: Tjenestesamhandling er nødvendig, og kan representere en løsning på flere av utfordringene pilotene kjenner på i sin bruker- og pasientoppfølging.

Det varierer hvor langt og konkret pilotene har tenkt rundt hvordan informasjonsutvekslingen skal foregå i praksis. Mens noen allerede har avklart faste møtetidspunkt, formen på samlokaliseringen og hvordan informasjon skal deles i systemer, er andre fortsatt i en mer eksplorerende fase.

Når det gjelder prioriteringer rundt brukeroppfølging og ressursinnsats, har alle pilotene definert målgrupper. Det er imidlertid mindre klart hvordan identifiseringen av brukere skal foregå i praksis. Undersøkelsen av Navs oppfølging av arbeidstakere med helseutfordringer (Standal, m. fl., 2024) finner at treffsikker oppfølging innebærer at en i større grad identifiserer arbeidstakerne med størst behov for oppfølging. Dette vil styrke sjansene for at rette aktører kobles på til rett tid.

- Bruker må være motivert for å ta tak i egne utfordringer.

Flere informanter understreker at bruker må være motivert dersom tjenestene skal klare å hjelpe dem til å bli værende eller komme i arbeid. Samtlige piloter har derfor valgt å fokusere på personer som står i fare for å bli eller nylig har blitt sykmeldt, og flere begrunner dette eksplisitt med at denne gruppen er mer motivert enn personer som har stått utenfor arbeidslivet i lang tid. I Ringsaker er det kun legene som skal rekruttere, fordi det er ønskelig med «nye» (og derav mer motiverte) brukere. For å sikre motivasjon

hos bruker viser også noen av pilotene, for eksempel Nesodden, til at det er RPH som skal stå for rekruttering, ettersom dette er et tilbud bruker har oppsøkt av egen vilje. Bruk av RPH skal slik sett legges et viktig premiss for brukers motivasjon til deltakelse i piloten. Evalueringen av samarbeidet mellom Nav og RPH anbefalte at samarbeidet tar utgangspunkt i RPH sin målgruppe, for å unngå risikoen knyttet til en for utvidet gruppe (Oslo Economics, 2020).

For å sikre at bruker selv er motivert, utforsker flere piloter muligheten for at bruker selv kan melde interesse for deltakelse. Andre har tenkt at fastleger som sykmeldere kan identifisere og rekruttere motiverte deltakere. Brukers motivasjon vektlegges uansett i de aller fleste piloter.

- Samarbeidet bør være ledelsesforankret i begge tjenester.

Mange av informantene trekker uoppfordret fram betydningen av ledelsesforankring. Gjennomgående virker forankringen i tjenestene å være god. For eksempel er det mange ledere som har deltatt i samlingene. Det vises imidlertid også til noen utfordringer. Særlig gjelder dette der fastlegene er selvstendig næringsdrivende og der RPH er presset på ressurser. I søknadene og i intervjuene framstår likevel aktørene som løsningsorienterte og optimistiske.

- Samarbeidet bør være formalisert.

Det er den uformelle kontakten og personlige kjennskapet tjenestene imellom som virker å være mest i fokus hos pilotene, og det er varierende grad av formalisering av samarbeidet. Mens noen vektlegger fleksibilitet, utprøving og individuell tilpasning av tjenester (og *ikke* systematikk), er andre mer opptatt av å teste systematiske grep som enkelt kan videreføres til ordinær drift. Her framstår noen av pilotene som usikre på formålet med utprøvingen av modellene: Idémyldring og utprøving på den ene siden, og systematikk og innføring av en nasjonal modell på den andre. Forståelsen for denne sammenhengen (utprøving, og deretter systematikk) virker imidlertid å ha modnet med tiden.

Noen piloter planlegger å formalisere arbeidet mer i tiden framover, for eksempel i form av rutiner, retningslinjer for samarbeid og samarbeidsavtaler, eller faste møtetidspunkter. For eksempel har RPH i Bjerke allerede tatt i bruk et nytt kartleggingsskjema som skal gi dem informasjon om oppfølgingen fra Nav. Fredrikstad har lagt inn faste datoer for obligatoriske møter mellom tjenestene, og i Tromsø skal det utvikles et felles samtaleverktøy på tvers av tjenestene og arbeidsgiver. Videre har flere piloter, deriblant Bjerke og Tromsø, planer om å utforme samarbeidsavtaler mellom tjenestene. Slike grep vurderer vi som gode. Der man har avklart faste møtetidspunkter og kommunikasjonskanaler,

samt formalisert rolle- og ansvarsfordeling mellom tjenestene, vil pilotene trolig ha bedre forutsetninger for vellykket og mer bærekraftig samhandling.

- Det må være lav terskel for kontakt mellom tjenestene. Samtidig bør det ikke legges opp til unødvendige kontaktpunkter.

Samtlige informanter er opptatt av det må være lav terskel for kontakt mellom tjenestene. Samtidig vil behovet for kontakt avhenge av brukerrekrutteringen, noe flere også bemerker. I denne sammenheng er det verdt å legge merke til at Nesodden, som er i gang med sin brukeroppfølgning, opprinnelig hadde lagt opp til flere møter mellom tjenestene. Erfaringer viser imidlertid at ett møte (totalt) holder så lenge tjenestene deler informasjon løpende og bruker opplever dem som koordinerte.

- Tjenestene må være interesserte i å øke sin kunnskap om hverandre.

Samtlige informanter understreker at tjenestene må kjenne til hverandre og være nysgjerrige på hverandre. Dette vurderer vi som hele grunntanken i pilotenes intervensjonslogikk: Økt kjennskap skal føre til et naturlig og integrert arbeid- og helsefokus i brukeroppfølgningen.

- Det bør være regelmessig kompetanseoverføring mellom tjenestene, for eksempel i form av felles presentasjoner eller foredrag.

Selv om alle pilotene har mål om at tjenestene skal øke kjennskapen til hverandre, er det kun noen av pilotene som planlegger for konkrete, systematiske grep for kompetanseoverføring mellom tjenestene. I stedet er den løpende dialogen og kjennskapen mest i fokus. For eksempel har alle Nav-veilederne i Nesodden blitt tilbudt kurs i motiverende intervju, som bygger på kognitiv atferdsterapi. I Tromsø vil fastlegene få tilbud om å delta i halvårlige prosjektmøter med Nav og RPH for å skape felles forståelse for rutiner, målgruppe, behandlingsmetode og sykmeldingspraksis. Med bakgrunn i tidligere samarbeidserfaringer, understreker piloten felles opplæring for å klare å identifisere aktuelle brukere. Dette vurderer vi som gode grep.

- Tjenesten bør være fleksibelt innrettet.

Flertallet av pilotene har foreløpig ikke avklart hvordan tjenesten helt konkret skal se ut fra nyttår. På den annen side er informantene tydelige på at en viktig del av piloteringen nettopp er å prøve seg fram og revidere foreløpige ideer. Pilotene virker å ha en fleksibel tilnærming. Det er en tilnærming som passer pilotarbeid.

- Kontaktflatene bør trolig ikke begrenses til enkelte avdelinger i Nav, fordi det er et potensial for samarbeid med alle i Nav som jobber med brukeroppfølgning.

Flere av informantene viser til at samarbeidsmodellene som utvikles må være bærekraftige og kunne etableres på system/tjenestenivå. Samhandlingen skal ikke bare være personavhengig. Dette fordrer at informasjon om piloten spres til hele eller større deler av organisasjonen. Flere piloter har planlagt for slik informasjonsspredning. For eksempel i Nesodden skal veilederen i piloten også fungerer som del av Nav-kontorets jobbspesialist-team, for å kunne dra nytte av og samordne felles markedsarbeid i Nav-kontoret. Tilskuddet skal også benyttes til felles fagutviklingstiltak mellom Nav og RPH.

### 2.3.4 Brukermedvirkning

En rekke studier understreker betydningen av brukermedvirkning- og involvering, spesielt innenfor psykiske helsetjenester. Brukermedvirkning styrker tilgjengeligheten til tjenester og effekten av brukeroppfølgningen, og oppleves i mange tilfeller som virkningsfull for tjenestene selv. Brukermedvirkning har også vist seg å kunne styrke koordineringen av oppfølging mellom ulike tjenester og bruker (se for eksempel Crawford, et. al., 2002; Nicholls, 2003; Coulter, 2007; Cowan, et. al., 2011; Omeni, et. al., 2014). Samtidig bemerker forskningen at brukermedvirkningen må tilpasses, og betydningen av individuelle trekk hos terapeuten, som tillit, empati og respekt (se for eksempel Hird, 2007 og Millar, 2015). En «one size fits all»-tilnærming bør unngås, dersom medvirkningen skal gi resultater (Omeni, et. al., 2014). Alle piloter har sikret brukermedvirkning gjennom sitt innsiktsarbeid.

Møtevirksomheten i pilotene vil imidlertid foregå mellom tjenestene – *uten* bruker. To piloter skiller seg ut på dette området: Hå, hvor Nav-veileder vil tilby seg å være med bruker i legetimer. Et av målene med dette er å gi bruker bedre oversikt over de ulike aktørenes ansvar i oppfølgingen. Dette vurderer vi som et interessant grep (jf. litteraturen om betydningen av rolle- og ansvarsfordeling). Ringsaker skiller seg også ut, da de vil involvere bruker i oppstartsmøtet sammen med tjenestene. Det vil også utarbeides mestringsplaner, som både tjenestene og bruker vil få tilgang til. Utover dette virker pilotene å legge opp til en slags indirekte brukermedvirkning- og involvering. Fokus er rettet mot samhandling av tjenestene og dialog dem imellom for å avklare brukeroppfølgningen. Dette skal føre til større brukerorientering i oppfølgingen.

