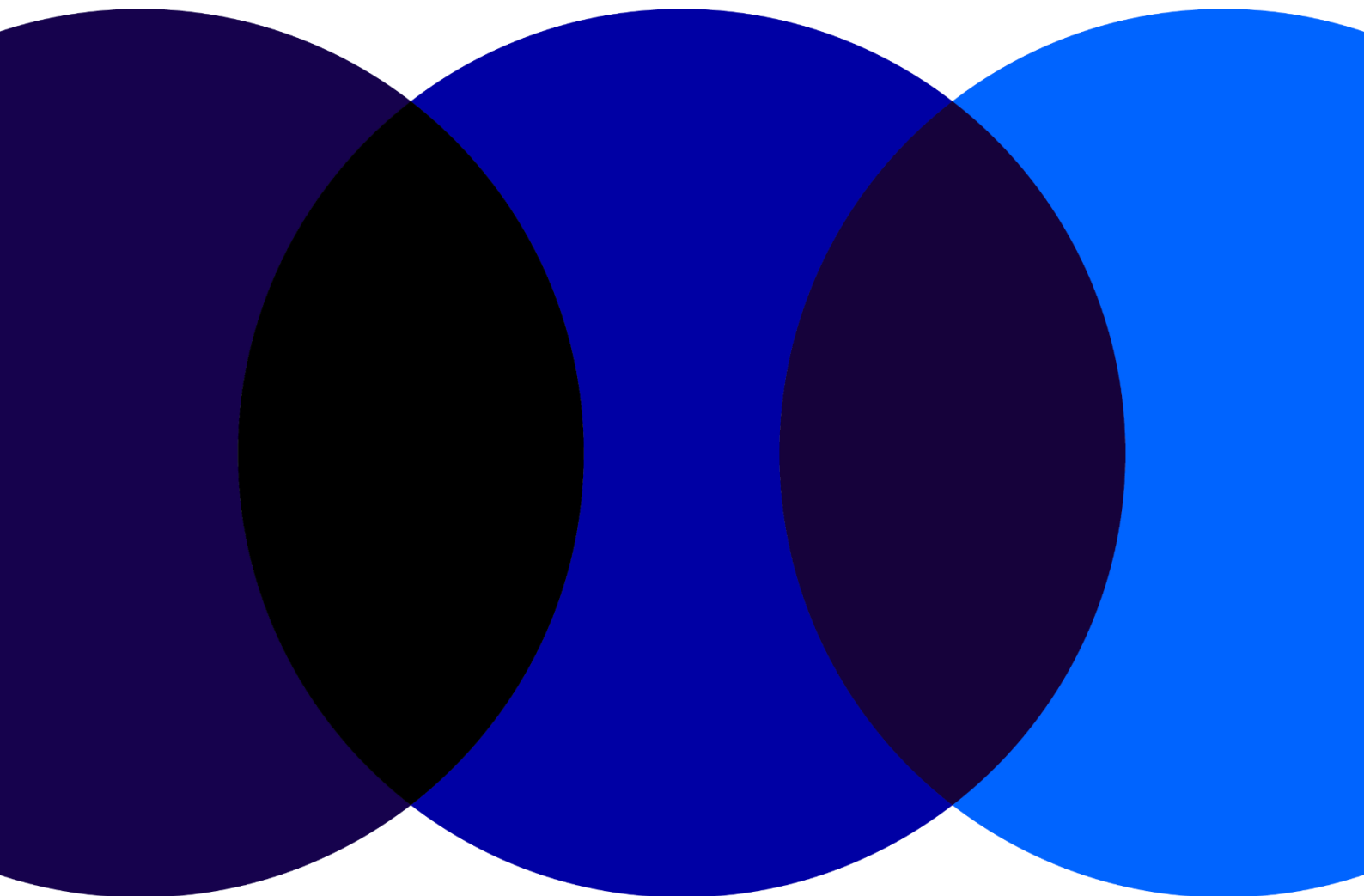




Følgeforskning av Samspill - modeller for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse

Sluttrapport

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 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 – april 2026

Prosjektledelse

Sjefsanalytiker ph.d. Frode Bjørge
(prosjektleder)
Senioranalytiker Iselin Bøge Rom
(ass. prosjektleder)

Prosjektteam

Senioranalytiker Morten Grønås-Werring
Senioranalytiker André Olsen

Kvalitetssikrer

Administrerende direktør Rune Stiberg-Jamt

Ekspert

Professor Janne Irén Paulsen Breimo
Professor Atle Ødegård
Spesialist i allmennmedisin (ph.d.)
Cathrine Abrahamsen



Sammendrag

Bakgrunn og metode

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet utvikler og tester to modeller for tjenestesamhandling mellom Nav og kommunale helsetjenester. Modell 1 prøver ut systematisk samarbeid mellom Nav og Rask psykisk helsehjelp (RPH). Modell 2 prøver ut samarbeid mellom Nav, kognitiv terapeut og fastlege. Målet med begge modeller er å tilby en tidlig, samtidig og koordinert oppfølging av brukere med lettere til moderate psykiske plager og/eller muskel- og skjelettplager. Brukerne må ha behov for bistand både fra Nav og fra kommunal helsetjeneste.

Denne rapporten bygger på gjentatte intervjuer med alle pilotene, intervjuer med kommunal ledelse fra hver pilotkommune, en brukerundersøkelse blant brukere som har mottatt oppfølging gjennom piloten, statusmålinger blant ansatte i de involverte tjenestene og deltakelse i møter og workshops.

Følgforskningen har levert flere notater og rapporter underveis. Sluttrapporten består av to deler. Del 1 handler om de ni pilotenes utprøving og bygger på empiri som er samlet inn fram til desember 2025. Del 2 er en tilleggsleveranse som redegjør for pilotenes arbeid med implementeringen av seks grep som Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet introduserte på nyåret 2026. Leveransen gir også et oppspill til en mulig effektstudie.

Del 1

Resultater

Pilotene understreker at det virksomme i tjenestesamhandlingen skjer når tjenestene angriper samme problem med samme mål til samme tid. Vårt datagrunnlag viser at pilotene gjennomgående er fornøyde med utprøvingen, både på tjeneste- og brukernivå. Gjennom samarbeid i det daglige har tjenestene fått bedre innsikt i og tillit til hverandres arbeidsmåter og tilnærminger. Statusmålingene viser at tjenestene nå opplever samarbeidet som mer systematisk enn tidligere. Økt systematikk kommer som et resultat av tydeligere roller, felles språk og skriftliggjorte rutiner hos deltakende tjenester. Nye kartleggingsrutiner bidrar til tidligere avklaringer, raskere igangsetting av tiltak og økt arbeidsfokus. Samlokalisering og felles møter gir smidige avklaringer og mer utfyllende informasjon om brukerne. Arbeid tematiseres tidligere i brukerforløpet, og både terapeuter og fastleger har fått høyere bevissthet om det helsefremmende ved arbeid og ulike muligheter for arbeidsdeltakelse. Tidlig innsats antas å kunne redusere risiko for lengre fravær og overgang til AAP. Noen piloter rapporterer også om at brukere har fått redusert sin skepsis til Nav.

Også brukerne rapporterer i hovedsak om gode erfaringer med oppfølgingen de har fått gjennom Samspill. De fleste har mottatt mellom seks og ni oppfølgingstimer fra kognitiv

terapeut og har hatt ett til fem treffpunkter med Nav. Mange rapporterer at de fikk tilbudet tidlig i sykefraværet, innen åtte uker. Ved avslutning jobbet om lag to av tre enten helt eller delvis. Dette innebærer ikke nødvendigvis en endring i arbeidsdeltakelse for den enkelte, ettersom noen hadde gradert sykmelding ved inklusjon. Brukerne opplever at tjenestene er koordinerte, at de blir godt ivaretatt og at oppfølgingen har gitt økt tro på retur til arbeid.

Samlet sett har utprøvingen gitt verdifull kunnskap om hvordan tjenestesamhandling mellom Nav og kommunale helsetjenester kan utformes, systematiseres og leveres til bruker. Samtidig reiser utprøvingen flere spørsmål som bør avklares. Først og fremst gjelder det målgruppe og hvorvidt tilbudet treffer brukere som har behov for bistand fra både Nav og helsetjenester, eller om dette er personer som kunne håndtert sin helse- eller arbeidssituasjon på egenhånd. Økende behov for helsehjelp vil i framtiden sette helsetjenesten under ytterligere press. Det vil kreve streng prioritering.

Forslag til en mer spisset utprøving

Ved utgangen av 2025 har pilotene et klarere bilde av hva de faktisk gjør og hvorfor, og hva som er de nye grepene i brukeroppfølgingen. På den annen side registrerer vi forskjeller i pilotenes evne til å beskrive og konkretisere hva de gjør. Pilotene varierer også i graden av systematikk og brukerorientering. Enighet om målgruppe og tilnærminger, for eksempel hva som menes med jobbfokus, er viktige puslespillbrikker på veien mot en eventuell effektforskning. Omfanget av oppfølging fra hver av tjenestene må også tydeliggjøres.

Vi anbefaler at samarbeidsavtaler utformes i alle piloter og at avtalene forankres i tjenestene. Vi mener formalisering og skriftliggjøring av samarbeidsrelasjonene må betraktes som en *forutsetning* for tjenestesamhandling, ikke som en aktivitet i seg selv.

Endrede kartleggingsrutiner som eksplisitt tematiserer arbeid, er et lovende grep. Gjennom god og grundig kartlegging legges det til rette for både arbeidsrettet og helsespesifikk oppfølging. Pilotene har utformet ulike kartleggingsspørsmål. Hvor spørsmålene plasseres og forankres, hvem som benytter dem, hva som er formålet med kartleggingen og hva det konkret spørres om, må avklares i løpet av 2026. Vi vil oppfordre pilotene til å samle sine kartleggingsspørsmål og vurdere hvilke spørsmål som er best egnet.

Samlokalisering og fysiske møtepunkter mellom tjenestene er prøvd ut i ulikt omfang. Vellykket tjenestesamhandling mellom arbeid og helse krever en form for «samhandlingsrom», som er et begrep som etter hvert har fått feste blant pilotene. Felles møter mellom tjenestene er en mindre ressurskrevende form for fysisk samhandling enn samlokalisering. Samlokalisering stiller større krav til ressurser, men rapporteres som virkningsfullt av dem som i denne utprøvingen har testet det ut over tid. Vi anbefaler at det framover tas høyde for ulike løsninger på hvordan samhandlingsrommet skapes, men at samhandlingen bør bygge på fysiske treffpunkter.

Del 2

I slutten av januar 2026 ble det klart at Samspill skulle videreføres og målrettes. Formålet var å gjøre innholdet i pilotene mer ensartet og legge til rette for en effektstudie. Piloter som ønsker å delta videre må i løpet av våren 2026 iverksette seks grep som direktoratene har definert. Grepene består av en ledelsesforankret samarbeidsavtale, en manual for etablering av Samspill, en manual for drift av Samspill, definerte rollebeskrivelser, samspillsmøter mellom tjenestene uten bruker og samspillsmøter med bruker.

Status for implementering

Intervjuer våren 2026 viser at pilotenes implementering av de seks grepene befinner seg i ulike faser. Justeringsbehovet er størst for pilotene som har prioritert intern tjenestesamhandling. Skriftliggjøring av arbeidsmåter og rutiner, forankring i kommunen, målgruppeavgrensninger, endringer i kartleggingsskjemaer og tydeliggjøring av arbeidsdelingen mellom tjenestene er områdene som krever mest oppmerksomhet.

Pilotenes vurderinger av de seks grepene varierer. Én gruppe oppfatter dem som klare og nyttige, og mener de bidrar til å strukturere det videre arbeidet. Andre piloter stiller seg mer kritiske. Tilbakemeldingene handler særlig om et systemfokus som kan føre til at faglige spørsmål og momenter nedprioriteres. Kritikken gjelder også uklar målgruppedefinisjon samt en metodisk bredde som kan gjøre tilbudet vanskeligere å evaluere. Enkelte nevner også uklareheter rundt avslutning av oppfølgingen, journalføring og personvern.

Vår vurdering av de seks grepene

Vi vurderer grepene som nyttige. De fanger opp viktige momenter og forutsetninger for systematisk samhandling mellom Nav og helsetjenestene. Samtidig er det rom for omstrukturering, presisering og tydeliggjøring av innholdet. Vi savner også noen momenter i grepene. Dette dreier seg om de ulike tjenestenes ansvar, roller og kompetansekrav knyttet til de ulike rollene, og nærmere beskrivelser av hva den tverrfaglige samhandlingen faktisk innebærer. Grepene skiller i liten grad mellom modeller og tjenester.

Gjennomgående anbefaler vi at innholdet i den daglige samhandlingen løftes og utbroderes. Slik grepene nå fremstår, ligger hovedtyngden på det som berører den interne samhandlingen mellom tjenestene. Formalisering og forankring er viktige forutsetninger for samhandling, men beskrivelser av den faglige intervensjonen og tilbudet brukerne faktisk mottar, bør utgjøre kjernen i Samspill. Dette mener vi må gjenspeiles i grepene.

En måte å tydeliggjøre intervensjonen og innholdet i tjenestetilbudet på, er å omtale brukerkartleggingen som et eget grep. Jobbfokusert kognitiv terapi burde etter vår vurdering også beskrives som et eget grep, da dette er en del av det faglige og

evidensbaserte fundamentet Samspill hviler på. Vi savner også en tydelig definisjon av når oppfølgingen gjennom Samspill skal avsluttes. Det er avgjørende for en videre effektforskning.

Oppspill til effektstudie

Effektforskning bidrar til evidensbasert praksis og mer virksomme tjenester. Samspill har fra starten hatt en ambisjon om å undersøke hvilke effekter et samtidig og koordinert tjenestetilbud fra Nav og kommunehelsetjenester kan ha på brukernes arbeidstilknytning og helsesituasjon. Ambisjonen er prisverdig og i tråd med Navs FoU-plan. På veien fra utprøving til en rigid effektstudie må det foretas en rekke presiseringer og avklaringer. Dette er detaljorientert arbeid som kan framstå overveldende, men er samtidig en forutsetning for å kunne fastslå hva som virker for hvem.

I rapportens del 2 gjør vi rede for viktige forutsetninger for en effektstudie og forskjellige designvalg med hensyn til utforming av en slik studie. Diskusjonen konsentrerer seg om valget mellom en randomisert kontrollert studie og et kvasieksperimentelt design, men drøfter også muligheten til å benytte flermetodiske tilnærminger. Underveis i redegjørelsen viser vi til styrker og svakheter ved Samspill i sin nåværende form, med henblikk på modellens modenhet. I diskusjonen vises det også til avveininger mellom gjennomførbarhet, ressursbruk og resultatenes pålitelighet.

Etter vår vurdering er det særlig behov for å avgrense målgruppen, operasjonalisere utfallsmål og presisere intervensjonens behandlingskontrast. Fram mot en eventuell effektstudie må spennet i hva intervensjonen kan romme, reduseres. Selv om tilbudet legger opp til individuell skreddersøm, må sømmen sys innenfor en tydeligere ramme. Dersom man lykkes med dette, framstår en klyngerandomisert RCT som det metodisk sterkeste alternativet. Samtidig er et kvasieksperimentelt design enklere å gjennomføre. I så fall vil det være nødvendig med større forbehold om tolkningen av eventuelle effekter. Uavhengig av designvalg vil vi understreke at en effektstudie står og faller på implementeringskvaliteten: Selv et perfekt forskningsdesign kan ikke identifisere effekter uten at Samspill iverksettes som en klart definert tjeneste og etterlevs i praksis.

Leseveiledning

Rapporten består av to deler. Del én omfatter kapitlene to til seks og beskriver pilotenes erfaringer, peker på lovende elementer og vurderer hvorvidt piloter eller kombinasjoner av ulike piloter er egnet til videre utprøving. Del to består av kapitlene syv til ni og redegjør for pilotenes arbeid med implementeringen av seks grep som Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet kom med på nyåret 2026 og gir et oppspill til en mulig effektstudie. Del to inneholder også en guide til samarbeid mellom Nav og kommunale helsetjenester.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Del 1	2
Del 2	4
Leseveiledning	6
1. Introduksjon og metode	9
1.1 Metode	9
Del 1: Følgeforskning av Samspill.....	11
2. Beskrivelser av pilotene	12
2.1 Modell 1: Samarbeid mellom Nav og Rask psykisk helsehjelp (RPH).....	12
2.2 Modell 2: Samarbeid mellom Nav, kognitiv terapeut og fastleger.....	25
3. Resultater	40
3.1 Modell 1	41
3.2 Modell 2	43
3.3 Funn fra brukerundersøkelsen	45
4. Forankring i kommunene	52
5. Endringer, likheter og forskjeller mellom pilotene	53
5.1 Målgruppe, rekruttering og tilnærming	56
5.2 Forankring og skriftliggjøring	59
6. Følgeforskernes forslag til en mer spisset utprøving november 2025.....	60
6.1 Tilnærming og nyhetsverdi	60
6.2 Mål og dose.....	65
6.3 Spisset målgruppe og strategi for rekruttering	66
6.4 Faglig bistand fra direktoratene.....	68
6.5 Ulike former for tjenestesamhandling.....	68
6.6 Lovende og skalerbare grep	71
Del 2: Veien videre for Samspill.....	75
7. Seks grep for en mer spisset utprøving	76
7.1 Grep for systematikk i samhandling mellom Nav og helsetjenesten	76

7.2 Status for implementering i pilotene	84
7.3 Pilotenes vurderinger av de seks grepene.....	91
7.4 Forskernes vurdering av de seks grepene.....	92
8. Oppspill til effektforskning.....	100
8.1 Forutsetninger for en effektstudie	100
8.2 Randomisert kontrollert studie	105
8.3 Kvasieksperimentelt design	110
9. Guide til samarbeid mellom Nav og kommunale helsetjenester.....	112
9.2 Sjekkliste for samarbeid mellom Nav og kommunale helsetjenester.....	116
10. Litteraturliste	117

1. Introduksjon og metode

Denne rapporten oppsummerer følgforskningen på Samspill. Rapporten består av to deler. Del én omfatter kapitlene to til seks og beskriver pilotenes erfaringer, peker på lovende elementer og vurderer hvorvidt piloter eller kombinasjoner av ulike piloter er egnet til videre utprøving. Del to består av kapitlene syv til ni og redegjør for pilotenes arbeid med implementeringen av seks grep som Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet kom med på nyåret 2026 og gir et oppspill til en mulig effektstudie. Del to inneholder også en guide til samarbeid mellom Nav og kommunehelsetjenester. Formålet med leveransen er å bidra til en mer spisset utprøving av modeller for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse i 2026 og berede grunnen for en framtidig effektstudie.

1.1 Metode

Innholdet og vurderingene i denne sluttrapporten bygger på en rekke datakilder. Prosjektledere og andre involverte aktører fra tjenestene er intervjuet i flere omganger. Typiske spørsmål i disse intervjuene har handlet om status i piloten, samarbeidet mellom tjenestene, justeringer i piloten, graden av systematikk samt hvilke grep som oppfattes som virksomme. I tillegg har vi intervjuet en representant for kommuneledelsen i hver av pilotkommunene. Dette har som oftest vært en kommunalsjef for helse og omsorg, eller tilsvarende ansvarsområde. Vedkommende har fått spørsmål om hvordan pilotarbeidet er forankret i kommuneledelsen, kommunens syn på piloten og om samarbeidet mellom Nav og kommunale helsetjenester.

Vi har til sammen deltatt på tre workshoper. På disse workshopene har representanter fra alle pilotene, Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet deltatt. Programmet har i hovedsak bestått av gruppe- og plenumsdiskusjoner om virksomme grep.

Framstilling av pilotene gjennom såkalte virkningskjeder er et bærende element i følgforskningen. Virkningskjeder er en framstilling av de antatte mekanismene som forbinder et tiltaks innsats og aktiviteter med dets tilsiktete resultater og virkninger, både på bruker- og tjenestenivå. Virkningskjedene for hver pilot er justert flere ganger i sammenheng med intervjuer. Etter justeringer har de tekstlige beskrivelsene av virkningskjedene blitt sendt pilotene for kvalitetssjekk. Dette har vært til stor hjelp for oss.

I løpet av følgforskningen har vi også gjennomført statusmålinger. Den første statusmålingen som ble gjennomført ved oppstart av Samspill, hadde skjevheter i deltakelsen og lav svarprosent. Vi valgte derfor å ikke gjennomføre en fullstendig ettermåling. I stedet er enkelte spørsmål gjentatt, mens andre spørsmål som kan inngå

som en ny statusmåling før videre utprøving i 2026, er tatt med for første gang. Vi vil bemerke at det er en liten populasjon her, som begrenser hvor differensierte spørsmål og svarkategorier vi kan benytte. Fordi spørsmålene har vært rettet mot dem som er direkte involvert i piloten, har det vært vanskelig å skille mellom ulike nivåer innad i tjenestene, for eksempel mellom Nav-veileder, ledelse ved Nav-kontoret og Nav-kontoret som helhet. Det var 37 respondenter som gjennomførte hele undersøkelsen. Elleve respondenter gjennomførte deler av den. 17 av respondentene er ansatt i Nav, syv er kognitive terapeuter, 16 er fastleger og syv har svart «annet».

Ved oppstarten av utprøvingen ble det sendt ut en brukerundersøkelse som kunne besvares av personer som fikk oppfølging gjennom pilotene. Brukerne kunne svare enten ved hjelp av en QR-kode, ved hjelp av et papirskjema som kunne leveres i en utplassert postkasse der de mottok oppfølgingen, eller gjennom en ferdig frankert svarkonvolutt som ble sendt direkte til følgeforskerne. 72 brukere besvarte surveyen, helt eller delvis. Det var imidlertid flere av disse som oppgav at de kun har mottatt oppfølging fra én av tjenestene. Disse ble rutet ut av undersøkelsen. Omtrent 41 brukere har besvart hele undersøkelsen. For to av pilotene i modell 1 kom det ikke inn noen besvarelser. Samlet sett var svarfordelingen imidlertid jevn mellom modellene.

I del 2 av følgeforskningen, som gikk fra januar til mars 2026, har vi gjennomført intervjuer med alle pilotene. I flere av intervjuene deltok flere personer, og alle roller er representert gjennom intervjurunden. Intervjudeltakerne fikk spørsmål om status for piloten og om implementeringen av de seks grepene som kom fra direktoratene på nyåret 2026. I tillegg stilte vi spørsmål knyttet til en mulig effektstudie. Disse spørsmålene omhandlet målgruppe, muligheter for å måle brukerutfall og programdifferensiering. Programdifferensiering viser til graden av hvor tydelig et tiltak skiller seg fra andre tiltak eller praksiser det sammenlignes med. I effektevaluering handler dette om å avklare hva som er det særegne ved programmet, og om deltakerne faktisk mottar en innsats som er forskjellig fra det kontrollgruppen mottar.

I forbindelse med del 2 er resultatene fra brukersurveyen oppdatert med besvarelser som kom inn etter del 1 ble levert i desember 2025.

Del 1: Følgeforskning av Samspill

2. Beskrivelser av pilotene

Arbeids- og velferdsdirektoratet har i samarbeid med Helsedirektoratet innført og testet 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.¹ Målet er at pasienter og brukere skal oppleve et mer helhetlig og koordinert tjeneste tilbud ved å innføre systematikk i samhandlingen, bedre helsetilstand og mestrings- og arbeidsevne, og raskere retur til arbeid.²

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. Begge modeller skulle testes på kommunalt nivå. Modellene bygger på helhetlig kompetanse om arbeid og psykisk helse, der kognitiv terapi med jobbfokus og arbeidsrettet oppfølging står sentralt.

Vi vil i det følgende bruke såkalte virkningskjeder til å beskrive hver av de ni pilotene, strukturert etter modell.

2.1 Modell 1: 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:

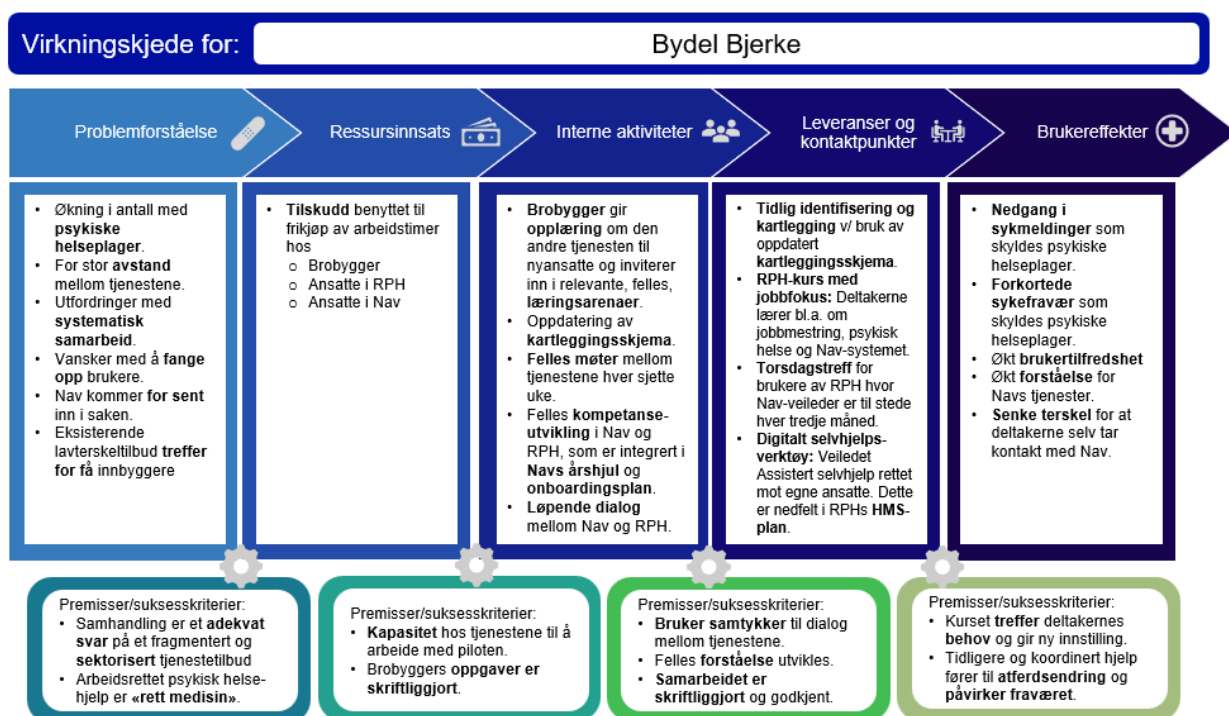
- 20.000 innbyggere eller flere (for å sikre et stort nok bruker- og pasientgrunnlag)
- Kommunen må ha et RPH-tilbud som er formalisert gjennom en samarbeidsavtale/intensjonsavtale.
- Kommunen må ha egnede lokaler til samhandling
- Kommunen må benytte jobbfokusert, kognitiv terapi som metode
- Kommunen 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 erfaringssamlinger.

¹ Kravspesifikasjonen.

² Prosjektets mål: 231214, *Prosjektplan – pilotering av modeller 2024* (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.³

2.1.1 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. Flere innbyggere har også unødig høy terskel for å kontakte Nav. Piloten innebærer et strukturert samarbeid mellom Nav Bjerke og Seksjon psykisk helse og rus. Tilskuddet er brukt til å fristille eksisterende ressurser i tjenestene.

Kommunen har etablert lavterskeltilbudet «torsdagstreffet», som er et treffpunkt for personer i RPH sin målgruppe. Denne målgruppen er sammenfallende med pilotens målgruppe: personer med milde til moderate psykiske plager. Hver torsdag er det «åpent hus» hvor personer som er under RPH i bydelen kan møtes. Hver tredje måned deltar Nav

³ Interesseutlysning NAV og RPH (Teams)

for å gi generelle råd og veiledning, samt en sesjon med drop-in etterpå. Dette er ment å senke deltakernes terskel for dialog med Nav og tilgjengeliggjøre dem.

For å fange opp brukere tidlig, har RPH utviklet et nytt digitalt søknadsskjema/kartleggingsskjema som inneholder informasjon om jobbsituasjon og eventuell sykmelding eller andre ytelser, og hvorvidt bruker er i kontakt med Nav. Dersom det er ønskelig at RPH oppretter dialog med Nav, innhentes samtykke fra bruker.

Fra det digitale søknadsskjemaet/kartleggingsskjemaet til RPH Bjerke:

Vises dersom...

ID: alert_e0gopmblo86

Hvis du er student anbefaler vi at du tar kontakt med SiO for oppfølging.

<https://www.sio.no/helse/psykisk-helse/samtaletilbud>

Vises dersom...

ID: input_xg0sjoxm2ic

Kan du kort beskrive ditt jobb/ studieforhold?

Vises dersom...

ID: input_qfg1nvvp4h

Hvor mange uker har du vært sykemeldt?

Vises dersom...

ID: input_bpn3asal098

Hvor mange prosent er du sykemeldt?

Under kartleggingssamtalen med bruker informerer RPH også om andre relevante tiltak i bydelen, som YT Bjerke.

Et annet tiltak som testes gjennom piloten er kurs for sykemeldte. Kurset omhandler mer konkret sammenhengen mellom arbeid og psykisk helse, verktøy for stresshåndtering og jobbmestring, og verktøy for planlegging av tiden framover med mål om retur til arbeid. Kurset inneholder også en del om Nav-systemet. Kurset har blitt utformet av en bred arbeidsgruppe med representanter fra både Nav og helse. Kurset består av fire sesjoner av to timers varighet. Ved forrige kurs deltok én ansatte fra RPH, som var til stede alle fire

gangene, og tre ansatte fra Nav, som fordelte seg over de ulike dagene. Deltakerne kontaktes igjen seks uker etter kurset for evaluering.

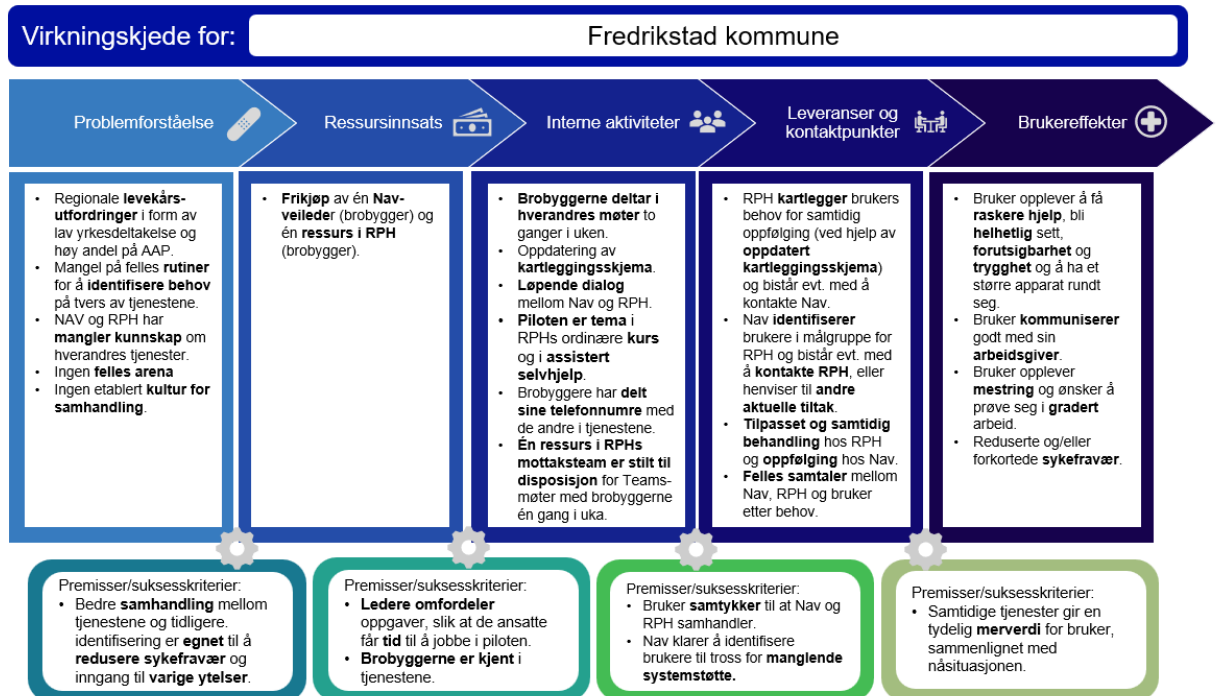
Det er videre etablert en «brobygger» på tvers av tjenestene. Brobyggeren skal styrke kontakten mellom Nav og RPH. Brobyggeren fungerer både på systemnivå, for eksempel gjennom å spre informasjon og kunnskap mellom tjenestene, og på individnivå, gjennom rådgivning i enkeltsaker. Ved nyansettelser i tjenestene skal brobyggeren gi opplæring om den andre tjenesten, og tjenestene skal invitere hverandre inn i relevante læringsarenaer. Det arrangeres også et årlig informasjonsmøte om tjenestene. Hver sjette uke er det samarbeidsmøter, hvor enhetsleder fra Nav, brobygger, ansatt fra RPH, teamkoordinator for syfo-teamet, seksjonsleder for psykisk helse og rus og prosjektleder deltar. Samarbeidet mellom tjenestene er skriftliggjort og godkjent i både Nav og RPH, og det er utarbeidet rutiner og beskrivelser av brobyggerens oppgaver.

Utover dette er det løpende dialog mellom Nav og RPH. Gjennom piloten er det også utviklet en felles plan for kompetanseutvikling i Nav og RPH. Planen er integrert i Navs årshjul og onboardingsplan.

Appen «Assistert selvhjelp» skal etter planen benyttes internt i tjenestene, da programmet kan være nyttig for ansatte som har utfordringer med sin psykiske helse. Dette er nedfelt i HMS-planen til Nav. Hittil har man ikke lyktes med å ta appen i bruk, men piloten vil forsøke videre da det oppfattes som et lite ressurskrevende tiltak.

Gjennom de skisserte grepene er målet at Nav og RPH tidligere skal få oversikt over felles brukere. På den måten kan brukeroppfølgningen 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 levetårutfordringer, herunder lavere yrkesdeltakelse og høyere andel av innbyggerne på arbeidsavklaringspenger enn i resten av landet. Midlene er benyttet til å frikjøpe en Nav-veileder fra «Nav ung-teamet» og en ressurs i RPH (omtales som brobygger) som har dedikert noe tid til piloten.

Den opprinnelige målgruppen for piloten er personer under 30 år, med lette til moderate psykiske lidelser og personer med søvnvansker og begynnende rusutfordringer. Fordi piloten ikke fikk nok henvisninger tilbys samtidig oppfølging, og dermed påkobling av den andre instansen (Nav eller RPH) til alle brukere som er i behov av det, uavhengig av alder og yttelse.

Mottaksteamet i RPH kartlegger om nye brukere har behov for samtidig oppfølging fra Nav. Brukerne fyller ut et henvendelsesskjema, og som del av RPHs kartleggingsrutiner er det utviklet flere og mer detaljerte arbeids- og økonomiorienterte spørsmål som følge av piloten. Kartleggingen/avklaringssamtalen spør nå også om skolegang, jobbsituasjon, økonomi og gjeld.

Fra RPH Fredrikstad sine kartleggingsrutiner:

Dersom sykmeldt/fare for sykmelding/fracfall skole/ikke i jobb: Kartlegge situasjonen.

- Vi er med i et samhandlingsprosjekt med Nav, ønsker du hjelp til å komme i kontakt med din Nav-veileder?
- Hva blir viktig for deg å få hjelp med videre?
- Har du bekymringer knyttet til din økonomiske situasjon?

Ved oppstart av tjeneste ligger det i malen for oppstarts-samtale at vi skal kartlegge om bruker er sykmeldt, samt årsak til dette.

Brukerne gir muntlig samtykke som journalføres, dersom bruker ønsker samtidig oppfølging fra Nav. Tilsvarende kartlegger syfo-veiledere i Nav om bruker også har behov for bistand fra RPH. Dersom bruker ønsker samtidig oppfølging tar brobygger kontakt med RPH og sikrer oppstart. Videre mottar bruker samtidig oppfølging fra Nav og RPH, og det gjennomføres samarbeidsmøter mellom Nav, RPH og bruker etter behov.