### 2.3.5 Intervensjoner basert på kognitiv atferdsterapi

Flere studier finner positive, signifikante effekter av samtidig arbeids- og helserettet oppfølging, hvor jobbfokusert kognitiv terapi er inkludert (Gaillard, et. al., 2020; Gjengedal, m. fl., 2020). Sistnevnte studie finner at den kombinerte oppfølgingen særlig

har positive effekter for personer med angst og depresjon. Effektene gjorde seg gjeldende både for arbeidstilknytning og i form av redusert symptomtrykk.

En litteraturgjennomgang om effektene av samhandling mellom arbeid og helse (Xu et. al. 2024), basert på 34 studier (inkludert studier fra Norge, Danmark og Sverige), finner at intervensjoner basert på kognitiv atferdsterapi med følgende karakteristikker har en positiv effekt på reduksjon av sykefravær:

- terapi som gis ansikt-til-ansikt,
- mottaker av terapien har høyere utdanning,
- fokus på stressmestring,
- langsiktig terapi (over 16 uker),
- lengre sesjoner (over 90 minutter),
- samtidig bruk av andre helsetjenester,
- bruk av hjemmeoppgaver,
- og bruk av gruppeterapi.

Lengre behandling og oppfølging ser ut til å ha en positiv effekt. Dette er dels i motstrid med intervensjonen til modellene for tjenestesamhandling, hvor målet er raskere behandling. Utover denne merker vi oss punktet om effekten av bruk av hjemmeoppgaver i den kognitive terapien. Ringsaker planlegger å gi sine brukere i piloten tilgang til et digitalt selvhjelpsverktøy som skal benyttes mellom treffpunktene med kognitiv terapeut. Angående gruppeterapi forteller noen av pilotene at dette benyttes av RPH, og at gruppeterapi også kan bli aktuelt som behandlingsmetode gjennom piloten. Kristiansand planlegger for eksempel for dette. Litteraturgjennomgangen finner at gruppeterapi i større grad enn individuell terapi ser ut til å redusere depresjonsplager og sykefravær (Xu et. al., 2024). Dette taler for at det kan være fordelaktig å differensiere mellom typene psykiske helseplager (særlig angst eller depresjon). Flere av pilotene bemerker nettopp viktigheten av å skreddersy behandlingen opp mot den enkelte brukers behov.

Samlet sett viser funnene fra litteraturgjennomgangen at intervensjonen for modellene for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse i stor grad sammenfaller med eksisterende kunnskap. Dette gir et godt utgangspunkt for piloteringen. Vi forventer imidlertid flere nyanser og mulige kontraster mellom pilotene og eksisterende litteratur etter hvert som pilotene konkretiseres ytterligere og får testet ut egne grep i praksis. Dette vil reflekteres i problemstilingsnotatet som skal leveres i mars.

## 3. Tjenestedesign og bistand fra direktoratene

Pilotene har i høst mottatt innovasjonsstøtte fra Halogen til lokal modellutvikling med utgangspunkt i tjenestedesign. Aktivitetene i programmet består av eget arbeid i pilotene, digitale og fysiske samlinger og veiledning fra Halogen underveis. Mellom samlingene har pilotene fått oppgaver som forberedelser til neste samling. Temaene for samlingene er som følger:

- **Samling 1: Forberedelse og introduksjon til tjenestedesign (Fase 0)**

Målet med samlingen var at pilotene skulle bli kjent med hverandre og programmet. Videre fikk pilotene en innføring i metoder for å kartlegge behov og utfordringer for målgruppen, samt å utarbeide målsettinger for piloteringen. Pilotene fikk også en innføring i grunnleggende prinsipper for tjenestedesign og skulle gjennomføre øvelser i tjenestedesignmetodikk, planlegging og organisering. Samlingen la også opp til deling og læring på tvers av kommuner.

- **Samling 2: Forstå dagens situasjon (Fase 1)**

I denne fasen har målet vært å få en dypere forståelse for dagens situasjon fra ulike perspektiver, gjennom innsikt i opplevelser, behov, utfordringer og prosesser knyttet til eksisterende tjenestetilbud. Læringsmålene for samlingen var at pilotene skulle lære om ulike metoder for å innhente innsikt fra brukere og andre interessenter (dybdeintervjuer og workshops), de skulle få kjennskap til metoder for brukermedvirkning, lære om kartleggingsmetoder for innsamlet data og lære å presentere innsikt om brukeropplevelser.

- **Samling 3: Definere problem (Fase 2)**

I denne fasen var hovedformålet å definere problem og utfordringsbildet, basert på den innhentede innsikten fra Fase 1. Pilotene skulle lære om metoder for å analysere og syntetisere innsikt (for å få en helhetlig forståelse av behov og utfordringer), lære å formulere en problemdefinisjon basert på innsikt, få kjennskap til gevinstarbeid for å prioritere funn og få erfaring med å lage en generisk brukerreise basert på prioriteringer og funn.

- **Samling 4: Utforske muligheter (Fase 3)**

I denne fasen skulle pilotene utvikle sine ideer, teste og utvikle konsept og framtidig brukerreise. London-turen inngår også i denne fasen. Målene for fasen er å opparbeide praktisk erfaring med teknikker for kreativ samhandling og idègenerering, lære å teste og validere ideer, utvikle ferdigheter i konseptutvikling og lage en framtidig tjenestereise.



Pilotene skulle også lære å evaluere og måle potensielle gevinster av foreslåtte løsninger for å sikre at de gir reell verdi.

- **Samling 5: Utvikle løsning (Fase 4)**

I den siste samlingen skulle pilotene ferdigstille sine ideer og gjøre de siste forberedelsene til piloteringen. Dette innebar detaljerte beskrivelser av alle aktivitetene i piloten, med involverte aktører, mål, ressursbehov, plan for implementering og testing. Det skulle også utarbeides en tidsplan for 2025, per aktivitet. Pilotene ble også presentert for NABC-modellen («heispitch»), som skulle hjelpe dem med å sammenfatte og kort presentere og selge inn sine piloter. Oxford Research var til stede på siste samling.

### 3.1.1 Pilotenes opplevelser av bistanden

Pilotene er i all hovedsak positive til innovasjonsstøtten fra Halogen. Innholdet i samlingene beskrives som nyttig, innoverende og engasjerende, og det er bred enighet om at støtten har bidratt til en bedre utvikling av pilotene enn man ville fått til uten. Det er særlig malen for brukerreise og for å beskrive utfordringsbildet, samt bruken av læringsduker som får gode omtaler. Flere trekker også fram innsiktskortene og malen for idègenerering som nyttig. Pilotene har jobbet godt mellom samlingene, gjennomført intervjuer med andre tjenester og brukere i målgruppen, og noen har gjennomført workshops som del av innsiktsarbeidet. Mural og den felles Teams-kanalen omtales som gode verktøy i prosessen.

På tross av gode omtaler, peker flere informanter på at arbeidet med pilotutviklingen har vært tidkrevende og omfangsrikt. Prosjektlederne var ikke forberedt på mengden arbeid og de korte tidsfristene, og heller ikke at hele gruppa fortrinnsvis skulle være til stede på alle samlinger (utover de frikjøpte ressursene). Alle pilotene har forsøkt å være til stede i så stort omfang som mulig, men dag to har ikke alle hatt mulighet til, eller hatt behov for å prioritere. De som har benyttet seg av den individuelle veiledningen beskriver den som nyttig, tidvis enda mer nyttig enn fellessamlingene, fordi den har gitt mulighet for å drøfte konkrete spørsmål knyttet til egen pilot. Flere har også opplevd det nyttig og lærerikt for egen prosess å høre om de andre pilotenes arbeid og erfaringer.

Vi merker oss noen forskjeller i opplevelser av innovasjonsstøtten, avhengig av informantens forkunnskaper og erfaringer fra lignende prosesser. De som kjente til tjenstedesign fra før av, virker, naturlig nok, å ha opplevd opplegget som mindre overveldende. Det samme gjelder de som hadde kommet langt i sitt utviklingsarbeid. For disse pilotene beskrives samlinger og veiledninger som noe mindre nyttig, og de kunne tenke seg et mindre omfangsrikt opplegg. For de pilotene som kan sies å ha trengt støtten mest, får innovasjonsstøtten best skussmål.

Direktoratene har vært til stede på alle samlingene og bistått pilotene med veiledning ved behov. Pilotene har merket seg direktoratenes tilstedeværelse og beskriver dette som et

tegn på at satsingen er prioritert. Direktoratene omtales som hjelpelige og på tilbudssiden og pilotene vet hvem de kan kontakte ved behov, også under den kommende utprøvingen. Likevel er det få piloter som har vært i direkte kontakt med direktoratene. De som har henvendt seg direkte til direktoratene har gjort det av praktiske formål. Veiledning om innholdet og gjennomføring har vært overlatt til Halogen. Noen av pilotene har ytret ønske om at direktoratene skulle ta en mer synlig fagrolle på samlingene. Halogen beskrives som dyktige på prosess, men er naturlig nok ikke eksperter på arbeid-helse. Enkelte uttrykker også forvirring rundt direktoratenes rolle. Samtidig er flertallets opplevelse at prosjektet er godt forankret og at ressursene i direktoratene framstår som dyktige og motiverte. Det framheves for eksempel som positivt at aktører i direktoratene har vist interesse for pilotenes innsiktsarbeid, for eksempel gjennom deltakelse i lokale workshops.