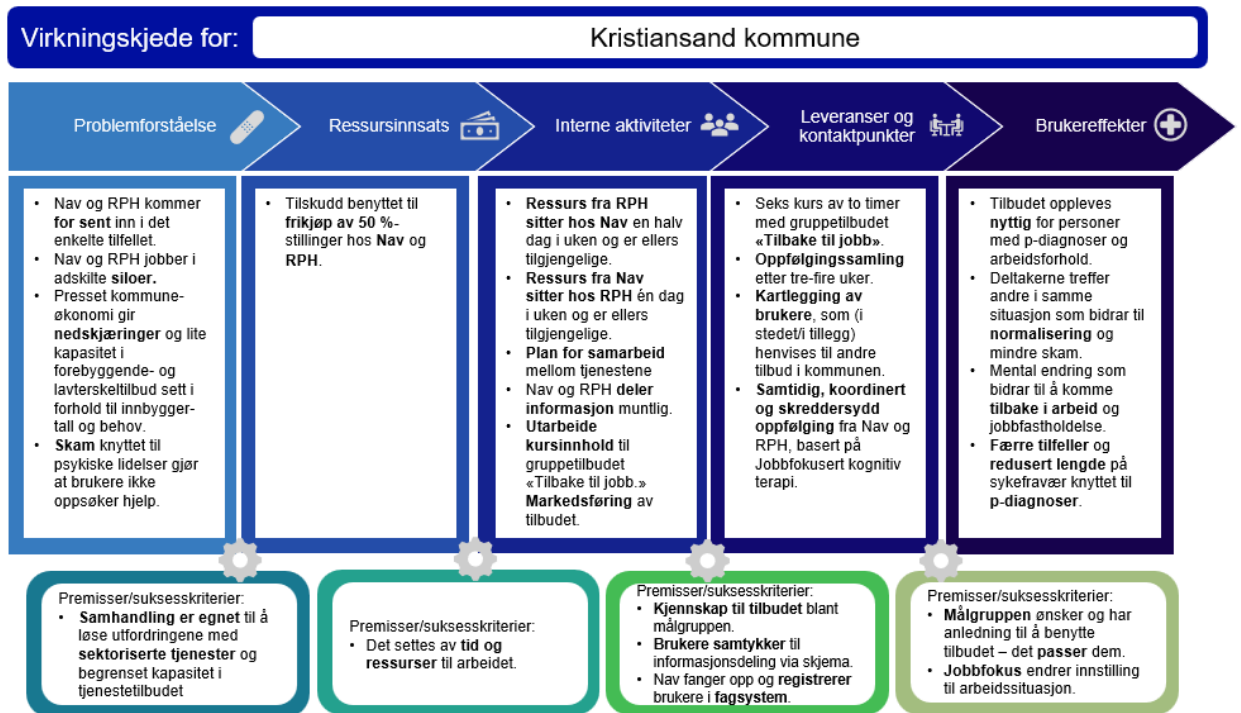
Syfo-veilederen og terapeuten fra RPH (brobyggerne) har delt sine telefonnumre med alle de andre i tjenestene. Dette skal senke terskelen for kontakt mellom Nav og RPH. Alle i tjenestene har fått informasjon om hvem brobyggerne er. Piloten er også tema i RPH sine ordinære kurs, i assistert selvhjelp og i samtaleforløp med brukerne.

Av andre konkrete grep deltar Nav-veileder i møte hos RPH én gang i uken, og terapeuten fra RPH deltar i ett av Navs møter én gang i uken. Formålet med møtene er at alle behandlerne kan ta med nye saker til det ukentlige møtet. Målet er å raskt kunne koble på den andre tjenesten ved behov. Møtet gir behandlerne og mottaksteamet forutsigbarhet rundt når den andre instansen kobles på, og senker terskelen for samhandling. I møtene kan tjenestene også drøfte anonymiserte enkeltsaker og øke kunnskapen om hverandres tjenester. Møtepunktene er obligatoriske. Hyppigheten på dialogen utover dette, varierer avhengig av den enkelte brukers oppfølgingsbehov.

Nav og RPH henviser brukere til andre tiltak i sine tjenester, for eksempel økonomisk rådgivning, der det vurderes som hensiktsmessig. RPH har fått kontaktinformasjonen til de økonomiske rådgiverne i Nav. Utover dette har én ressurs i RPHs mottaksteam stilt seg til disposisjon for Teams-møter med brobyggerne en gang i uka. I disse møtene diskuteres også brukere utenfor piloten.

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. 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. Målgruppen har grunnet vansker med rekruttering, blitt utvidet til å gjelde sykmeldte under seks måneder.

Tilskuddsmidlene er benyttet til frikjøp av stillinger i Nav og RPH (50 % frikjøp per stilling). Ressursen fra RPH sitter hos Nav halve onsdagen hver uke. Da kan alle syfoveiledere komme å diskutere aktuelle kandidater og saker med henne. Ressurser fra Nav er til stede hos RPH hver torsdag, og er ellers tilgjengelig for å diskutere enkeltsaker og være med i møter. Piloten har utarbeidet en plan for hva Nav-veileder og kognitiv terapeut skal arbeide med de dagene de sitter sammen.

Innbyggere som søker etter RPH på nett, får nå direkte kontaktinformasjon til Nav-veilederen og den kognitive terapeuten som inngår i piloten. Kartleggingen av brukere i RPH er som følge av piloten mer helhetlig og orientert om andre tilbud i kommunen. Gjennom kartlegging av arbeidssituasjon og årsakene til sykmelding, kan RPH henvise brukere til andre aktuelle tjenester og tiltak, dersom det vurderes hensiktsmessig – både i tillegg til eller i stedet for oppfølging som tilbys gjennom piloten.

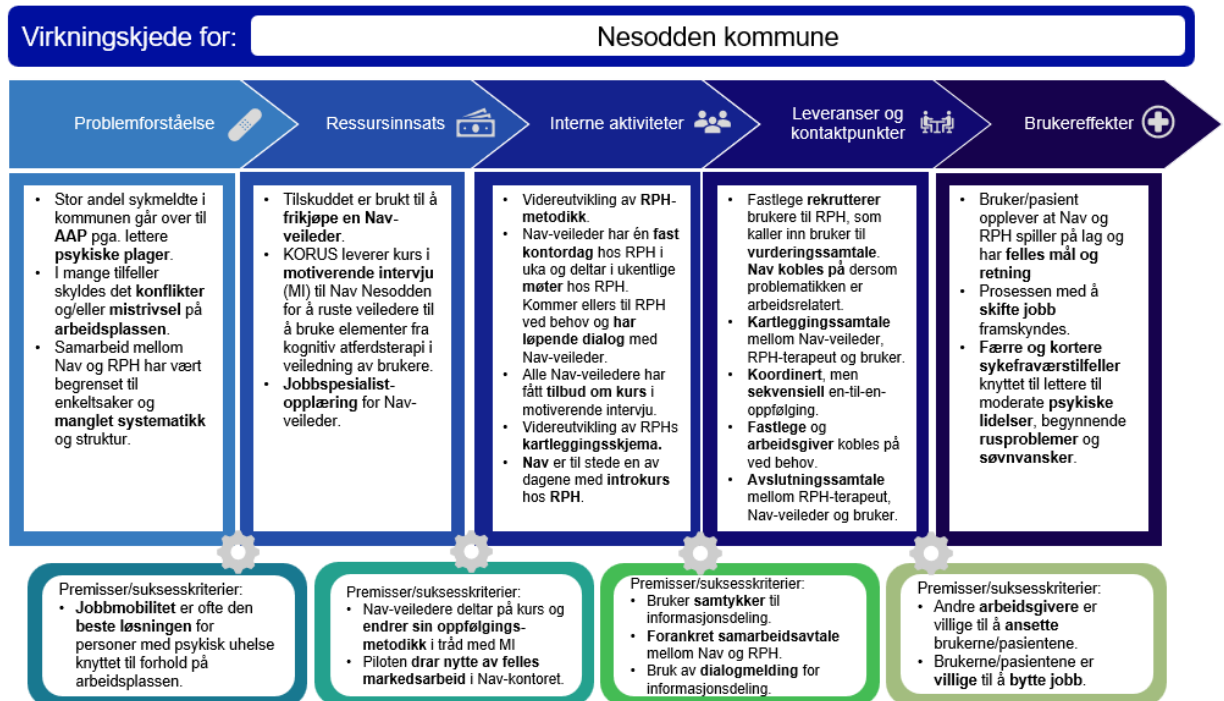
Dersom samtidig oppfølging fra Nav og RPH er aktuelt, blir brukeren forelagt et samtykkeskjema for informasjonsdeling mellom tjenestene. Brukerne skal deretter motta skreddersydd og samtidig oppfølging av Nav og RPH. Tjenestene skal sikre helhetlig oppfølging gjennom behovsbasert dialog og aktiviteter. Alle deltagere i piloten blir også aktuelle for arbeidsrettet oppfølging hos Nav, og får derfor tilgang til aktivitetsplan og direkte kanal for dialog med veileder. Et hefte med informasjon om psykisk helse og arbeid, samt kartlegging av arbeidssituasjonen blir tatt inn i oppfølgingen av sykmeldte. Dette er hentet ut fra «Jobbfokusert kognitiv terapi».

En sentral aktivitet i piloten til Kristiansand er gruppetilbudet «Tilbake til jobb». RPH og Nav arrangerer kurset sammen. Kursinnholdet er basert på assistert selvhjelp. Et oppfølgingsløp består av seks kurs, av to timer per gang. Kristiansand har så langt gjennomført fire kurs med mellom seks og ni deltagere. De har også arrangert en oppfølgingssamling med gruppedeltagere for en statusoppdatering etter tre-fire uker.

Kristiansand har også gjennomført kurs om sykefraværsoppfølging for to kommunale barnehager. Tjenestene har besluttet at de ikke vil gjennomføre kurs for enkeltvirksomheter i det videre, fordi de erfarte at det krever for mye. Piloten vurderer derimot å arrangere kurs for kommunale ledere om sykefraværsoppfølging.

Målet med piloten er en mer strukturert og arbeidsrettet tilnærming i brukeropfølgingen. 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. 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 med piloten er å gjøre det mindre skamfullt for innbyggere å benytte seg av tjenestene.

2.1.4 Nesodden



Bakgrunnen for piloten til 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 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 etableringen i 2015. Kommunen har også deltatt i «Arbeidsfokus i fastlegekontor» og har bygget videre på disse erfaringene i arbeidet med piloten.

Piloten er tydelige på at systematikken i deres arbeid handler om å følge RPH-metodikk. Det nye er at Nav-veileder er involvert i oppfølgingen gjennom et strukturert samarbeid. Midlene fra direktoratet er benyttet til å frikjøpe en veileder i Nav som har én fast kontordag i uken hos RPH. Utover de faste dagene, kan veilederen møte opp hos RPH ved behov. Nav-veilederen inngår i Nav Nesoddens jobbspesialist-team, men rollen i prosjektet kan bedre beskrives som en «jobbveileder», da oppfølgingen som gis er en mellomting mellom jobbspesialist og Nav-veileder. Jobbveilederen deltar også på ukentlige møter med terapeutene i RPH.

Jobbveilederens tilstedeværelse hos RPH skal muliggjøre tidlige avklaringer av brukeres rettigheter og muligheter, så vel som å sikre samlet brukeroppfølging. Ved at

jobbveilederen er en del av Nav-kontorets jobbspesialist-team, drar piloten nytte av felles markedsarbeid i Nav-kontoret. Parallelt med piloten har alle Nav-veilederne blitt tilbudt kurs i motiverende intervju for å styrke den helhetlige kompetansen på endringsfokustert oppfølging og kognitiv atferdsterapi.

Både Nav-veilederne, de kognitive terapeutene og fastlegene forteller sine brukere og pasienter om oppfølgingstilbudet. Brukerinntaket i piloten skjer via terapeutene i RPH, som kaller bruker inn til en vurderingssamtale. Her kartlegges brukers situasjon og problematikk. Som følge av piloten har RPH tilført noen nye, arbeidsrelaterte spørsmål i sitt kartleggingsskjema.

Fra RPH Nesodden sitt kartleggingsskjema:

Aktuell for Prosjekt tjenestesamhandlingsmodell NAV/ RPH: Innhentet samtykke?:	
Fornavn:	Etternavn:
Årsak til henvendelsen ○ Depresjon ○ Angst (spesifiser) ○ Søvnvansker	
Tlf:	Fått informasjon om RPH via:

Jobbveilederen i Nav trekkes inn dersom arbeid er en del av pasientens problematikk, og dersom RPH vurderer involvering av Nav som hensiktsmessig. Etter at pasienten har gitt skriftlig samtykke til å opprette dialog med Nav, inviteres pasienten til en felles samtale med RPH og jobbveileder for å avklare muligheter og forventninger til oppfølgingen. Brukeroppfølgingen koordineres i det videre mellom jobbveileder og terapeut i RPH.

RPH informerer brukers fastlege om oppfølgingen via dialogmelding. Ved behov for avklaringer og samarbeid kontaktes fastlege også underveis i oppfølgingen. Der det er hensiktsmessig gjennomføres det møter mellom bruker, arbeidsgiver og jobbveileder. Ved endt oppfølging gjennomføres en avslutningssamtale mellom bruker og jobbveileder og/eller kognitiv terapeut.

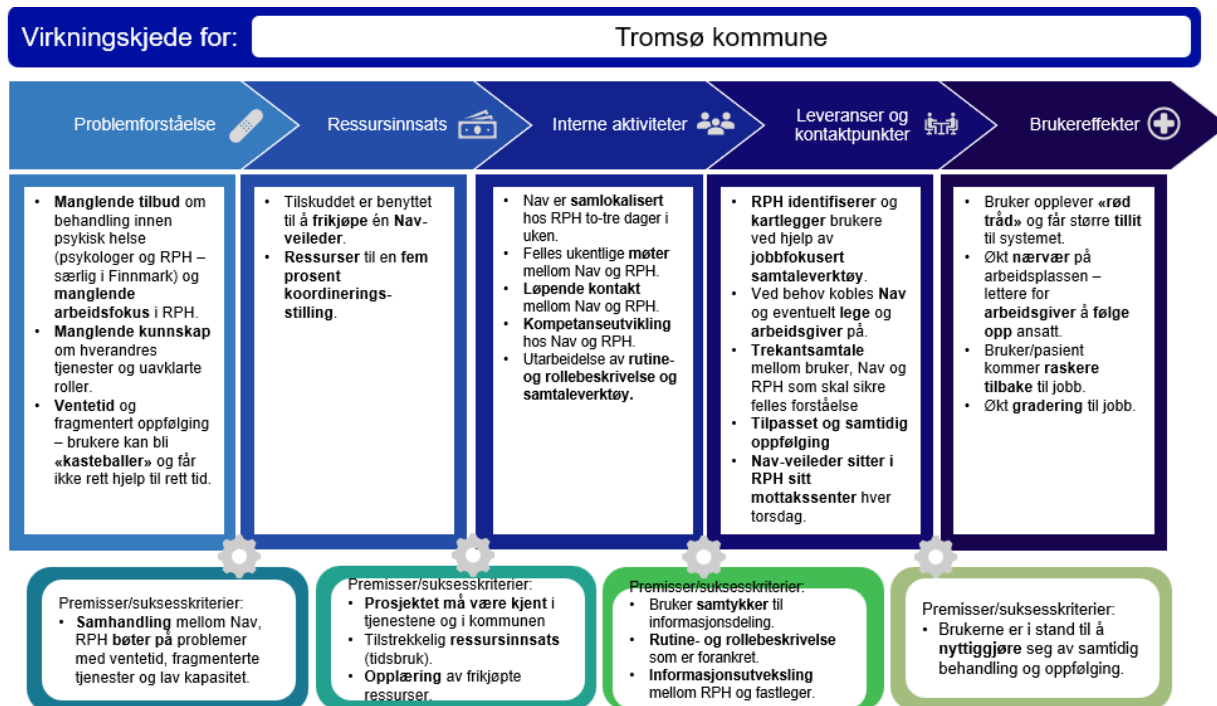
Et annet grep Nesodden har tatt, er at Nav nå er til stede under en av dagene med intro-kurs i RPH. Formålet er at Nav kan informere om piloten, slik at pasienter selv kan be om oppfølging fra jobbveilederen.

Utover dette har tjenestene utformet en samarbeidsavtale som er forankret hos virksomhetslederne i Nav og Hjemmebaserte tjenester, hvor RPH er organisert. Nesodden

skriver også i sine stillingsutlysninger til RPH at tjenestesamhandling med Nav inngår i arbeidet som kognitiv terapeut.

Piloten har som mål å 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 forkorte og redusere sykefravær og bidra til tilbakeføring til arbeid.

2.1.5 Tromsø



Tromsø kommune opplever at terapeutene i RPH mangler arbeidsfokus. Det oppleves også å være forbedringspotensial i Nav knyttet til økt bruk av arbeidsplassen som mål og middel for varig jobbfastholdelse. En annen utfordring som ligger til grunn for piloten er at Navs oppfølging av sykmeldte er for snever. Tjenestene i piloten kan vise til tidligere erfaringer med tjenestesamhandling gjennom blant annet «HelseIArbeid» og Senter for jobbmeistring. De ser likevel et stort potensial i å videreutvikle og styrke tjenestesamhandlingen gjennom piloten.

Målgruppen til piloten er sykmeldte personer under 30 år, med behov for kognitiv terapi, som henvises til RPH fra fastlege eller Nav. Piloten har imidlertid strevd med å forholde seg til målgruppen grunnet utfordringer med rekruttering. De har derfor utvidet målgruppen til også å inkludere de over 30 år. Personer under 30 er likevel fortsatt førsteprioritet. Piloten har erfart at ikke alle brukerne har behov for oppfølging fra Nav. De brukerne som i størst grad har behov for samtidig oppfølging, er personer som er jobbsøkere og/eller ønsker å bytte jobb.

Tilskuddet er benyttet til frikjøp av én Nav-veileder. Nav-veilederen skal i utgangspunktet være fysisk til stede hos RPH to til tre dager i uken og delta i faste, ukentlige møter med RPH. Grunnet bytte av lokaler for RPH, har det tidvis vært mindre tilstedeværelse fra Nav hos RPH enn det som er planlagt. Målet er at Nav-veilederen på

sikt skal arbeide fra RPHs lokaler så ofte han/hun kan. På den måten kan tjenestene komme tidligere i gang med helhetlig brukeroppfølgning.

De har utarbeidet en rutine- og rollebeskrivelse, som inneholder beskrivelser av inntaks- og oppfølgingsrutiner, sjekkliste for innhold i samtaler med bruker, retningslinjer for journal- og notatføring og prosedyrer for samtykke. Piloten har også utviklet et eget samtaleverktøy som RPH kan benytte i sine kartleggingssamtaler. Dette er spørsmål som kan stilles for å utforske pasientens forståelse av aktuell problematikk, motivasjon for behandling og arbeidssituasjon. Eksempler på spørsmål fra samtaleverktøyet er: «Hva skal være det overordnede målet for behandlingen her?», «Har du selv gjort noen tiltak for å få til en endring?», «Er det noen arbeidsrettede tiltak (tilrettelegging, gradert SM, FTAF m.m.) som du tenker kunne vært hensiktsmessig for å komme tilbake i jobb?» og «Har du snakket med arbeidsgiver om dette?».

Når bruker er identifisert av RPH, 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 mellom tjenestene.

Et annet tiltak i piloten til Tromsø er at Nav-veilederen hver torsdag sitter i RPH sine lokaler. Både ansatte og brukere kan henvende seg til vedkommende for drop-in-samtaler.

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 fastleger

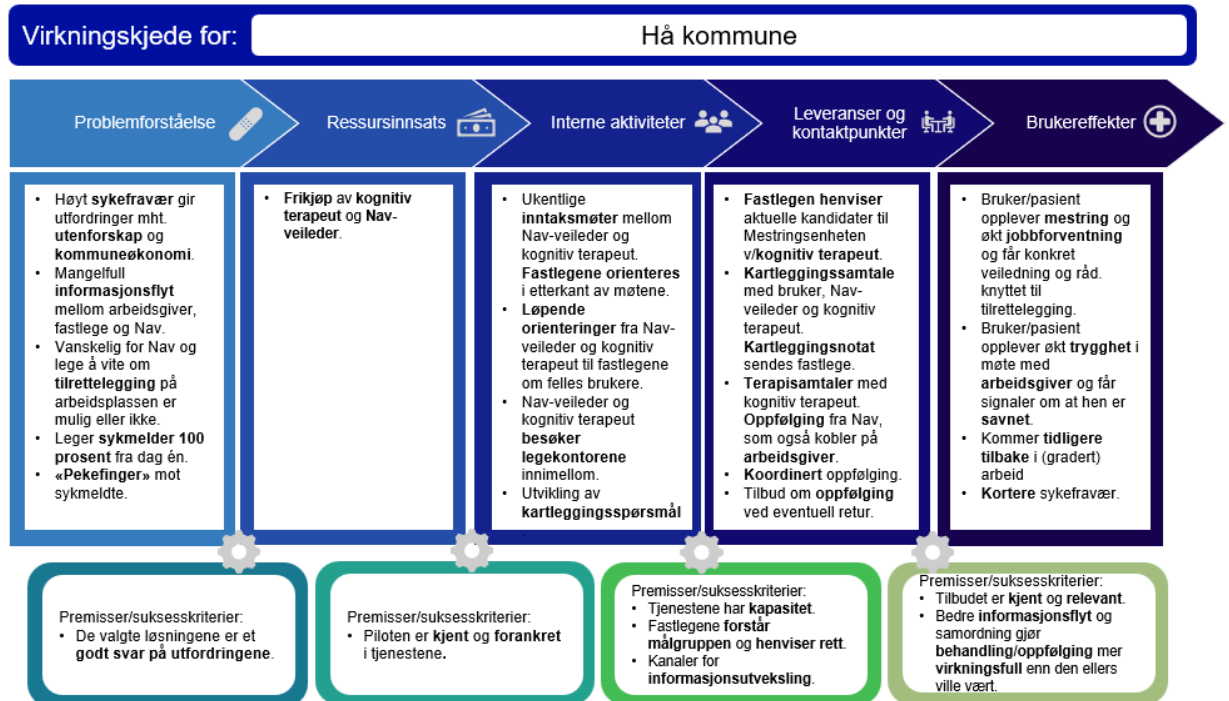
Våren 2024 lyste Helsedirektoratet ut en tilskuddsordning til samarbeid mellom fastlegekontor, kognitiv terapeut og Nav. Denne samarbeidskonstellasjonen utgjør modell 2. I tillegg mottar kommunene som tildeles tilskudd, midler fra AVdir til ett årsverk.

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 søkte 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. Gjennom piloteringen har de imidlertid tatt inn alle brukere de opplever at de kan hjelpe, uavhengig av hvor de er i sykefraværet. Det vises i søknaden til Hå 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 er benyttet til frikjøp av kognitiv terapeut og Nav-veileder. Det er fastlegene som henviser brukere til piloten. Alle henvisningene fra legene går via Mestringsenheten til kognitiv terapeut i piloten. Legene spesifiserer i henvisningene at det gjelder «Arbeidsløftet». Det kommer også noen henvisninger fra Nav, og en del brukere tar direkte kontakt med kognitiv terapeut og Nav-veileder. Innen en uke etter mottatt henvisning fra fastlege, gjennomfører kognitiv terapeut og Nav-veileder en kartlegging av brukerbehov. I forbindelse med kartleggingen har piloten utviklet følgende spørsmål til potensielle brukere:

- Hva er fordeler og ulemper med å være sykmeldt?

- Hva er fordeler og ulemper ved å gå på jobb?
- Hva er målet ditt i oppfølging her?

Disse spørsmålene er ikke innlemmet i Mestringsenhetens eksisterende kartleggingsverktøy, men benyttes foreløpig kun av kognitiv terapeut og Nav-veileder i piloten. Målet er imidlertid å innlemme disse spørsmålene i eksisterende kartleggingsverktøy. Etter hver kartlegging sendes hele kartleggingsnotatet til pasientens fastlege. Notatet inneholder terapeutens betraktninger rundt hva mestringsenheten kan bidra med, samt nav veileders vurdering av tilbud om oppfølging.

Kognitiv terapeut og Nav-veileder har ukentlige inntaksmøter hvor de diskuterer oppfølging av felles brukere. Formålet med inntaksmøtene er å få tidlig oversikt over brukers situasjon, samt fordele ansvars- og rollefordeling mellom aktørene i tjenestene.

Til å begynne med var kognitiv terapeut og Nav-veileder til stede på legekantorene ukentlig. De fant ut at dette ble for tidkrevende, både for dem og legene. Nå er de innom legekantorene innimellom, og sender ellers fastlegene løpende oppsummeringer om felles brukere. For eksempel sender tjenestene fastlegen en melding om hva som har skjedd fra deres kant, fram til tidspunktet hvor sykmeldingen til pasienten utløper. Fastlegene orienteres også i etterkant av møtene mellom Nav og RPH. Dersom Nav og RPH har diskutert muligheten for gradert sykmelding med brukeren, får fastlegen en orientering om dette.

Nav-veileder tilbød seg tidligere å være med brukere i legetimer. Målet var å øke arbeidsfokuset i den helserelaterte oppfølgingen. Dette er nå tatt ut av piloten, da brukere ikke har hatt behov for eller ønsket dette. Piloten har heller hatt fokus på tett samarbeid med fastlegene gjennom e-meldinger. Bruker er inkludert i denne dialogen gjennom informasjonsdeling i samtalene.

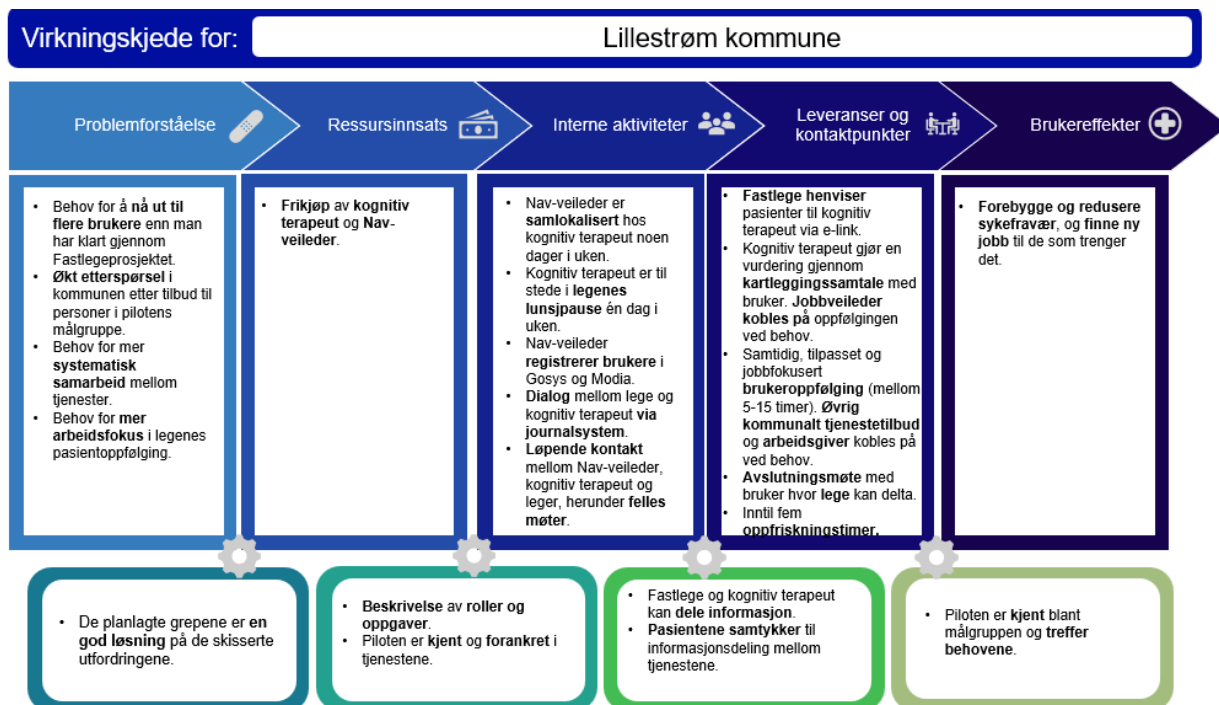
Nav-veileder gjennomfører oppfølging på brukernes arbeidsplasser, gjennom kontakt per telefon og i møter med arbeidsgiver. På denne måten får tjenestene en oversikt over situasjonen og kan kartlegge tilretteleggingsmuligheter. Bruker er med i denne dialogen, og har samtykket til involvering av arbeidsgiver i forkant.

Hå har åpnet for retur av brukere til piloten, ved eventuelt tilbakefall til sykmelding. Piloten har åpnet for at bruker kan ta direkte kontakt med Nav-veileder, så vel som kognitiv terapeut (dette har også vært mulig tidligere), 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.

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 («Arbeidsfokus i fastlegekontor»). 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 Arbeid og helse, Øst-Viken. 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 prosjektet er pasienter over 18 år, med lettere og moderate psykiske helseutfordringer eller muskel- og skjelettutfordringer med behov for samtidig eller samordnet bistand fra Nav og kommunal helsetjeneste. Lillestrøm tar i utgangspunktet inn 0-12 ukers sykmeldte.

Tilskuddsmidlene er benyttet til frikjøp av Nav-veileder og kognitiv terapeut. Fastlegen tar en første vurdering av hvorvidt pasienten er i pilotens målgruppe og henviser dem deretter til kognitiv terapeut via e-link. Deretter gjennomføres et møte mellom pasient og kognitiv terapeut, hvor det gjøres en vurdering av om kognitiv terapeut kan være til hjelp og om og når jobbveilederen skal kobles på oppfølgingen. Lillestrøm tar utgangspunkt i skjemaet fra fastlegeprosjektet (Arbeidsfokus i fastlegekontor) i sin kartlegging. Utover disse forteller terapeuten at hun ofte også spør om:

- det er noe annet av viktighet i personens bakgrunn/historikk som kan tenkes å spille inn på behandlingen,
- økonomi,
- nettverk/ressurser/støtte, og
- barn som pårørende.

Terapeuten orienterer pasientene om samarbeidet og at partene ved samtidig oppfølging vil ha tett dialog om saken. I denne forbindelse innhentes samtykke fra pasienten. For brukere som mottar arbeidsrettet oppfølging via jobbveilederen registreres dette både i Gosys og Modia, slik at de andre Nav-veilederne skal vite om det.

Hvor mange samtaler det eventuelt gjennomføres mellom pasient og tjenestene, tilpasses den enkeltes behov, men rammen ligger på mellom fem og 15 timer. Brukerne kan i tillegg få inntil fem oppfriskningstimer etter avslutning. Her skal hele kommunens tjenestetilbud benyttes, for å skape godt samspill mellom deler av kommunen og et mer helhetlig tjenestetilbud for bruker. Dette kan være kommunale kurs, helsestasjon og tilbud gjennom barnevern og familieveiledning, Tidlig inn, og Frisklivssentralen. Piloten har åpnet for at legen kan delta i avslutningsmøtene med bruker, men det har hittil ikke vært aktuelt. Tjenestene gjennomfører felles møter seg imellom, for å diskutere brukeroppfølgingen.

Jobbveileder er opptatt av å koble på aktuelle samarbeidsaktører der det viser seg nødvendig, og i enighet med pasienten selv. Aktuelle tilleggstjenester fra Nav kan være gjeldsrådgiving, ulike arbeidsrettede tiltak gjennom Nav, som jobbkafé og jobbtreff. Det kan også dreie seg om involvering av arbeidsgiver.

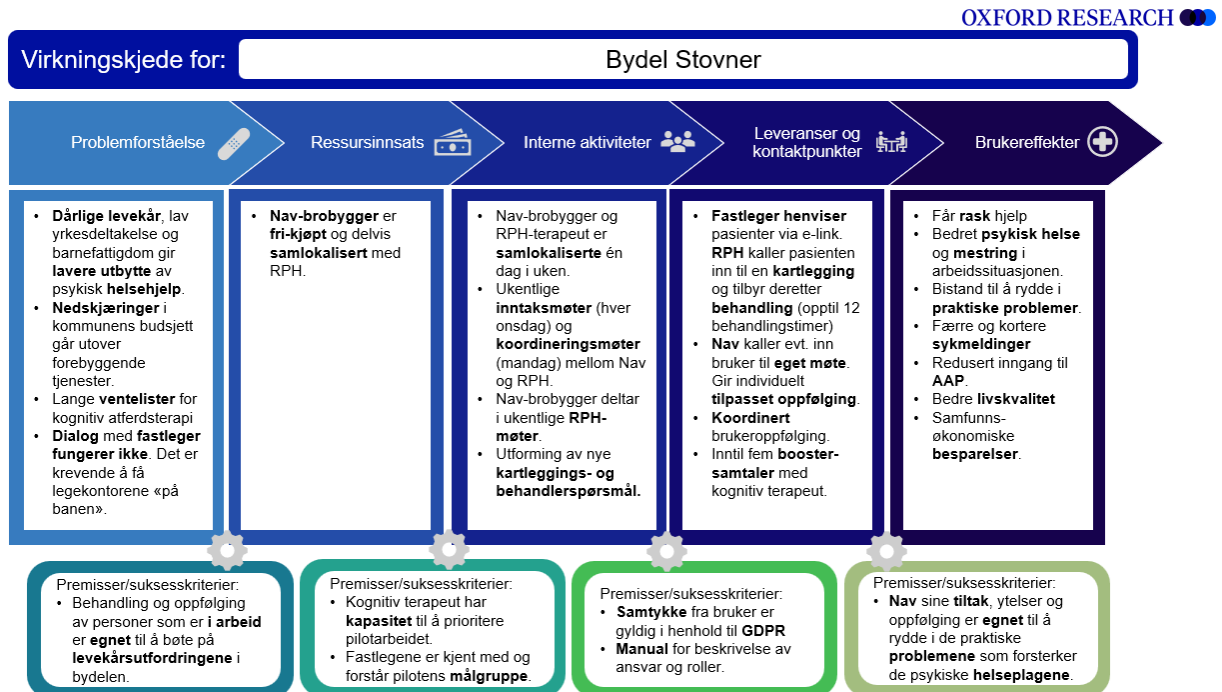
Fram til august 2025 satt kognitiv terapeut på legekontoet en til to ganger i uken. I august ble det ansatt ny kognitiv terapeut, som er kommunalt ansatt. Hun sitter hos «Tidlig inn» (psykisk helse i kommunen). Jobbveileder fra Nav er til stede hos Tidlig inn noen dager i uken og har utover dette samtaler med brukere på kafe, arbeidsplassen eller på Nav-kontoet. Den kognitive terapeuten er til stede på fastlegekontoet én dag i uken, i legenes lunsjpause.

Fordi tidligere kognitiv terapeut hadde tilgang til samme journalsystem som fastlegene, foregikk dialogen i hovedsak mellom fastlege og kognitiv terapeut. Jobbveileder formidlet sine budskap via den kognitive terapeuten. Kognitiv terapeut skrev møtereferater og annen relevant informasjon om pasienten direkte inn i journalsystemet. Den kommunalt ansatte (nåværende) terapeuten har ikke den samme muligheten for kommunikasjon med legene, fordi hun ikke har tilgang til journalsystemet. Dette løser de gjennom det digitale systemet e-link. Piloten vurderer nå om både jobbspesialist og kognitiv terapeut skal ta et felles status/informasjonsmøte med fastlegene. Det planlegges for at både Nav-veileder og kognitiv terapeut skal besøke legene i lunsjpausen for å fortelle om piloten og hvordan de jobber.

Piloten har laget en veileder for prosjektet som beskriver de ulike rollene og oppgavene i piloten.

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 Stovner



Bakgrunnen for prosjektet til 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 innbyggeres livskvalitet og psykiske helse, bekjempe fattigdom og redusere offentlige kostnader. En annen del av bakgrunnen for piloten er lange ventelister for kognitiv terapi, treg oppfølging fra Nav og manglende helhetlig tjenesteoppfølging. Prosjektleder for piloten har jobbet i England og har god kjennskap til tilsvarende modeller for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse derfra.

RPH og fastlegene i Stovner var tidligere samløkaliserte en dag i uken for noen år tilbake. Samarbeidet ble oppfattet som positivt fra begge parter, men ble avsluttet på grunn av manglende økonomiske ressurser. Kjennskap til hverandres arbeidshverdag og erfaring fra et slikt samarbeid har utgjort et fundament som piloten har bygget videre på.

Piloten definerer målgruppen som personer som har milde til moderate angst- eller depresjonsplager og/eller muskel- og skjelettplager som primært hindrer dem i å fungere i arbeid. Dette er personer som trenger bistand som både omfatter helsemessige forhold og arbeidstilknytning, og som verken kan få eller beholde arbeid ved hjelp av behandling eller Nav-oppfølging alene. De har behov for tjenester fra begge instanser, og disse må være godt koordinert. Valget av målgruppe er begrunnet i at dette utgjør en stor pasientgruppe i fastlegetjenesten, og en gruppe der mottak av helserelaterte ytelser fra

Nav har vært økende. Særlig personer med vanlige psykiske helseplager kan falle mellom ulike tjenestetilbud. Erfaringer tyder videre på at flere har utfordringer med å gjennomføre arbeidsrettede tiltak, blant annet som følge av manglende samtidig oppfølging og utilstrekkelig samordning av helse- og arbeidsrettede tjenester.

Prosjektets overordnede mål er å vektlegge arbeidsevne og funksjon fremfor diagnose, bidra til å avlaste fastlegene og forebygge frafall fra arbeidslivet. Videre skal prosjektet styrke samhandlingen mellom Nav-kontor og kommunehelsetjenesten, for å legge til rette for at flere kan stå i arbeid til tross for psykiske plager eller muskel- og skjelettplager.

Midlene er brukt til frikjøp av en Nav-veileder (Nav-brobygger) som er delvis samlokalisert med RPH. Nav-brobygger og kognitiv terapeut sitter sammen én dag i uken. Dette skal bidra til tettere samarbeid, lavere terskel for dialog og mer fleksibel oppfølging av brukerne. Utover dette gjennomføres ukentlige inntaksmøter hvor behandler vurderer aktuelle kandidater. Hver mandag møtes kognitiv terapeut og Nav-brobygger for å gjennomgå eksisterende og nye pasienter, oppdatere status og sammen vurdere behov for videre oppfølging.

Nav-brobygger og RPH er samlokalisert én dag i uken på RPH sitt kontor. Dette bidrar til tettere samarbeid, lavere terskel for dialog og mer fleksibel oppfølging. Ved behov for samordning eller ytterligere informasjonsutveksling tar behandler og Nav-brobygger kontakt med fastlege eller Nav-veileder. Ved behov arrangeres felles møter hvor det settes mål for oppfølgingen og sikres fleksibilitet i henhold til pasientens behov.

I en egen manual har piloten utarbeidet rollebeskrivelser for kognitiv terapeut, Nav-brobygger og fastlege. For den kognitive terapeuten vektlegges:

- Fokus på arbeid og funksjon fremfor diagnose og sykdom
- Lage arbeidsrelaterte mål
- Fokus på hvordan pasienten håndterer symptomene sine i arbeidskontekst
- Øving og gjennomføring av hjemmeoppgaver på arbeidsplassen
- Fokus på det helsefremmende potensiale i arbeid gjennom å være en kilde mestring, identitet og tilhørighet

For Nav-brobyggeren vektlegges blant annet følgende oppgaver og ansvarsområder:

- Bidra til en helhetlig og koordinert oppfølging mellom helsetjenesten, Nav og arbeidslivet og være et bindeledd mellom aktørene
- Tidlig involvering i sykefraværsforløpet for å avdekke behov, ressurser og muligheter for arbeidsrelatert oppfølging
- Tett samarbeid med behandler om vurdering og inkludering av pasienter i prosjektet

- Tilpasning av oppfølgingen til den enkelte pasientens situasjon, motivasjon og arbeidserfaring

Fastlegens rolle vektlegger følgende rolle- og ansvarsområder:

- Rekruttere egnede pasienter til prosjektet og henvise dem til vurdering hos kognitiv terapeut.
- Holde seg løpende oppdatert om pasientforløpet gjennom journal og dialog med kognitiv terapeut.
- Ha det medisinskfaglige ansvaret under oppfølgingen.
- Ivareta pasientens medisinske behov gjennom ordinære konsultasjoner.
- Følge opp sykmelding.

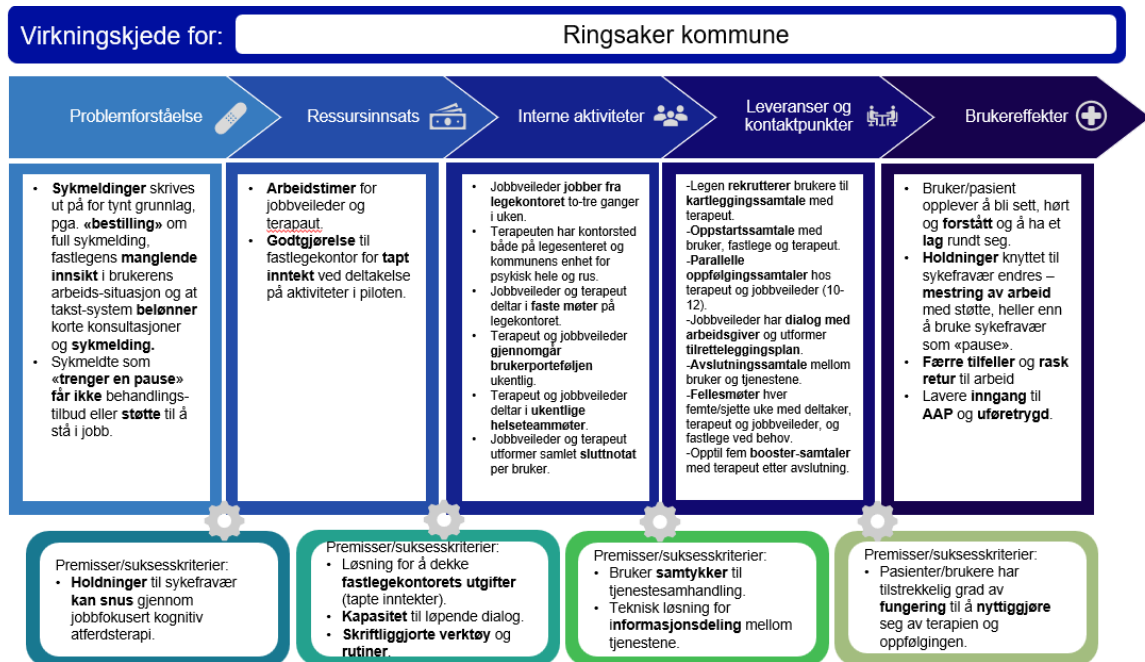
Forløpet er strukturert i tre faser der behandling, arbeidsrettet oppfølging og medisinsk oppfølging ses i sammenheng. Totalt tilbys opptil tolv behandlingstimer hos kognitiv terapeut (pluss tilbud om booster-samtaler). I oppstartsfasen identifiserer fastlegen aktuelle pasienter, informerer om prosjektet og sender melding til RPH via E-link. Fastlegen dokumenterer sykmeldingsårsak, symptombilde og status i arbeid, og avklarer videre sykmeldingsgrad og eventuelle medisinske behov. Pasienten innkalles deretter til en vurderingssamtale som skal gjennomføres innen to uker. I oppstartsfasen arbeider behandler med å etablere en felles problemforståelse, avklare behandlingsmål, bygge relasjon og gi psykoedukasjon og jobbedukasjon. Det legges også vekt på å kartlegge pasientens mestringsstrategier og ressurser, og pasienten bes om å kontakte Nav-brobygger.

I mellomfasen rettes oppfølgingen mot sammenhengen mellom helse og arbeid. Terapeuten arbeider med å kartlegge negative tankemønstre og unngåelsesatferd i jobbsituasjonen, og utvikling av nye mestringsstrategier. Parallelt følger Nav-brobygger opp pasientens arbeidssituasjon og behov for tilrettelegging, holder kontakt med pasientens Nav-veileder og dokumenterer oppfølgingen i Modia. Dokumentet angir også om dialog med arbeidsgiver kan være aktuelt, veiledning og rådgivning, samt vurdering av andre Nav-virkemidler ved behov. Fastlegen følger samtidig opp pasientens medisinske behov på ordinær måte, vurderer sykmeldingsgrad i samråd med pasient, jobbveileder og kognitiv terapeut, og holder seg oppdatert gjennom journal og dialog underveis.

I avslutningsfasen videreføres trening på nye strategier, og forløpet oppsummeres med vekt på læringspunkter og forebygging av tilbakefall. Det utarbeides en mestringsplan, en plan for tilbakefall, og en sluttrapport. Nav-brobygger avslutter oppfølgingsoppgaven i Gosys og dokumenterer i Modia, mens fastlegen følger opp behov for eventuell videre bistand. Pasienten får også et tilbud om booster-samtaler det første året, totalt opptil fem timer.

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 deltakende 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.

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

- er mellom 18-55 år,
- har arbeidsgiver,
- står i fare for å bli eller nylig har blitt sykmeldt (0-12 uker),
- har lette til moderate psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager, eller en kombinasjon av disse.

Terapeuten har delt kontorplass mellom legesenteret og psykisk helse og rus i kommunen, og jobbveileder fra Nav er tilgjengelig på legesenteret to-tre dager i uken. Dersom pasienten er i pilotens målgruppe, skal fastlegene ved legekontoret skjønnsmessig vurdere nytten av arbeidsrettet kognitiv terapi og informere pasienten om

ArbeidsPULS. 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. Denne gruppen vurderes også å ha et stort forebyggingspotensial.

Utover målgruppekriteriene og den medisinske vurderingen, anses pasientens motivasjon og opplevde plager som det viktigste for deltakelse i piloten. Fastlegen vurderer skjønnsmessig:

- om arbeidsrettet kognitiv terapi er riktig tiltak på riktig nivå,
- om det foreligger behov for samtidig bistand fra både helse og Nav,
- pasientens motivasjon og evne til å nyttiggjøre seg tilbudet, og
- risiko for et mer langvarig eller komplisert sykefraværsforløp.

Risikovurderingen gjøres både gjennom kliniske observasjoner og ved å stille direkte spørsmål til pasienten, for eksempel: *«Hvordan ser du på mulighetene dine for å vende tilbake til arbeid i nærmeste fremtid?»* Piloten forsøkte innledningsvis å utvikle og innføre en kartleggingsmal til fastlegene, men dette lot seg ikke implementere i praksis.

Når fastlegen vurderer pasienten som egnet, settes vedkommende direkte opp til vurderingssamtale hos terapeut. Terapeuten foretar en mer grundig klinisk vurdering og videre siling (jf. mal for vurderingssamtale).

Ved oppstart av oppfølging gjennomfører jobbveileder en obligatorisk kartlegging av pasientens arbeidssituasjon. Denne kartleggingen inkluderer arbeidsoppgaver, hvilke oppgaver som er utfordrende, vurdering av jobbmatch og forhold knyttet til tiltaksplan og tilbakeføringsplan (jf. kartlegging av jobbveileder: jobbstøtte og tilbakeføringsplan i veilederen). Formålet er å gjøre en mer presis vurdering av behovet for NAV-bistand.

Dersom pasienten sammenfaller med pilotens målgruppe, sjekker legen først kapasiteten til terapeuten. Fastlegen innhenter deretter samtykke fra pasienten til tverrfaglig samarbeid og informasjonsutveksling mellom fastlege, terapeut og jobbveileder. Legen skriver et notat i journalen hvor pasientens sykmeldingsårsak og symptombylde, samt status i arbeid, tydelig kommer frem.

Dersom pasienten sammenfaller med pilotens målgruppe og terapeuten har kapasitet, kaller hun inn pasienten til en egen vurderingssamtale. Dette er det satt av tid til på torsdager. Her kartlegges psykisk helsetilstand, arbeidsfunksjon, motivasjon, eventuell risikoatferd og egnethet for oppfølging i ArbeidsPULS. Det gjøres også en gjennomgang av pasientens forventninger til deltakelse og samarbeid, og det vurderes om det er behov for videre medisinsk oppfølging eller spesialisthelsetjeneste. Til slutt gis informasjon rundt informert samtykke til informasjonsdeling. Terapeuten dokumenterer vurderinger og anbefalinger i legejournalen. Dersom pasienten skal tas inn i prosjektet, planlegges oppstartssamtale med jobbveileder og fastlege tirsdag uken etter.

Disse to «silingene» av pasienter bemerkes som et viktig grep i piloten, fordi lege og kognitiv terapeut ofte plukker opp ulike ting. Samlet sett gir dette et solid grunnlag for å vurdere inntak.

Om pasienten vurderes som egnet for deltakelse i ArbeidsPULS sender terapeuten ut innkalling til oppstartssamtale, sammen med pasient, jobbveileder og lege, som deltar anslagsvis de siste 15 minuttene av samtalen. Her benyttes dialogmøtetakst. I forkant av dette møtet registrerer jobbveileder (ved hjelp av personnummer fra terapeut) brukeren i Gosys. Referat fra jobbveileder skrives deretter i Modia personoversikt gjennom oppfølgingen. I oppstartsmøtet er piloten opptatt av at alle tjenestenes perspektiver skal bringes inn og ses i sammenheng. Fokus for samtalen er deltakers mål, motivasjon og hovedutfordringer. I oppstartssamtalen etablerer samarbeidet og den felles forståelsen av målene for oppfølgingen. Tema for samtalen er deltakerens egne mål og motivasjon, opplevde jobbhindre og tydeliggjøring/avklaring av roller, mål og plan for forløpet.

Etter oppstartssamtalen følger parallelle samtaler hos terapeut og jobbveileder. Antall og hyppighet vurderes individuelt, men med en ramme på opptil 10–12 samtaler hos terapeut. Terapeuten har fokus på arbeidsrettet kognitiv terapi, mestring av symptomer i arbeidssituasjonen, identifisering av uhensiktsmessige mønstre og utvikling av nye strategier og arbeid som arena for mening, tilhørighet og mestring. Jobbveileder kartlegger arbeidssituasjonen, har fokus på arbeidsrelaterte mål, tiltak og progresjon. Har også dialog med arbeidsgiver og utformer en plan for tilrettelegging. Jobbveileder skal også fungere som en brobygger inn mot Navs øvrige virkemidler.

Kognitiv terapeut sender legene skriftlige orienteringer gjennom journalnotater. Disse er samkjørt med notatene fra jobbveileder. Jobbveileder og terapeut har tett dialog. Legene bruker notatet i sin pasientoppfølging og kan supplere og justere notatet ved behov. Det gjennomføres også en avslutningssamtale hvor alle tjenestene og pasienten deltar. Her benyttes dialogmøtetakst der hvor pasienten fortsatt er gradert sykmeldt.

Terapeut og jobbveileder deltar i helseteammøter hver fredag morgen. Her deltar også andre yrkesgrupper og prosjekter ved Brumunddal fastlegekontor. Dette for å lære av hverandre og ta opp eventuelle problemstillinger vedrørende samarbeid med fastlegene og driften ved fastlegekontoret.

Det avholdes også fellesmøter hver femte til sjette uke, med deltaker, terapeut og jobbveileder, og fastlege ved behov. Her gjøres en gjennomgang av framdrift og måloppnåelse, plan og tiltak justeres ved behov og eventuelle utfordringer avklares. I tillegg til de individuelle og felles samtalene gjennomføres det faste brukergjennomganger mellom terapeut og jobbveileder hver fredag. Dette er interne

samarbeidsmøter uten pasient til stede, der formålet er å sikre helhet, fremdrift og forsvarlighet i oppfølgingen.

Forløpet avsluttes med et felles møte mellom deltaker, terapeut, jobbveileder og fastlege, der man oppsummerer oppnådde resultater og erfaringer, eventuelle behov for videre oppfølging og det utformes en plan for egenmestring og arbeid videre. Jobbveileder og terapeut utarbeider sammen et felles sluttnotat. Dette sendes ut igjennom fastlegejournal til Nav og deltaker. Deltaker har mulighet for opptil fem booster-samtaler med terapeut i inntil ett år etter avslutning. Deltaker tar da kontakt med fastlege som setter opp time hos terapeut.

Piloten har utformet følgende maler og skriftliggjorte verktøy:

- Mal for oppstartssamtale, fellessamtale og avslutningssamtale
- Prosedyre for vurderingssamtale, oppstartssamtale, fellessamtale og avslutningssamtale
- Prosedyre for brukergjennomgang
- Mal for behandlingsplan i legejournal (terapeut)
- Kartleggingsskjema (jobbveileder)
- Mal for sluttnotat

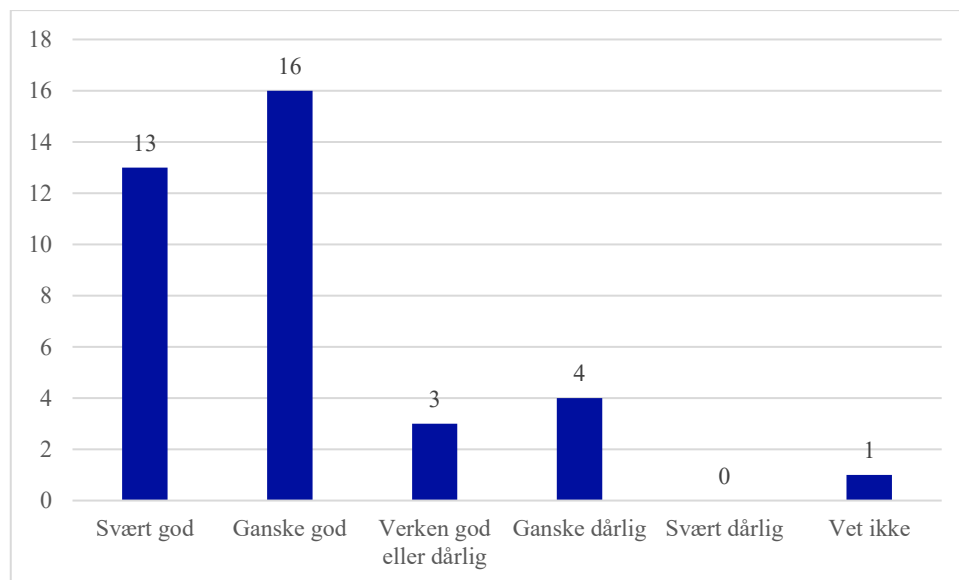
Målene på tjenestenivå er økt produktivitet og effektivitet, tydeligere rolle- og ansvarsfordeling, unngå dobbeltarbeid, økt samhandling og samlokalisering, lavere emosjonell belastning på tjenestene, økt mestringsfølelse, økt jobbglede og mer innovasjon og læring. Det er et mål at alle tjenestene skal 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 helserelaterte 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.

3. Resultater

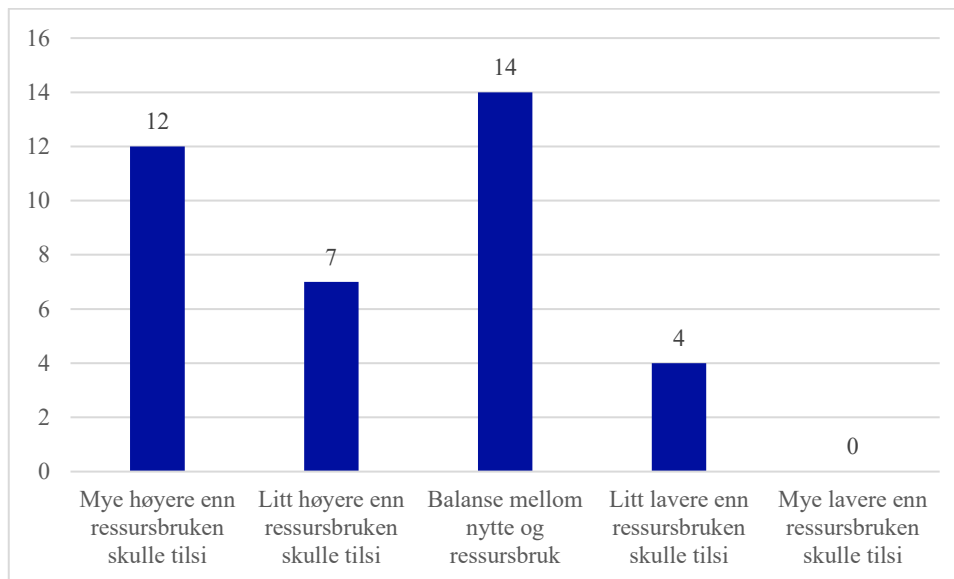
I dette kapitlet presenteres resultatene av pilotene for tjenestesamhandling. Først presenteres kvalitative data, strukturert etter modell. Videre presenteres funn fra brukerundersøkelsen. Funn fra statusmålingen er i hovedsak bakt inn i kapittel 6, men gjennomgående viser målingen at tjenestene opplever god tjenestesamhandling og bedre systematisk samarbeid enn tidligere. Dette gir seg blant annet utslag i bedre innsikt i hverandres aktiviteter og virkemidler, at samarbeidet har blitt en naturlig del av hverdagen og at dette oppleves nyttig for brukeropfølgingen. Aktørene opplyser også at de har bedre oversikt over bistanden som blir gitt hos de andre tjenestene. Figuren under oppsummerer godt funnene fra statusmålingen:

Figur 1: Hvordan vurderer du kvaliteten på tjenestesamhandlingen mellom Nav og kommunale helsetjenester (kognitive terapeuter og fastleger)? (N=37)



29 av 37 vurderer kvaliteten på tjenestesamhandlingen mellom Nav og kommunale helsetjenester som svært eller ganske god. 33 av 37 svarer også at bruker- og pasientoppfølgingen har litt eller mye høyere kvalitet som følge av Samspill. Samtidig opplever et klart flertall (33 av 37) at nytten av Samspill er høyere enn ressursbruken utprøvingen medfører, eller godt balansert med den:

Figur 2: Hvordan vurderer du nytten av Samspill, sett i forhold til ressursbruken? (N=37)



3.1 Modell 1

Pilotene i modell 1 viser til at tettere samhandling mellom Nav og RPH gir mer helhetlig og arbeidsrettet brukeroppfølging. Endringer i kartleggingspraksisen til RPH skaper mer arbeidsfokus og senker terskelen for å koble på arbeidsgiver i oppfølgingen. I en av pilotene vises det for eksempel til at behandlerne oftere enn før tilbyr seg å ringe den sykmeldtes leder og være med i møter på brukers arbeidsplass.

De nye kartleggingsrutinene fører videre til tidligere avklaringer og dermed raskere oppstart av aktuelle tiltak. Tidlig oppstart kan forebygge mer alvorlig og langvarig sykefravær og omtales som tidsbesparende. Tidlig oppstart påvirker også brukerens motivasjon for retur til arbeid.

Et tydelig resultat av utprøvingen er at RPH og Nav har fått mer innsikt i hverandres tjenester, men også i andre kommunale tjenestetilbud. Kartleggingen beskrives som mer helhetlig. Det gjør at brukere nå oftere loses videre til andre aktuelle tiltak og tjenester, både i og utenfor Nav og RPH. For Nav sin del forteller informantene at de som følge av piloten har fått bedre innsikt i brukers helsesituasjon og hvordan RPH tenker og arbeider. RPH har for sin del fått bedre innsikt i Nav og tiltakene de tilbyr.

Det er ikke overraskende at de som er frikjøpte gjennom piloten har økt sin kunnskap om den andre tjenesten. Flere forteller imidlertid at denne kunnskapen også sprer seg til andre personer i tjenestene. I en av kommunene forteller informanten fra Nav at Nav tidligere aldri snakket om RPH. Nå har RPH i mye større grad kommet inn i bevisstheten til hele tjenesten:

«Jeg ser i referater fra dialogmøter at bruker har blitt informert om kommunale tjenester, for eksempel at de har fått tips om å kontakte RPH. Ikke bare på åtte uker, men i hele sykefraværsløpet. Mange snakker om at de ikke har penger til å gå til psykolog, men da får de vite om RPH som et alternativ».

Intervjudeltakerne fra tjenestene forteller at brukerne gir positive tilbakemeldinger og at de merker at tjenestene er mer samsnakket og koordinerte. At tjenestene snakker med hverandre om felles brukere, gir andre og flere perspektiver enn tilfellene hvor tjenestene jobber sekvensielt og kun forholder seg enkeltvis til bruker.

«Vi ser virkelig nytten av å være samhandlet. Det gir drahjelp i saker og god arbeidsdeling».

«Samhandlingen kan gi oss nødvendig støtte til å pushe på for jobb. Hvis behandler også mener det er fornuftig, er det lettere for oss i Nav å gjøre det. Det er samtidigheten som er det nye. Vi tenker ikke sekvensielt lengre».

Noen av intervjudeltakerne viser også til at piloten har redusert tjenestenes skepsis til hverandre og styrket tilliten mellom dem. Økt bekjentskap og tillit skaper bedre samarbeid og økt kvalitet i brukeroppfølgingen. Her er det spesielt de felles møtepunktene mellom Nav og RPH og samlokaliseringen, som trekkes fram som virkningsfullt. Der hvor det er utviklet felles rutiner, kartleggingsverktøy og lignende, beskrives disse også å ha god effekt på samhandlingen. Særlig den fysiske samhandlingen (felles møter og samlokalisering) har bidratt til å øke forståelsen for den andre tjenestens perspektiver og arbeidsmåter, noe de får tilbakemeldinger om at brukerne også merker (i form av mer kunnskap om og tillit til den andre tjenesten). En intervjudeltaker fra RPH beskriver det slik:

«Jeg kan beskrive Nav-veilederen som en flink venninne. Jeg beskriver en person, ikke en tjeneste».

Noen intervjudeltakere viser også til redusert skepsis til Nav hos brukerne som følge av piloten. For eksempel i Bjerke, hvor Nav tidvis er til stede i RPHs lavterskelarena YT Bjerke, har dette gjort at folk har fått et annet og bedre inntrykk av Nav.

Når det gjelder gruppene og kursene som tilbys hos Kristiansand og Bjerke, kan pilotene ikke vise til konkrete resultater hos brukerne. Tilbudene får imidlertid gode omtaler, og det er spesielt verdien av å treffe mennesker i samme situasjon (sykmeldte) som trekkes fram.

3.2 Modell 2

Også i modell 2 forteller pilotene om flere positive effekter av arbeidet, både på tjeneste- og brukernivå. Gjennomgående har Samspill gitt mer helhetlig, koordinert og arbeidsrettet oppfølging. Flere forteller at tjenestene har gått fra sekvensiell og fragmentert innsats til bedre og mer strukturert samarbeid. Tydeligere roller og et felles språk trekkes også fram. Resultatet er raskere avklaringer, tettere og mer tilpasset brukeroppfølging med høyere kvalitet og økt tro på tilbakeføring til arbeid hos bruker.

Videre er økt tillit mellom tjenestene en mye omtalt effekt. Tjenestene jobber tettere sammen og blir bedre kjent både på personnivå og på tjenestenivå. Dette gir bedre kjennskap til hverandres tilnærminger og arbeidsmåter. Pasientene merker at tjenestene stoler på hverandre, som igjen øker deres tillit til tjenestene og til systemet. Intervjudeltakerne opplever at den økte tilliten gjør dem mer åpne for å ta anbefalingene fra tjenestene til følge. Ikke minst viser alle pilotene i modell 2 til at Samspill avlastet fastlegene. Det oppleves nyttig og effektivt for legene å ha et behandlingstilbud å henvise til.

Alle beskriver at piloten har ført til en kulturendring: Arbeid og funksjon tas opp tidligere i forløpet enn før, og tjenestene tenker mer aktivt på muligheter framfor begrensninger hos pasienten. I Lillestrøm omtaler både Nav og kognitiv terapeut det tidlige arbeidsfokuset som en av de viktigste endringene som følge av Samspill:

«Jeg har fått opp øynene for viktigheten av å komme tidlig i gang. Tidlig inn med å snakke om jobb og tilrettelegging. Kanskje allerede i første time, selv om pasienten ikke er klar for å jobbe med det med en gang».

«Vi tenker at når du er sykmeldt, er det meningen at du skal tilbake. Vi er tidlig inne fordi vi tenker det er en modnings- og erkjenningssprosess som bør påbegynnes tidlig: Snakke om jobb, og snakke om det positive med jobben. Fremme jobbhåpet».

Det er spesielt hos terapeutene at tjenestene bemerker et økt arbeidsfokus. Arbeidsfokuset merkes også i form av at tjenestene har tettere relasjon til arbeidsgivere enn før. Pasientene oppfordres mer til arbeidsnærver, i form av å opprettholde dialogen med arbeidsgiver.

Fastlegene vi har intervjuet forteller at de har opparbeidet et tydeligere arbeidsfokus i sine konsultasjoner. I Ringsaker opplever flere at piloten har gjort «funksjon» til et mer presist og «felles» begrep på tvers av tjenestene. Tidligere har beskrivelser av «arbeidsevne» og «funksjonsevne» vært blandet sammen. Dette er en godt dokumentert utfordring som også vi har belyst gjennom vår undersøkelse av informasjonsutveksling mellom Nav og sykmelder. Et sentralt funn i oppdraget er at tiltak for samhandling mellom tjenestene

fører til mer omforent begrepsbruk og forståelser for hverandres perspektiver og arbeidsmåter (Oxford Research, 2025).

Intervjudeltakerne forteller at det gjennom piloten har utviklet seg et større fokus på og forståelse for funksjon og dens innvirkning på arbeid. I Ringsaker forteller tjenestene at terapeuten er opptatt av å «snakke og journalføre funksjonsspråket» til legene. Dette forplanter seg til legenes dialog med Nav. Som fastlegen i Ringsaker uttrykker:

«Nav og helse har ulike språk som skal forenes. Det handler om å bygge bro for å forstå hverandre. Piloten lager et mer felles språk. Dette er den største hindringen mellom arbeid og helse. Forene logikken. Den største suksessfaktoren her er at vi har klart å forene logikkene veldig godt. Felles forståelse av hvordan vi må jobbe for å etterleve vårt mandat og samfunnsansvar».

Det økte arbeidsfokuset har bidratt til et mer «helhetlig» fokus i både kartlegging og oppfølging. Dette bemerkes spesielt av de kognitive terapeutene, som nå kartlegger brukers situasjon bredere og mer detaljert enn før. Terapeutene stiller for eksempel flere spørsmål om innholdet i brukers arbeid, relasjonen til nærmeste leder og hvordan arbeidet påvirker helsesituasjonen. Noen stiller også spørsmål om andre forhold, for eksempel brukers økonomiske situasjon, familieliv, sosial situasjon og hva slags oppfølging bruker eventuelt får fra andre instanser. Tjenestene forteller at den brede kartleggingen gjør at pasientene føler seg bedre forstått og ivaretatt.

Pilotene viser til et tydelig forebyggende element, gjennom at tjenestene kommer tidligere inn enn vanlig. Det gjør at pasienter som kanskje ellers ville falt utenfor og havnet på AAP, kan få bistand til å returnere til arbeid. Noen omtaler dette som at man har gått fra «brannslukking til forebygging». Enkelte tror at en videreføring og oppskalering av prosjektet på sikt ville ført til en reduksjon i AAP-mottakere.

Effektivitet i oppfølgingen omtales også som en positiv effekt av piloten, for eksempel hos Hå som forteller at de har blitt «sinnsykt flinke» til å raskt identifisere kjernen av pasientens problemer. Effektiviteten knytter seg også til at Nav-veilederne som følge av piloten kan konsentrere seg fullt og helt om brukerne i Samspill. Det muliggjør en helt annen, skreddersydd og tettere oppfølging enn den som vanligvis gis. Dette er dog den delen av piloten som anses som mest sårbar, da den er helt avhengig av frikjøp fra ordinær brukerportefølje.

Mange intervjudeltakere forteller at piloten har styrket brukermedvirkningen og redusert byråkratiet, i form av at oppfølgingen blir mer tilpasset og tettere enn vanlig. Pasientene gir tilbakemelding om at de føler seg godt ivaretatt, at tjenestene er samsnakka og har tro på dem. Det trykker pasientene at tjenestene framstår som koordinerte og oppdaterte på hverandres oppfølging. Flere viser også til at pasientene nå *forstår* oppfølgingen de mottar bedre.

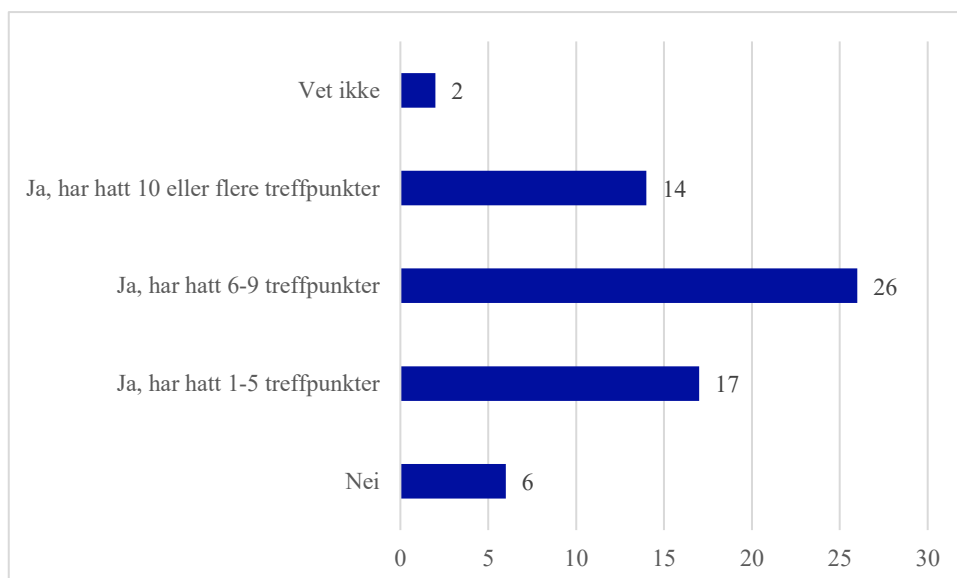
Flere peker på de felles, fysiske møtene og samlokaliseringen som det mest betydningsfulle i samarbeidene. I møtene mellom tjenestene opplever de at det kommer fram annerledes og nyttig informasjon, eksempelvis begrensninger for arbeid som også viser seg å ha en psykisk faktor. En av terapeutene forteller at det ofte dukker opp ting i møtene som «kanskje har blitt børstet litt over tidligere». Slik tilleggsinformasjon styrker brukeroppfølgingen. Samlokalisering beskrives å gi lavere terskel for kontakt og bedre dialog og tillit mellom tjenestene. I forbindelse med både møter og samlokalisering vektlegges verdien av å få den samme informasjonen til samme tid. Samlokalisering muliggjør også raske avklaringer, som er ressursbesparende. De skriftliggjorte verktøyene og veilederne vises også til som viktige for tydeliggjøring av tjenestenes ulike roller og ansvar i oppfølgingen.

3.3 Funn fra brukerundersøkelsen

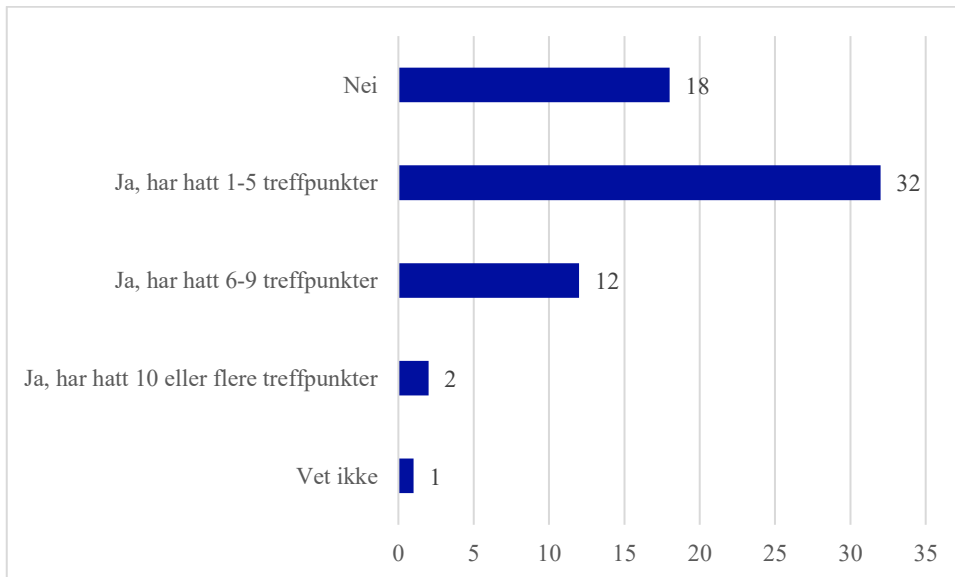
I det følgende presenteres funnene fra brukerundersøkelsen. Som nevnt varierer svarprosenten mellom spørsmålene. «Missing» er tatt ut av figurene som presenteres. Overordnet viser brukerundersøkelsen, i likhet med de kvalitative funnene, at Samspill har gitt flere positive resultater.