## 4. Analyse, vurderinger og anbefalinger

I det følgende presenteres våre analytiske perspektiver, samt vurderinger og anbefalinger for piloteringen.

### 4.1 Forskjeller og likheter mellom pilotene

#### 4.1.1 Overordnet intervensjon

Selv om pilotene skisserer ulike aktiviteter for piloteringen, er vårt inntrykk at den overordnede intervensjonen i stor grad er sammenfallende, også på tvers av modellene. Et fellestrekk for pilotenes virkningskjeder er antakelsen om at dersom tjenestene styrker sin kjennskap til hverandre, vil et integrert arbeid- og helsefokus naturlig vokse fram. Tjenestenes endrede tankesett vil i neste omgang spre seg til arbeidstakere og arbeidsgivere. Flere av pilotene har også et mål om å endre arbeidsgiveres og arbeidstakeres holdninger rundt sykmeldinger og rundt brukers terskel for å kontakte tjenestene. Målet er at både tjenestene og brukerne skal inneha den samme innstillingen om at arbeid er helsefremmende.

Vi har stilt alle informantene spørsmålet: «Hvordan forstår du tjenestesamhandling?» Informanter på tvers av piloter og modeller virker å ha en relativt samstemt forståelse av begrepet. Det handler om å lære hverandre bedre å kjenne, ha lav terskel for kommunikasjon, jobbe mot samme mål og ha fokus på å gi brukerne bedre og mer treffende tjenester. «Rask, treffende, samtidig og helhetlig brukeroppfølging» går igjen i beskrivelsene. Flere vektlegger også at samhandlingen ikke må bli personavhengig.

Gjennom piloten er målet å klare og etablere en samhandlingskultur på tjenestenivå (jf. systematikk). På den annen side bemerkes også betydningen av de individuelle forholdene og tilpassingen i brukeroppfølgingen – individuell behandling og oppfølging er også systematikk, som må ivaretas.

Selv om det i stor grad er enighet rundt de overordnede målene for arbeidet, merker vi oss at målsettingene er mange, og ofte på et overordnet nivå. Dette kan skape utfordringer når arbeidet skal konkretiseres, og når resultater skal måles. Det er videre få eller ingen som nyanserer den grunnleggende antakelsen om at arbeid er helsefremmende, for eksempel gjennom å nyansere mellom ulike målgrupper og situasjoner. En spissing av målsettingene for de lokale modellene kan trolig forenkle arbeidet.

### 4.1.2 Målgruppe og rekruttering

Angående målgruppe har alle ni pilotene inkludert personer med milde til moderate psykiske plager, men utover dette er det noen variasjoner. Fem piloter har også inkludert personer med muskel- og skjelettplager. I modell 1 gjelder dette kun Fredrikstad. Dette er interessant, da fastlegene ikke er inkludert her. Kun én pilot (Lillestrøm) inkluderer personer med rusproblemer i pilotens målgruppe. Andre har avgrenset personer med rusproblemer ut, med begrunnelsen om at disse krever en annen type oppfølging, utover pilotens rammer. Utover dette har fem piloter lagt til presiseringer for målgruppen, som for eksempel at personen må ha et arbeidsforhold, at personen er sykmeldt eller står i fare for å bli det, og at de mottar behandling fra RPH. To piloter har definert et aldersspenn for målgruppen: Over 18 år og mellom 20-55 år.

Målgruppene for pilotene er brede. Det vil bli interessant å følge den helt konkrete identifiseringen av brukere i målgruppen, og i hvilken grad man klarer å fange opp hvilke grep som fungerer for hvem, da dette kan variere innad i målgruppene.

Når det gjelder planer for identifisering og rekruttering av brukere, varierer det hvor langt og detaljert pilotene har tenkt. I modell 1, hvor målgruppen (med unntak av Fredrikstad) består av personer med psykiske plager, har alle fem piloter lagt opp til at RPH skal ha ansvar for rekruttering. I to av pilotene (Tromsø og Fredrikstad) vil også Nav ha en rolle. I modell 2 har Stovner og Hå lagt opp til at fastlegene skal rekruttere pasientene. I Hå er rekrutteringsplaner ikke spesifisert, og for Lillestrøm er det uvisst. Dette handler om at piloten foreløpig ikke har rekruttert kognitiv terapeut. Foreløpig fortsetter Lillestrøm derfor bare som før, etter modell av fastlegeprosjektet.

Vi merker oss videre at det råder mye usikkerhet knyttet til forventet pågang på tjenestene. Pilotene legger ulike estimater og antakelser til grunn. Mens noen mener piloten vil treffe en stor andel brukere, er andre mer tvilsomme til hvorvidt piloten vil medføre særlige endringer i brukeromfang. Det er også ulikt hvor «omfattende» pilotene opplever modellene, og i hvilken grad de tror modellene i praksis vil endre bruker- og

pasientoppfølgingen. Der noen beskriver modellene for tjenestesamhandling som små justeringer av eksisterende praksis, betrakter andre modellene som en helt ny måte å jobbe på. Dette henger etter vår oppfatning sammen med i hvilken grad pilotene har reflektert over hvilken systematikk som skiller piloten fra ordinær tjeneste, og hvordan denne systematikken antas å gi bedre tjenester til målgruppen. Der man har gjort seg klare tanker om identifisering av brukere til piloten, vil det trolig bli lettere å komme i gang med brukeropfølging, og vurdere virkningene av ulike grep.

### 4.1.3 Planlagte aktiviteter

Pilotene skisserer mange av de samme bakenforliggende utfordringene og målene, og noen planlagte grep og aktiviteter går igjen. Dette gjelder særlig felles møter mellom tjenestene, som alle pilotene (i begge modeller) planlegger i en eller annen form. Utover møtevirksomhet varierer det hvilke tiltak og aktiviteter som skal gjennomføres, og skillet mellom de to modellene er tidvis mindre klart. Størst variasjon er det innad i modell 1. I tabellen under er alle de planlagte aktivitetene til pilotene listet opp:

Tiltak										
Pilot	Sam-lokalisering	Felles møter	Kurs	Brobygger	Opplæring/ Kunnskapsdeling	Informering om piloten utad	Felles samtale-verktøy/ rutiner	Bruk av selvhjelps-verktøy overfor bruker	Ansette kognitiv terapeut	Invol-vering av arbeids-giver
Bjerke										
Fredrikstad										
Kristiansand										
Nesodden										
Tromsø										
Hå										
Lillestrøm										
Stovner										
Ringsaker										

Når det gjelder involverte aktører, legger Tromsø (som er i modell 1) for eksempel opp til involvering av fastleger, og et tett samarbeid med arbeidsgiver. Også Kristiansand, Nesodden, Tromsø, Hå og Ringsaker planlegger for involvering av arbeidsgiver i sine piloter.

Vi finner størst variasjon i planlagte aktiviteter innad i modell 1. Noen likhetstrekk er det mellom enkelte piloter: Bjerke og Fredrikstad skal begge utnevne såkalte brobyggerfunksjoner, som skal ha et overordnet ansvar for koordinering mellom tjenestene. Tre av pilotene vil også teste ut former for samlokalisering, og tre piloter skal arrangere kurs, inspirert av kognitiv terapi. I modell 1 er det lagt opp til flere grep for formalisering av arbeidet, enn det som skisseres i modell 2. Alle pilotene i modell 1 (med unntak av Nesodden) skal etablere rutiner, kartleggings skjema og samtaleverktøy til bruk i oppfølgingsarbeidet. Fire av fem piloter i modell 1 legger videre opp til aktiv kunnskapsdeling og læring mellom tjenestene, for eksempel i form av felles fagdager, arrangementer og opplæring. I modell 2 er det ingen som skisserer konkrete grep for kunnskapsutvikling på tvers av tjenester, og kun Ringsaker viser til at de skal utvikle systematiserte verktøy for oppfølgingen (kartleggingsverktøy og mestringsplan).

Vi finner mindre variasjon og spredning i modell 2. Alle pilotene skal teste ut samlokalisering og felles møter. Vi finner også noen unike grep i modell 2. For eksempel vil Hå gi brukere valget om å ha med Nav-veileder i legetimer. Lillestrøm planlegger for å involvere flere aktører i den helhetlige brukeroppfølgingen, enn det som ligger i modellene. I Ringsaker planlegges det for bruk av mobil-app for assistert selvhjelp overfor bruker. I tillegg vil kognitiv terapeut gi bruker oppgaver som skal gjennomføres på arbeidsplassen, fortrinnsvis med involvering og støtte fra arbeidsgiver.

I hvilken grad et skille etter typen modell er det mest hensiktsmessige for den videre følgeforskningen og oppfølgingen, kan diskuteres. Hvor langt pilotene har kommet og hvilke konkrete samhandlingsgrep de tester ut, kan muligens gi en mer formålstjenlig inndeling av pilotene, for eksempel i forkant av de planlagte digitale erfaringsamlingene.

#### **4.1.4 Systemiske barrierer**

Formelle rammer som regelverk og systembarrierer, kan svekke samhandling. Vi finner noen variasjoner i hvor langt pilotene har planlagt sin pilotering, for eksempel når det gjelder systemer og støttefunksjoner for tjenestesamhandlingen og strategier for å identifisere og rekruttere brukere. Selv om et viktig formål med piloten er å etablere en sterkere og bærekraftig samhandlingskultur, er målet til syvende og sist å ende opp med noen vellykkede og systematiske grep som kan prøves ut i større skala. I denne forbindelse påpeker både pilotene selv og direktoratene flere systemiske barrierer for systematisk samarbeid som må håndteres gjennom piloteringen. Blant barrierene som påpekes er særlig uklareheter rundt regelverket for deling av informasjon mellom tjenestene, mangel på felles systemer for informasjonsutveksling og ulike resultat- og utfallsmål i tjenestene. Pilotene har blant annet behov for avklaringer rundt rammer for innhenting av opplysninger, samtykke, hvilke opplysninger som kan gjenbrukes til andre formål og logg- og journalføring.