De første figurene viser mengden oppfølging brukerne har fått av kognitiv terapeut og Nav-veileder:

Figur 3: Har du fått oppfølging av kognitiv terapeut i forbindelse med dette tilbudet? (N=65)

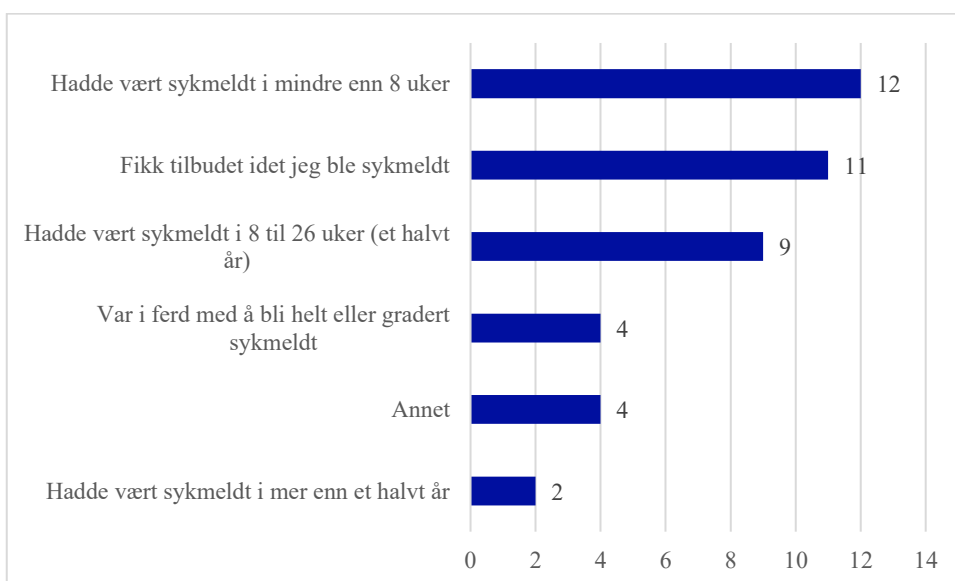


Figur 4: Har du fått oppfølging av Nav-veileder i forbindelse med dette tilbudet? (N=65)



Gjennomgående har brukerne fått mer oppfølging av kognitiv terapeut enn Nav-veileder. Flest (26) oppgir å ha hatt mellom seks og ni treffpunkter med kognitiv terapeut. 16 har hatt ett til fem treffpunkter, og 14 brukere har hatt ti treffpunkter eller flere. Med Nav-veileder er det flest (32) som har hatt mellom ett og fem treffpunkter. 12 har hatt mellom seks og ni treffpunkter, og to har hatt ti treffpunkter eller flere. Det er samtidig flere brukere som oppgir at de kun har mottatt oppfølging fra én av tjenestene. Hele 18 brukere har ikke mottatt oppfølging fra Nav i det hele tatt. Disse ble som nevnt rutet ut av undersøkelsen.

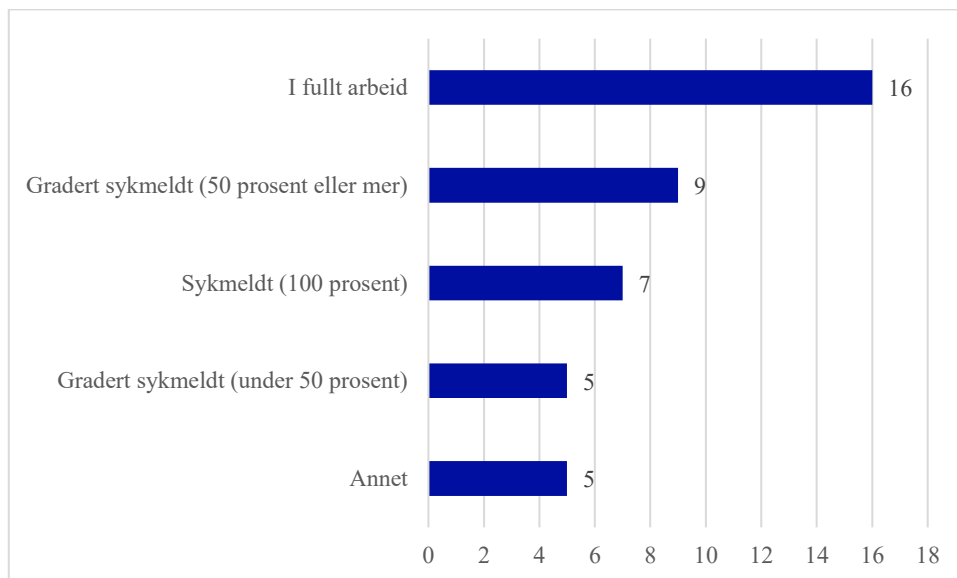
Figur 5: I hvilken situasjon fikk du dette tilbudet? (N=42)



Denne figuren viser situasjonen bruker befant seg i da de mottok tilbudet. Funnene må ses i lys av pilotenes målgrupper, som varierer. Flest (tolv) hadde vært sykmeldt i mindre enn åtte uker da de kom inn i piloten. Elleve fikk tilbudet idet de ble sykmeldt og to da de var i ferd med å bli det. Dette er i tråd med flere av pilotenes intervensjon om tidlig innsats, og at det er enklere å hjelpe brukerne tidlig i sykmeldingsforløpet. Ni hadde vært sykmeldt mellom åtte og 26 uker. «Annet» representerer mest sannsynlig brukere på AAP eller andre ytelser, da vi er kjent med at noen piloter tar inn slike brukere. Kun to brukere hadde vært sykmeldte i mer enn et halvt år.

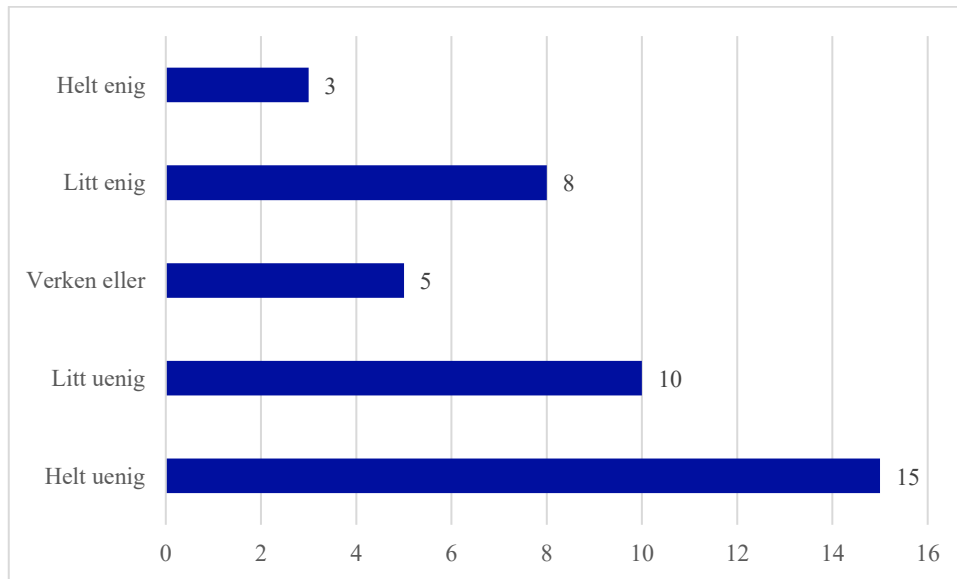
Figuren under viser hvilken situasjon bruker befant seg i da undersøkelsen ble besvart (sannsynligvis rett etter eller i slutten av oppfølgingen):

Figur 6: Hvilken situasjon er du i nå? (N=42)



30 brukere var i delvis eller fullt arbeid da undersøkelsen ble besvart. Vi vet imidlertid ikke hva slags arbeidstilknytning (helt eller gradert sykmeldt) brukerne hadde da de kom inn i tiltaket, kun hvor lenge de hadde vært sykmeldt. Kun syv brukere befant seg i full sykmelding på undersøkelsestidspunktet. De fem som har oppgitt «annet» befant seg trolig på andre ytelser.

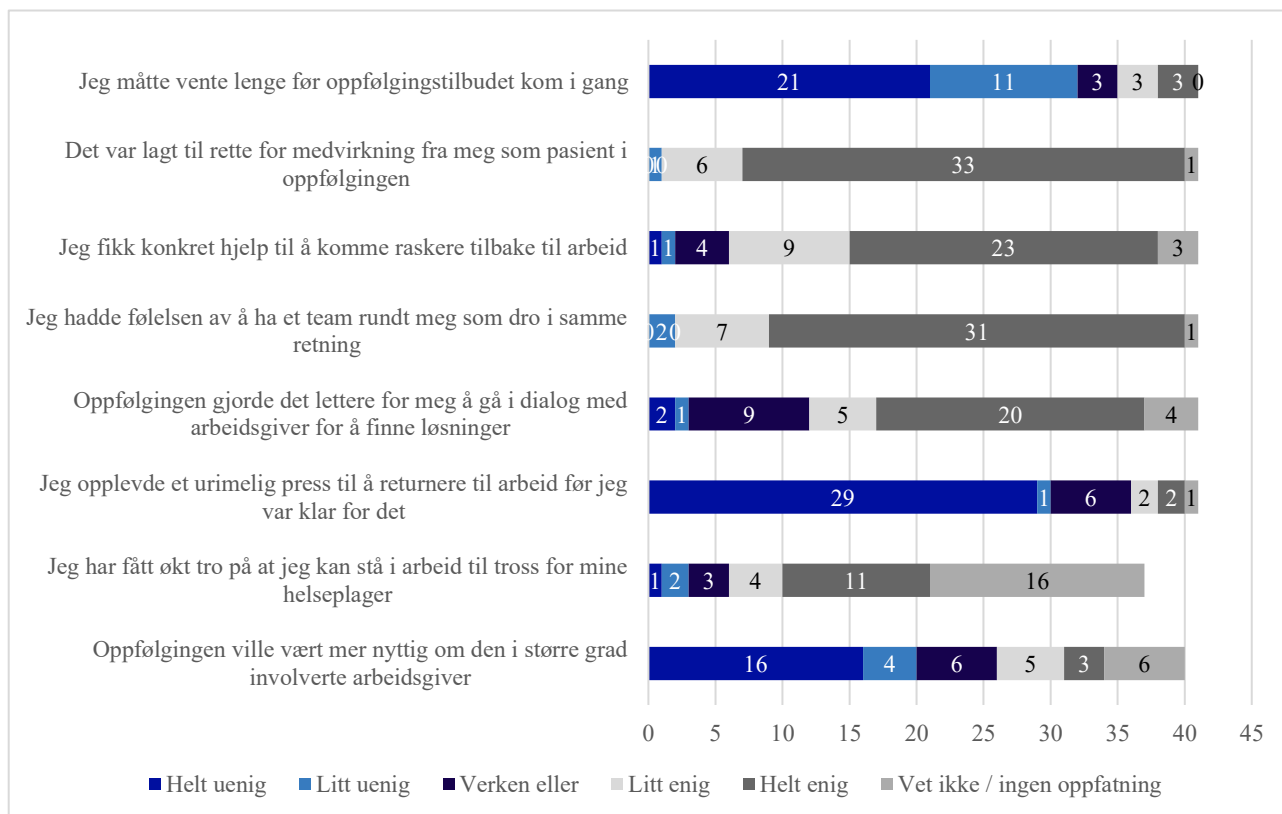
Figur 7: Jeg måtte gjenta mye informasjon om meg selv til fastlege, Nav og/eller kognitiv terapeut (N=41)



Brukerne ble spurt om de måtte gjenta mye informasjon om seg selv til tjenestene de har mottatt oppfølging fra. 25 av 41 er helt eller litt uenige i denne påstanden. Kun tre brukere er helt enige i påstanden.

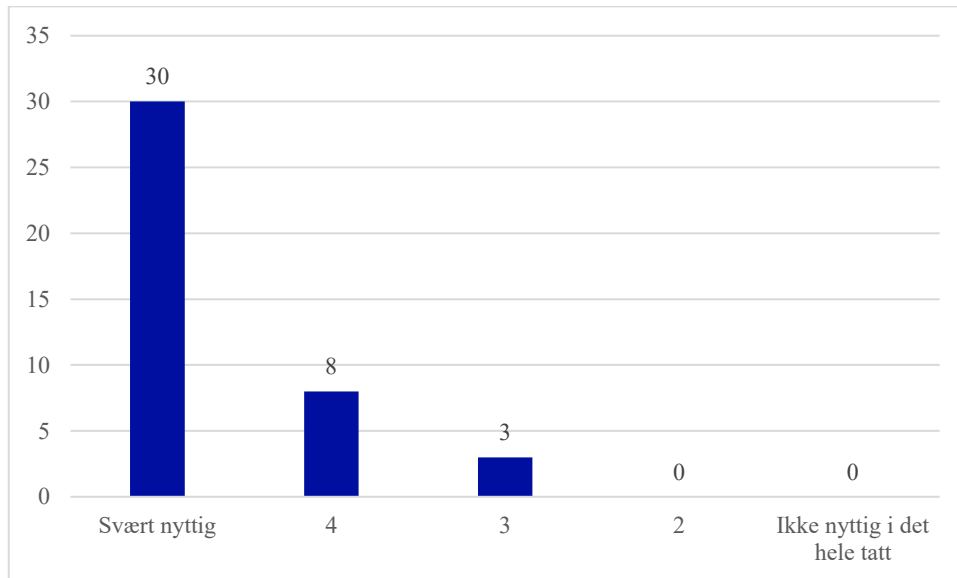
Matrisen under viser svar på en rekke påstander knyttet til oppfølgingen i Samspill:

Figur 8: Matrise med påstander. N=37-41.



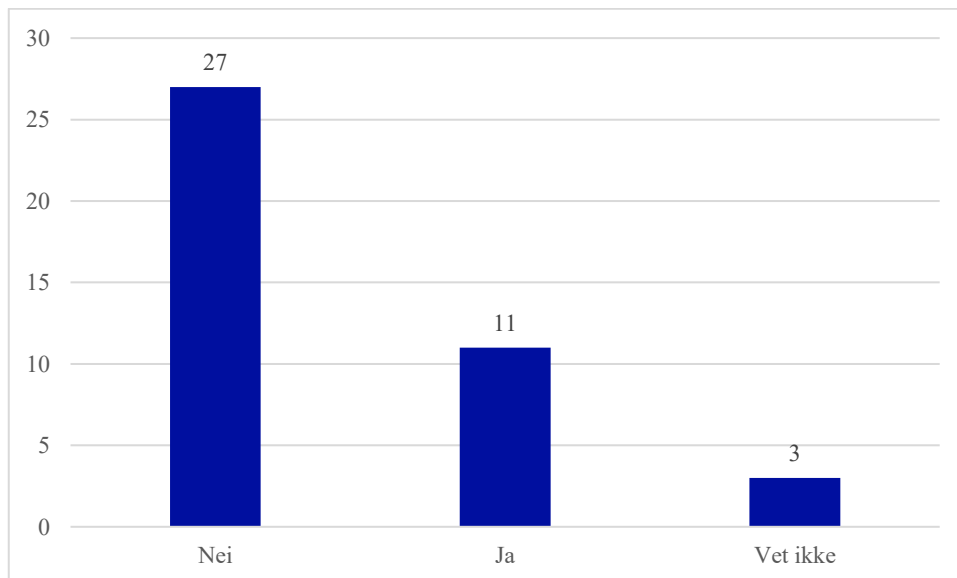
Samlet sett viser matrisen at brukerne er fornøyde med oppfølgingen de har fått, og at de opplever av tjenestene er koordinerte. 30 av 41 brukere oppgir at de er helt eller litt uenige i å ha opplevd et urimelig press til å returnere til arbeid før de var klare for det. 32 av 41 brukere er helt eller litt uenige i at de måtte vente lenge før oppfølgingstilbudet kom i gang. Videre er så å si alle brukerne (39 av 41) helt enige i at det var lagt til rette for medvirkning i oppfølgingen. 32 av 41 brukere opplever å ha fått konkret hjelp til å returnere raskt til arbeid, og 25 av 31 er helt eller litt enige i at oppfølgingen har gjort dialog med arbeidsgiver enklere. 15 av 37 brukere har fått helt eller litt tro på at de kan stå i arbeid til tross for sine helseplager. 16 vet ikke eller har ingen oppfatning. Likevel viser figuren under at et klart flertall har vært fornøyde med oppfølgingen:

Figur 9: Alt i alt, hvor nyttig har oppfølgingen vært for deg (på en skala fra 1 til 5 hvor 1 er "Ikke nyttig i det hele tatt" og 5 er "Svært nyttig") (N=41)?



På en skala fra 1-5, der 1 er «Ikke nyttig i det hele tatt» og 5 er «Svært nyttig», svarer 30 av 41 at oppfølgingen i Samspill har vært svært nyttig. Ingen har svart «ikke nyttig i det hele tatt» eller alternativ 2. Kun elleve av brukerne har svart 3 og 4.

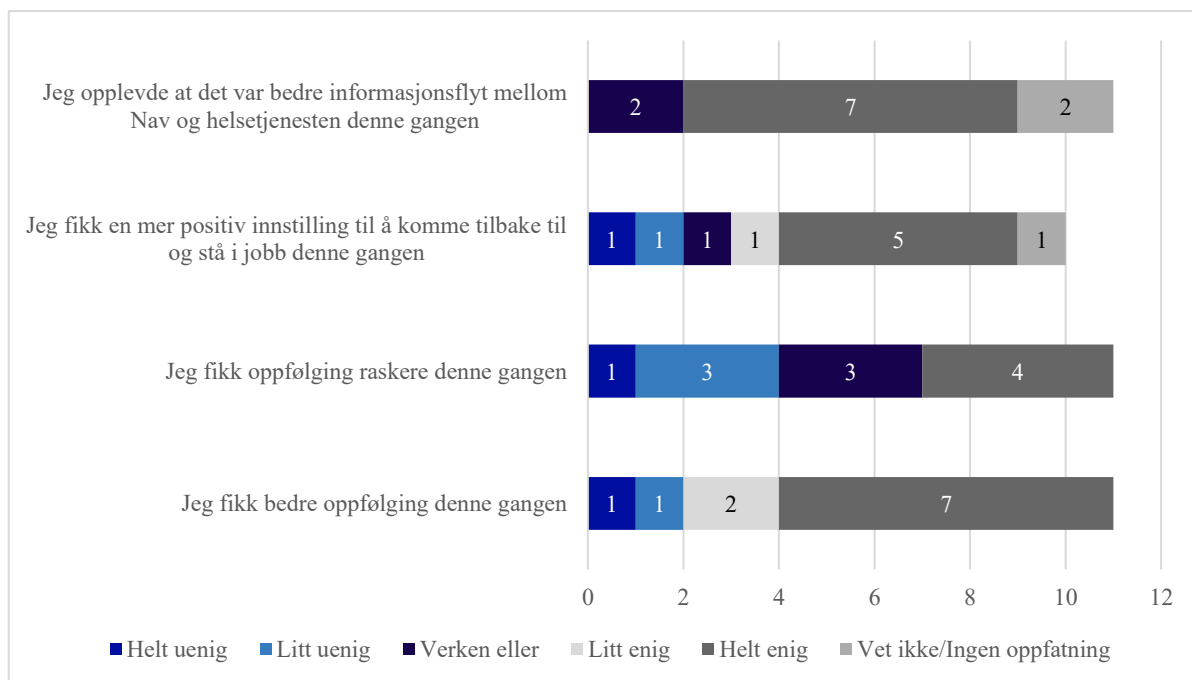
Figur 10: Har du mottatt oppfølging i forbindelse med lignende helseutfordringer tidligere? (N=41)



Brukerne ble spurt om de har mottatt oppfølging i forbindelse med lignende helseutfordringer (som de har oppsøkt Samspill for), tidligere. Som figuren viser er det hele 27 brukere som har svart nei. Dette kan indikere at man gjennom piloten har klart å

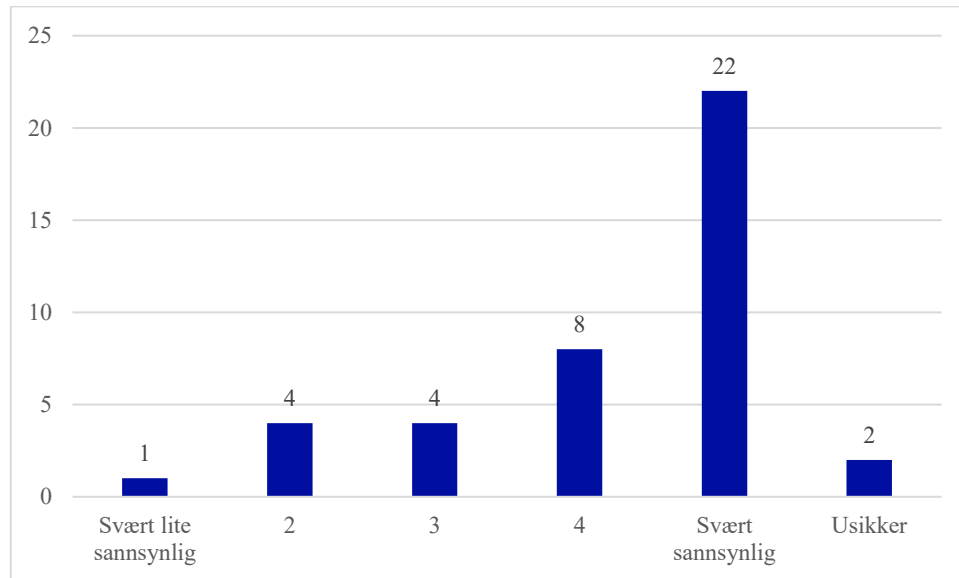
nå en ny målgruppe. Elleve har mottatt hjelp for de samme plagene i fortiden. Vi stilte disse elleve følgende oppfølgingsspørsmål:

Figur 11. (N=11)



Svarene viser at brukerne er mer fornøyde med oppfølgingen de har fått gjennom Samspill enn den de har mottatt for samme utfordringer tidligere. Ni brukere er helt eller litt enige i at de fikk bedre oppfølging denne gangen. Syv er helt enige i at det var bedre informasjonsflyt mellom tjenestene nå enn før. Seks brukere er helt eller litt enige i at de nå har en mer positiv innstilling til å komme tilbake til og stå i jobb. Svarene er mest delt i påstanden om rask oppfølging. Antallet brukere som er helt eller litt uenige og helt eller litt enige i at oppfølgingen var raskere denne gangen, er likt (fire). Tre har svart «verken eller».

Figur 12: Hvordan vurderer du sannsynligheten for at du er i jobb om 3 måneder (på en skala fra 1-5 der 1 er "Svært sannsynlig" og 5 er "Svært lite sannsynlig"? (N=41)



Til slutt ba vi brukerne vurdere sannsynligheten for at de er i jobb om tre måneder, på en skala fra 1-5, der 1 er «svært sannsynlig» og 5 er «svært lite sannsynlig». Hele 22 av 41 anser det som svært sannsynlig at de er i jobb om tre måneder, og åtte brukere har oppgitt «4» (altså nest mest sannsynlig). Kun én bruker har svart «svært lite sannsynlig» og fire har oppgitt 2 (nest lavest sannsynlighet). Dette kan fortelle noe om resultater av piloten, men også være et tegn på at man gir oppfølging til en gruppe som i utgangspunktet ikke står langt fra arbeidslivet.

4. Forankring i kommunene

I det følgende oppsummeres kort intervjuene med kommunal ledelse. Basert på intervjuene fremstår Samspill godt forankret i kommunene, men med variasjon i hvor langt de ulike kommunene har kommet i å integrere pilotene i eksisterende tjenestestrukturer. Statusmålingen viser på sin side at det varierer i hvilken grad Samspill oppleves forankret i den kommunale ledelsen. 21 av 38 svarer at Samspill i svært eller stor grad fremstår forankret. 13 svarer verken eller og tre opplever at Samspill i liten eller svært liten grad er forankret.

I Bjerke beskrives piloten som solid forankret både i psykisk helse og i Nav, underbygget av faste, ukentlige møter med kommunal ledelse. I Fredrikstad har man siden forrigerunde arbeidet aktivt med å øke kjennskapen til tjenesten, særlig i Nav. Piloten oppfattes nå som kjent og positivt mottatt både i Nav, RPH og kommunens ledelse. Også på Nesodden beskrives piloten som forankret på «riktig nivå». Samtidig vises det til at nye

tilbud trenger tid før de «setter seg» i organisasjonen. Kommunal ledelse i Ringsaker viser til at de har holdt fast ved sin opprinnelige modell og løpende videreutviklet og forbedret den. Det er blant annet gjort endringer i veilederen og rolle- og styringslinjer er tydeliggjort for å sikre en mer formell og varig forankring i både Nav og helsetjenestene.

Samtidig peker flere kommuner på konkrete implementeringsutfordringer. Kristiansand løfter særlig fram behovet for å integrere jobbfokus i alle individuelle samtaler i RPH. Dette beskriver som den største gjenværende utfordringen for piloten. Mer konkret må alle terapeutene i RPH på sikt kartlegge arbeidssituasjon, årsaker til sykefravær og adressere arbeidsrelaterte forhold tidlig i forløpet. Stovner har arbeidet systematisk med formalisering gjennom utvikling av rolle-, oppgave- og ansvarsbeskrivelser, men er klare på at Nav-rollen ikke kan videreføres uten egne midler. En videreføring i dagens form ville gå på bekostning av oppfølgingen av andre målgrupper. Det samme uttrykker kommunal ledelse i Lillestrøm.

På tross av noen utfordringer framstår kommunal ledelse gjennomgående godt orienterte om arbeidet i pilotene. Det gjennomføres faste møter med kommunal ledelse, hvor prosjektledere og tidvis tjenesteleddene deltar. Flere viser også til at de får jevnlig, skriftlige oppdateringer. De kommunale lederne virker å ha stor tro på arbeidet og anser grepene som relevante i møte med utfordringer rundt sykefravær og utenforskap.

5. Endringer, likheter og forskjeller mellom pilotene

Tabellene under oppsummerer grepene som er testet ut i pilotene. Den første tabellen gir en oversikt over «front-stage»-aktivitetene. Det vil si aktivitetene som er direkte merkbare for bruker/som bruker er involvert i. Den neste viser grepene som tas «back-stage» for bedre tjenestesamhandling. Beskrivelsene av pilotene har ulik grad av detaljeringsnivå. Tabellene er utformet på en måte som muliggjør sammenligning og fanger derfor ikke opp alle nyanser og detaljer. De er ment å gi et overordnet bilde av arbeidet i pilotene.

Pilot	Grep					
Modell 1	Samtaler mellom Nav, RPH og bruker	Samtaler mellom Nav, RPH, bruker og fastlege	Oppdatert kartleggings-skjema	Kurs/gruppe-tilbud i regi av RPH og Nav	Samtidig og koordinert bruker-oppfølging	Booster-samtaler
Bjerke				Nav er til stede i «torsdagstreffet» + kurs (Fire ganger av to timer + evaluering etter seks uker)		
Fredrikstad	Etter behov					
Kristiansand				Gruppetilbud (Seks ganger av to timer + oppfølgingssamling etter tre-fire uker)		
Nesodden	Ved kartlegging og avslutning					
Tromsø	Ved oppstart					
Modell 2						
Hå	Ved oppstart					Antall ikke spesifisert
Lillestrøm		Ved behov			Fem-femten timer	Inntil fem
Stovner					Seks-femten timer	
Ringsaker		Hver femte/sjette uke og ved avslutning			Ti-tolv timer	Inntil fem

Pilot	Grep						
Modell 1	Brobygger (forstått som egen funksjon)	Møter mellom Nav og RPH	Møter mellom Nav, RPH og fastlege	Samlokalisering	Kompetanse-utvikling	Orienteringer til fastlege	Utvikling av rutiner/veiledere/avtaler o.l.
Bjerke		Hver sjette uke					
Fredrikstad		To ganger i uken					
Kristiansand		Ukentlig		Nav og RPH (To dager i uka)			
Nesodden		Ukentlig		Nav og RPH (En fast dag + ved behov)			
Tromsø		Ukentlig		Nav og RPH (To-fire dager i uka)			
Modell 2							
Hå		To ganger i uken		Nav og RPH besøker legekontorene		Løpende (journalssystem)	
Lillestrøm		Ukentlig		Nav og RPH (Noen dager i uken + til stede i legenes lunsjpause)		Løpende (journalssystem)	
Stovner		Ukentlig		Nav og RPH (To dager i uken)		Månedlig (e-link)	
Ringsaker		Ukentlig		Psykolog sitter fast på legekontoret, Nav tre ganger i uken		Løpende (muntlig og digitalt)	

Tabellene illustrerer først og fremst hvor det er likheter og ulikheter mellom pilotene. Mens brobyggerfunksjon (forstått som en egen rolle – ikke navnet på frikjøpte ressurser) kun er etablert hos én pilot og kurs/grupper hos to, gjennomføres ulike former for møter, både med og uten bruker, flittig og på tvers av modeller. Samtidig og koordinert brukeroppfølgning er et uttalt mål hos åtte av ni piloter og former for samlokalisering testes i begge modeller.

Når det gjelder skriftliggjøring og dokumentasjon, innebærer endrede kartleggingsspørsmål små justeringer hos noen og større hos andre. Det er videre opprettet en rekke ulike maler, veiledere og avtaler. Her kan nevnes felles plan for kompetanseutvikling (Bjerke), samarbeidsavtale (Nesodden), rutine- og rollebeskrivelser (Ringsaker og Stovner), samtaleverktøy (Tromsø) og kartleggingsnotat til fastlege (Hå).

Ringsaker har utover dette opprettet en rekke maler og verktøy (se 2.2.4). Videre innhentes og dokumenteres samtykke fra bruker noe ulikt (muntlig, i eget skjema, i kartleggingsskjema eller i tjenestenes eksisterende systemer).

En gjennomgående forskjell mellom pilotene i modell 1 og 2, er at pilotene i modell 2 er preget av mer systematikk og direkte brukerorientert arbeid. I modell 1 fremstår «back-stage»-orienteringen større. Dette gir seg for eksempel utslag i tiltak for felles kompetanseheving mellom Nav og RPH, flere interne dokumenter og brobyggerfunksjon. Samtidig er den konkrete brukeroppfølgingen mindre spesifisert enn i modell 2. Ingen i modell 1 oppgir for eksempel omfanget på oppfølgingen, i form av varighet eller antall timer, og målgruppene er vagere definert. Det er videre et fåtall av pilotene i modell 1 som definerer oppfølgingen gjennom Samspill som en egen tjeneste. Et resultat av dette er blant annet større vanskeligheter med å telle brukere og måle effektene av oppfølgingen. Fastlegeinvolveringen virker med andre ord å øke graden av systematikk.

5.1 Målgruppe, rekruttering og tilnærming

Vi ser klare forskjeller i brukerpågangen og systematikken rundt registrering av brukere mellom modellene. I modell 1 er det kun Nesodden som har eksakte tall på antall brukere som har fått oppfølging gjennom piloten. De har hatt inne totalt 51 brukere, hvor 32 er avsluttet. 17 har returnert til arbeid. Utover dette har de to pilotene som tilbyr kurs (Bjerke og Kristiansand) tall på brukere i form av antall som har gjennomført kursene. Bjerke har også tall på personer som har vært til stede under torsdagstreffene/YT Bjerke. Dette tilbudet arrangeres dog uavhengig av piloten. Det har vært mellom fem og 12 deltakere til stede på YT Bjerke og det var syv deltakere på kurset. Kristiansand har arrangert fire kurs med totalt om lag 25 deltakere. I både Kristiansand og Tromsø strever de med brukerrekrutteringen, på tross av aktiv markedsføring av pilotene begge steder. Også i Fredrikstad strevde de med å skaffe nok brukere før målgruppen ble utvidet.

I modell 2 er det derimot høyere grad av systematikk og oversikt over brukerantallet. Og i motsetning til situasjonen hos flere i modell 1, har pilotene i modell 2 stor brukerpågang og tidvis venteliste. Trolig skyldes dette fastlegeinvolveringen, som både krever og muliggjør mer dokumentasjon (i form av henvisninger fra lege og journalføring). En annen refleksjon vi har gjort oss, er om rekrutteringen er enklere i modell 2 fordi pilotene her i større grad tar form som egne, definerte tjenester, med egne navn og oppfølgingsløp. Dette er enklere å forklare pasienter og sykmeldere (enn der pilotarbeidet i større grad er ment å gjennomsyre hele arbeidet til tjenestene).

I modell 2 ser brukersituasjonen slik ut:

Pilot	Totalt antall brukere	Avslutta brukere	Pågående brukere
Hå	102	77	25
Lillestrøm	65	45	20
Stovner	63	0	63
Ringsaker	37	15	22

Obs: Tallene er tidvis basert på anslag gitt på intervjudtidspunktet (starten/medio november), men gir en indikasjon på brukerpågangen.

Det er likevel noen forskjeller i systematikk også innad i modell 2. Det varierer hvor klare pilotene er på hvem de tar inn til kartlegging. Hå og Stovner har mindre definerte målgrupper/inngangskriterier til piloten enn Lillestrøm og Ringsaker. Mest åpen er målgruppen til Hå. Hå beskriver ikke målgruppen for sitt prosjekt utover det som er tilskuddets tiltenkte målgruppe. Selv om de ønsket å ha et særlig fokus på avventende og graderte sykmeldinger, har de tatt inn alle brukere de opplever at de kan hjelpe, uavhengig av hvor de er i sykefraværsforløpet. Kanskje kan dette forklare at Hå totalt sett har hatt flest brukere. Vi synes å se en sammenheng mellom spissing av målgruppe og brukerantall.

På motsatt side er Ringsaker, med færrest brukere totalt sett, men med den mest definerte målgruppen. (Personer mellom 18-55 år, som har arbeidsgiver, står i fare for å bli eller nylig har blitt sykmeldt (0-8 uker), og som har lette til moderate psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager, eller en kombinasjon av disse). På tross av færrest brukere, er de de eneste som har målt faktiske resultater hos avsluttede brukere: 13 av de 15 avsluttede brukerne har returnert til arbeid.

Lillestrøm og Stovner befinner seg et sted i midten og har om lag like mange brukere totalt sett. Felles for de to er at de tar inn pasienter over 18 år med lettere og moderate psykiske helseutfordringer eller muskel- og skjelettutfordringer med behov for samtidig eller samordnet bistand fra Nav og kommunal helsetjeneste. Lillestrøm tar i utgangspunktet inn null til tolv ukers sykmeldte. Stovner har til sammenligning fokus på de som er nylig sykmeldt og som står i fare for å falle fra. I tillegg har Stovner presisert at de tar inn personer som er i arbeid eller sykmeldt, med ønske om å komme tilbake til jobb. De har også inkludert personer som ønsker å bytte arbeid, for eksempel grunnet konflikt på arbeidsplassen.

Lillestrøm jobber for tiden med å øke antall henvisninger fra muskel- og skjelettpasienter. I denne forbindelse utarbeides en brosjyre til fastlegene (beskrivelse av tilbud og målgruppe), som de kan benytte for å rekruttere slike pasienter til piloten.

Målgruppene til pilotene i modell 1 har vært gjenstand for en del justeringer (i hovedsak grunnet mangel på brukere) og har etter hvert utviklet seg i ulike retninger. Alle unntatt

Tromsø har til felles at arbeidet retter seg mot personer med lette til moderate psykiske lidelser. Bjerke har slanket målgruppen ned til å kun omfatte dette. Fredrikstad tar grunnnet få henvisninger inn alle, uavhengig av alder og ytelser. Nesodden har i tillegg til delen om psykiske lidelser presisert at de tar inn brukere «som også vurderes til å ha behov for arbeidsrettet oppfølging fra Nav». De er de eneste som bruker «arbeidsrettet oppfølging» i målgruppedefinisjonen. Tromsø sin målgruppe er «sykmeldte personer med behov for kognitiv terapi, som henvises til RPH fra fastlege eller Nav». Kristiansand har inkludert flere elementer i sin målgruppebeskrivelse: «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 tolv uker) i et sykmeldingsforløp».

Målgruppe henger tett sammen med pilotenes underliggende tilnærming. Pilotene har dels ulike oppfatninger rundt når pasientene/brukerne er mest mottakelige for arbeidsrettet behandling. Som vi har påpekt tidligere, er det også gjort ulike refleksjoner rundt hvordan oppfølgingen gjennom piloten skiller seg fra tjenestenes øvrige oppfølging. Dette gjennomsyrrer målgrupper og strategier for prioritering. Mens noen piloter har en mer «vi tar inn og hjelper alle vi kan»-tilnærming, praktiserer andre strengere silingsmekanismer rundt hvem som skal tilbys oppfølging gjennom piloten og ikke. Stovner er for eksempel klare på at de kun tar inn pasienter med sammensatte og komplekse problemstillinger, som er avhengig av samtidig oppfølging for å returnere til arbeid.

Det virker å være enighet om at det er enklest å finne løsninger for sykmeldte som har jobb friskt i minnet. Alle piloter (i begge modeller) opplever å ha et tidlig arbeidsfokus, selv om arbeidsfokuset arter seg ulikt i praksis. Det kan være alt fra å snakke om hva som hindrer den sykmeldte fra å være i arbeid, til å oppfordre til og/eller tilby seg å være med den sykmeldte til arbeidsplassen for å snakke med lederen. Innad i modell 2 er det ulike perspektiver på når dette arbeidsfokuset er formålstjenlig. I Hå, hvor de tar inn pasienter i ulike stadier av sykefraværet, erfarer de at også pasienter som har vært sykmeldt lenge, ja til og med på stopp-punktet til AAP, er mottakelige og motiverte for arbeidsfokuset.

«Når de nærmer seg avklaring, er de mer villige til å sonde terrenget. Veiskille. Når noen presser de litt til å ta et valg og de får forklart løpet etter avklaring. Da er det litt enten eller».

Hå opplever at piloten her dekker et «hull» i Nav-systemet fordi det vanligvis ikke er noen oppfølging på dette punktet. Ved avklaring er det lang tid siden siste dialogmøtet. Samtidig er det kjent at det er en økning i retur til arbeid når sykmeldingsperioden nærmer seg slutten (Nossen og Brage, 2016).

På den annen side er Ringsaker klare på at det er en suksessfaktor i piloten at de utelukkende tar inn pasienter mellom 0-8 ukers sykmelding. Dette gjør at piloten tydeligere framstår som noe eget, da ingen andre tjenester kommer så tidlig inn i

oppfølgingen. De er opptatt av at piloten skal fylle et tomrom i eksisterende tjenestetilbud og mener det allerede finnes tilbud for dem som er lengre ut i sykmeldingsforløpet. Samtidig er de klare på at de gjennom piloten fanger opp folk som faller mellom stoler og som aldri ellers ville oppsøkt hjelp. Også Lillestrøm viser til at pasientene i piloten får en annen oppfølging enn andre, i form av at det «skjer mye på bakrommet, mellom tjenestene, mellom hver gang pasienten er hos legen». Slik er det ikke for andre pasienter. Det vises også til at pasientene gjennom piloten får faste avtaler med tjenestene. «Vanligvis får man samtale med behandler annenhver måned». Andre, for eksempel Stovner, viser til at brukerne ikke nødvendigvis er «nye» brukere. Forskjellen er at de kommer tidligere inn og får en mer koordinert oppfølging enn de ellers ville gjort.

5.2 Forankring og skriftliggjøring

Mange av pilotene har tatt oppfordringen om formalisering og skriftliggjøring på alvor. Framover blir det viktig at det som er beskrevet i maler og rutiner faktisk følges opp og at det gjøres nødvendige justeringer underveis, slik at beskrivelser og praksis samsvarer.

Noen informanter fra tjenestene har ytret bekymring rundt forankring, og anser dette som en av de største utfordringene for Samspill. Spesielt oppleves forankringen av piloten i helsetjenestene som mer krevende og uklar. Vi tror det kan styrke forankringen i tjenestene dersom Samspill integreres i tjenestenes eksisterende verktøy og maler. Vi har tidligere pekt på at RPH-håndboka har en relativt sparsom omtale av Nav og arbeidsrettet oppfølging (NAPHA, 2022, s. 80). Samspill kunne derfor i samarbeid med NAPHA tatt mål av seg til å berike denne teksten med erfaringer fra utprøvingene og virksomme grep. Kartleggingsrutiner og samarbeidsavtale kan her være stikkord.

For Navs del er bildet mer sammensatt. Navs standard for arbeidsrettet oppfølging favner bredt og vil ikke alltid være like treffende for målgruppa i Samspill. Vi har flere ganger etterlyst mer konkrete beskrivelser av de ulike Nav-ansattes oppfølging. Flere viser til at arbeidsutførelsen for de Nav-ansatte har blitt mindre endret enn for terapeutene som er involvert. Endringen som følge av Samspill handler mer om tidspunkt for og omfang av oppfølgingen, og er derfor koblet til frikjøp av stillinger. Vi vil anbefale av Arbeids- og velferdsdirektoratet i samarbeid med utvalgte piloter tar initiativ til en faglig gjennomgang av rollebeskrivelsene for Navs innsats i Samspill. På den måten blir Navs innsats tydeliggjort og kan potensielt tas inn i eksisterende verktøy i Nav.

Hvordan lovende grep på sikt kan implementeres i eksisterende verktøy og kompetansearenaer for fastlegene, er mer usikkert. De innspillene vi har fått handler i liten grad om maler eller rutinebeskrivelser, men opplæringsarenaer. Vi har fått tilbakemelding om at de trygdemedisinske kursene bør inneholde et større fokus på tjenestesamhandling mellom arbeid og helse. Det kan også være aktuelt å opprette nye kompetanseløp for tverrfaglig samhandling med Nav. Oxford Research har tidligere

gjennomført andre undersøkelser av legenes samhandling med Nav. Her har legene gitt uttrykk for at konkret samarbeid med Nav i liten grad er tematisert i opplæring eller videreutdanning (Oxford Research, 2025).

6. Følgforskernes forslag til en mer spisset utprøving november 2025

Pilotene har i denne siste runden med datainnsamling hatt klarere for seg hva de faktisk gjør og hvorfor, og hva som er de nye grepene. 28 av 39 respondenter svarer i statusmålingen at de i stor eller svært stor grad har klart for seg hva som er de nye grepene i tjenestene som følge av Samspill. 34 av 39 oppgir også at de har klart for seg hva som skiller oppfølgingen i Samspill fra andre tjenester og tilbud i kommunen.

På den annen side registrerer vi en klar forskjell i pilotenes evne til å beskrive og konkretisere hva de gjør. Det er også forskjeller i pilotenes tiltakslojalitet og hvor omforente deltakerne internt i pilotene fremstår. Slik vi opplever det, er det en sammenheng mellom pilotenes foreløpige resultater og deres evne til å beskrive arbeidet sitt, herunder å holde denne beskrivelsen noenlunde lik fra gang til gang. Et talende eksempel er pilotenes kvalitetssjekk av de tekstlige beskrivelsene i kapittel 3. Hos pilotene som gjennomgående har vært konsekvente i omtalen av sitt arbeid, og hvor resultatene så langt har vært gode, var justeringene små. Hos andre, hvor arbeidet i større grad er justert underveis, var endringene tidvis overraskende store og av mer substansiell karakter. Tiltak som pilotene tidligere har gitt uttrykk for at de tester, har i denne runden blitt karakterisert som tiltak de hittil ikke har gjort, men planlegger for.

Dette er en viktig påminnelse inn mot 2026 og den mulige effektforskningen. I workshopen i november ytret flere skepsis til realismen for effektforskning i 2027. En del virket også usikre på løpet for 2026. Samtidig vil vi understreke at det er forskjell på hva som er egnet for effektforskning og hva som kan være nyttige grep for bedre tjenestesamhandling. Som kapittel 4 synliggjør, viser flere piloter til at kvaliteten på tjenestene øker når de kjenner til hverandres tilnærminger og arbeidsmåter. Dette er en lavhengende frukt med potensielt stor verdi for både tjenestene og brukerne, men er vanskelig å måle effekter av.

6.1 Tilnærming og nyhetsverdi

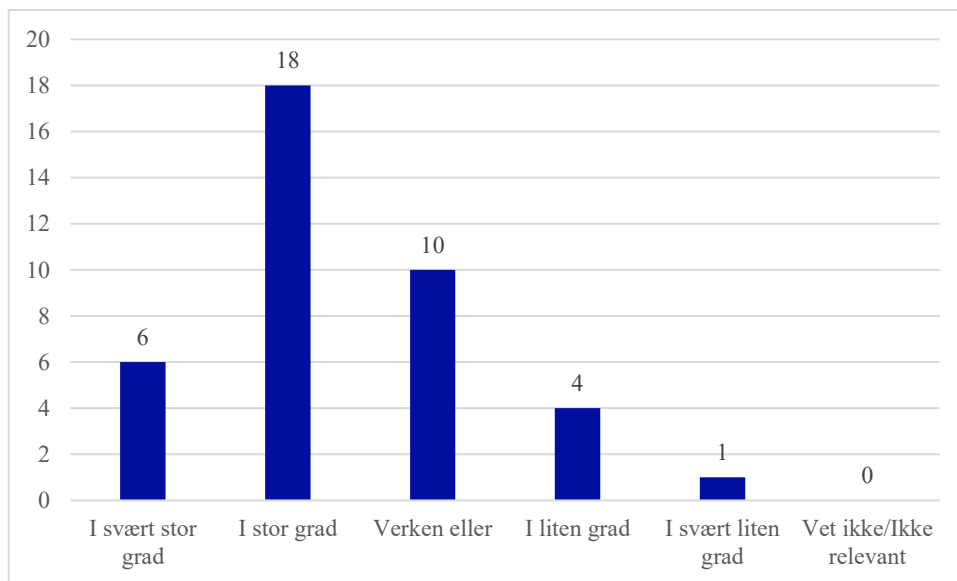
Det er helt avgjørende at pilotene har klart for seg hva som er tilnærmingen og hva som i forlengelsen av tilnærmingen er de igangsatte aktivitetene (grepene) i piloten.

Workshopen viste at aktørene forstår begreper som mål, tiltak, aktiviteter og tilnærming

på ulike måter. Flere uttrykte samtidig at det først er den siste tiden at pilotene har vært oppmerksomme på å beskrive hva de faktisk gjør. I den forbindelse peker flere på at forarbeidet før utprøvingen ikke var tilstrekkelig spisset mot tjenestenes arbeidshverdag og behov for konkrete og definerte grep.

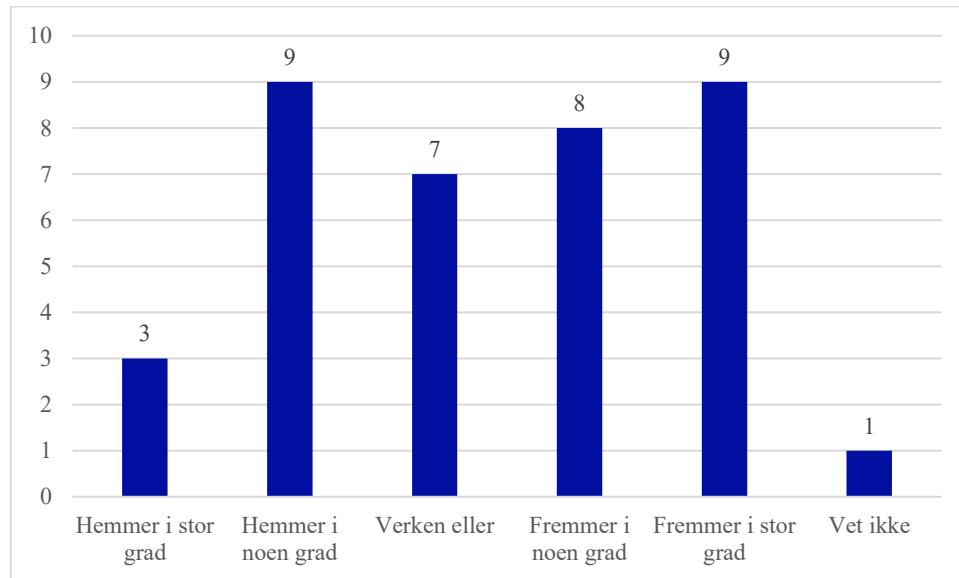
Statusmålingen viser at tjenestene gjennomgående har en omforent forståelse av hva arbeidsrettet oppfølging betyr i praksis:

Figur 13: I hvilken grad opplever du at tjenestene har samme forståelse av hva arbeidsrettet oppfølging betyr i praksis? (N=39)



Figuren under viser i hvilken grad respondentene opplever at ulike perspektiver på brukerbehov- og oppfølging hemmer eller fremmer tjenestesamhandling:

Figur 14: I hvilken grad opplever du at følgende forhold hemmer eller fremmer tjenestesamhandling mellom arbeid og helse? -Ulike perspektiver på brukerbehov- og oppfølging? (N=37)



Enighet om perspektiver og tilnærminger er viktige puslespillbrikker på veien mot effektforskning, hvor disse begrepene vil kreve presisering og operasjonalisering. Samtidig må det konkretiseres hva som er den faglige forutsetningen for å lykkes med retur til arbeid, i et helsefaglig perspektiv. Som en av terapeutene uttrykker det:

«Terrenget forsvinner hvis man kun ser oppfølgingen som arbeidsrettet: God, forsvarlig helsehjelp er grunnmuren, samtidig som arbeid i seg selv er et kraftfullt middel for bedre helse. Dette gjensidige samspillet er selve kjernen i modellen».

Vi merker oss også, i forbindelse med tilnærming, at det er få som har klart for seg om det er et mål med Samspill å endre fastlegenes tilnærming og arbeidsmåte, og hva denne endringen eventuelt skal bestå i. Noen viser til at målet er mer bruk av gradering og kortere og/eller avventende sykmeldinger, som følge av at legene får mer og bedre informasjon fra Nav og terapeutene, eller som en annen sa det: «Mer riktig bruk av sykmelding». En fastlege formulerer Samspill slik:

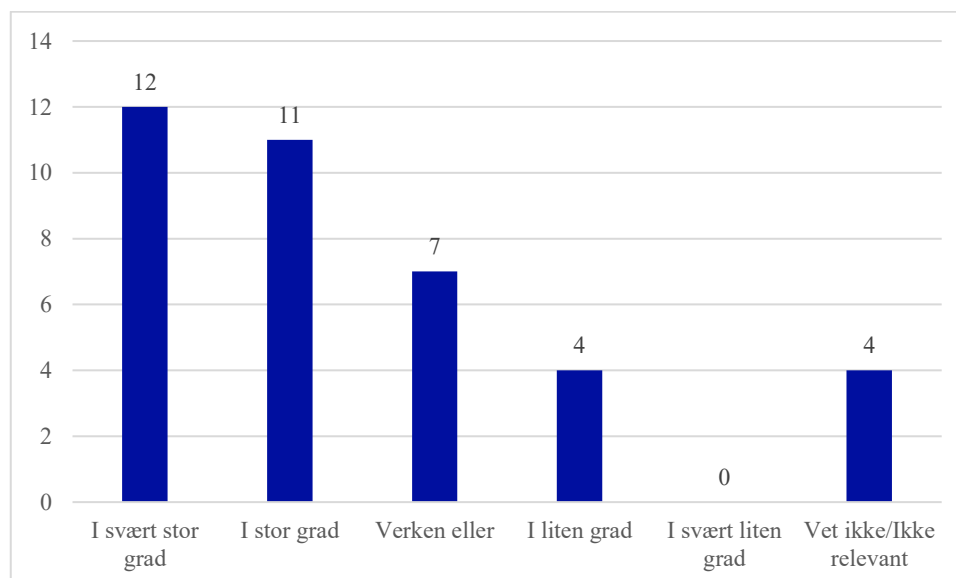
«Vi rigger en ordning som gjør legene i stand til å bære en større portefølje av pasienter, gjennom en tverrfaglig organisering. Gjennom å bruke metakognitiv terapi kortvarig med arbeidsfokus og IPS-metodikk: to gode metoder som vi vet kan ha effekt på sykefraværet. Tvinge fastlegene til å tenke teamorganisering rundt pasienter – som vi vet fungerer».

Målene med legenes involvering må avklares og tydeliggjøres i alle pilotene i modell 2.

Tilnærmingen for Samspill henger tett sammen med et annet mye diskutert tema: hva som er «det nye» som følge av piloten. Har man utviklet en ny tilnærming i tjenestene

gjennom piloten, og hva består denne av? Figuren under viser at flertallet nå opplever oppfølgingen gjennom Samspill som noe annet enn den som ble gitt tidligere.

Figur 15: I hvilken grad får brukere/pasienter som du følger opp nå, en annen oppfølging enn før Samspill? (N=38)



Intervensjonslogikken inn mot effektforskningen må bli krystallklar og bygge på evidens. I denne forbindelse vil vi særlig trekke fram den nylig publiserte studien til Gjengedal m.fl. (2025). Undersøkelsen har sett på effektene av metakognitiv terapi kombinert med jobbfokusert behandling på personer med psykiske og sammensatte plager. I studien har forskerne sammenlignet to grupper pasienter som er sykmeldte grunnet angst eller depresjon. Den ene gruppen fikk metakognitiv terapi med jobbfokus med én gang, mens den andre gruppen fikk behandling først etter åtte til tolv uker. Studien fant at 42 prosent av pasientene som fikk oppfølging umiddelbart, var tilbake i jobb etter tolv uker med behandling, mot 18 prosent i ventetidsgruppen. Nesten 85 prosent var i full jobb ett år etter oppstart av behandlingen. Andre skandinaviske RCT-er av effektene av jobbfokusert kognitiv terapi på personer med sammensatte utfordringer, har ikke funnet de samme effektene på retur til arbeid, kun reduksjon i symptomer (Se for eksempel Salomonsson m.fl., 2017 og Finnes m. fl., 2019).

Som vi påpekte i forbindelse med den teoretiske testen av virkningskjeden, viser flere studier 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; Holmås et. al., 2021). Flere studier finner også positive, signifikante effekter av samtidig arbeids- og helserettet oppfølging, hvor jobbfokusert kognitiv terapi er inkludert (Gaillard, et. al., 2020; Gjengedal, m. fl., 2020; Asplund m.fl., 2023). Resultatene indikerer at behandlinger som inkluderer arbeidsrelaterte elementer kan fremskynde bedring og redusere korttidssykefravær.

Litteraturen er imidlertid beskjeden på konkrete grep for økt tjenestesamhandling i kontekst arbeid og helse.

Litteraturgjennomgangen til Xu et. al. (2024)⁴ ble i den teoretiske testen vist til som den mest konkrete vedrørende karakteristikker ved intervensjoner basert på kognitiv atferdsterapi, med en positiv effekt på reduksjon av sykefravær. Litteraturgjennomgangen viser blant annet til effekter av terapi som gis ansikt-til-ansikt, der mottaker av terapien har høyere utdanning, hvor det er fokus på stressmestring, samtidig bruk av andre helsetjenester og bruk av hjemmeoppgaver.

Studien til Gjengedal (2025) er den første som undersøker virkningene av metakognitiv terapi sammen med jobbfokus. Det unike med oppfølgingen pasientene har fått i denne studien er at terapeutene har vært opptatt av jobben til pasienten med én gang. Denne tilnærmingen er i tråd med noen av pilotenes, som etter vår oppfatning har lyktes. Disse har satt ord på tilnærming og nyhetsverdien på en god måte. En terapeut omtalte det for eksempel slik:

«Det virksomme i denne piloten er når man angriper samme problem med samme mål, samtidig, med et perspektivmangfold fra de samarbeidende tjenestene. De to perspektivene må komme inn i aktiviteten».

En terapeut fra en annen pilot viser til at det nye med Samspill er «en systematisk, operasjonalisert integrering av helse, Nav og arbeidsmedisinsk kompetanse i førstelinjen, i nærheten av bruker». Tydelige beskrivelser av hva som er nytt, ja, hva som reelt sett utgjør forskjellen mellom tidligere og ny praksis, er også avgjørende for en eventuell effektstudie. For at en slik skal kunne gjennomføres, må den såkalte programdifferensieringen være operasjonalisert.

Vedkommende viser til at aktørene tidligere har jobbet parallelt, med fragmenterte tjenester som brukerne selv må forsøke å sy sammen. Her etableres i stedet felles mål, et strukturert samarbeid med klar og skriftliggjort ansvars- og rollefordeling, hyppig informasjonsutveksling (innenfor klare juridiske rammer) og kontinuerlig evaluering av progresjon. Vedkommende viser også til at dette gir helhet og kvalitet i oppfølgingen, og reduserer risikoen for langvarig sykefravær. Mer konkret får bruker bedre og raskere hjelp, med konkrete planer mot å mestre og returnere til jobb. Bruker får også en følelse av å bli sett og forstått av et samlet team. For tjenestene medfører dette bedre ressursutnyttelse og samfunnsøkonomisk gevinst (gjennom at bruker kommer i arbeid), og systematisk erfaringsoverføring og kvalitetsutvikling i tverrfaglige team.

I forbindelse med evidens og nyhetsverdi har Bjerke og Kristiansand sine kurs- og gruppetilnærminger vært gjenstand for diskusjon. Flere har bemerket hvorvidt dette kan

⁴ Basert på 34 studier (inkludert studier fra Norge, Danmark og Sverige).

anses som et nytt grep, da RPH i mange kommuner nå dreies (noen steder utelukkende) i retning av kurs til flere. Flere ser dette i lys av den pressede økonomiske situasjonen flere kommuner nå befinner seg i, og frykter at kurs og grupper blir en «enkel utvei» for piloten.

Tidligere litteraturgjennomganger har antydnet at individuell behandling gir bedre resultater på retur til arbeid enn gruppetilbud (se for eksempel Slater m.fl., 2023 og Xu m.fl., 2024). I en annen studie (Ihara m.fl., 2023) ble det konkludert med at gruppebasert, forebyggende kognitiv terapi hadde positiv effekt på psykisk helse og arbeidstrivsel, men at evidensen for faktisk økt arbeidsdeltakelse er svak. Også en annen studie (Dalgaard m.fl., 2017) gir sterk evidens for effekten av individuell arbeidsrettet kognitiv terapi, i form av stabil retur til arbeid. (Her er det imidlertid ikke gjort sammenligninger med gruppeterapi).

Litteraturen gir samlet sett indikasjoner på at individuell terapi har bedre effekt på retur til arbeid enn gruppetilbud, men evidensgrunnlaget er begrenset og ikke entydig. De fleste studier som finner effekt av individuell behandling inkluderer ikke gruppeformat som direkte sammenligningsgrunnlag. Det finnes få RCT-er som sammenligner formatene med arbeid som primærutfall. Studier på gruppebaserte tiltak fokuserer ofte på helse og trivsel, ikke arbeidstilknypning.

Vi tror at kurs- og gruppetilbud er en mindre farbar vei for effektforskning og spredning. Det anbefales derfor ikke at dette grepet standardiseres og spres, men vi tror likevel det kan være formålstjenlig at Bjerke og Kristiansand fortsetter å utforske sine kurs- og gruppetilbud.

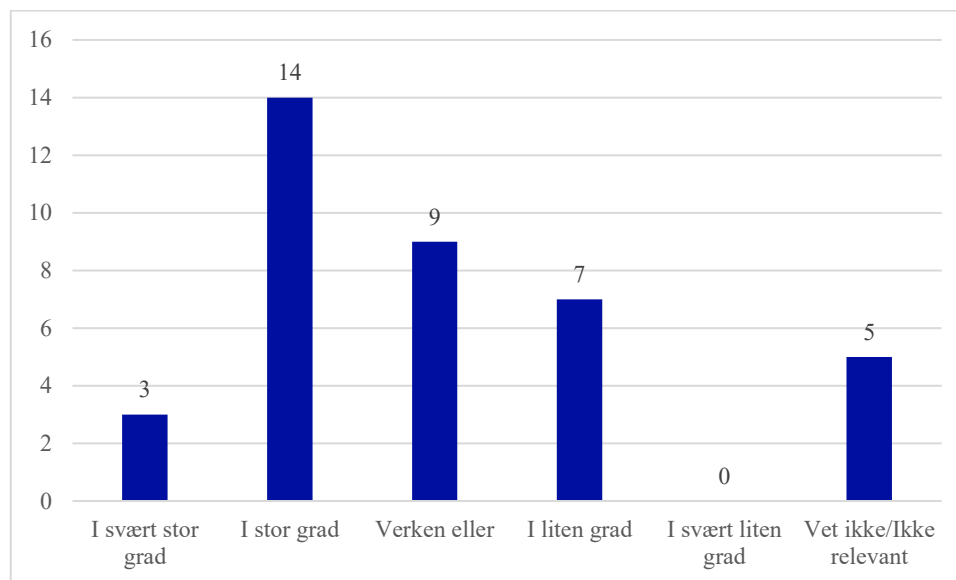
6.2 Mål og dose

Videre må målene for arbeidet være helt klare, i form av hva «tilbakeføring til arbeid» konkret betyr (for eksempel i hvor stor prosentandel den sykmeldte skal være i ordinært arbeid, arbeidstimer per uke eller lignende). Omfanget av oppfølging må også tydeliggjøres – i form av timer eller intervaller for oppfølging fra hver av tjenestene. Som en av terapeutene formulerte det: *«Den store utfordringen for videreføring av prosjektet er at det ikke finnes én «oppskrift» for oppfølgingen»*.

Den individuelle tilpassingen av oppfølgingen betraktes som en suksessfaktor i piloten. Også Gjengedal m.fl. (2025) viser til at fleksibilitet og tilpassing i oppfølgingen er en suksessfaktor. Dette må imidlertid foregå innenfor visse rammer. Ellers oppstår det utfordringer med standardisering og resultatmåling.

Kun tre piloter har spesifisert oppfølgingsdosen gjennom Samspill. Statusmålingen vår bekrefter at det er variasjoner i antall oppfølgingstimer som tilbys pasientene og brukerne gjennom piloten:

Figur 16: I hvilken grad varierer oppfølgingstimer du gir dine brukere/pasienter gjennom piloten? (N=38)



Vi merker oss i denne forbindelse at pasientene i Gjengedal m.fl. (2025) sin studie fikk relativt få behandlingstimer. Det var opprinnelig planlagt for tolv behandlingstimer (metakognitiv terapi med jobbfokus) per pasient. Pasientene mottok et sted mellom syv og 13 behandlingstimer. Median antall mottatte behandlingstimer var ti. Noen deltakere fikk i tillegg boostersesjoner etter endt behandling.

Av pilotene som har definert dose gjennom piloten, er det Ringsaker, med mellom ti og tolv behandlingstimer og inntil fem boostertimer, som treffer best med studien. Lillestrøm og Stovner ligger på mellom fem og 15 og seks og 15 behandlingstimer. Vi vil anbefale at det tas en gjennomgang for å spesifisere oppfølgingsdose for pilotene som ikke har gjort det. Før en eventuell effektforskning bør dette spennet være definert.

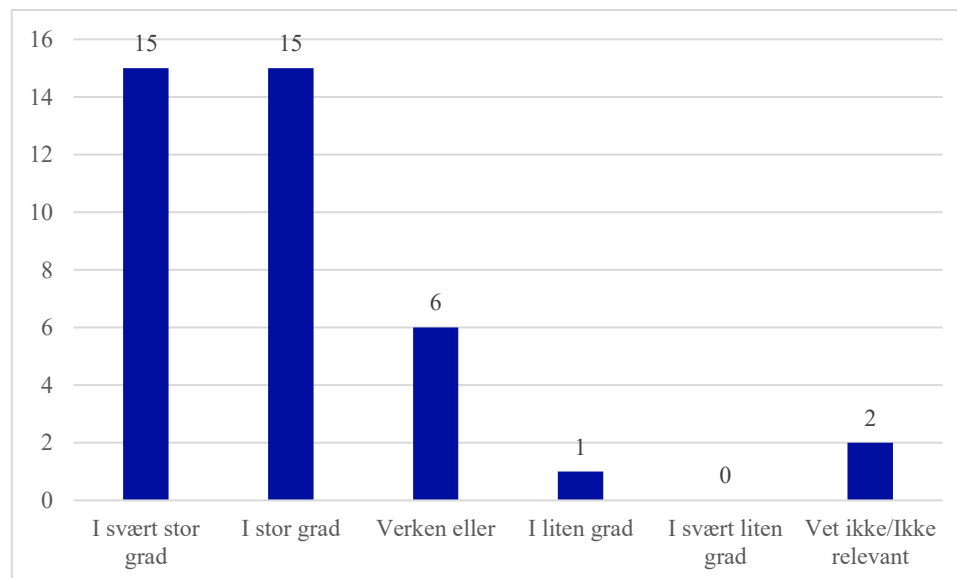
6.3 Spisset målgruppe og strategi for rekruttering

Målgruppe og inntaksprosedyrer må også konkretiseres. Personer med lette til moderate psykiske plager står sentralt i målgruppene til begge modeller. Dette er i tråd med forskning og tilstanden på sykefraværsområdet. Ifølge Navs sykefraværsrapport for 2024 skyldes 73 prosent av økningen i det legemeldte sykefraværet psykiske plager (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2024). Denne målgruppen spenner i utgangspunktet vidt, med

potensielt stor variasjon i symptomtrykk og funksjonstap. Det er derfor viktig å ikke utvide målgruppene ytterligere.

Som vi var inne på i kapittel 5.1 kan målgruppen og inntaket betraktes som hele grunnmuren i arbeidet. For i det hele tatt å nærme seg en effektmåling må det være klart og tydelig hvem som er i målgruppen og hvordan kartleggings- og silingsprosessen skal foregå. Her mener vi Ringsaker og Stovner er tydelige i sin tilnærming: Det er avklart at pasientene som henvises til piloten ikke vil klare å komme seg i arbeid uten samtidig oppfølging. Det er i denne forbindelse interessant hvorvidt pilotene opplever at Samspill når en ny brukergruppe. I statusmålingen spurte vi om tjenestene opplever at Samspill treffer en brukergruppe som tidligere ikke fikk nødvendig bistand:

Figur 17: I hvilken grad treffer Samspill en bruker-/pasientgruppe som tidligere ikke fikk nødvendig bistand for å stå i eller returnere til arbeid? (N=39)



30 av 39 mener Samspill i svært stor eller stor grad treffer en brukergruppe som tidligere ikke fikk nødvendig bistand. Disse svarene kan tolkes ulikt. «Nødvendig bistand» kan tolkes bredt og kan også kobles til timing/å komme tidligere inn til en gruppe som kanskje ville trengt mer omfattende og derfor dyrere hjelp senere. I så fall er det et gode. Det må også ses som et gode dersom man gjennom piloten treffer brukere man tidligere ikke har nådd, og som har behov for oppfølging for å returnere til arbeid. Hvis det derimot er et uttrykk for at Samspill når en gruppe hvor man ellers ville vurdert at de ikke hadde behov for helsehjelp, er det derimot et problem som går imot vedtatte mål for en presset helsetjeneste. Vi må understreke at vi har begrenset datamateriale fra legene og at vi ikke har spurt legene om hva de ville gjort om de ikke kunne henvist til Samspill. Mulige svar er at legene ville håndtert oppfølgingen selv, henvist til spesialisthelsetjenesten, eller vurdert at vedkommende vil klare seg selv, uten oppfølging.

Dette berører et annet viktig moment: Nemlig at henvisning til piloten ikke blir en «hvilepute» for fastlegene. Flere viser til at det avlastet fastlegene å ha et behandlingstilbud å henvise til. På den annen side kan henvisningsmuligheten utgjøre en risiko for at fastlegenes plikt til å gi jobbfokusert behandling delegeres ut.

6.4 Faglig bistand fra direktoratene

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har bistått pilotene i utarbeidelsen og konkretiseringen fra idé til fullverdig pilot og deretter implementering. I dette arbeidet har de fått tjenstedesign og prosessfaglig bistand fra Halogen. I statusrapporten fra desember 2024 ble det vist til at enkelte piloter var usikre på direktoratenes rolle. Vi påpekte også at direktoratene i liten grad hadde innehatt en faglig rolle, men at direktoratenes innsats likevel virket motiverende for pilotene. Vi anbefalte derfor at direktoratene ble tydeligere i sin faglige støtte. Dette behovet ble sett i sammenheng med 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 (Moldenæs, Pettersen og Røvik, 2024).

Høsten 2025 har direktoratene tatt tydeligere grep med tanke på utforming av konkrete grep og «puslespillbrikker» i utprøvingen. Dette har pilotene satt pris på, og det har bidratt til større bevissthet rundt hva som gjøres og hvorfor. Samtidig tror vi direktoratene, i den kommende fasen, med fordel kan gjøre mer bruk av kompetansen de selv besitter, både som enkeltpersoner og som representanter for store fagdirektorater. Vi ser ikke minst behov for å konkretisere tjenestenes metodikk og tilnærming. Det krever et faglig behandlings- og oppfølgingsperspektiv, og dette må ses i sammenheng med eksisterende praksis og rammeverk. Vi merket oss den faglige diskusjonen som oppsto på workshopen i november. Slike diskusjoner bør det etter vår mening legges mer til rette for.

6.5 Ulike former for tjenestesamhandling

Slik vi ser det, tegner det seg noen dimensjoner for kategorisering av pilotene. Disse berører grad av back-stage/front-stage-orientering (tjeneste- versus brukerorientering, grad av og form for dialog med fastlegene (digital/fysisk samhandling) og presisjon i evidens og systematikk. Dette stemmer til dels fortsatt godt overens med opprinnelig modell-inndeling, men som vi har vært inne på tidligere er det en del variasjoner, også innad i hver modell. Slik vi betrakter pilotene nå, kan de deles inn i tre ulike grupper:

Gruppe 1: Bjerke, Fredrikstad, Kristiansand og Tromsø

I disse kommunene er pilotene preget av lav grad av front-stage, i form av direkte brukerinvolvering. Det virker å være færre endringer i tjenestene hos disse fire pilotene.

Det er samhandling mellom Nav og RPH som er i fokus, og piloten defineres i liten grad som en egen og definert tjeneste. Arbeidet er ment å gjennomsyre all brukeroppfølgning i Nav og RPH. Økt kjennskap og tillit tjenestene imellom skal gi en indirekte brukereffekt, i form av bedre og mer koordinert tjenestesamhandling.

Vi mener arbeidet i disse pilotene i lavest grad egner seg for effektforskning, fordi avstanden til bruker er større og fordi intervensjon og grep er mindre konkrete. Slik vi ser det, er dette forbedret tjenestesamhandling som krever klar innsats i en startsfase, men som etter hvert kan «rulle og gå av seg selv». Selv om modellen er mindre evidensbasert og egnet for effektforskning, er det ikke med det sagt at arbeidet ikke har verdi. Tjenestene opplever at arbeidet er virksomt og bidrar til bedre tjenester. Vi anbefaler derfor at arbeidet fortsetter i lokalt tilpassede varianter. Etter vår vurdering bør ikke Samspill prioritere ressurser på videre spissing og standardisering av disse arbeidsmåtene.

Gruppe 2: Nesodden, Hå, Lillestrøm og Stovner

I nivå 2 er pilotene klarere definert, og sammenhengen tilnærming og grep fremstår for oss tydeligere. Graden av front-stage-orientering er moderat, og kommunikasjonen med legene foregår i hovedsak digitalt. En videreføring og skalering av disse pilotene vil kreve mer presisering og systematikk, men vi vil anbefale at arbeidet videreføres og spisses inn i 2026, slik at disse kommer fram til en felles modell.