Noen piloter har tenkt ut grep for å imøtekomme disse utfordringene. I Hå er det foreslått at fastlegene kan ha en egen kode i journalsystemet for henvisning av pasienter til Nav og RPH. Kristiansand utforsker mulighetene for at Nav kan få et varsel i Modia når fastlegen registrerer noen i pilotens målgruppe. I Hå har piloten koblet på kommuneoverlegen som skal bistå med juridiske avklaringer i forbindelse med effektevaluering. Nesodden har planlagt for et systemisk grep i lys av resultatmåling. RPH Nesodden har siden etableringen i 2015 innhentet data på opplevd symptomtrykk og arbeidsstatus ved oppstart og avslutning av alle pasienter. Ved å innhente samme data på brukere i dette prosjektet vil piloten ha en sammenligningsgruppe som kan gi en indikasjon på effektene av tjenestesamhandlingen. Måten de konkret kommer til å løse dette på er at når RPH er ferdig med sin behandling, holdes pasienten åpen i journal-systemet fram til Nav også er ferdig. På denne måten kan også Nav-veilederen registrere de samme parameterne i sin avslutningssamtale. Vi merker oss at Nesodden, som er i gang med brukeroppfølgningen, foreløpig ikke har opplevd noen utfordringer knyttet til personvern og taushetsplikt. Så lenge bruker signerer samtykkeerklæring, kan tjenestene etter deres oppfatning dele så mye informasjon de ønsker. Nav Nesodden har vurdert at bruken av samtykket er legitimt i denne sammenhengen. Av brukerne de har hatt inne så langt, har ingen vært kritiske til å signere, forteller informantene.

Systemstøtte og juridiske avklaringer vurderes som et viktig prioriteringsområde dersom pilotene skal lykkes med å etablere bærekraftige samhandlingsstrukturer. Som flere av informantene påpeker er dette forhold pilotene ikke nødvendigvis kan avklare på egenhånd. Vi anbefaler derfor at direktoratene er behjelpelig med dette, blant annet gjennom å informere om juridisk handlingsrom for informasjonsdeling og tekniske systemmuligheter for utveksling av informasjon.

#### **4.1.5 Betydningen av kontekst**

Utover de innholdsmessige ulikhetene i pilotene er kontekstuelle variasjoner og forutsetninger viktig å være oppmerksomme på. Pilotene har kommet ulikt i arbeidet. Mens noen allerede er i gang med brukeroppfølgningen, er andre fortsatt usikre på hvorvidt de får rekruttert Nav-veileder og kognitiv terapeut. Dette kan påvirke piloteringsarbeidet.

Noen piloter har gode tradisjoner for samarbeid mellom tjenestene fra før av, for eksempel gjennom erfaringer med Fastlegeprosjektet, Primærhelseteam og HelseIArbeid. Vi merker oss for eksempel at Nesodden, gjennom sin erfaring fra fastlegeprosjektet, og Ringsaker, gjennom deltakelse i pilot med primærhelseteam, virker å ha noen fordeler inn i piloteringsarbeidet. Andre steder har ikke tjenestene hatt noen form for kontakt i forkant av arbeidet med piloten. I tillegg er det forskjeller i kommunenes ressursituasjon og organiseringen av RPH. Inntrykket er imidlertid at aktørene har blitt bedre kjent med

hverandre og fått økt forståelse for kontekstavhengige forhold som kan påvirke piloteringen.

Fra vårt perspektiv merker vi oss at aktørene i stort er enige om at arbeid er helsefremmende. Her kan det likevel være forskjeller mellom aktørgruppene som deltakerne representerer. Sagt på en annen måte kan deltakerne være mer eller mindre representative for sin tjeneste eller profesjon. Det kan få konsekvenser for eventuell spredning av gode grep, og er et forhold vi vil drøfte i problemstillingsnotatet som skal leveres i mars.

#### 4.1.6 Betydningen av motivasjon

Motivasjon og engasjement er avgjørende i utviklings- og piloteringsarbeid. Selv om pilotene har fått tilskudd til å frigjøre ressurser i tjenestene, vil arbeidet med piloteringen komme i tillegg til aktørenes ordinære oppgaver. Videre har Halogen holdt i prosessen fram til nå, og pilotene har møttes jevnlig på samlinger og arbeidet med oppgaver og forberedelser i tiden mellom samlingene. Når disse oppgavene og samlingspunktene forsvinner, utgjør dette en risiko for at arbeidet nedprioriteres. Den nevnte «sense of urgency» er derfor viktig å opprettholde gjennom hele piloteringsperioden.

Implementering av ideer utviklet gjennom tjenstedesign, kan være krevende. Ideene kan i virkeligheten virke annerledes enn først antatt, og i en del tilfeller mislykkes man (Grol og Grimshaw, 2003; Li og Hsieh, 2009). Utfordringene kan både knytte seg til at planene er for vage, og for konkrete og detaljerte (Engen og Røhnebæk, i Moldenæs, Pettersen og Røvik, 2024). Slike utfordringer kan svekke motivasjon. «Situert planlegging» handler om å bygge, endre, dele, iverksette og styre planer innenfor kollektive arbeidsprosesser (Bardram, 1997), og er slik sett i tråd med planene for piloteringsfasen. Planer blir på denne måten noe det aktivt reflekteres over, og som kontinuerlig utvikles gjennom praksis (Redaelli og Carassa, 2018). For å lykkes med dette er det helt nødvendig at de lokale modellene justeres i tråd med erfaringer, og at kommunikasjonen mellom partene opprettholdes gjennom piloteringen. Sistnevnte knytter seg til en annen velkjent utfordring i utviklings- og implementeringsarbeid: manglende felles forståelse av hvilke aktiviteter som skal gjennomføres (Engen og Røhnebæk i Moldenæs, Pettersen og Røvik, 2024).

I denne forbindelse tror vi noen felles samlingspunkter, enten mellom alle eller utvalgte piloter, kan bidra til å opprettholde driven i arbeidet. Vi vet at noen av pilotene allerede har avtalt dialogpunkter seg imellom. Det er også planlagt for digitale erfaringsamlinger, hvor også vi vil bidra til læring og refleksjon. Utover dette mener vi det vil være fornuftig å oppfordre pilotene til jevnlig dialogpunkter, både internt og piloter imellom. Vi mener ikke det er avgjørende at pilotene er innenfor samme modell. Sammensetningen kan for

eksempel baseres på hvilke grep som testes ut, hvor pilotene er i prosessen og hva slags barrierer de opplever.

## 4.2 Om måling av resultater

På siste samling ble resultatmåling et tema. Fokus for piloteringen er utprøving av de planlagte grepene for tjenestesamhandling. Også gjennom 2025 vil det være rom for, og nødvendig, å gjøre justeringer. Derfor er det resultater *innad* i tjenestene som i første omgang er viktigst, og realistisk å måle – altså hvordan tjenestene opplever samhandlingen seg imellom. Deretter kan man begynne å reflektere rundt antatte brukereffekter. Vi mener derfor det er viktig at pilotene jevnlig spør seg hvordan de utprøvde tiltakene fungerer, om det er nødvendig med justeringer, på hvilke måter økt samhandling er nyttig for brukeroppfølgingen, og hva som fungerer godt og mindre godt. Måling og informasjonsinnhenting ut mot brukere må ikke gå på bekostning av utvikling av samarbeidsmodellen lokalt.

Målinger rettet mot brukere må tilpasses fasen pilotene befinner seg i. Vi vil derfor ikke sende ut vår spørreundersøkelse til brukere, før pilotene er i gang med brukeroppfølging. Vi vil avklare forholdene rundt resultatmåling i vår dialog med pilotene. Vi undersøker også mulighetene for å benytte aggregert datafangst som tjenestene i pilotene allerede innhenter (GAD7/FIT/PHQ9), som en del av vår resultatmåling.

## 4.3 Vår vurdering av bistanden fra Halogen og direktoratene

### 4.3.1 Innhold

Tjenestedesign har som en av sine ambisjoner å binde sammen ulike tjenester (Clarke og Craft, 2019). Bruken av tjenestedesign i offentlig sektor møter kritikk, blant annet for å i liten grad bidra til utvikling av faktiske løsninger, herunder konkrete løsninger som egner seg for spredning (Christensen i Moldenæs, Pettersen og Røvik, 2024; Bason, 2014). Andre mener tjenestedesign representerer et overforenklet blikk på det mangfoldet av hensyn og interesser som settes i spill når endring skal gjennomføres i det offentlige (Brattvoll og Danielsen i Moldenæs, Pettersen og Røvik, 2024).

Tjenestedesign kan imidlertid bidra til en omforent kulturell forståelse mellom partene, som kan lette samhandling (Moldenæs, Pettersen og Røvik, 2024). Vi mener de fysiske samlingene har bidratt til dette. Deloitte (2019) oppsummerer i en komparativ rapport 39 studier av tjenestedesign i offentlig sektor, og konkluderer med at det er særlig seks utfordringer som tjenestedesign kan bidra til å løse: Begrenset kunnskap om sluttbrukere,



usammenhengende tjenester, ulike brukerbehov, utilstrekkelige digitale plattformer, utilgjengelig kundeservice og komplekse krav politisk og juridisk. utfordringene passer godt med andre ord godt inn i målene for prosjektet.

Gjennomgående vurderer vi arbeidsformen, formidlet fra Halogen, som god. Samtlige piloter har opplevd innovasjonsstøtten som nyttig og inspirerende, uavhengig av forkunnskaper til tjenstedesign som metodikk. Utbyttet av støtten virker å ha vært noe mindre for pilotene som har kommet lengst i sitt utviklingsarbeid. Det er likevel verdt å merke seg at også disse pilotene, som hadde mye klart i forkant av samlingene, har opplevd å bli utfordret på forhold de ikke hadde tenkt på før samlingene. Samlingene og oppfølgingen fra Halogen beskrives å ha gitt en konstruktiv dytt i riktig retning.

Vi har også gjort en egen gjennomgang av innholdet i fellessamlingene, herunder av maler og verktøy. Disse har flere fellestrekk med opplegget og malene vi evaluerte i forbindelse med «støttmateriell til innovasjonsprosesser i Nav-kontor». Som vi også vurderte den gangen, er malene enkelt og pedagogisk utformet. Vår vurdering er også at innholdet i samlingene gir nyttige og gode innføringer i temaer som er relevante for utviklings- og prosjektarbeid. Malene evner å tilpasse tjenstedesignteoretiske elementer og ideer til en konkret og praktisk sammenheng. Ikke minst er malene generiske nok til å enkelt kunne tilpasses pilotenes ulike forutsetninger og prosjekter. Vi mener også det er positivt at pilotene selv har kunnet velge hvilke maler/verktøy de vil prioritere å jobbe med.

Innovasjonsstøtten svarer videre ut en utfordring som ofte gjør seg gjeldende ved innovasjon i offentlig sektor: viktigheten av å selge inn problemet før løsningen (Rønning, 2021). Innovasjonsprosesser i offentlig sektor preges ofte av å være raske til å søke etter løsninger, og selge inn disse, før problemet er undersøkt og forstått tilstrekkelig. Innsiktsarbeid, som pilotene har gjort som følge av oppfølgingen fra Halogen, legger slik sett et godt grunnlag for utprøving av gode og gjennomtenkte løsninger. Dette mener vi legger et godt grunnlag for pilotenes suksess og vurderinger av modellenes potensial for skalering.

### 4.3.2 Gjennomføring

Selv om opplegget vurderes som nyttig, er en gjennomgående tilbakemelding fra pilotene at opplegget har vært intensivt og tidkrevende. Flere av aktørene i pilotene synes også forventningsavklaringen i forkant har vært uklar. Dette har for en del medført utfordringer med å sette av tilstrekkelig tid til gjennomføringen. Noen gir også uttrykk for at det ville vært mer formålstjenlig å gå i dybden på noen av malene, framfor å få presentert så mange. Pilotene virker på den annen side å ha klart å prioritere hvilke maler det er mest hensiktsmessig for dem å bruke tid på, og tidspunkt for samlinger og oppgaver imellom virker å ha vært godt kommunisert.

De aller fleste pilotene har benyttet seg av muligheten for individuell veiledning. Denne beskrives som nyttig. Den felles Teams-kanalen og Mural får også utelukkende gode ord og vurderes som gode grep. Vi anbefaler at disse kanalene benyttes også inn i piloteringsfasen, og at pilotene kan gis tilgang til hverandres kanaler. Om ikke alle, så i hvert fall et utvalg. Vi tror pilotene kan få mye ut av å følge med på hverandres arbeid, også i det videre. Teams-kanalen virker også å fungere som en kort og enkel vei for kontakt med direktoratene. Det er også verdt å merke seg at ingen av pilotene savner kunnskap eller innsikt i forkant av piloteringen. Innovasjonsstøtten har også gjort at piloten allerede har fått økt sin kunnskap om hverandre. Samlingene beskrives å ha hatt en slags «team building»-effekt, som kan få viktige ringvirkninger for det videre arbeidet.

Tidspresset virker i størst grad å ha bidratt til noe positivt. Selv om noen piloter kunne ønske seg mer tid underveis, anerkjenner alle at det til tider intensive opplegget har vært kritisk for å skape nødvendig fremgang. Selv om utviklingsfasen har krevd mye av pilotene, vurderer vi at intervallene mellom samlingene har vært fornuftig. Inntrykket er at pilotene har hatt tid til å jobbe tilstrekkelig mellom samlingene, og som flere påpeker: *Det er grenser for hvor dypt man kan grave. På et tidspunkt må vi begynne å prøve ut.* Pilotene virker slik sett å ha forstått formålet med innovasjonsstøtten og utviklingsfasen. Dette gir seg også utslag i pilotenes refleksjoner om piloteringen, hvor flere viser til at de har lagt opp til stoppunkter, for refleksjon, vurdering og eventuell justering.

Avslutningsvis vil vi bemerke at det er satt av mye tid til utvikling av pilotene. Selv om pilotene ikke selv har påpekt dette som noe negativt, stiller vi spørsmål ved om noe av denne tiden heller burde vært avsatt til testing av ideene. Pilotene har hatt god tid til innsiktsarbeid og brukermedvirkning. Vi lurer likevel på om pilotene vil få nok tid til å teste, justere og ikke minst finne løsninger på flere av de påpekte, praktiske utfordringene (jf. kapittel 5.1.4, om systemiske barrierer). Vårt inntrykk er at mange av pilotene vil bruke mye tid og krefter på praktisk tilrettelegging over nyttår. Dette kan forsinke brukeroppfølgningen og den faktiske testingen og mulige justeringen av de planlagte aktivitetene. Flere av intervjudeltakerne er kritiske til at bekymringer rundt praktiske og juridiske forhold fortsatt ikke er avklart. Etter vår vurdering representerer disse manglende avklaringene en vesentlig risiko for piloteringens framdrift.

### 4.3.3 Bistanden fra direktoratene

Direktoratene har satt ut den faglige støtten av prosessen til Halogen, og har i hovedsak hatt funksjon som støtte og praktisk tilrettelegger gjennom utviklingsfasen. Selv om direktoratene i liten grad har innehatt en faglig rolle, vurderer vi deres synlighet og engasjement gjennom første fase som positiv. Pilotene er tydelige på at prosjektets rigg og styring er god, og at det klart framkommer hvor viktig dette arbeides anses i direktoratene. Dette tror vi bidrar til viktig drahjelp og motivasjon inn i utprøvningsfasen.

Samtidig uttrykker noen av pilotene forvirring rundt direktoratenes rolle. Flere kunne ønske at direktoratene var mer synlige, og klarere i svarene på praktiske spørsmål. Vi mener derfor at direktoratene bør innta en tydeligere rolle i den videre prosessen, også som faglig støtte. Videre kan dette ses i lys av noe av kritikken som rettes mot tjenstedesign som metodikk: At generiske konsepter presenteres og anvendes, uten at den faglige og kontekstuelle kunnskapen er godt nok ivaretatt. Dette kan redusere sjansene for at konkrete og gode løsninger utvikles og spres (Moldenæs, Pettersen og Røvik, 2024).

Tjenstedesign alene er ikke kalibrert for å håndtere de mest komplekse utfordringene. Derfor er det nødvendig å supplere tjenstedesign med systemorientert design. I komplekse prosjekter, (som tjenstesamhandling mellom arbeid og helse representerer) er tilleggskompetanse og tverrfaglighet nødvendig (Skogli, m.fl., 2020). Direktoratene innehar mye av fag- og kontekstkunnskapen, som Halogen ikke har. Vi mener det er viktig at denne kunnskapen utnyttes i piloteringen, hvor pilotene skal gå fra høyttenking og idémyldring, til praktiske, og etter hvert systematiske grep for videre utprøving.

Som tidligere nevnt mener vi direktoratene også får en viktig rolle med å tilrettelegge for nødvendige system- og støttefunksjoner gjennom piloteringen. Dette er forhold samtlige piloter uttrykker bekymring og forvirring rundt. Vi vurderer følgende systemiske barrierer som en vesentlig risikofaktor for piloteringen:

- Uklarheter rundt rammene for innhenting av opplysninger om bruker, herunder regelverk rundt samtykke.
- Uklarheter rundt regelverket for deling av/gjenbruk av informasjon om bruker mellom tjenestene, både muntlig og skriftlig.
- Uklarheter rundt adgangen til å logg- og journalføre informasjon om bruker.
- Mangel på felles systemer for informasjonsutveksling om bruker mellom tjenestene.
- Ulike resultat- og utfallsmål i tjenestene.

Det er derfor viktig at direktoratene veileder pilotene på dette området, slik at juridisk og systemisk handlingsrom tidlig avklares. Dermed kan pilotene bruke sin energi på testing og utvikling av sine lokale modeller.

## 5. Litteraturliste

Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, HI., Pedersen, K., Snilsberg, Ø., Sten-Gahmberg, S. & Sæther, EM. (2022) *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger*. Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)

Ansell, C. & Torfing, J. (2021). Co-creation: The new kid on the block in public governance. *Policy & Politics*, 49(2).