Gruppe 3: Ringsaker

Ringsaker må karakteriseres som et eget nivå. Her er graden av brukerinvolvering høy, og samhandlingen med fastlegene foregår fysisk og kontinuerlig. Det er videre høyt samsvar mellom skriftlig materiell og praksis. Piloten er så godt beskrevet at en annen kommune i teorien kunne fått tilsendt veilederen og begynt å arbeide på samme måte. Selv om Ringsaker-modellen må betraktes som en modell for legekantor med særlige forutsetninger og erfaring med tverrfaglig samarbeid, vil vi sterkt fraråde at arbeidet i piloten stanses eller nedskaleres. Framover blir det viktig å spesifisere forutsetningene for å lykkes med modellen, samt vurdere muligheten for spredning med lik eller tilnærmet lik ressursinnsats. Dette gjelder særlig legenes innsats og Navs bidrag. En måte å gjøre dette på, er å bruke noe tid på indikatorutvikling.

6.5.1 Indikatorutvikling

På veien fra utprøving til effektforskning vil vi anbefale at pilotene bruker tid på indikatorutvikling. Både utviklingen av indikatorer og bruken av dem, vil gi nyttig informasjon i form av dypere innsikt om hva som virker og mer presise data. Indikatorutvikling innebærer også å konkretisere tiltak og arbeidsmåter, målgruppebeskrivelser og omfang av bistand

En indikator kan defineres som «størrelser som gir relevant informasjon om egenskaper ved et fenomen eller objekt, med utgangspunkt i et analytisk spørsmål» (NOU 2004: 2). Kjelsås og Pedersen (2024, s. 11) viser til at en god indikator:

- har et klart formål
- baserer seg på solide data
- måler forhold som har sammenheng og samvariasjon med fenomenet vi er interessert i kunnskap om
- viser endring i resultat når det er endringer i fenomenet vi følger med på
- oppleves som relevant og mulig å påvirke

Etter vår vurdering bør pilotene utfordres til å konkretisere aktiviteter og utfall. Arbeidet med virkningskjeder har trent deltakerne til å gi stadig mer presise beskrivelser, men utviklingen av relevante indikatorer, krever ytterligere raffinering. Pilotene bør særlig jobber med aktivitetsindikatorer og utfallsindikatorer. For eksempel kan en aktivitetsindikator være antall treffpunkter mellom tjenestene, antall treffpunkter mellom tjenester og bruker, og antall treffpunkter mellom bruker og arbeidsgiver. Frekvens kan her suppleres med konsentrasjon, der målet om mer samtidige tjenester og tidlig oppfølging tilsier forløp med hyppige treff innenfor et kort tidsrom. Et eksempel på utfallsindikator kan for eksempel være bruk av avventende / graderte sykmeldinger (andel og grad). Eventuell jobbmobilitet er et annet eksempel.

Vi har gjennom følgeforskningen vært opptatt av hvordan økt tjenestesamhandling kan spores i de ulike tjenestenes oppfølging. Endringer i RPHs kartleggingsspørsmål er et godt eksempel på et slikt spor. En mulig inngangsport til å få mer grep om hvorvidt tjenestene tenker annerledes og tilbyr mer arbeidsrettet oppfølging, er journaldokumenter og Navs notater. For eksempel kunne man gjennomført en tekstanalyse på slike dokumenter og sammenlignet før og nå. To ulike kodere kunne lest et gitt antall dokumenter fra 2024, og deretter sammenlignet dette med et tilsvarende utvalg fra 2026. Endringer i hvordan arbeid blir tematisert, forståelse av funksjonsbegrepet, sykmelding som behandling og jobbforventninger / mestringsstro vil her være relevante dimensjoner.

Balansepunktet mellom aktivitetsindikatorer og utfallsindikatorer, og mellom indikatorer på brukernivå og tjenestenivå, vil være forskjellig mellom pilotgruppene. Det er heller ikke alt som er realistisk å måle for alle de tre gruppene. For gruppe 1 kan det være hensiktsmessig å finne indikatorer for opplevd nytte og relevans for tjenesteledet. Det kan gjøres ved spørre ansatte i Nav og RPH. Mer krevende er det å finne uavhengige, ikke selv-rapporterte indikatorer på nytte for denne pilotgruppen. For gruppe 2 vil arbeid med indikatorer være nyttig for konkretisering og samkjøring av pilotene. Her vil mulighetene for å få mer likeartet informasjon om utfall for bruker, være av stor verdi. Gruppe 3 vil også ha nytte av et slikt arbeid, men bør i tillegg vurdere indikatorer som

kan gi kunnskap om utilsiktede effekter. Kan for eksempel en oppfølgingspakke som Arbeidspuls føre til redusert oppfølging hos lege og økning i sykmeldingslengde?

Vi vil utdype dette i vår leveranse om opplegg for effektforskning.

6.6 Lovende og skalerbare grep

I det følgende kommer vi med våre anbefalinger rundt grep i pilotene, som vi oppfatter som lovende og potensielt skalerbare etter 2026.

6.6.1 Etablere samarbeidsavtale

Fokuset på samarbeidsavtaler har økt den siste tiden, selv om det så langt er få som faktisk har utformet en slik. På Nesodden, hvor samarbeidsavtale er på plass, omtales avtalen som «hele fundamentet» for samhandlingen. Vi anbefaler at samarbeidsavtaler utformes i alle piloter, og at denne forankres i tjenestene. Vi mener formalisering og skriftliggjøring av samarbeidsrelasjonene må betraktes som en *forutsetning* for tjenestesamhandling, ikke som en aktivitet i seg selv.

6.6.2 Endrede kartleggingsrutiner

Pilotene er ulike, både i tilnærming, målgruppe og grep som prøves ut. Videre har kommunene ulike kontekster og forutsetninger. Her kan blant annet nevnes forskjellige erfaringer med tverrfaglig teamarbeid, samlokalisering, ulike fagkompetanser og ressurser i tjenestene. Videre testes tiltak i ulike kombinasjoner. «Pakker» av tiltak vil kunne ha ulik effekt. Vi tror for eksempel at samlokalisering sammen med faste møtepunkter og rutinebeskrivelser har en annen effekt enn samlokalisering alene. Likevel begynner det nå å tegne seg et bilde av noen felles, vellykkede og muligens skalerbare grep, på tvers av piloter og modeller.

Vi tror, i likhet med mange av pilotdeltakerne, at endrede kartleggingsrutiner som eksplisitt tematiserer arbeid og er kjent på tvers av tjenestene, er et lovende grep. Dette er et «generisk» og systematisk grep som gjøres uavhengig av den individuelle tilpassingen. Gjennom god og grundig kartlegging, tilrettelegges det dessuten for både arbeidsrettet og lidelsesspesifikk oppfølging. Endrede og felles kartleggingsrutiner er samtidig et lavterskeltiltak, som muliggjør involvering av fastlegene (i rekruttering), uten at det belaster dem i arbeidshverdagen. Som noen bemerker: Det viktigste er at fastlegene får Nav og RPH/psykologene i bevisstheten, kjenner til og kan henvise til tilbudet.

Pilotene har ulike kartleggingsrutiner. Noen har endret/lagt til kartleggingsspørsmål i RPHs eksisterende verktøy. Andre har opprettet egne kartleggingsverktøy til bruk for alle tjenestene i piloten. Hvor spørsmålene plasseres og forankres, hvem som benytter dem, hva som er formålet med kartleggingen og hva det konkret spørres om, må avklares i

løpet av 2026. Vi vil her bemerke at vi gjentatte ganger har etterspurt de nye kartleggingsspørsmål fra pilotene som har uttrykt at de har utformet slike. Vi har likevel ikke mottatt sammenlignbar og fullstendig informasjon.

Som vi var inne på i kapittel 6.3, mener vi imidlertid det er helt vesentlig at kartleggingen gir dekkende informasjon rundt om plagene til pasienten er så komplekse at samtidig og tverrfaglig oppfølging er nødvendig. I denne forbindelse vil vi igjen vise til Gjengedal m.fl. (2025), og deres operasjonalisering av jobbfokus, som vi mener er overførbart til pilotenes kartleggings- og oppfølgingsrutiner. Vi merker oss at punktene som skisseres i artikkelen stemmer godt overens med grepene i pilotene vi mener har lyktes best. Artikkelen operasjonaliserer metakognitiv behandling kombinert med jobbfokus slik (vår oversettelse):

1. Det gjøres en innledende vurdering av arbeidssituasjonen, inkludert jobbtype, relasjoner til kolleger og samspillet mellom arbeid og psykisk helse, med vurdering av både potensielle fordeler og ulemper ved sykmelding.
2. Det utvikles en plan for tilbakeføring til arbeid for å håndtere forhold som kan lette eller hindre prosessen, inkludert mulige behov for å endre arbeidssituasjon.
3. Det innledes et samarbeid med ansvarlig sykmeldende fastlege.
4. Det utarbeides en kommunikasjonsplan til hjelp i prosessen rundt dialog med den sykmeldtes arbeidsgiver.

Det understrekes at disse komponentene må tilpasses hver enkelt pasients behov.

Flere av pilotenes kartleggingsspørsmål treffer beskrivelsen i punkt 1, spesielt kartleggingsspørsmålene i modell 2, som går mer i dybden. For eksempel kartlegger både Stovner, Ringsaker og Lillestrøm både fysiske og sosiale forhold, opp mot arbeid og arbeidsevne. Hå er imidlertid de eneste som (planlegger) å spørre om fordeler og ulemper ved å være sykmeldt. Samlet sett er det ingen av pilotene som dekker alle forholdene i punkt 1. Vi vil oppfordre pilotene til å samle sine kartleggingsspørsmål og vurdere dem i lys av dette. Som et forslag kan man enes om fem spørsmål som testes ut på tvers av piloter.

Punkt 3 taler for en videreføring og potensiell skalering av modell 2, eventuelt modell 1 med noe fastlegeinvolvering (tilsvarende Nesodden).

Punkt 2 og 4 er godt i tråd med Ringsaker sin kartleggingsprosedyre, som også inneholder utarbeidelse av en jobbstøtte- og tilbakeføringsplan. De har også utviklet en mal for behandlingsplan.

På samme måte som det er behov for å se kartleggingsspørsmål på tvers av pilotene, bør det også gjøres en gjennomgang av pilotenes rutiner for innhenting av samtykke. Vi har ikke gjort egne vurderinger av pilotenes rutiner, men merker oss at dette gjøres ulikt og at det derfor er behov for å samles om en felles fremgangsmåte.

6.6.3 Skape et samhandlingsrom

Et tema som har vært diskutert mye, er den fysiske tjenestesamhandlingen, eller «samhandlingsrommet», som det den siste tiden har blitt omtalt som. Det virker å være en felles oppfatning om at samhandlingsrommet kan skapes på ulike måter, både med og uten samlokalisering. Det viktigste er at tjenestene etablerer tillit og kjennskap til hverandre, slik at det opparbeides en felles forståelse rundt mål og planer for brukeroppfølgingen.

Det er samlokalisering og fysiske møtepunkter mellom tjenestene, i ulikt omfang, som er grebene på dette området. Det synes å være få utfordringer rundt den fysiske samhandlingen mellom Nav og RPH/kognitive terapeuter. Terskelen for fysisk samhandling knytter seg i størst grad til involveringen av fastleger. Pilotene som har prøvd ut samlokalisering med fastleger har ulike erfaringer, og som vi viste til i den teoretiske testen av virkningskjeden, er litteraturen på området delt. Mens noen av pilotene mener at samlokalisering med legene har liten effekt, fordi legene stort sett befinner seg på kontorene sine, opplever andre at samlokalisering er nøkkelen til god samhandling.

Både Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027) og Meld. St. 23 (2024-2025) tydeliggjør behovet for samhandling mellom fastlegene og andre kommunale tjenester. Allmennlegetjenestemeldingen understreker at fastlegekontorene må utvikles til større og mer tverrfaglige enheter for å sikre tilstrekkelig kapasitet og kvalitet. Det vises også til økningen i personer med sammensatte utfordringer, herunder med muskel- og skjelettplager og psykiske helseplager, hvor samhandling med andre tjenester kan være effektivt. I denne forbindelse omtales samlokalisering, som et grep for bedre samhandling. Det er særlig psykologer og fysioterapeuter fastlegene selv peker på som ønskelige personellgrupper i legekantorene. Samtidig viste evalueringen av tiltak i allmennlegetjenesten at de fysiske lokalene kan være en barriere. Blant fastlegene som i 2023 svarte at de ønsker seg annet personell i fastlegekontoret, oppga 86 prosent økonomi, 50 prosent fysisk størrelse på legekantoret og 26 prosent tilgang på personell som barrierer for samlokalisering (Oslo Economics og Universitetet i Oslo, 2024).

Slik pilotene ser ut i dag, er det kun Ringsaker som praktiserer faktisk samlokalisering med legene. I tillegg gjennomføres faste møter med legene, hvor pasient, Nav og psykolog er til stede. I Hå og Lillestrøm besøker Nav og terapeutene legekantorene sporadisk, og Lillestrøm gjennomfører samtaler mellom Nav, terapeut, bruker og fastlege ved behov. Resten har gått over til digital dialog med legene. Hå forsøkte fysiske treffpunkter med legene til å begynne med, og hadde i utgangspunktet planlagt å være til stede på legekantoret ukentlig, men landet på at digital dialog er tilstrekkelig og vel så effektivt. Også Stovner beskriver skriftlige orienteringer til fastlegene som en god løsning. Legene i begge piloter gir tilbakemelding om at dette er en god fremgangsmåte.

Hå erkjenner derimot at tilstedeværelse på legekantoret førte til flere henvisninger fra legene.

Flere er opptatt av at piloten ikke må beslaglegge legenes tid. Presset kapasitet hos fastlegene er en velkjent og godt belyst problemstilling. Hos Ringsaker derimot, som har lykket med fastlegeinvolveringen, beskrives gevinsten for fastlegene som stor og arbeidsbelastningen som følge av piloten, som liten. Legen omtaler piloten som «enkel og sømløs» for legene. Det er kort ventetid og lav terskel for pasientene. Det må nevnes at også Ringsaker har prøvd seg frem med tanke på legenes involvering, for eksempel når det gjelder hvor lenge legene skal være til stede under oppstarts- og avslutningssamtalene og evalueringssamtalene. Dette må ses opp mot takstene, hvor det er visse utfordringer med at legen deltar i korte sesjoner. På tross av dette, vurderer alle tjenestene i Ringsaker at det har stor verdi å ha fastlegen til stede i samtaler med bruker.

Fastlegen snakker varmt om de felles møtepunktene mellom bruker og tjenestene. Det bemerkes at det har en åpenbar verdi å få informasjonen samtidig og se reaksjonene til pasienten. Dette oppleves som noe helt annet enn å få skriftlige orienteringer i etterkant. Han bemerker at det tross alt er legen som skal følge pasienten i lang tid, potensielt livet ut. At fastlegen er med i samtaler gjør også at flere forhold blir fanget opp og belyst.

«Hvis fastlegen bare skal være en premissleverandør, mister pasienten fastlegen som kontinuitetsbærer».

Fastlegen forteller at ringvirkningene ved å ha Nav og psykolog fysisk til stede på legekantoret er åpenbare og at gevinstene i piloten umulig ville vært oppnådd uten samlokalisering. Legen opplever at samlokaliseringen skaper positive ringvirkninger som berører pasienter både i og utenfor piloten.

«Nav-relaterte hendelser kan håndteres enklere på grunn av nærheten i dialogen. Det senker terskelen. Den siste uka har jeg hatt to konkrete hendelser, hvor jeg har shuppet å bruke mye krefter fordi jeg fikk en enkel, muntlig orientering grunnet prosjektet. Tok to minutter med kjapp dialog i stedet for en lang skriftlig utredning og avklaring».

Felles møter mellom tjenestene er en mindre ressurskrevende form for fysisk samhandling, som alle piloter tester ut i en eller annen variant. Vi har ikke identifisert litteratur som peker på effekter av felles møter mellom arbeid- og helsetjenester for redusert sykefravær, men vår undersøkelse av informasjonsutveksling mellom Nav og sykmelder (Oxford Research, 2025) viste at ulike former for fysiske treffpunkter mellom Nav, fastleger og andre aktuelle tjenester, betraktes som et effektivt grep for bedre samhandling. Evalueringen av fastlegeordningen trakk fram fysiske møteplasser mellom fastleger og andre kommunale aktører som en mangelvare, og et hinder for godt samarbeid (Holden og Rasmussen, 2019).

Del 2: Veien videre for Samspill

7. Seks grep for en mer spisset utprøving

I slutten av januar 2026 sendte Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet ut en e-post om videreføring av prosjektet *Samspill – for styrket jobbhelse*. I e-posten ble det orientert om at prosjektet siden 2024 har utviklet og pilotert systematisk tjenestesamhandling mellom Nav og helsetjenesten. Videre ble det opplyst at utprøvingen i 2026 skulle målrettes ytterligere. Formålet var å gjøre samarbeidet i pilotene mer ensartet og samtidig legge til rette for en mulig effektstudie av systematisk samhandling om integrerte, jobbfokuserte tilbud mellom Nav og helsetjenesten.

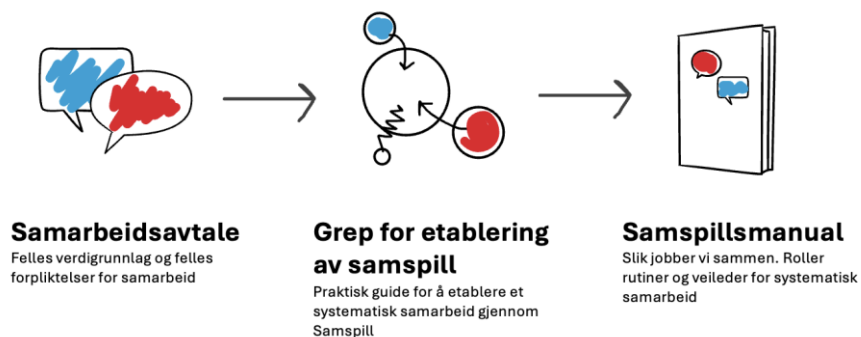
Det ble videre informert om at piloter som ønsket å delta videre måtte ta i bruk seks definerte, systematiske grep i tjenesten innen 1. april 2026. Beskrivelse av grepene var vedlagt, og det ble presisert at samarbeidsavtale, manual for etablering og manual for drift skulle oversendes prosjektleder i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Pilotene skulle også sikre forankring, registrering og evaluering i tråd med kravene til systematikk for hvert av grepene, med rapportering ved årets slutt. Kommunene ble bedt om å gi tilbakemelding på om de ønsket å videreføre deltakelsen i prosjektet innen 9. februar 2026. Alle piloter ønsket å være med videre.

De seks systematiske grepene var formulert på denne måten:

7.1 Grep for systematikk i samhandling mellom Nav og helsetjenesten

Under følger en liste av systematisk grep for samhandling i et integrert «arbeid og helse»-tilbud. Figur 1 illustrerer at systematikk foregår både før etablering av tilbudet (etableringen av samarbeidet og mer overordnede beskrivelser av samarbeidet i tilbudet) og under selve gjennomføringen (samspillet i driften av tilbudet både med og uten bruker)

Figur 18 Systematisk samhandling før og i et integrert tilbud mellom Nav og helsetjenesten



Grep 1	Ledelsesforankret samarbeidsavtale	<i>overordnede</i>
Grep 2	Manual for etablering av Samspill	<i>etablering</i>
Grep 3	Manual for drift	<i>drift</i>
Grep 4	Definerte rollebeskrivelser	<i>drift</i>
Grep 5	Samspillsmøter mellom tjenestene uten bruker	<i>Samspillet i det daglige</i>
Grep 6	Samspillsmøter med bruker	<i>Samspillet i det daglige</i>

Grep 1	Ledelsesforankret samarbeidsavtale	overordnede
Mål	Sikre felles eierskap og nødvendig lederforankring i både Nav-kontor og i den kommunale helsetjenesten.	
Forklaring	Samarbeidsavtalen skal bidra til at Samspill som modell for samhandling forankres på ledernivå hos de aktuelle samarbeidspartene. Avtalen definerer verdigrunnlaget samarbeidet bygger på og forpliktelser mellom avtalepartene.	
Innhold	Beskrivelse av målsetting med samarbeidet. Følgende målsetting skal med: <i>Målet er å få til en bedre og mer systematisk tjenestesamhandling mellom helsetjenesten og Nav. Gjennom deltakelse i pilotene er målet at pasientene/brukerne skal oppleve et helhetlig og koordinert tjenestetilbud</i>	

	<i>fra Nav og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Videre at brukerne skal oppnå bedret helsetilstand og mestringsevne, som skal bidra til raskere retur til arbeid og at overgangen til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd reduseres.</i> • Beskrivelse av målgruppe ○ Målgruppen i modell 1: Personer med milde til moderate psykiske helseplager, eventuelt med samtidige rusmiddelproblemer. ○ Målgruppen i modell 2: Personer med milde til moderate psykiske helseplager, eventuelt med samtidige rusmiddelproblemer, i tillegg til muskel/skjelettplager. ○ For begge målgrupper vurderes det at personen har behov for bistand både fra Nav og fra kognitiv terapeut. ○ Personen står i fare for å bli sykmeldt eller vært sykmeldt i inntil 12 uker. • Overordnet beskrivelse av samarbeidet. • Beskrivelse av roller og ansvar/myndighet tillagt aktørene i samarbeidet. • Beskrivelse av ressurser som avgis til oppfølging av samarbeid. • Samarbeidsavtalen skal vise til manual og rollebeskrivelse, til RPH-håndboka, til veileder for jobbfokusert kognitiv terapi og til standard for arbeidsrettet brukeroppfølging i Nav.
Systematikk	Forankring: • Forankres i offentlig tilgjengelige styrings- og kvalitetssystemer i de to sektorene. • Forankres hos og undertegnes av enhetsleder for Nav og for relevant enhet/avdeling i kommunehelsetjenesten? Rapportering: • Rapporteringpunkter defineres og det fastsettes hvilke fora det skal rapporteres til og hvem som er ansvarlige i de to sektorene. Evaluerings • Beskrivelse av opplegg for evaluering, måling og justering av samarbeidet, dette skal skje en gang i halvåret.

Grep 2	Manual for etablering av Samspill	etablering
Mål	Praktisk guide for hvordan etablere et systematisk samarbeid gjennom Samspill.	
Forklaring	Med utgangspunkt i RHP-håndboken, tilskuddsregelverket til Helsedirektoratet og oppdragsdokument i Nav definere hva som er spesielt for «Samspill» og hvordan den skiller seg fra en monosektoriell tjeneste. Manual for hvordan etablere og tilby «Samspill».	
Innhold	Manualen skal inneholde: • Konkretisert innhold i tjenesten og samarbeid om bruker ○ Operasjonalisert beskrivelse av mål, målgruppe, tiltak, aktiviteter og tilnærming. ○ Rollebeskrivelser i en integrert tjeneste mellom Nav og Helsetjenesten, oppgaver og ansvar ○ Videreutvikles og forankres i fellesskap for å sikre felles eierskap. • Definerte måleindikatorer, herunder aktivitetsindikatorer og utfallsindikatorer. • Maler for ulike deler av pasient/brukerløp og samhandlingen mellom aktørene. • Kommunikasjonsplan • Plan for onboarding ved nye ansatte i tjenesten/samarbeidet.	
Systematikk	Forankring: • Forankres i offentlig tilgjengelige styrings- og kvalitetssystemer i de to sektorene	

Grep 3	Manual for drift	drift
Mål	En systematisk, operasjonalisert integrering av helsetjenesten og Nav i førstelinjen.	
Forklaring	Med utgangspunkt i RHP-håndboken, tilskuddsregelverket til Helsedirektoratet og oppdragsdokument i Nav definere hva som er spesielt for «Samspill» og hvordan den skiller seg fra en monosektoriell tjeneste.	
Innhold	Manualen skal inneholde:	

	• Operasjonalisert beskrivelse av mål, målgruppe, tiltak, aktiviteter og tilnærming. • Rollebeskrivelser i en integrert tjeneste mellom Nav og Helsetjenesten, oppgaver og ansvar. • Beskrivelser av den integrerte samhandlingen mellom Nav og helsetjenesten. • Oppfølging av bruker/pasient med utgangspunkt i jobbfokusert kognitiv terapi (Diakonhjemmets behandlingsveileder i jobbfokusert terapi) • Felles kartlegging: ○ Bruke ordinære verktøy i oppfølgingsarbeidet, i tillegg: Ta i bruk verktøy Kartleggingsskjema, del 3, fra behandlingsveileder i jobbfokusert kognitiv terapi ○ Det skal i samarbeidet defineres hvem som kartlegger, og hvordan man deler informasjon i kartlegging av behov hos felles bruker • Intervensjoner ○ Ta i bruk: Sjekkliste for jobbfokusert terapi, og kognitiv diamant, Del 2, behandlingsveileder i jobbfokusert kognitiv terapi ○ Nav og kognitiv terapeut skal ha et hensiktsmessig samarbeid med fastlege i oppfølging av felles brukere. ○ Det deles informasjon med fastlege ved inntak/avslutning og ved behov, etter avtale med pasient/bruker. • Avslutning ○ Avslutningsnotat utarbeides av Nav og helsetjenesten i fellesskap.
Systematikk	Forankring: • Manual for drift forankres i offentlig tilgjengelige styrings- og kvalitetssystemer for Nav-kontor og kommunehelsetjenesten. Rapportering: ○ Mottaker: Identifisert mottaker i ledelse i begge sektorer. ○ Intervall 1 – 2 ganger i året ○ Rapporteringspunkter ▪ Kvantitative mål: • Antall gjennomførte brukere, • varighet på intervensjonen (snitt), • jobbstatus før og etter intervensjon, • Sykmeldingsprosent ved oppstart: antall 0-20, 20-40, 40-60, 60-80, 80-100, • Sykmeldingsprosent ved avslutning: antall 0-20, 20-40, 40-60, 60-80, 80-100,

	• Sykmeldingslengde: antall 0-16 dager, 16 dager – 8 uker, 8-12 uker, 12-26 uker og >26 uker ▪ Kvalitative mål, eksempelvis opplevd nytteverdi, endringer i hvordan arbeid blir tematisert, forståelse av funksjonsbegrepet, sykmelding som behandling og jobbforventninger / mestringstro.
--	---

Grep 4 Definerte rollebeskrivelser i et integrert samarbeid mellom Nav og helsetjenesten		<i>Samspillet i det daglige</i>
Mål	Tjenestene skal angripe det samme problemet med ulike perspektiver og kompetanser, mot samme mål, samtidig.	
Forklaring	Kontinuerlig feed-back loop mellom rollene.	
Innhold	Det skal gis en utførlig beskrivelse av følgende roller og funksjoner i prosjektet Roller • Kognitiv terapeut • NAV-veileder/jobbveileder • Lege Funksjoner • Lederansvar Nav-kontor/kommunehelsetjenesten • Brogygger/ driver av samarbeidet Med vekt på hvordan rollen inngår i det tverrsektorielle samarbeidet. • Hvilke formelle samarbeidspunkter, • med hvem • med hvilket formål.	
Systematikk	Forankring: inngår i Manual for etablering av Samspill.	

Grep 5	Samspillsmøter mellom tjenestene uten bruker	Samspillet i det daglige
Mål	Skape en arena der tjenestene skal kunne jobbe sammen, og der de skal kunne evaluere og utvikle tjenestetilbudet.	
Forklaring	Lage en arena som muliggjør samhandling i den integrerte tjenesten. Det som må gjøres mellom tjenesten for å sikre at samhandlingen skjer systematisk og på tjenestenivå. Kan være fysisk eller digitalt.	
Innhold	Regelmessige møter mellom Nav og helsetjenesten. Det skal settes av tid en gang i måneden til evaluering og videreutvikling av tilbudet. Brukere/pasienter diskuteres anonymt dersom ikke samtykke foreligger. Det anbefales at det legges opp til ukentlige møter på ca. 1 time der begge tjenester er til stede. <i>Mulige tema ved samhandling om felles/mulige felles brukere:</i> - Nye pasienter/brukere i en tjeneste som kan ha nytte av et samtidig tilbud. - Status tema knyttet til enkeltbrukere. <i>Mulige tema for å bygge tjenesten sammen:</i> - Er det fellestrekk ved brukere, eller andre omstendigheter som gjør at det er behov for ett nytt/justert tilbud? For eksempel endring i demografi, tilbud fra en av tjenestene eller brukeres situasjon. - Evaluere og justere manual for etablering. - Evaluere og justere manual for tjenesten. - Evaluere og justere roller og kartleggingsrutiner <i>Overordnet om samarbeidet:</i> - Evaluere og justere samarbeidsavtalen (minst årlig) - Ta opp saker som handler om utvikling av tjenesten - Kompetanseoverføring - Fasilitering av samarbeidet – digitale/fysiske møteplasser - Ledere inviteres jevnlig inn i møtet.	
Systematikk	Dokumentasjon fra møtene i egnet felles system.	

Grep 6	Samspillsmøter med bruker	Samspillet i det daglige
Mål	Skape en arena der brukeren kan motta en samtidig tjeneste fra Nav og helsetjenesten, hvor tjenesten og bruker skaper en felles forståelse av hva som er til hinder for å stå i jobb og legger en plan for forløpet med kognitiv terapeut og Nav-veileder.	
Forklaring	En arena der bruker møter Nav og helse samtidig. Møtet kan være fysisk eller digitalt, men viktig at brukere kan møte dem samtidig når det er behov for det for å gi en bedre kartlegging eller oppfølging for å bli stående i jobb, unngå eller forkorte sykefravær, eller komme i arbeid. "Samspill for styrket jobbhelsetilstand" handler om å skreddersy tiltak til den sykmeldte, med klart fokus på å gjenoppta og mestre arbeidslivet.	
Innhold	Tjenesten bygger på en felles plan hvor den sykmeldtes utfordringer og styrker kartlegges i dialog med kognitiv terapeut, Nav-veileder og eventuelt fastlege. Oppfølging av bruker med utgangspunkt i jobbfokusert kognitiv terapi, samt konkret veiledning fra Nav for å identifisere muligheter og løsninger på praktiske arbeidsbarrierer. Det brukes gradert sykmelding, aktiv arbeidsplasskontakt og hyppige justeringer av tiltak etter utvikling. Valg av metode tilpasses brukers behov, men jobbfokus skal være kjernen i alle felles tiltak i Samspill. Metodene: • Individuell oppfølging, med jobbfokus. • Gruppesamling med jobbfokus • Selvhjelpsprogram med jobbfokus • Kartlegge jobbhindre, fordeler og ulemper med sykmelding, funksjon på tross av helseplager og mestringsstrategier • Avklare jobbrelevante forventninger og mål • Plan for oppfølging mot arbeid	
Systematikk	• I felleskap utarbeide et gjennomgående (før-under- etter tilbudet) jobbrelevante funksjons- og aktivitetsbasert notat. • Gyldig samtykke må foreligge. • Ansatte som jobber i helsetjenesten og Nav skal ikke ha tilgang til hverandres journal-/saksbehandlingssystemer.	

	• Både helsetjenesten og Nav vil behandle personopplysninger om felles pasienter/brukere på hver sin side av samarbeidet.
--	---

7.2 Status for implementering i pilotene

I februar og mars gjennomførte følgforskningsteamet intervjuer med de ni pilotene. I utgangspunktet var intervjuet med prosjektleder, men i flere av intervjuene stilte flere personer, og som oftest var derfor både Nav og RPH/kognitiv terapeut representert. Det ble også gjennomført en samtale med en fastlege. I intervjuene ble deltakerne spurt om hva som hadde skjedd siden november 2025, hvordan de oppfattet de seks grepene og hva som var status for implementeringen av disse. I tillegg ble intervjudeltakerne spurt enkelte spørsmål relatert til mulig effektforskning. Disse spørsmålene dreide seg om programdifferensiering, målgruppe, variasjon i tilbudet bruker mottok og hvilke utfall som ble ansett som relevante. I det videre presenteres pilotenes svar.

7.2.1 Kristiansand

Piloten i Kristiansand forteller at de har klookketro på at det de holder på med, virker. De er stolte over å ha jobbet fram tilbudet de nå har, og tror etterspørselen vil øke ytterligere når leger og befolkning for øvrig får med kjennskap til tilbudet. De er nå i ferd med å slutføre nok et gruppebasert kurs. Et sjette kurs starter i april.

Piloten er også i gang med å gjennomføre de seks grepene. I den forbindelse arbeides det med å utvikle maler og skjemaer, blant annet for avslutningsnotater og registrering av hvem det har vært kontakt med, samt opplysninger om varighet av sykefravær. Ved RPH er det innført kartlegging av alle brukere med hensyn til tilknytning til Nav, arbeidssituasjon og eventuell sykmelding. Kartleggingen gjennomføres av alle ansatte ved RPH, og leder følger opp arbeidet. Prosjektledelsen forteller også om tydeligere og sterkere lederforankring.

Piloten i Kristiansand viser også til at en velfungerende kollegarelasjon mellom den Nav-ansatte og den RPH-ansatte i prosjektteamet, gradvis har smittet over på andre ansatte i Nav og RPH. Gjennom fysisk tilstedeværelse hos hverandre, har RPH-ansatte økt sin kompetanse om Nav, og vice versa. Prosjektledelsen understreker likevel at det har vært lettere for Nav å komme inn i RPH, enn motsatt. Det skyldes både at Nav er stort og har mange ansatte, men også at Nav nylig har tatt i bruk nye lokaler med ABV-løsning, noe som har ført til at de Nav-ansatte har lite fellestid med hverandre. Prosjektledelsen tar derfor til orde for at samlokalisering i starten bør ta utgangspunkt hos den minste aktøren, i dette tilfellet RPH.

Prosjektledelsen i Kristiansand er tydelige på at brukerne som mottar et tilbud gjennom Samspill får et annet tilbud enn ordinære brukere. De fanges tidligere opp, det «pirkes» mer i sykefravær grunnet psykisk uhelse enn tidligere, og de får et samtidig tilbud fra RPH og Nav. Dessuten mottar brukere med behov ekstra oppfølging fra Nav. Denne oppfølgingen kan dreie seg om alt fra jobbytte til ulike arbeidsrettede tiltak, og er i stor grad skreddersøm til enkeltes behov. I tillegg mottar brukerne oppfølging fra ordinær sykefraværsoppfølging i Nav. Variasjonen i hva den enkelte bruker mottar av oppfølging, er med andre ord stor.

Prosjektledelsen i Kristiansand tar til orde for å ha et bredere perspektiv på utfall enn kun arbeidsdeltakelse. På spørsmål om andre mulige endringer som kan måles, vises det til økt livskvalitet, jobbytte, stillingsreduksjon for å forebygge hyppig gjentakende fravær samt avklaring til andre ytelser.

7.2.2 Tromsø

Prosjektledelsen i Tromsø forteller om nylige og vesentlige endringer i piloten. Endringene kom som et resultat av en møteserie på tampen av 2025 med avklaringer og ny forankring i kommunen, RPH og Nav. I møtene ble samarbeidsutfordringer mellom Nav og RPH tatt opp og diskutert. For å bedre samarbeidet, ble frikjøpsressursene endret noe, og en del av disse midlene går nå til felles kompetanseheving for Nav-veiledere og RPH-ansatte. I etterkant av møtene ble det også bestemt at det skulle være én fast kontaktperson ved RPH, og en erfaren ansatt ble utpekt til denne rollen. Prosessen resulterte også i en signert samarbeidsavtale mellom tjenestene. Partenes forpliktelser hjemles også i partnerskapsmøtet mellom Nav og Tromsø kommune, og inngår altså som en del av Navs innsats for Tromsøs innbyggere.

Prosjektledelsen viser til at samarbeidsavtalen inneholder en definisjon av målgruppen: «Personer med psykiske plager, som står i fare for å bli sykmeldt, eller er blitt sykmeldt». Dette innebærer en tydeligere og mer spisset tilnærming enn hva man tidligere har hatt i Tromsø. Et eget registreringsskjema, som er basert på registreringsskjemaet Nav arbeidsrådgivning (Ark) bruker, er under utvikling.