Appelbaum, S. H., Habashy, S., Malo, J. & Shafiq, H. (2012). Back to the Future: Revisiting Kotter's 1996 Change Model. *Journal of Management Development*. 31(8), 764-782. DOI: <https://doi.org/10.1108/02621711211253231>

Bason, C. (2014). *Design for policy*. 1st Edition. London. Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781315576640>

Bardram, J.E. (1997). *Plans as situated action: An activity theory approach to workflow systems*. [https://doi.org/10.1007/978-94-015-7372-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-94-015-7372-6_2)

Brinchmann, B., Wittlund, S., Lorentzen, T., Moe, C., McDaid, D., Killackey, E., Rinaldi, M., & Mykletun, A. (2024). The societal impact of individual placement and support implementation on employment outcomes for young adults receiving temporary health related welfare benefits: a difference-indifferences study. *Psychological Medicine* 54, 1787–1795. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003744>

Clarke, A. & Craft, J. (2019). The twin faces of public sector design. *Governance* (Oxford), 32(1).

Coulter, A. & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *Br Med J* 2007, 335(7609):24.

Cowan, S., Banks, D., Crawshaw, P., & Clifton, A. (2011). Mental health service user involvement in policy development: social inclusion or disempowerment? *Ment Health Rev J* 2011, 16(4):177–184.

Cullen, KL., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, PA., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, DM., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D. & Amick, BC 3rd. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*. 2018 Mar;28(1):1-15. doi: 10.1007/s10926-016-9690-x.

Deloitte. (2019). *Tjenestedesign i offentlig sektor*.

- Fleten, N., Seppola-Edwardsen, T., Höper, A. C., Terjesen, C. L. & Henriksen, I. E. (2024). *HelseArbeid – et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?: en analyse av virkning, kostnader og effekt av forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen*. Hentet fra: [HelseArbeid – et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?](#)
- Gaillard, A., Sultan-Taieb, H., Sylvain, C. & Durand, M. (2020). Economic evaluations of mental health interventions: A systematic review of interventions with work-focused components. *Safety Science*. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104982>
- Gjengedal, R.G.H., Reme, S. E., Osnes, K., Lagerfeld, S.E., Blonk, R. W.B., Sandin, K., Berge, T. & Hjemdal, O. (2020). Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work* 66 (2020) 657–667. DOI:10.3233/WOR-203208
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From the best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Hird, M. (2007). Service user involvement in mental health assessment: comparing people's experiences of mental health triage assessments with theoretical perspectives on user involvement. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 2007; 13:1561–1577.
- Hofstad, H. & Hansen, G. S. (2015). *Samfunnsutviklerrollen til regionalt folkevalgt nivå*. Hentet fra: [Samfunnsutviklerrollen til regionalt folkevalgt nivå - regjeringen.no](#)
- Holmås, T. H., Monstad, K. & Reme, S. E. (2021). *Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme*. Hentet fra: [Resultat #1908878 - Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme - Cristin](#)
- Huxham, C., & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. London: Routledge.
- Torfinn J. B., Peters, G., Pierre, J. & Sørensen, E. (2012). *Interactive governance: Advancing the paradigm*. Oxford University Press.
- Li, C.Y. & Hsieh, C.T. (2009). The impact of knowledge stickiness on knowledge transfer implementation, internalization, and satisfaction for multinational corporations. *International Journal of Information Management*, 29(6), 425-435.
- Millar, S. L. (2015). *Service user involvement in mental health care: an evolutionary concept analysis*. UKCRC Centre of Excellence for Public Health.
- Moldenæs, T., Pettersen, H. M. & Røvik, K. A. (2024). *Tjenstedesign i det offentlige. Fra ide til praksis – den besværlige veien*. Fagbokforlaget; Bergen.

- Nicholls, V. (2003). *Surviving User-led Research: Reflections on Supporting User-led Research Projects*. Mental Health Foundation.
- Nøkleby, H., Blaasvær, N., Berg, R. C. (2017). *Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt*. Hentet fra: [Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov - FHI](#)
- Omeni, E., Barnes, M., Macdonald, D., Crawford, M. & Rose, D. (2014). Service user involvement: impact and participation: a survey of service users and staff perspectives. *BMC Health Services Research* 2014 14:491.
- Oslo Economics. (2020). *Samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp i kommunene*. Hentet fra: [Samarbeid-NAV-og-RPH-17.11.2020.pdf](#)
- Oxford Research. (2024). *Arbeidsfokus på fastlegekontor. Følgforskning av fastlegeprosjektet*. Hentet fra: [Arbeidsfokus på fastlegekontor, Oxford Research - nav.no](#)
- Redaelli, I. & Carassa, A. (2018). New perspectives on plans: Studying planning as an instance of instructed action. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 27(1).
- Reme, S. E., Grasdal, A. L., Løvvik, C., Lie, S. A. & Øverland, S. Workfocused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occup Environ Med*. 2015;72 (10): 745–752.
- Rønning, R. (2021). *Innovasjon i offentlig sektor. Innover eller bli innover*. Oslo: Universitetsforlaget. DOI: <https://doi.org/10.18261/9788215046235-2021-01>
- Skogli, E., Høiseth-Gilje, K., Lie, C. M. & Arnesen, T. G. (2020). *StimuLab – Kunnskapsoppsummering*. Menon-publikasjon 146.
- Standal, M. I., Aasback, A. W., Svendsen, S., Gjørund, G., Iversen, J. M. V. & Røe, M. (2024). *Tjenestereisen i helseaksen – en helhetlig undersøkelse av NAVs oppfølging av arbeidstakere med helseutfordringer*. NTNU. Hentet fra: [Tjenestereisen-i-helseaksen-Sluttrapport-NTNU-Samfunnsforskning-1.pdf](#)
- Sønderskov, M., Connolley, S., Hagaseth, I. T., Myklebø, S., Nyhus, L., & Mælan, E. N. (2024). *Kjennetegn ved positivt avvikende samarbeidsprosesser*. 27(1). 2024, s. 1–14. DOI: <https://doi.org/10.18261/tfv.27.1.4>

Xu, H., Cai, J., Sawhney, R., Jiang, S., Buys, N., Sun, J. (2023). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Helping People on Sick Leave to Return to Work: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation* (2024) 34:4–36. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10116-4>

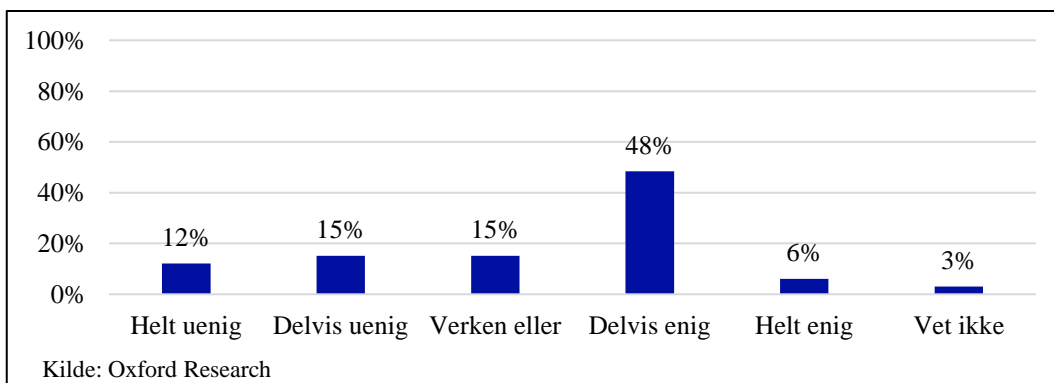
# 1. Vedlegg 1: Statusmåling

I uke 43 sendte vi ut en statusmåling, i form av en enkel spørreundersøkelse, til alle de involverte aktørene i pilotene. Formålet med statusmålingen var å få informasjon om status for tjenestesamhandlingen mellom arbeid og helse i forkant av piloteringen. Skjemaet inneholdt spørsmål om dagens praksis for samhandling og utfordringer i arbeidet. Vi mottok 30 fullstendige besvarelser og 7 ufullstendige (hvorav 3 svarte på flere enn de innledende bakgrunns-spørsmålene). Et viktig forhold å være bevisst på i tolkningen av resultatene, er at respondentene i hovedsak tilhører Nav-kontor. Svargrunnlaget er også såpass begrenset at vi ser det som lite fruktbart å bryte ned resultatene etter respondentgrupper i denne omgang. Det vil sendes ut en tilsvarende måling mot slutten av følgeforskningen, slik at resultater kan sammenlignes. I det følgende gjengis funnene fra statusmålingen.

## 1.1 Status for tjenestesamhandling

Statusmålingen viser et noe blandet bilde knyttet til overordnede vurderinger av den nåværende samhandlingen mellom arbeid og helse i kommunene. Figur 1 viser at flertallet av respondentene i det minste er delvis enige i at samhandlingen mellom Nav og de kommunale helsetjenestene allerede er god. Samtidig er også omtrent en fjerdedel av respondentene uenige i påstanden.