På tross av relativt få brukere hittil, mener prosjektledelsen at Samspill har økt RPHs innsikt forståelse av arbeidsrettet oppfølging, og deres kunnskap om Navs virkemidler og tiltak. På spørsmål om utfall, vektlegger prosjektledelsen i Tromsø arbeidsdeltakelse. Vedkommende mener det er en styrke for prosjektet at fokuset på arbeidsutfall og ikke helseutfall står i sentrum.

7.2.3 Fredrikstad

I Fredrikstad har prosjektledelsen ikke foretatt store endringer siden november, og arbeidet har i hovedsak bestått av daglig drift. Alle de 12 ansatte på RPH er godt kjent

med piloten. Kjennskapen hos Nav-ansatte varierer mer, noe som ikke er overraskende gitt at det er om lag 250 ansatte. Erfaringene så langt i piloten er likevel i stor grad positive. Ansatte opplever det som nyttig å kunne ta med saker til Nav, og at samarbeidet er tidseffektivt. Nav er til stede på RPH hver onsdag, noe som gir mulighet til å ta opp konkrete saker knyttet til for eksempel økonomisk bistand eller arbeid. Det vises til at økonomi og psykisk helse ofte henger tett sammen. For brukerne legges det opp til stor grad av skreddersøm. Spesielt gjelder dette Navs innsats.

På spørsmål om status for implementering av de seks grepene, viser prosjektledelsen til at forholdsvis mye må endres. Det handler ikke minst om målgruppe og hvordan Nav skal komme i kontakt med mulige deltakere. Pilotens modell hittil beskrives som «løs». Grepene vil derfor tilføre struktur og noe mer standardisering. På spørsmål om programdifferensiering er prosjektledelsen likevel klar på at tilbudet som gis gjennom Samspill er annerledes enn tidligere. Det skyldes først og fremst et tettere samarbeid mellom RPH og Nav, der faste, ukentlige besøk fra Nav til RPH framheves som virkningsfulle.

Når det gjelder mulige utfall, argumenterer prosjektledelsen for at brukertilfredshet og opplevelse av et koordinert tilbud også er viktig.

7.2.4 Bjerke

Piloten i Bjerke bydel forteller at de ikke har gjort endringer siden november. Prosjektledelsen holder fast ved at Bjerkes pilot befinner seg på et systemnivå og sånn sett skiller seg fra en del av de andre pilotene. De har bestemt seg for å holde fast ved møtepunktene mellom tjenestene, møtene på ledernivå og brobyggerfunksjonen. De er i gang med endringer på kartleggingsskjemaet der de nå spør mer om arbeid og involvering av Nav, samt har mer spesifikke spørsmål om sykmeldingen. Torsdagstreffet og kursene krever på sin side mer personalressurser og tid, og de er derfor usikre på om de ønsker å videreføre disse aktivitetene. Torsdagstreffene består uansett, men Navs deltakelse er usikker. Piloten planlegger en workshop i mars der implementeringen av de nye grepene er tema.

Piloten viser til forskjeller i størrelse og handlingsrom mellom RPH og Nav. Mens RPH er en mindre organisasjon og er mer vant til å snu seg rundt, har Nav-ansatte mindre handlingsrom. Det må hensyntas i samarbeidet mellom tjenestene.

På spørsmål om Samspill i Bjerke medfører ny praksis, svarer prosjektledelsen bekreftende. Møter på systemnivå er nytt, og det er også mer struktur rundt møtene nå enn før. Brobyggerfunksjonen har også forbedret samarbeidet mellom Nav og RPH, og det har blitt et mer arbeidsrettet fokus i RPH. Nav har også fått mer kunnskap om psykisk helse. Prosjektledelsen mener også at intervensjonen har en avgrenset målgruppe.

I Bjerke har ikke brukerne merket noe til utprøvingen, men når de seks grepene er implementert, skal en andel brukere tilbys én-til-én oppfølging. Det er likevel en viss variasjon i tilbudet brukere har mottatt. Ytterpunktene går fra personer som søkers inn til RPH og blir spurt om arbeid, til brukere som i tillegg deltar på torsdagstreff, kurs og har snakket med brobygger og kontaktpersonen hos RPH. Nå som tilbudet skal ligne mer på det andre piloter tilbyr, er piloten spent på etterspørselen og rekrutteringen.

7.2.5 Nesodden

Nesodden har ikke gjort endringer siden november. De ser heller ikke behov for vesentlige endringer i forbindelse med implementeringen av de seks grepene, med unntak av mindre justeringer på samarbeidsavtale og manualer.

På spørsmål om programdifferensiering er prosjektledelsen tydelig på at å ha en nav-veileder integrert i RPH-teamet har gitt tydelig effekt gjennom mer fokus på arbeid i RPH. Arbeid gjennomsyrrer nå behandlingen som gis, og det går kort tid før man starter arbeidsrettet oppfølging. Piloten omtales som en måte å sette samarbeid mellom Nav og RPH i system.

Prosjektledelsen oppfatter også at intervensjonen har en tydelig målgruppe, og at denne sammenfaller med RPHs målgruppe. Erfaringene hittil kan tyde på at det er personer med mer symptomtrykk enn snittet blant RPHs brukere som får tilbudet. Dette dreier seg i hovedsak om angst, lettere PTSD, depresjon og mindre omfattende rusproblemer.

Mens oppfølgingen fra RPH har begrenset variasjon, med et gjennomsnitt på om lag seks timer behandling, varierer Navs oppfølging betydelig. Det kan dreie seg om alt fra én samtale til langvarig oppfølging og bred virkemiddelbruk. Prosjektledelsen poengterer også at det er stor variasjon mellom de ulike pilotene, både med tanke på faglig profil og rekrutteringskanal. På Nesodden har de vært tydelige på at bruker selv skal ta kontakt med RPH og at all snakk om henvisning derfor ikke er relevant. Det bør også være RPH som tar vurderingssamtalen, ikke Nav.

På spørsmål om utfallsmål, tar prosjektledelsen til orde for å måle mer enn kun overgang til arbeid, og at bør være et mål å se en helsemessig gevinst av tiltakene. Selv om en person ikke nødvendigvis kommer i jobb umiddelbart, kan det å få flere verktøy og økt selvtillit ha stor verdi og bidra til positive endringer over tid. Behandling som skjer i en relevant livskontekst kan ofte også ha bedre effekt enn behandling som kun foregår på et kontor. Dersom man ensidig måler resultater i form av overgang til arbeid, kan det dessuten oppstå insentiver til å holde igjen pasienter. Piloten er også opptatt av at FIT-ORS-scoren kan brukes som en del av en helseøkonomisk analyse, der selv en relativt liten forbedring i livskvalitet kan ha stor betydning, ettersom kostnaden ved tiltaket er lav. Intervjudeltakerne viser også til at deltakere i en effektstudie bør samtykke til oppfølgingsmålinger ved ulike tidspunkt fram til to år etter avsluttet oppfølging.

7.2.6 Stovner

Stovner har ikke gjort endringer siden november. De opplever heller ikke at de seks grepene vil medføre omfattende justeringer, foruten oppsplitting av manualen til én for etablering og én til drift, samt mindre endringer i samarbeidsavtalen.

Piloten har hatt jevn pågang av brukere i 2026, og har til sammen inkludert 16 deltakere. Det har imidlertid vært noen utfordringer relatert til målgruppe ettersom piloten nå tar inn brukere tidligere i forløpet, tråd med grepenes målgruppedefinisjon. Enkelte har i den forbindelse vist seg mindre motivert til tidlig jobbfokus, noe som kan være et resultat av at fastlegene har oppfordret til deltakelse uten nødvendigvis å sjekke brukers motivasjon.

Prosjektledelsen viser også til brukere som er sykmeldt på grunn av konflikt på arbeidsplassen, og at dette er brukere som kan være vanskelig å få tilbake, samtidig som det oppleves prematurt å ta opp jobbytte.

På spørsmål om programdifferensiering, er piloten tydelig på at det jobbes annerledes. Tett samarbeid mellom Nav og RPH fører til at «alle drar i samme retning når det gjelder jobbfokus». Mens RPH tidligere primært hadde et helsefokus, har tjenesten nå et tydelig jobbfokus. Piloten viser også til at det er større variasjon i hvilken oppfølging brukerne mottar fra Nav, men at denne tilpasses brukernes behov og dermed er en ønsket variasjon.

Når det gjelder mulige utfallsmål, peker prosjektledelsen på at retur til arbeid blir snevert. Psykisk helse bør også tas med, og scoringer fra for eksempel GAD vil uansett være tilgjengelig fra RPH.

7.2.7 Hå

I Hå kommune startet en ny kognitiv terapeut opp fra desember. Piloten holder på å implementere de seks grepene og har endret kartleggingsskjemaet i tråd med Diakonhjemmets spørsmål. Det brukes også mer tid på jobb og arbeidsplassen i kartleggingen. Kartleggingsskjemaet er derfor blitt mer omfattende enn tidligere, og både Nav og kognitiv terapeut deltar i kartleggingssamtalen. Piloten i Hå har også spisset målgruppekriteriene og er nå strengere med tanke på hvem som får tilbud. I den forbindelse diskuteres også mulig kartlegging hos fastlege ved hjelp av et kortere skjema. Det kan gi bedre sortering av hvem som henvises til piloten.

For øvrig har piloten fortsatt god pågang av brukere. Prosjektledelsen trekker fram godt samarbeid med kommuneoverlegen, og at besøk hos fastlegene fører til henvisninger.

På spørsmål om Samspill innebærer nye arbeidsmåter og praksiser, viser piloten til tettere samarbeid mellom Nav og fastleger, samt økt arbeidsfokus hos Mestringsenheten i kommunen. Arbeidsfokuset har til dels også påvirket andre tjenester, og både sykmeldte og arbeidsgivere er klar over at dette er et satsingsområde i kommunen.

Når det gjelder variasjon i tilbudet som gis, forteller prosjektledelsen at opplegget er forholdsvis likt. I tillegg til kartleggingssamtale tilbyr kognitiv terapeut som regel fem til åtte samtaler. Nav jobber på sin side mest med tilrettelegging, arbeidsoppgaver og funksjon, graderinger og sykmeldinger samt støtte til dialog med arbeidsgiver. Erfaringene hittil tyder på at jobben ofte er en medvirkende årsak til at brukerne er sykmeldte. Mer kompliserte saker fører til større behov for oppfølging fra Nav, og dette fører til ønsket variasjon i hvor mye oppfølging den enkelte får fra Nav. Piloten vektlegger for øvrig et tydelig skille mellom hva Mestringsenheten og Nav tilbyr.

7.2.8 Lillestrøm

Lillestrøm er godt i gang med å implementere de seks grepene fra direktoratene. De er nå tydelige på at mulige brukere må ha behov for begge tjenester dersom de skal inkluderes. Dette er også kommunisert til fastlegene. Bruker får først en kartleggingssamtale med kognitiv terapeut slik at inklusjonskriteriet kan vurderes. Deretter følger en fellessamtale med kognitiv terapeut og jobbveileder. Piloten har også diskutert hva som skal regnes for avsluttet oppfølging og har landet på at det skal være når bruker ikke lenger får bistand fra jobbveileder.

På spørsmål om programdifferensiering viser prosjektledelsen til at tiltaket bidrar til å gjøre veien kortere for pasienten ved at Nav og helsetjenesten arbeider samlet som et team. Dette gjør at pasienten kan få raskere oppfølging knyttet til både arbeid og helse, i stedet for å gå gjennom et sekvensielt løp der man først må vente på én tjeneste og deretter en annen. Når tjenestene jobber sammen, er det et samlet team som følger opp pasienten.

Dette kan redusere vakuemet mange sykmeldte opplever over tid, der de venter på behandling, venter på oppfølging fra Nav eller venter på tiltak. I stedet kan man gripe inn i en tidlig fase og komme raskt i gang med behandling, slik at pasienten ikke blir stående i et slags limbo. Henvisningen skjer gjennom fastlegen, som allerede har en etablert relasjon til pasienten. Tilliten til fastlegen ser ut til å ha betydning for pasientens motivasjon til å delta.

Tidligere kunne pasienten gi ulike opplysninger til fastlegen, koordinator eller terapeut og til jobbveileder. I den nye modellen har aktørene tilgang til de samme opplysningene, noe som gjør det mulig å arbeide med de samme utfordringene fra ulike faglige perspektiver. Dette oppleves å være til stor fordel for pasienten. Det legges også vekt på tidlig kontakt med arbeidsgiver. Tiltaket kan bidra til å lette dialogen med arbeidsgiver, særlig i situasjoner der kommunikasjonen oppleves som vanskelig. Ansatte kan også delta i samtaler med arbeidsgiver ved behov. Ifølge prosjektledelsen viser erfaringene så langt tydelig hvor viktig kontakten med arbeidsgiver er i oppfølgingen. Piloten i Lillestrøm

mener også at målgruppen er tydelig avgrenset, men ønsker flere deltakere med muskel-skjelettplager.

På spørsmål om variasjon i tilbudet, viser intervjudeltakerne i Lillestrøm til at oppfølgingen er individuelt tilpasset, og dette anses som en sentral del av tiltaket. Behovene kan variere betydelig mellom ulike personer. For noen handler det om støtte til å bli værende i jobben de allerede har, mens andre trenger hjelp til å skifte jobb. Livsfase spiller også inn.

Samtidig finnes det enkelte felles elementer i oppfølgingen. Kartleggingen i starten av forløpet er i stor grad lik for alle, og fellessamtalen mellom aktørene følger også en relativt lik struktur. Kognitiv terapi er et sentralt verktøy i behandlingen. Terapeuten vil likevel tilpasse tilnærmingen til den enkelte, og behandlingen kan ikke standardiseres fullt ut. I oppfølgingen fra jobbveileder berøres ofte temaer som utfordringer på arbeidsplassen og hva som skal til for å komme videre. Når det gjelder omfanget av oppfølging, er det en forventning om at timeantallet vil jevne seg mer ut nå som alle deltakere skal ha behov for både helsefaglig og arbeidsrettet oppfølging. Erfaringen er at omfanget ofte lander på rundt seks til sju timer.

Prosjektledelsen i Lillestrøm ønsker også at helseutfall må med, og viser som mange andre til at FIT-scoring vil være tilgjengelig. Intervjudeltakerne er også opptatt av at en reduksjon fra 100 % til 80 % stilling i enkelte tilfeller vil være et positivt utfall, ettersom det kan motvirke hyppig gjentakende fravær og øke sjansene for at vedkommende kan bli stående i arbeid over tid. For å kunne måle jobbfastholdelse, pekes det på at det bør innhentes samtykke til å måle arbeidstilknytning etter ett og to år.

7.2.9 Ringsaker

Prosjektledelsen viser til at de seks grepene omhandler forhold som i stor grad allerede er på plass for piloten i Ringsaker. Det gjenstår noen tilpasninger til grepene, men dette arbeidet vil ferdigstilles i løpet av kort tid.

Samtidig er Ringsaker nå i en ventefase ettersom de har vært noen uker uten terapeut. Ny terapeut-stilling er lyst ut, men i mellomtida er nær sagt alle brukere avsluttet. Inntak av nye brukere vil først starte opp når ny terapeut er på plass. I forbindelse med nyansettelsen vil piloten også justere enkelte forhold. For det første ser piloten et behov for å forsterke forankringen i kommunen. Den har til nå vært for svak. En sterkere kobling til avdelingen for psykisk helse og rus vil også gi terapeuten et større fagmiljø og en arena for å drøfte faglige problemstillinger. Piloten har derfor diskutert muligheten for at terapeuten for eksempel kan være to dager i avdeling psykisk helse og rus, og tre dager på fastlegekontoret. Kommunen er enig i at et slikt grep kan være fornuftig.

For det andre aktualiserer nyansettelsen problemstillinger rundt journalføring. Fastlegene er klare på at terapeuten bør journalføre direkte i fastlegens journal, ettersom dette sikrer en mer sømløs samhandling. Det er likevel enkelte juridiske problemstillinger som ikke er endelig avklart ennå. På dette området etterlyser piloten bistand fra direktoratene.

Når det gjelder de seks grepene, gir prosjektledelsen uttrykk for at manualene tvinger kommunale ledere til å koble seg på og ta eierskap til tjenesten. Det er derfor et ønske om at ledere i kommunen selv skriver inn i manualen. Prosjektledelsen antar at en slik direkte deltakelse i beskrivelse av roller og ansvarsforhold vil øke forankringen i kommunen.

Ringsaker gir klart uttrykk for at piloten innebærer en helt annen måte å jobbe på. Både Nav og helse er tidligere og tettere på enn før, og dette har gitt målbare resultater. Nyskapingen har også gitt mange ideer til videre utviklingsarbeid. Det gjelder ikke minst arbeidsgivers rolle og koblingen mot andre tjenester i Nav, slik som IA-rådgivere og Ungdomsteamet. Utprøvingen har også gitt refleksjoner rundt relasjonsfokus og tillit mellom Nav og bruker, samt hvordan skam og psykisk beredskap hos bruker øker etter hvert som sykmeldingsperioden varer.

Prosjektledelsen gir samtidig uttrykk for at Nav kan bli dominerende. Det kan skygge for nødvendige avklaringer rundt hva som regnes som jobbfokusert kognitiv terapi, hvordan helsedelen i Samspill ivaretas og hvordan det faglige grunnlaget kan tydeliggjøres.

Når det gjelder målgruppe, forteller intervjudeltakeren om det vedkommende opplever som en for vid målgruppe, både i egen pilot og i Samspill som helhet. Her er det behov for ytterligere avgrensning og presisering. Det er uansett avgjørende at innsatsen settes inn tidlig, og tolv uker oppleves som maksimum.

Når det gjelder måling av endringer, støttes utfallsmål på både helse og arbeid. Prosjektledelsen er også opptatt av at deltakere i en eventuell effektstudie må gi samtykke til målepunkter tilstrekkelig langt fram i tid.

7.3 Pilotenes vurderinger av de seks grepene

I intervjuene med pilotene ba vi om en generell vurdering av de seks grepene fra direktoratene. Svarene på dette spørsmålet varierte. Kort fortalt kunne tilbakemeldingene deles i to grupper. Den ene gruppa var godt fornøyd med grepene og mente de var enkle å forstå og implementere. Disse pilotene mente grepene ryddet i et noe uoversiktlig landskap og derfor var godt egnet til å lede Samspill inn i en mer spisset og enhetlig utprøving. På spørsmål om hva som var spesielt bra med de nye grepene, ble det pekt på en tydeligere avgrensning av målgruppen, og kravet om at brukere måtte ha behov for bistand både fra Nav og fra kognitiv terapeut. Enkelte pekte også på at det faglige grunnlaget for Samspill nå var tydeligere, med klare referanser til Diakonhjemmets

behandlingsveileder i jobbfokusert terapi, RPH-håndboka og til standard for arbeidsrettet brukeroppfølging i Nav.

Den andre gruppa stilte seg mer spørrende til de seks grepene. Selv om bildet ikke var entydig, var det en tendens til at piloter som kom langt i utprøvingen i 2025, var mer kritiske til grepene som nå var innført.

En overordnet refleksjon som flere tok opp, var at Samspill generelt hadde hatt mye fokus på det organisatoriske. Noen hevdet de nye grepene forsterket dette inntrykket, og at det faglige kom i bakgrunnen i utprøvingen. Intervjudeltakerne som mente det faglige grunnlaget for tjenestene i RPH ble for lite diskutert, stilte også spørsmål ved kjernegruppas sammensetning og det de mente var en skjevhet mellom Nav og helsefaglig kompetanse. En intervjudeltaker viste til listen over mulige metoder i grep seks, samspillsmøter med bruker, og hevdet metodemangfoldet gjorde innholdet i Samspill utydelig, mindre evidensbasert enn ønskelig samt ga et vanskelig utgangspunkt for en effektstudie. Flere ønsket tettere samarbeid med forskere fra Diakonhjemmet.

Pilotene som var mer kritiske til grepene stilte også spørsmål ved hvorvidt målgruppa var tydelig nok definert. Som eksempel ble det pekt på at det var vanskelig å utarbeide klare inklusjons- og eksklusjonskriterier basert på dagens definisjon. Som eksempel ble det vist til at formuleringen om rus («eventuelt med samtidige rusmiddelproblemer») var uklar og kunne tolkes helt ulikt.

Det var også flere som var usikre på når sluttdato skulle settes. I den forbindelse viste pilotene til formuleringen om at «avslutningsnotat utarbeides av Nav og helsetjenesten i fellesskap», noe flere hevdet kunne være lite hensiktsmessig dersom en av tjenestene fulgte vedkommende lengre enn den andre tjenesten.

I intervjuene ble det også vist til uklare formuleringer i grepene, og at det flere steder var uklart hvem som skulle gjøre hva samt hvor ansvaret egentlig lå. Dette var imidlertid forhold de selv ønsket å avklare sammen med kjernegruppa. Det kom også klare oppfordringer til direktoratene om å fortsette oppfølging og bistand til utprøvingen. I den forbindelse ble det nevnt eksempler på forhold som ennå ikke var tilstrekkelig avklart, som spørsmål om journalføring og personvern.

7.4 Forskernes vurdering av de seks grepene

Gjennomgående mener vi grepene fanger opp viktige momenter og forutsetninger for systematisk samhandling mellom Nav og helsetjenestene. Samtidig opplever vi, i likhet med flere av pilotene, at det er rom for omstrukturering, presisering og tydeliggjøring av innholdet. For eksempel kan det være nyttig å definere begreper som «jobbfokus» og «helsetjenesten».

Vi savner også noen momenter i grepene. Dette dreier seg om de ulike tjenestenes ansvar, roller og kompetansekrav knyttet til de ulike rollene, og beskrivelser av hva den tverrfaglige samhandlingen faktisk innebærer, utover de fastsatte møtepunktene. Grepene skiller i liten grad mellom modeller og tjenester.

Gjennomgående anbefaler vi at innholdet i den daglige samhandlingen løftes og bakes ut. Slik grepene nå fremstår, ligger hovedtyngden i det som berører samhandlingen mellom tjenestene (utenom brukerinvolveringen). Formalisering og forankring er viktige forutsetninger for samhandling, men beskrivelser av den faglige intervensjonen og tilbudet brukerne faktisk mottar bør utgjøre kjernen i Samspill. Dette mener vi bør gjenspeiles i grepene.

En måte å tydeliggjøre intervensjon og innholdet i tjenestetilbudet på, er å omtale brukerkartleggingen som et eget grep. Jobbfokusert kognitiv terapi burde etter vår vurdering også beskrives som et eget grep, da dette er en del av det faglige og evidensbaserte fundamentet Samspill hviler på. Vi savner også en tydelig definering av når oppfølgingen gjennom Samspill skal avsluttes. Det er avgjørende for en videre effektforskning.

De seks grepene er delt inn etter kategoriene «overordnet», «etablering», «drift» og «samspillet i det daglige». Vi tror det er rom for å forenkle disse kategoriene, og foreslår at man holder seg til et skille mellom «etablering» og «drift». Samspillet i det daglige vil dermed inngå i drift, og overordnet (samarbeidsavtalen) vil inngå i etablering. Vi anser videre grep nummer 4 (definerte rollebeskrivelser) som en del av etableringen, da definering av roller er noe som skjer i forkant av den faktiske driften. Det presiseres også under grep 4 at dette grepet skal inngå i Manual for etablering.

Overordnet foreslår vi dermed følgende kategorisering:

Etablering	Drift
Ledelsesforankret samarbeidsavtale	Jobbfokusert kognitiv terapi gjennom tverrfaglig organisering
Manual for etablering, herunder definerte ansvars- og rollebeskrivelser	Kartlegging av brukere
Manual for drift	Samspillsmøter mellom tjenestene uten bruker
	Samspillsmøter mellom tjenestene med bruker

I det følgende gjør vi nærmere vurderinger av hvert grep.

Grep 1: Ledelsesforankret samarbeidsavtale

En ledelsesforankret samarbeidsavtale er en kritisk suksessfaktor for systematisk tjenestesamhandling. Pilotene har tidvis vært bekymret for ledelsesforankringen, spesielt i helsetjenestene, og noen har omtalt samarbeidsavtale som den viktigste forutsetningen for Samspill. Dette er således et effektivt og treffende grep.

Beskrivelsen av grepet viser til at målet er å sikre felles eierskap og nødvendig lederforankring i både Nav-kontor og i den kommunale helsetjenesten. Vi tror «den kommunale helsetjenesten» kan tydeliggjøres, slik at det tydelig fremkommer at dette både gjelder de kognitive terapeutene og fastlegene (slik det presiseres i grep 4). Dette gjelder også i innholdsbeskrivelsen hvor det henvises til «helsetjenesten».

I forklaringen av grepet presiseres det at samarbeidsavtalen skal bidra til at Samspill forankres på ledernivå hos de aktuelle samarbeidspartene. Det er bra. Videre står det at «avtalen definerer verdigrunnlaget samarbeidet bygger på og forpliktelser mellom avtalepartene». Vi vil anbefale at dette omformuleres til «Avtalen *skal* definere ...» og flyttes til punktlisten over hva som skal inngå i avtalen. Setningen som blir stående igjen i forklaringsfeltet (om målet om forankring) blir dermed overlappende med målbeskrivelsen og forklarings-raden kan tas bort.

Det er positivt at det gis en konkret målformulering i innholdsfeltet. Blant annet vises det til at piloten skal gi raskere retur til arbeid og at overgangen til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd skal reduseres. I tillegg til raskere retur til arbeid, er flere av pilotene opptatt av den varige arbeidstilknytningen og bruken av graderte framfor fulle sykmeldinger. Under rapporteringsbeskrivelsene til grep 3 vises til jobbstatus og sykmeldingsprosent som indikatorer. Det kan vurderes om dette bør gjenspeiles i målformuleringen. I forbindelse med resultatmåling påpeker flere piloter at arbeid også gir helsegevinster, og at målene om økt arbeidstilknytning og bedre helse går to veier og er gjensidig forsterkende. Dette kan med fordel også reflekteres i målformuleringen.

Det er positivt at beskrivelsen av målgruppe inngår i samarbeidsavtalen. Vi merker oss at dette er det eneste stedet hvor det skilles mellom modell 1 og 2. Forskjellen er hvorvidt muskel- og skjelettplager inngår i målgruppebeskrivelsen. Ingen av pilotene i modell 1 inkluderer muskel- og skjelettplager i sin målgruppe. Målgruppebeskrivelsen er slik sett treffende for praksis i disse pilotene.

For målgruppen til modell 2 brukes formuleringen «i tillegg til» muskel- og skjelettplager. Altså personer med milde til moderate psykiske helseplager, eventuelt med samtidige rusmiddelproblemer, *i tillegg til* muskel/skjelettplager. Det er derimot kun Ringsaker (i modell 2) som har som kriterium at det skal foreligge mer en psykiske plager. Målgruppen deres er pasienter som (i tillegg til presisering av alder, arbeidsforhold og status på sykefraværet) har lette til moderate psykiske lidelser og

muskel- og skjelettplager, *eller en kombinasjon* av disse. De tre andre pilotene i modell 2 bruker «eller» og «og/eller». Vi mener derfor at «i tillegg til»-formuleringen bør endres til «og/eller». Det kan også vurderes om det er nødvendig å skille målgruppebeskrivelsene for de to modellene. Ved å bruke en «eventuelt og/eller» om muskel/skjelettplager kan beskrivelsen av målgruppe favne begge modeller.

Vi er også spørrende til formuleringen om rusmiddelproblemer, da dette så langt i utprøvingen ikke har vært særlig aktuelt eller tematisert. Dersom rusmiddelproblematikk skal inkluderes i målgruppen, må det tydeliggjøres hvordan dette skal forstås. Det er også viktig at definisjonen man ender opp med, samsvarer med målgruppen til RPH.

Under innholdsbeskrivelsen står det at samarbeidsavtalen skal vise til manual og rollebeskrivelse, til RPH-håndboka, til veileder for jobbfokusert kognitiv terapi og til standard for arbeidsrettet brukeroppfølgning i Nav. Det kan med fordel tydeliggjøres hva det vil si å «vise til». Utover dette vurderer vi punktene vedrørende samarbeidsavtalens innhold som gode.

Punktene «rapportering» og «evaluering» under «systematikk» bør muligens inngå i selve samarbeidsavtalen. Hvem som er ansvarlig for rapportering og evaluering forstår vi som en del av ansvars- og rollebeskrivelsen (som er et krav til innhold i avtalen). Det bør kanskje også presiseres hva som ligger i «opplegg for evaluering, måling og justering». Kanskje kan en formulering som «Det må beskrives et opplegg for å måle resultater som følge av samarbeidet» være enklere å forstå. Manualen for etablering etterspør også måleindikatorer, herunder aktivitets- og utfallsindikatorer. Kanskje er det tilstrekkelig med nærmere beskrivelser av evalueringsplaner i manualen. Samarbeidsavtalen kan på sin side fokusere på avsatte ressurser, ansvar og roller hos de involverte aktørene. Vi merker oss at det kun etterspørres en beskrivelse av ressurser som avgis til oppfølgingen av samarbeidet. Vi mener avsatte ressurser til etableringen også burde inngå.

Grep 2: Manual for etablering av Samspill

Vi vurderer målbeskrivelsen og forklaringen av grep 2 som god og forståelig. Det er positivt at pilotene utfordres til å beskrive hva som er det spesielle ved Samspill, og hvordan Samspill skiller seg fra en monosektoriell tjeneste. Siste setning: «Manual for hvordan etablere og tilby Samspill» framstår noe mer som en overskrift, og formuleringen «og tilby» kan skape forvirring – da fokus hittil har vært etablering. Vi anbefaler derfor å ta vekk denne setningen.

Som for grep 1, kan henvisningene til RHP-håndboken, tilskuddsregelverket til Helsedirektoratet og oppdragsdokumentet i Nav skape forvirring. Om mulig, bør det forklares nærmere hva som ligger i «å ta utgangspunkt i» de nevnte dokumenter. Kanskje

man her kan gjøre tilsvarende som for målformuleringen (en eksakt formulering som skal tas inn), om det er spesielle henvisninger til dokumentene som er ønskelig.

Under innhold, vurderer vi de to første hovedpunktene som relevante for etablering (konkretisere innhold i tjenesten og samarbeid om bruker og definere måleindikatorer). De tre neste punktene (maler for pasient/brukerløp og samhandling mellom aktørene, kommunikasjonsplan og plan for onboarding) vurderer vi at passer bedre inn i Manual for drift. Selv om det er naturlig at disse malene utarbeides i en tidlig fase, berører de etter vår oppfatning den daglige driften i større grad enn etableringen av samarbeidet.

Grep 3: Manual for drift

Målbeskrivelsen «en systematisk, operasjonalisert integrering av helsetjenesten og Nav i førstelinjen» fremstår kompleks. Vi anbefaler en forenkling av denne, hvor det er tydelig at manualen skal gi beskrivelser som er nødvendige for å gjennomføre Samspill i det daglige. «Tverrfaglig organisering for økt arbeidstilknytning hos pasienter med komplekse utfordringer» foreslås som alternativ. Formuleringen som brukes senere: «Tjenestene skal angripe det samme problemet med ulike perspektiver og kompetanser, mot samme mål, samtidig», er også god. For innholdet under «Forklaring» gjør vi den samme vurderingen som for grep 1.

Deler av de to første hovedpunktene i grepets innholdsbeskrivelse (beskrivelser av mål, målgruppe, tiltak og rollebeskrivelser) vurderes som mer relevante for etablering enn drift. Noen av forholdene er også berørt i samarbeidsavtalen (beskrivelser av mål, målgruppe og rollebeskrivelser). Aktiviteter og tilnærming er derimot relevant for driften og bør utdypes i manualen for drift. Disse bør etter vår vurdering stå i to egne punkter, slik at de vies tilstrekkelig oppmerksomhet.

Punktet «beskrivelser av den integrerte samhandlingen mellom Nav og helsetjenesten» kan ses i sammenheng med beskrivelser av aktiviteter. Neste punkt: «Oppfølging av bruker/pasient med utgangspunkt i jobbfokusert kognitiv terapi (Diakonhjemmets behandlingsveileder i jobbfokusert terapi)» kan ses i sammenheng med punktet om tilnærming. Vi tror også det er en fordel om det spesifiseres hva det vil si «å ta utgangspunkt i». Er det Diakonhjemmets behandlingsveileder som skal benyttes, eller skal pilotene ta utgangspunkt i eller la seg inspirere av den? Senere kommer det et eget punkt om intervensjon, hvor det også vises til behandlingsveilederen med formuleringen «ta i bruk», foran. Vår anbefaling er å samle alt som omhandler tilnærming og intervensjon i ett punkt, og konkretisere hvordan veilederen skal benyttes, slik det er gjort under kartleggingsbeskrivelsen. Under «intervensjoner» kan det med fordel også tydeliggjøres hvordan sjekklisten og den kognitive diamanten skal brukes.

I likhet med vår anbefaling om ett punkt om intervensjon/tilnærming, tror vi ett punkt om krav til beskrivelser av aktiviteter i piloten, er gunstig. Dette bør omtale de sentrale

aktivitetene: felles kartlegging og møtene mellom tjenestene med og uten bruker. (Aktivitetene bør likevel beskrives grundigere i egne grep. Beskrivelsene under «Felles kartlegging» kan dermed flyttet til det egne grepet om kartlegging).

I beskrivelsen av kartlegging merker vi oss at pilotene skal « bruke ordinære verktøy i oppfølgingsarbeidet ». Vi oppfatter kartleggingen som en aktivitet i forkant av selve brukeroppfølgingen, og anbefaler derfor at oppfølgingsarbeidet ikke blandes inn i beskrivelsen av kartleggingen. Det er ellers bra at det her står tydelig hvilken del av behandlingsveilederen som skal benyttes.

Punktet under intervensjon, om at « Nav og kognitiv terapeut skal ha et hensiktsmessig samarbeid med fastlege i oppfølging av felles brukere », framstår mer som en målformulering og kan vurderes flyttet til « Mål ». Det er videre en formulering som kan diskuteres, fordi de aller fleste pilotene benytter fastlegene utelukkende til rekruttering av brukere, og i mindre grad i selve brukeroppfølgingen (Det er det kun Ringsaker som gjør). Siste punkt om informasjonsdeling er etter vår oppfatning mer en aktivitet, og kan derfor stå under beskrivelsen av hva som gjøres. Ideelt sett burde grepet også si noe om *hvordan* informasjon skal deles med fastlegene. På dette området kunne et skille mellom modell 1 og 2 også vært fornuftig. Utarbeidelse av avslutningsnotat er slik vi oppfatter det også mer passende under en aktivtetsbeskrivelse. Det samme kan vurderes for rapporteringskravene, som nå står under « systematikk ». Beskrivelsene av rapportering og evaluering i grep 1, må ses i sammenheng med beskrivelsene som gis i grep 3.

Under manual for drift vises til « helsetjenesten ». Vi anbefaler som nevnt at dette konkretiseres (at det gjelder både kognitive terapeuter og fastleger), slik at det ikke oppstår forvirring rundt hvilke tjenester det er snakk om.

Vi merker oss at brukerinntaket og rekrutteringen til piloten ikke er tematisert, kun kartleggingen. Dette mener vi er naturlig å ta inn i Manualen for drift. Ansvarlige for identifisering og rekruttering av brukere må også fremkomme i rollebeskrivelsene.

Grep 4: Definerte rollebeskrivelser i et integrert samarbeid mellom Nav og helsetjenesten

I likhet med foregående avsnitt, anbefaler vi å endre formuleringen « helsetjenesten » til « kommunale helsetjenester ». Målformuleringen under dette grepet (« Tjenestene skal angripe det samme problemet med ulike perspektiver og kompetanser, mot samme mål, samtidig ») er god og beskrivende, men kunne egnet seg enda bedre under en beskrivelse av intervensjon og/eller daglig drift. Forklaringen « Kontinuerlig feed-back-loop mellom rollene » framstår også mer egnet til å beskrive den daglige driften/praktiske samhandlingen.