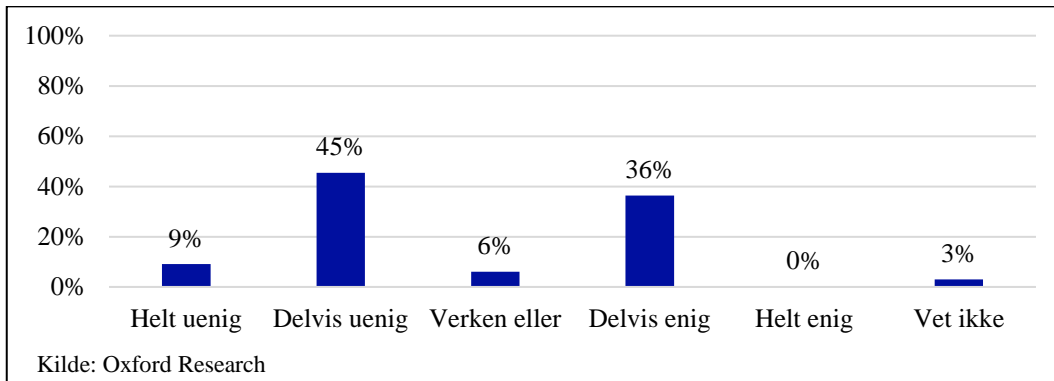
Figur 1: Ta stilling til følgende påstand: Tjenestesamhandlingen mellom Nav og kommunale helsetjenester er god (n=33)



Figur 2 viser at flertallet samtidig er uenige i at Nav og kommunale helsetjenester er kjent med hverandres aktiviteter og tjenestetilbud. En vesentlig andel (36 prosent) er imidlertid delvis enige i at tjenestene har gjensidig kjennskap om hverandres tjenester og aktiviteter.

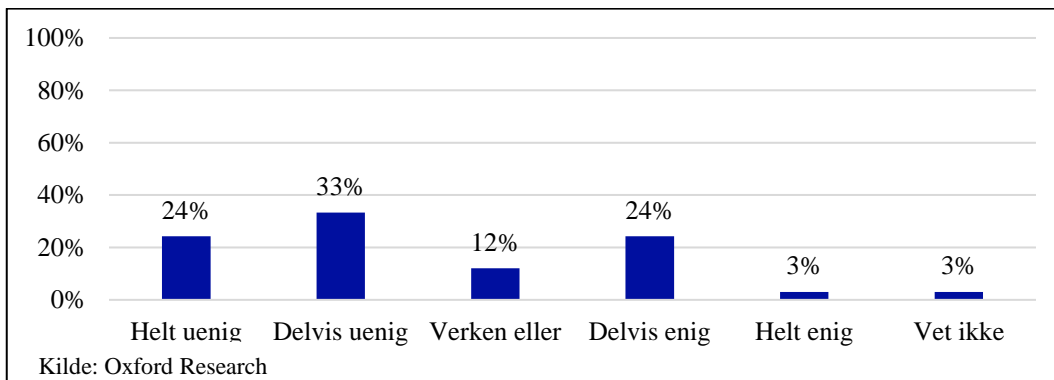


Figur 2: Ta stilling til følgende påstand: Ansatte i Nav og kommunale helsetjenester er kjent med hverandres aktiviteter og virkemidler for å forebygge og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet (n=33)



I Figur 3 ser vi at de fleste i større grad er uenige i påstanden om at brukere med behov for det får samtidig og helhetlig oppfølging fra Nav og de kommunale helsetjenestene. Det er kun én respondent som er helt enig i at tjenestetilbudet for brukerne er godt koordinert. I og med at pilotprosjektene er ment å løse utfordringer med fragmenterte tjenester, ville det samtidig være overraskende om mange respondenter var enige i denne påstanden.

Figur 3: Ta stilling til følgende påstand: Brukere med behov for det, får samtidig og helhetlig oppfølging fra Nav og de kommunale helsetjenestene (n=33)



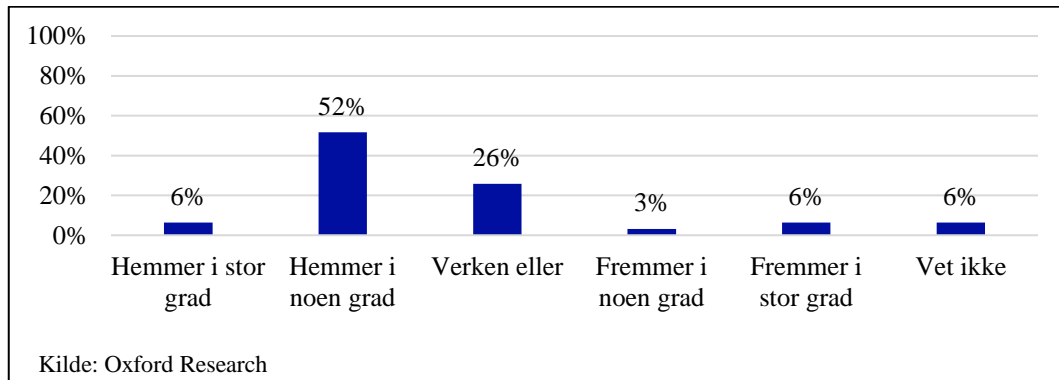
## 1.2 Hemmere og fremmere for samhandling

Respondentene har tatt stilling til en rekke spørsmål knyttet til i hvilken grad de opplever at ulike forhold hemmer eller fremmer tjenstesamhandling mellom arbeid og helse. I det følgende har vi valgt ut noen av de mest vesentlige forholdene som respondentene vurderer at støtter opp under eller motvirker samhandling på tvers av tjenestene.

Figur 4 viser at tolkning av regelverk jevnt over oppleves som en hemmer, men flertallet mener dette forholdet kun i noen grad står i veien for samhandlingen. Det er vesentlig å merke seg at svært få ser på tolkning av regelverket som en fremmer. De kvalitative

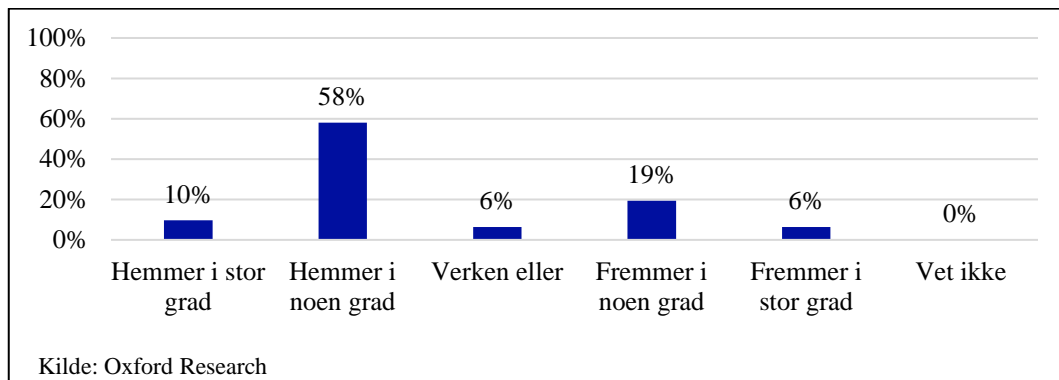
dataene tyder på at det i størst grad er regelverket rundt personvern respondentene har vært opptatt av når de svarte på spørsmålet.

Figur 4: I hvilken grad opplever du at følgende forhold hemmer eller fremmer tjenestesamhandling mellom arbeid-helse: Tolkning av regelverk (n=31)



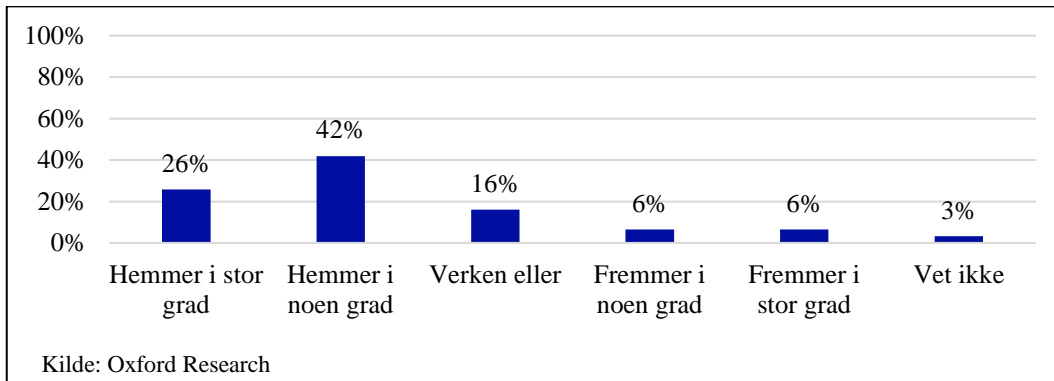
I Figur 5 ser vi at nesten 70 prosent av respondentene mener at manglende kultur for arbeid på tvers av sektorer er en barriere for tjenestesamhandlingen. Det er samtidig omtrent en fjerdedel som betrakter kulturen som en fremmer.

Figur 5: I hvilken grad opplever du at følgende forhold hemmer eller fremmer tjenestesamhandling mellom arbeid-helse: Kultur for å arbeide på tvers av tjenester (n=31)



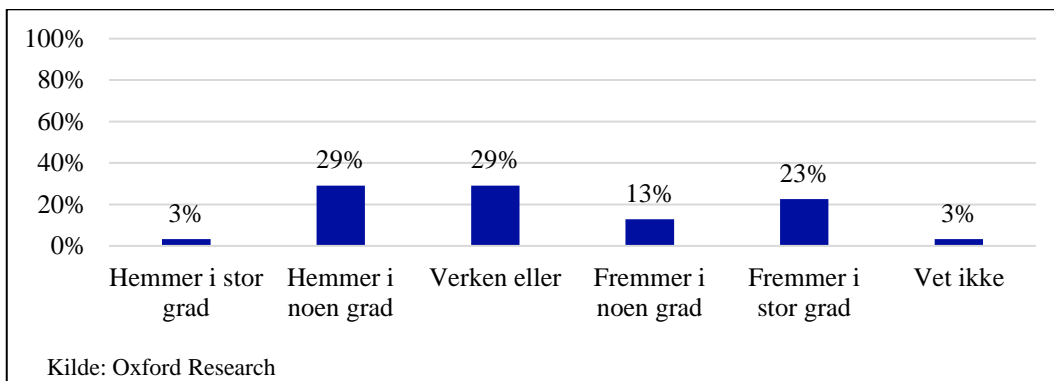
Ressurser er blant faktorene som flest respondenter opplever at i stor grad hemmer samhandling på tvers. Figur 6 viser at litt over en fjerdedel av respondentene opplever at ressursituasjonen i stor grad hemmer samhandling på tvers av arbeid og helse.

Figur 6: I hvilken grad opplever du at følgende forhold hemmer eller fremmer tjenestesamhandling mellom arbeid-helse: Ressurser (n=31)



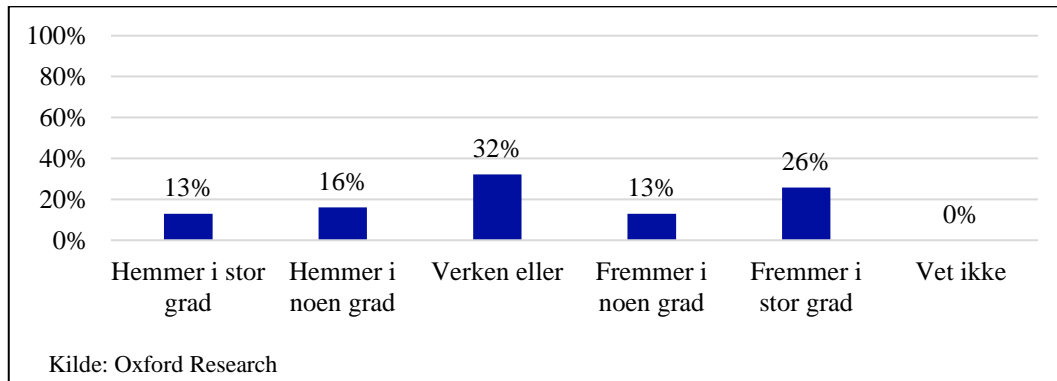
Figur 7 viser at ledelsesfokus oppleves som en av de største fremmerne, men det er likevel kun 36 prosent som oppgir at ledelsen har oppmerksomhet på og er pådrivere for samhandling på tvers av Nav og kommunale helsetjenester.

Figur 7: I hvilken grad opplever du at følgende forhold hemmer eller fremmer tjenestesamhandling mellom arbeid-helse: Ledelsesfokus (n=31)



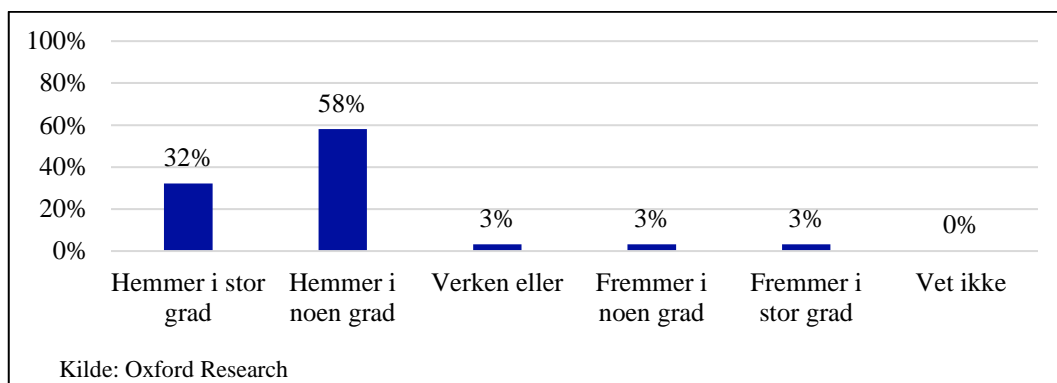
I Figur 8 ser vi samtidig at det er forholdsvis delte meninger om hvorvidt graden av tillit mellom Nav og de kommunale helsetjenestene er hemmende eller fremmende for samhandlingen. Respondentene deler seg omtrent i tre like store grupper. Det er imidlertid flest som anser tillit som en fremmer for samhandling.

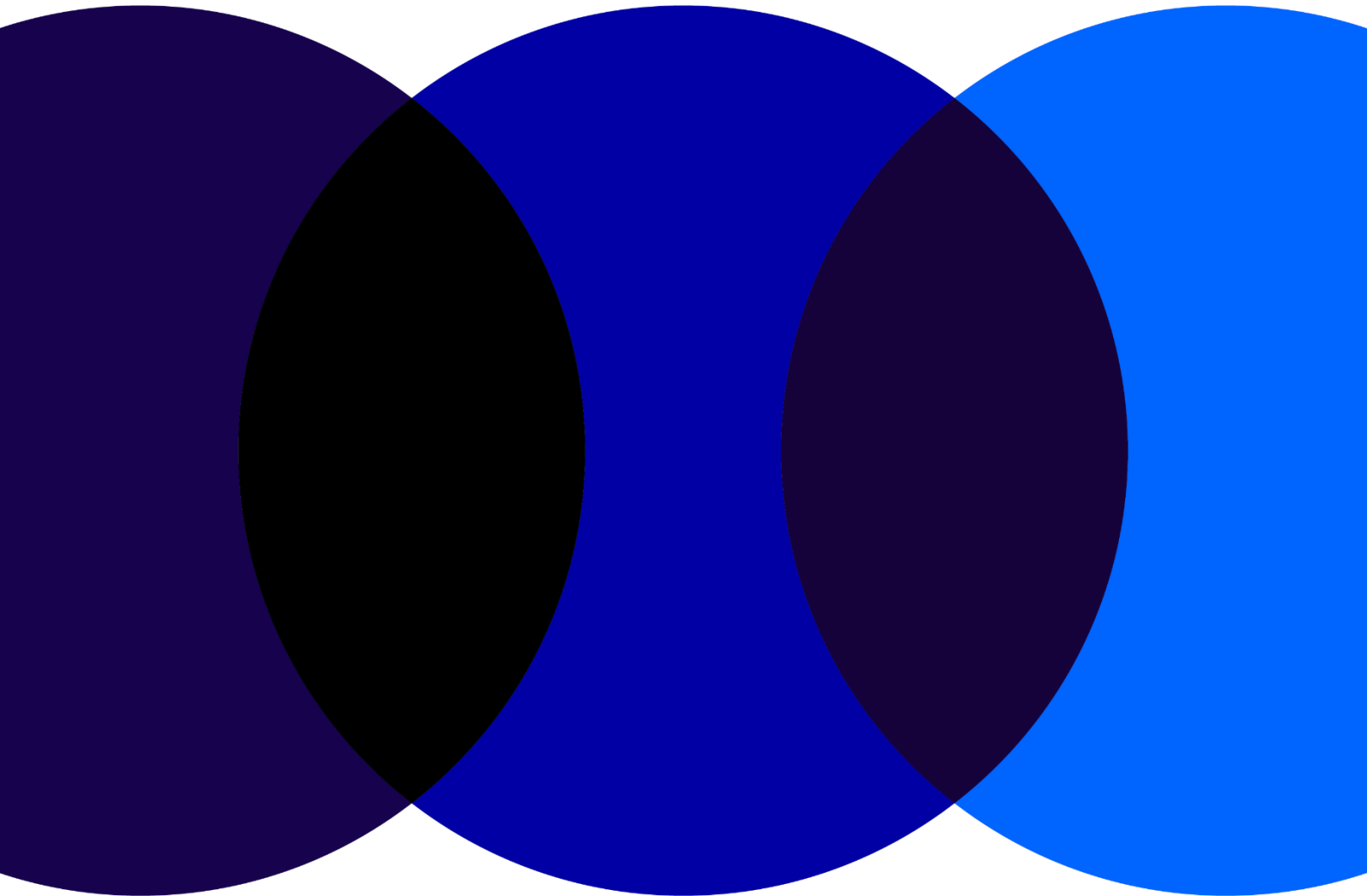
Figur 8: I hvilken grad opplever du at følgende forhold hemmer eller fremmer tjenestesamhandling mellom arbeid-helse: Tillit (n=31)



Den klart største hemmeren for samhandling oppgis å være fagsystemene til Nav og helsetjenestene. Figur 9 viser at 90 prosent av respondentene mener fagsystemene motvirker samhandling på tvers. De kvalitative dataene våre viser også at respondentene savner digitale muligheter for deling av informasjon.

Figur 9: I hvilken grad opplever du at følgende forhold hemmer eller fremmer tjenestesamhandling mellom arbeid-helse: Støtte for samarbeid i fagsystemene (n=31)





# OXFORD RESEARCH

**Denmark**

Oxford Research A/S  
Vesterbrogade 149, Bld. 12  
3<sup>rd</sup> flor, 1620 Copenhagen V  
office@oxfordresearch.dk

**Norway**

Oxford Research AS  
Østre Strandgate 12  
4610 Kristiansand  
post@oxford.no

**Sweden**

Oxford Research AB  
Norlandsgatan 11  
111 43 Stockholm  
office@oxfordresearch.se

**Finland**

Oxford Research Oy  
Eteläinen Hesperiankatu 18  
LH 2, 00100 Helsinki  
office@oxfordresearch.fi

**Baltics/Riga**

Oxford Research Baltics SIA  
Kr.Valdemara 23-37, k.2  
LV-1010, Riga  
info@oxfordresearch.lv

**Belgium/Brussels**

Oxford Research c/o ENSR  
5. Rue Archimède  
Box 4, 1000 Brussels  
office@oxfordresearch.eu