Vi vurderer innholdsbeskrivelsen av grepet som god. Som vist til i innledningen anbefaler vi å flytte denne beskrivelsen inn i grepet «Manual for etablering». Vi mener også det er viktig at rollebeskrivelsene kobles til det faglige fundamentet i Samspill, og savner en nærmere beskrivelse av de ulike tjenestenes roller og ansvar. Her mener vi særlig tjenestenes ulike handlingsrom og rammebetingelser burde tas i betraktning. Spesielt legene har stor autonomi. Da blir klarere rollebeskrivelser desto viktigere.

«Brobygger/driver av samarbeidet» er oppført som en rolle/funksjon som skal beskrives. Da dette kun gjelder to piloter, anbefaler vi ikke at dette defineres som en fast part i Samspill.

Grep 5: Samspillsmøter mellom tjenestene uten bruker

Målbeskrivelsen og forklaringen av grep 5 framstår utelukkende systemorientert («tjenestene skal jobbe sammen for å evaluere og utvikle tjenestetilbudet» og «sikre at samhandlingen skjer systematisk og på tjenestenivå»). I innholdsbeskrivelsen fremkommer det imidlertid at møtene også skal brukes til å diskutere felles brukere/pasienter. Dette burde også nevnes i mål- og forklaringsfeltene.

Vi vurderer det som fornuftig at samarbeidsmøtene både benyttes til å diskutere oppfølging av fellesbrukere og tjenestesamhandlingen overordnet. Vi er derimot litt spørrende til om det er nødvendig å definere møtefrekvens- og varighet, spesielt når det gjelder møtene hvor felles brukere diskuteres. Behovene her vil avhenge av antall brukere og hva slags oppfølgingsbehov de ulike har. Hva som diskuteres i møtene fremstår for oss viktigere enn hvor ofte møtene foregår, og hvor lange de er.

Under mulige tema ved samhandling om felles og mulige brukere, bør det utover status inkluderes et punkt om hvordan tjenestene sammen kan sørge for å hjelpe brukeren/pasienten videre. Punktene under mulige tema for å bygge tjenesten sammen vurderer vi som gode. Vi opplever det derimot som forvirrende at det under dette kommer en liste over «overordnede» tema. Disse fremstår ledelses-preget, men slik vi har forstått det, er det personer fra tjenestene som følger opp brukere/pasienter, som skal møtes. (Også grunnet siste punkt, om at ledere jevnlig inviteres inn). Vi anbefaler å samle diskusjonspunktene som berører tjenesteutviklingen (altså alle punkter som ikke omhandler diskusjoner om enkeltbrukere). Eventuelt kan det lages en egen liste med punkter som skal diskuteres de gangene ledelsen inviteres inn.

Grep 6: Samspillsmøter mellom tjenestene med bruker

Målbeskrivelsen for grep 6 er presis og god. Som nevnt tidligere, vil vi også her anbefale å endre fra «helsetjenesten» til «de kommunale helsetjenestene». Den siste setningen: «Samspill for styrket jobbhelsetilstand handler om å skreddersy tiltak til den sykmeldte, med klart fokus på å gjenoppta og mestre arbeidslivet» viser til målet med Samspill (utover møtene) og kan vurderes flyttet til beskrivelsen av målsettingen med samarbeidet i grep 1.

Dersom man velger å beskrive tilnærmingen (jobbfokus) som eget grep, kan det stå der.

Teksten i innholdsfeltet virker å handle mer om tjenestetilbudet i stort, og ikke spesifikt samspillsmøtene mellom tjenestene og bruker. Det vises til at tjenesten skal bygge på en felles plan, basert på kartleggingen. Dette (utviklingen av planen) passer trolig bedre inn i beskrivelsen av kartleggingsrutinen. Kulepunkt fire og fem under metoder er også direkte relatert til kartleggingen.

Det vises videre til at bruker skal følges opp ved hjelp av jobbfokusert kognitiv terapi og at Nav skal gi veiledning. Videre vises til mål om bruk av gradert sykmelding, aktiv arbeidsplasskontakt og at det skal gjøres nødvendige justeringer av tiltak. Til slutt redegjøres for aktuelle metoder i Samspill. Vi leser denne innholdsbeskrivelsen mer som en generell beskrivelse av Samspill, med tilnærmingen og målene som ligger til grunn for arbeidet. Innholdet er presentert i en annen form enn for grep nummer 5, som tar form som punktlistor med tema som skal diskuteres i møtene. Vi vil anbefale at grep nummer 6 bruker det samme oppsettet, da temaet (møter) er det samme. Det viktigste er at det er klart for tjenestene hva som skal diskuteres i disse møtene. Resten kan flyttes til beskrivelser av mål, tilnærming og aktiviteter (Manual for drift). Kulepunkt en, to og tre kan etter vår oppfatning kobles til den arbeidsrettede tilnærmingen, kulepunkt fire og fem til kartleggingsrutinen og kulepunkt seks kan stå sammen med de andre malene i Manual for drift.

Når det gjelder de aktuelle metodene som ramses opp, er vi noe spørrende til at samlokalisering overhodet ikke er nevnt. I noen av pilotene, blant annet Ringsaker, omtales samlokaliseringen som selve ankepunktet og suksessfaktoren for samhandlingen. Derimot er gruppesamlinger omtalt, på tross av lav evidens. Vi anbefaler at samlokalisering tas inn, og at gruppesamlinger vurderes tas ut – også fordi det presiseres innledningsvis at det utover de skisserte grepene kan være grep pilotene gjør i tillegg.

Under «Systematikk» leser vi de tre siste punktene som direkte koblet til fellesmøtene med bruker. Dette er viktige tema, som med fordel kan beskrives nærmere: Hva som regnes som et gyldig samtykke, hvordan man i praksis kan sørge for at tjenestene ikke har tilgang til hverandres systemer og hvordan personopplysninger skal behandles. Dette er spørsmål vi vet at flere av pilotene fortsatt søker svar på.

Det første punktet: «I felleskap utarbeide et gjennomgående (før-under- etter tilbudet) jobbrelatert funksjons- og aktivitetsbasert notat» oppfatter vi som litt krevende å forstå. Er «i fellesskap» sammen med bruker? I så fall kan punktet flyttes opp til forhold som skal tematiseres i samtalen. Hva som ligger i «jobbrelatert funksjons- og aktivitetsbasert» og hva som er forventningene til innholdet i notatet bør tydeliggjøres.

7.4.1 Konkretisering av innholdet i Samspill

I følgeforskningen har vi brukt virkningskjeder for de enkelte pilotene for å beskrive deres intervensjonslogikk på en systematisk og sammenlignbar måte. Virkningskjeder gir struktur og oversikt. På den måten kan de være nyttige for å identifisere forhold som ikke er tilstrekkelig avklart. Samtidig kan virkningskjeder for noen framstå abstrakte og lite tilgjengelige. Det kan være et argument for å utarbeide en brukerreise med oversikt over samtlige kontaktpunkter mellom bruker og tjenestene. Det vil gi en annen type visualisering av hvem som gjør hva når, og hvordan. Inn mot en eventuell effektforskning, kan det være en nyttig øvelse å gjøre for pilotene samlet.

8. Oppspill til effektforskning

I det følgende redegjør vi for hvilke forutsetninger som må være oppfylt før det vil være hensiktsmessig å gjennomføre en effektstudie. Vi beskriver også avveininger mellom de ulike hovedalternativene som kan være aktuelle å benytte. Til slutt gir vi en samlet vurdering, der vi peker på at det foreløpig gjenstår mye arbeid med å konkretisere modellens intervensjoner, målgruppe og målstruktur, før Samspill er modent for en effektstudie. Det er likevel ingen grunn til å miste motet; veien mot effektstudier er belagt med avklaringer og presiseringer.

8.1 Forutsetninger for en effektstudie

Noen sentrale forutsetninger må være oppfylt for å kunne analysere effekten av enhver intervensjon, herunder Samspill. Momentene nedenfor er viktige, men ikke nødvendigvis uttømmende.

8.1.1 Programdifferensiering

For det første må intervensjonen være tydelig operasjonalisert i én eller flere praksiser som er annerledes enn hvordan man ellers arbeider, såkalt *programdifferensiering*. Dette handler både om å beskrive hva som skiller intervensjonen fra det tilbudet målgruppen ville ha mottatt i fravær av tiltaket, og om å skille intervensjonens ulike elementer fra hverandre (Dane & Schneider, 1998; Dusenbury et al., 2003). Ordinær oppfølging og/eller behandling vil vanligvis utgjøre kontrollbetingelsen, og programdifferensiering kan i denne sammenhengen forstås som *behandlingskontrasten* mellom det ordinære tilbudet og det en bruker eller pasient mottar gjennom intervensjonen. Eller som Weiss et al. (2014, s. 785) formulerer det: «if clients have the exact same experience in a program as they would have had if they were not in the program—then there cannot be a program effect. Thus, a treatment contrast is necessary for a program effect to occur.»

Den andre siden av programdifferensiering er å bryte opp programmet i distinkte praksiser. Dette muliggjør analyser av det unike bidraget fra hver komponent (component analysis) for å identifisere de virksomme «ingrediensene» som må være til stede for å frambringe den ønskede effekten. Disse omtales gjerne som intervensjonens *kjerneelementer* (Carroll et al., 2007). Effektmålinger kan dermed designes slik at man kan fastslå hvilke deler av intervensjonen som er nødvendige for behandlingseffekten og hvilke som er overflødige. Slik kunnskap er nyttig med tanke på spredning og oppskalering av intervensjonen til andre Nav-kontor og kommunehelsetjenester.

I Samspill er denne typen differensiering allerede forsøkt ivarettatt gjennom utviklingen av de seks grepene. Med tanke på en effektmåling er det særlig viktig å «pakke ut» de elementene som fører til at målgruppen mottar et tilbud som er annerledes enn det de ellers ville fått (behandlingskontrast). I grep seks listes det opp metoder som spenner fra individuell oppfølging til selvhjelpsprogram og gruppesamling. Selv om jobbfokus skal være kjernen i alle metodene, vil variasjonen i hva bruker mottar utgjøre et problem for den indre validiteten i enhver effektstudie, med mindre man tydelig differensierer dem i implementering og studiedesign. En slik differensiering vil samtidig innebære høyere ressursbruk, for å dekke alle relevante kombinasjoner av metoder i en eventuell komponentanalyse.

Gitt at grepene skal prøves ut og justeres i 2026, samtidig som innholdet i intervensjonen videreutvikles med veiledning fra Diakonhjemmet, er det etter vår vurdering lite realistisk at Samspill allerede i 2027 vil være modent for et design som skal isolere hvilke enkeltkomponenter som forårsaker en eventuell behandlingseffekt. Før et slikt design kan vurderes, bør det dokumenteres at intervensjonen er tilstrekkelig stabilisert, at målgruppen er tydelig avgrenset, og at det foreligger en mer ensartet praksis for hva deltakerne faktisk mottar. Underveis i denne utprøvingen har fagfolkene innenfor psykisk helse dessuten gitt klare innspill på at individuelt rettet og jobbfokusert, kognitiv terapi har et langt sterkere evidensgrunnlag enn kurs og gruppeterapi. Dersom kjernegruppen beslutter å avgrense metodebruken til individrettet, jobbfokusert, kognitiv terapi, ville det gjort en komponentanalyse av alle metodene, nevnt i grep seks, overflødig.

Et annet viktig moment i denne differensieringen er å definere det relevante sammenligningsgrunnlaget. Dersom målet er å undersøke effekten av tjenestesamhandling, vil det mest relevante sammenligningsgrunnlaget være personer som mottar oppfølging og behandling fra både Nav og kommunale helsetjenester, men uten at dette gis *koordinert* og *samtidig*. Hvis ikke, har man ikke noe grunnlag for å hevde at Samspillmodellen er nødvendig, ettersom man ikke kan vite om det hadde vært tilstrekkelig å tilby tjenestene uavhengig av hverandre for å oppnå samme resultat.

Samtidig må man være varsom med å betrakte sammenligningsgrunnlaget, altså «ordinær praksis», som en homogen størrelse. Det pågår mange initiativer og utprøvinger på feltet,

og det er generelt høy praksisvariasjon i Nav og kommunale helsetjenester. Implikasjonen er at effekten som måles av Samspill vil være avhengig av hvilken praksis den måles mot. Dermed er ikke inndeling i intervensjons- og kontrollgrupper kun et teknisk spørsmål, men et substansielt valg om hvilken tjeneste den må utkonkurrere for å kunne ta veien fra effektstudie til faglig anbefaling.

8.1.2 Avgrensning av målgruppe

For det andre må intervensjonen ha en *avgrenset målgruppe* som har til felles noen kjennetegn og problemområder man ønsker å se en endring på. Hvilke forhold som avgjør om den sykmeldte eksponeres for intervensjonen må beskrives nøyaktig i henholdsvis inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Dette er observerbare kjennetegn ved de sykmeldte, som enten gjør dem til gyldige deltakere, eller som ekskluderer dem fra videre deltakelse i intervensjonen.

Som vist til andre steder i rapporten (se kapittel 7.3 og 8.3) er det ikke etablert en felles liste over tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier som definerer målgruppen, utenom milde til moderate helseplager og lengde på sykefraværet ved inntak. Målgruppen er videre ulik i Modell 1 og Modell 2, uten at grepene ellers skiller tydelig mellom modellene. Dessuten er det uklart hvordan rusmiddelproblemer skal operasjonaliseres. Det vil være nødvendig å avklare hvilke av følgende forhold som gir grunnlag for inklusjon.

I en utprøving som skal gi «et helhetlig og koordinert tjenestetilbud fra Nav og omsorgstjenesten i kommunen», er det påfallende at målgruppedefinisjonen kun forholder seg til helserelaterte kjennetegn. Etter vår vurdering utgjør for eksempel alder et prioriteringsspørsmål for arbeidsrettet oppfølging, ettersom det kan stilles spørsmål ved ressursbruk rettet mot personer som nærmer seg pensjonsalder. Vi savner også at målgruppedefinisjonen i grep én tydelig spesifiserer at arbeidsforhold er et inklusjonskriterium.

8.1.3 Operasjonaliserbare utfallsmål

For det tredje må endringene være *observerbare og målbare* (Chen, 2015). Målformuleringen som ligger til grunn for samspill er at «brukerne skal oppnå bedret helsetilstand og mestringsvegne, som skal bidra til raskere retur til arbeid og at overgangen til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd reduseres». Disse målene må imidlertid oversettes til operasjonelle utfallsmål som kan måles på en pålitelig måte.

Sett fra arbeidssektorens perspektiv, kan det sentrale primærutfallsmålet forstås som at færre sykmeldte går videre i et langvarig forløp langs helseaksen i Nav. Hvis returen skjer raskere (i sykepengeåret) vil den logiske følgen av dette også være at de ikke får en overgang til arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, i det minste i det gjeldende

forløpet. Samtidig er det viktig å avklare det egentlige målet med tiltaket, for å unngå målforskyvning: Hvis man legger for sterk vekt på «raskere retur», kan det tenkes at sykmeldte som hadde hatt fordel av et lengre avklaringsløp blir presset tilbake i arbeid før det er hensiktsmessig. Hvis disse ender med å få et høyere fravær totalt sett, eller sågar med frafall fra arbeidslivet, vil det undergrave hensikten med intervensjonen. Her kommer også tidsdimensjonen inn i bildet, og understreker betydningen av et tilstrekkelig langt observasjonsvindu.

Fra helsesektorens ståsted er det primære målet med intervensjonen at pasientene deres får bedre helse. Et moment som har vært diskutert i utprøvingen er at bedret helsetilstand ikke nødvendigvis bør betraktes som et mellomliggende (medierende) utfall, men også kan inntreffe som et resultat av at brukeren mestrer å stå i arbeid til tross for symptomtrykket. Arbeid blir dermed mer å betrakte som en helsefremmende «behandling». Det er solid forskningsmessig belegg for at arbeid er forbundet med positive helseeffekter, knyttet til blant annet reduksjon av risiko for depresjon og psykiske helseplager (van der Noort et al., 2014) samt forbedret kardiovaskulær helse, redusert risiko for rusmisbruk og en rekke andre fysiske og mentale helsegevinster (Gerdes et al., 2026). I praksis innebærer dette at evalueringen bør omfatte både arbeidsrelaterte og helserelaterte utfallsmål, og at disse må følges over et tilstrekkelig langt tidsrom.

Et mulig arbeidsrelatert utfallsmål er antall dager fra inklusjonstidspunktet (evt. første sykedag) til første sammenhengende periode på minst 8 eller 12 uker uten helserelatert ytelse, kombinert med et registrert arbeidsforhold i Aa-registeret.

Sekundære utfallsmål kan være gradert sykefravær, målt som antall dager/uker fra inklusjonstidspunktet til reduksjon i sykefraværspersent og differanse i sykefraværspersent ved oppstart og avslutning.

I tillegg til registerbaserte arbeidsutfall og mål på helse, funksjon og symptomtrykk, bør studien omfatte oppfatninger om arbeidsevne, forventning om retur til arbeid og jobbrelatert mestringsstro. Dette er ikke bare relevante bakgrunnsvariabler, men også sentrale prediktorer for faktisk retur til arbeid og mulige mellomliggende utfall. Samspill kan forventes å påvirke retur til arbeid nettopp ved å styrke brukerens vurdering av egen arbeidsevne, forventning om å komme tilbake i jobb og tro på å mestre arbeidsrelaterte krav. I en fremtidig studie bør disse variablene derfor inngå i en eksplisitt modell sammen med helsetilstand, funksjon og registerbaserte arbeidsutfall. Rent praktisk innebærer dette at de bør måles ved oppstart og ett eller flere oppfølgingstidspunkter, slik at man kan undersøke både prediktiv betydning og eventuelle endringer over tid.

Skårer på validerte psykometriske instrumenter (som FIT og GAD) kan også være relevante som sekundære utfallsmål, særlig for å måle endringer i helse, funksjonsevne og

mestring. Slike mål kan utfylle registerbaserte arbeidsutfall ved å synliggjøre at helse ikke bare er en forutsetning for retur til arbeid, men også kan forbedres som følge av at brukeren kommer tilbake i arbeid og mestrer å stå i det over tid.

8.1.4 Muligheter for et flermetodisk design

En effektstudie av Samspill kan med fordel suppleres med kvalitativ datainnsamling, gjennom et flermetodisk design («mixed methods»). Dette kan enten gjennomføres som et integrert flermetodisk design, der kvalitative og kvantitative data kobles eksplisitt i analyse og fortolkning, eller som et forskningsdesign der både kvalitative og kvantitative delstudier inngår metodisk uten å være fullt integrert (Adu et al., 2022; Palinkas, 2022). Kvantitative data kan da brukes til å beskrive målgruppen, følge forløp over tid og analysere variasjon i arbeids- og helseutfall, mens kvalitative data kan belyse implementeringskvalitet, behandlingskontrast, erfaringer fra tjenesteledd og brukere samt betydningen av lokal kontekst.

Fordelen ved en slik tilnærming er at den gir et bedre grunnlag for å blant annet vurdere om Samspill er blitt implementert på en enhetlig måte i Nav-kontor og helsetjenestene som deltar i studien. Kvalitativ datainnhenting vil også gi informasjon om omfang og innhold i oppfølgingen og behandlingen deltakere faktisk mottar samt hvilke mekanismer som ser ut til å frambringe eventuelle effekter. Kvalitative data kan styrke de kvantitative analysene ved å gi grunnlag for riktig fastsettelse av observasjonsperiode og bedre grunnlag til å vurdere når effekter kan forventes å inntreffe. I tillegg kan kvalitative funn brukes til å validere og nyansere kvantitative resultater, for eksempel ved å forklare uventede funn, identifisere mulige feilkilder eller avdekke forhold som ikke fanges opp i registerdata.

Et integrert flermetodisk design vil gi størst analytisk merverdi, fordi det åpner for å undersøke ikke bare *om* tiltaket virker, men også hvordan, for hvem og under hvilke forutsetninger det virker. En slik integrasjon kan for eksempel innebære at kvalitative data brukes til å forklare variasjon i kvantitative resultater, eller at hypoteser utviklet på bakgrunn av kvalitative funn testes i de kvantitative analysene (Dellinger & Leech, 2007). Et mindre integrert design vil være metodisk enklere å gjennomføre, og kan likevel gi verdifull kunnskap ved at de kvalitative og kvantitative delene belyser ulike sider av intervensjonen, uten at de nødvendigvis kobles eksplisitt i selve analysen (Palinkas, 2022).

Ulempen ved flermetodiske design er først og fremst økt kompleksitet i planlegging og gjennomføring, fordi flere datakilder, aktører og analysetyper må samordnes (Nightingale & Stewart-Lord, 2026; Peng & Annansingh, 2012). Denne kompleksiteten er størst i et integrert design, der man i tillegg må utvikle en eksplisitt strategi for hvordan funn fra ulike datakilder skal kobles og tolkes samlet. Dette stiller høye krav til metodisk

kompetanse og kan gjøre analysene mer tidkrevende. Et mindre integrert design vil redusere disse kravene, men til gjengjeld blir mulighetene for triangulering svakere. Valget mellom de to tilnærmingene handler derfor om en avveining mellom analytisk merverdi på den ene siden og gjennomførbarhet og ressursbruk på den andre.

I det videre redegjør vi for hvilke prinsipper som ligger til grunn for henholdsvis et randomisert kontrollert design og et kvasiekperimentelt design, og hvordan disse kan benyttes til en effektevaluering av Samspill.

8.2 Randomisert kontrollert studie

Kjernen i designet til en randomisert kontrollert studie (randomized controlled trial – RCT) er å utnytte en tilfældighetsmekanisme til å redusere risikoen for seleksjonsskjevhet. Ved å tilfeldig dele inn et tilstrekkelig høyt antall deltakere i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, kan man sørge for at deltakerne ikke er systematisk forskjellige på noen andre måter enn hvorvidt de mottar intervensjonen eller ordinær oppfølging og behandling. Eventuelle forskjeller i utfall kan dermed i utgangspunktet tilskrives intervensjonen, og man kan dermed måle den isolerte effekten av denne. Samtidig kan heller ikke et RCT-design eliminere alle mulige feilkilder. Pålitelig kunnskap vil fortsatt avhenge av tydelig avgrensning av målgruppe og intervensjon, god implementering, høy datakvalitet, hensiktsmessig valg av kontrollbetingelse, tilgang til og kobling av relevante registre, og god forståelse av lokale kontekster.

Et RCT bør derfor forstås som det metodisk sterkeste designet for kausal tolkning når sentrale forutsetninger er oppfylt. *Indre validitet* handler om studiens rigide design, som reduserer risikoen for iboende skjevheter (f. eks skjev rekruttering, ikke-tilfeldig eksponering, ikke-blindet behandling), i tillegg til beregning av antall deltakere som må til for å kunne påvise en effekt (statistisk styrke). *Ytre validitet* handler om resultatenes generaliserbarhet, altså om studien ville fått de samme resultatene om den ble utført et annet sted, med andre deltakere med samme kjennetegn. Det er utviklet vitenskapelige kvalitetsstandarder for randomiserte studier som ivaretar indre og ytre validitet når de integreres i utviklingen av en RCT.

CONSORT-sjekklisten er den ledende standarden med veiledning for rapportering av RCT-er (Hopewell et al., 2025). Denne skal sikre transparens og stringens, og samtidig muliggjøre systematisering av kunnskap gjennom senere metaanalyser og kunnskapsoppsummeringer. CONSORT-sjekklisten er innrettet som en rapporteringsveileder for biomedisinske studier, og det er derfor utviklet flere tilpassede versjoner, inkludert en sjekklister for rapportering av sosiale intervensjoner kalt CONSORT-SPI 2018. Den vektlegger i større grad kontekstuelle faktorer, hvordan interessenter er blitt involvert i studiens ulike faser samt muligheter og begrensninger knyttet til «maskering» (blinding) av hvorvidt deltakere er plassert i kontroll- eller

intervensjonsgruppen. Maskeringen kan i teorien foretas for deltakere, behandlere/veiledere, datainnsamlere og forskerne som gjennomfører de statistiske analysene, og er ment å forhindre at uspesifikke faktorer (forventninger) påvirker resultatene. I praksis vil det i sosiale intervensjoner, som Samspill, som regel være tilnærmet umulig å maskere inndelingen for behandlere og deltakere (Grant et al., 2018). Wilson argumenterer med at det heller ikke nødvendigvis er *ønskelig* å maskere de fleste typer sosiale intervensjoner, fordi man er opptatt av hvor godt de virker sammenlignet med ordinær praksis i en sosial kontekst, med forventninger og det hele (2013).

CONSORT-sjekklisten fungerer også som et planleggingsverktøy i forberedelsen av en RCT. Som en del av forberedelsene bør det forfattes en protokoll, der man systematisk og detaljert redegjør for design og analyseplaner. Dette sikrer gode forberedelser til utførelsen av RCT-en, og bidrar til ytterligere transparens i prosessen, ved at endringer i design blir synliggjort og må begrunnes. Sjekklisten for protokollen heter SPIRIT, og henger sammen med punktene i CONSORT (Chan et al., 2025).

8.2.1 Randomiseringsdesign

Det er to typer randomiseringsdesign som er aktuelle for en RCT av Samspill. Det mest brukte randomiseringsdesignet er *individuell randomisering*. I et slikt design vil deltakere som oppfyller inklusjonskriteriene randomiseres til å enten få oppfølging som vanlig (kontrollgruppe) eller koordinert arbeidsrettet oppfølging av kommunale helsetjenester og Nav-kontor (intervensjonsgruppe). Randomiseringen gjøres på individnivå, blant alle som vurderes å være i målgruppen og oppfylle inklusjonskriteriene.

Den andre muligheten er *klyngerandomisering*. Dette er et design som er vanlig å bruke når intervensjonen utføres for alle deltakere i en naturlig avgrenset gruppe, slik som en behandlingstjenestestasjon eller et Nav-kontor. Klyngerandomisert design er nyttig å bruke når det er høy risiko for kontaminering mellom gruppene, altså at de som er i kontrollgruppen indirekte blir eksponert for intervensjonen. Som navnet tilsier, randomiseres deltakerne på klynge nivå i denne typen studier.

Flere av grepene i Samspill egner seg dårlig for individuell randomisering, ettersom de berører tjenestesamhandlingen på systemnivå og deltakerne i kontrollgruppen vil bli indirekte eksponert for dem. Dermed får man ikke en tilstrekkelig behandlingskontrast mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Samspillsmøter med bruker er det eneste grepet som kan egne seg for individuell randomisering, men man får da ikke evaluert den samlede effekten av programmet som helhet. Det taler for at klyngerandomisering er det mest aktuelle designet for en RCT av Samspill.

Hva som utgjør en relevant klynge i Samspill, må defineres ut fra hvor og hvordan intervensjonen organiseres og risikoen for kontaminering. En naturlig klynge kan for eksempel være ett Nav-kontor og den eller de kommunale helsetjenestene som sammen

leverer Samspill i et definert opptaksområde. I større kommuner med flere Nav-kontor, kan en klynge eventuelt være et avgrenset område eller en bydel, forutsatt at rekruttering, opplæring og praksis er organisatorisk skilt fra øvrige enheter i kommunen.

8.2.2 Styrkeberegninger

Før man beslutter å gjennomføre en randomisert kontrollert studie (RCT), er det viktig å gjennomføre en styrkeberegning. En slik beregning gir et anslag på hvor mange enheter som må inkluderes for at studien skal ha tilstrekkelig sannsynlighet til å påvise en reell effekt av tiltaket, dersom en slik effekt finnes. Jo høyere statistisk styrke studien har, desto større er sannsynligheten for å påvise også svakere effekter. Samtidig er styrken tett knyttet til antall observasjonseenheter, og det vil være ressurskrevende å øke antallet. Studien bør derfor dimensjoneres for å kunne påvise en substansielt interessant effekt, det vil si en forbedring på utfallsmålene som er stor nok til å være praktisk relevant. Man trenger ikke bruke mer ressurser enn nødvendig for å måle en ubetydelig effekt.

I en klynge-randomisert studie er det særlig to forhold som har betydning for utvalgsstørrelsen: antall klynger og antall individer per klynge (klynge størrelse). I tillegg vil faktorer som forventet effektstørrelse, variasjon i klynge størrelse og graden av likhet mellom individer innen samme klynge påvirke hvor mange klynger som må rekrutteres. En utfordring i klyngerandomiserte studier er nettopp at deltakerne innad i en klynge kan være systematisk likere hverandre enn deltakere i andre klynger. Denne likheten uttrykkes gjerne ved hjelp av ICC (intraclass correlation coefficient), og det må tas hensyn til dette i både styrkeberegningene og analysene. Den effektive utvalgsstørrelsen blir dermed mindre enn antall deltakere skulle tilsi, og klyngerandomiserte studier krever derfor ofte et større samlet utvalg enn individuelt randomiserte studier for å oppnå tilsvarende statistisk styrke. Studiens statistiske styrke økes imidlertid mer effektivt ved å øke antallet klynger enn ved å øke antallet deltakere innen hver klynge. Matching eller stratifisering kan også øke den statistiske styrken og redusere risikoen for at intervensjons- og kontrollgruppen er systematisk forskjellige. Slike valg påvirker samtidig både beregningen av utvalgsstørrelse og den statistiske analysen (Campbell et al., 2012).

Siden Nav-kontorer og kommunehelsetjenester kan variere i størrelse, organisering og lokale rammebetingelser, er det viktig å inkludere et tilstrekkelig antall klynger for å redusere betydningen av slike forskjeller. En rekruttering på 16–18 klynger, tilsvarende 8–9 Nav-kontor og kommunehelsetjenester i hver gruppe, kan være et realistisk mål. Om dette gir tilstrekkelig statistisk styrke, må imidlertid vurderes på grunnlag av en konkret styrkeberegning. En slik beregning må ta utgangspunkt i den planlagte analysemodellen, ønsket statistisk styrke og realistiske antakelser om effektstørrelse, ICC, signifikansnivå og antall studiedeltakere per klynge.

Et omfang på 16-18 klynger, med 8-9 i hver studiearm, er ikke i seg selv uvanlig eller spesielt omfattende, sammenlignet med andre klyngerandomiserte studier på feltet. Antallet må heller betraktes som et forsiktig anslag på hvor mange klynger det kan være nødvendig å rekruttere for å kunne påvise praksisrelevante effekter. Det er viktig å merke seg at jo mer man søker å begrense antallet klynger som rekrutteres til studien, desto større problemer vil forsinket oppstart, svak implementering, lav rekruttering av deltakere eller frafall i noen få klynger kunne skape for effektstudiens statistiske styrke og for tolkningen av resultatene. Det avgjørende spørsmålet er derfor om det vil være mulig å lykkes med en enhetlig implementering, som holder tilstrekkelig høy kvalitet i de klyngene man rekrutterer. Hver klynge må anvende de samme inklusjonskriteriene, oppnå tilstrekkelig behandlingskontrast mot ordinær oppfølging og rekruttere deltakere over tid på en ensartet måte, for at variasjon mellom klyngene ikke skal undergrave studiens indre validitet.

8.2.3 Praktisk gjennomføring, risiko og kostnader

Kostnader ved en RCT er knyttet til implementeringen på den ene siden og forskningen på den andre. Implementeringskostnadene vil være tett forbundet med antall klynger som inkluderes i studien: Jo høyere antall Nav-ansatte, kognitive terapeuter og evt. fastleger som skal levere metoden, desto høyere kostnader vil implementeringen kreve. Estimerer for kostnader ved implementering kan beregnes basert på erfaringene fra utprøvingen av Samspill, og vil både inkludere lønnskostnader, opplæring og metodeveiledning for Nav-kontor, kommunehelsetjenester og evt. fastlegekontorer som deltar. Vi har imidlertid ikke tilstrekkelig presis informasjon fra utprøvingen til å kunne anslå nivået på disse utgiftene.

Kostnadene ved antallet klynger må samtidig vurderes opp mot risikoen for at studien blir underdimensjonert: Selv om flere klynger innebærer høyere implementeringskostnader, vil de også redusere sårbarheten for variasjon i implementering og frafall. På marginen, kan derfor kostnaden ved å inkludere flere klynger være lavere enn kostnaden ved å gjennomføre en studie som ikke gir beslutningsrelevante svar. De ekstra kostnadene ved å gå fra for eksempel 16 til 18 klynger, kan med andre ord være en lønnsom investering.

For å anslå kostnader ved forskningen, vil tildelinger til tidligere gjennomførte forskningsprosjekter kunne gi en god pekepinn på hvilken størrelsesorden man bør regne med. Imidlertid er den offentlig tilgjengelige informasjonen om tidligere gjennomførte effektstudier ofte lite konkret med hensyn til hvilken samlet budsjetttramme prosjektene er gjennomført med og hvordan kostnadene er fordelt på ulike aktiviteter. Som regel nøyer forskerne seg med å oppgi finansieringskilder i protokoller, publikasjoner og prosjektbeskrivelser.

Basert på en gjennomgang av tildelinger fra Forskningsrådet til lignende effektstudier med RCT-design, kan kostnadene forbundet med forskningsdelen forventes å ligge rundt

6-9 millioner NOK.⁵ Vi må samtidig understreke at dette estimatet er usikkert, og at kostnadene til prosjektene vi har sett på ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbare med en eventuell effektstudie av Samspill. Basert på konsultasjon med forskerne bak SEED-studien, ble for eksempel deler av tildelingsbeløpet benyttet til finansiering av doktorgradsstillinger og til gjennomføring av samfunnsøkonomiske kost-nytte-analyser, mens selve RCT-delen kostet omkring 4 millioner NOK. Kostnadene ved studien vil altså påvirkes av hvorvidt man vil inkludere andre former for datainnsamling og analyse, for eksempel en kvalitativ datainnsamlingspakke for å undersøke implementering og virksomme mekanismer. Dersom man ønsker søknader fra de mest fremste forskningsmiljøene på feltet, bør prosjektrammen samtidig ha rom for kostnader knyttet til publisering i vitenskapelige tidsskrifter og finansiering av doktorgradsstillinger, ifølge forskerne vi har rådført oss med.

8.2.4 Studiens tidslinje

I tillegg til metodiske avklaringer knyttet til design og styrkeberegning, vil en RCT av Samspill kreve en realistisk plan for studiens ulike faser og deres varighet. En RCT-studie bør inneholde fire faser:

- *Rekrutteringsfase.* Denne må være lang nok til at man oppnår å rekruttere det antall Nav-kontor, kommunehelsetjenester (og fastlegekontor?) man trenger i henhold til styrkeberegningene.
- *Implementeringsfase.* Det kan være ressurskrevende å etablere god samhandlingspraksis mellom Nav-veileder/jobbspesialist, kognitiv terapeut og evt. fastlege. Intervensjonskontorene må få tilstrekkelig tid til å samkjøre seg, før man begynner på observasjonsperioden.
- *Observasjonsperiode.* Dette er tiden da intervensjonen får «virke» på populasjonen, altså de som står i fare for å bli sykmeldt eller er i en tidlig sykmeldingsfase.
- *Oppfølgingstidspunkt.* Tidsrammen for dette må være i tråd med tidsrommet for når man kan forvente å se den ønskede effekten. Dette kan inkludere kort- mellomlang og langtidsoppfølging som korresponderer med tidsvinduet for ulike utfall (slik som retur til arbeid/jobbskifte, overgang til tiltak, overgang til AAP og uføretrygd).

⁵ En RCT av Arbeidsrettet rehabilitering ved muskel- og skjelettsmerter og lettere psykiske lidelser med 334 deltakere fikk tildelt [6,5 millioner NOK fra Forskningsrådet](#). Supported Employment & preventing Early Disability (SEED), som var en RCT av supported employment rettet mot unge utenfor arbeid og utdanning med 96 deltakere, som fikk [tildelt 8 millioner NOK fra Forskningsrådet](#). Trygt svangerskap - opplæring i trygghetsfremmende tiltak for voldsutsatte norske, somaliske & pakistanske gravide var en RCT med 317 deltakere, som fikk tildelt [9,3 millioner NOK fra Forskningsrådet](#).

8.3 Kvasieksperimentelt design

Et alternativ til å gjøre en randomisert kontrollert studie er å benytte et såkalt *kvasieksperimentelt* design. Fordelen med en kvasieksperimentell studie er at den vil være mindre inngripende i deltagende Nav-kontorers og kommunehelsetjenesters hverdag, fordi forskningen gjennomføres basert på registerdata. Det vil følgelig også være mer kostnadseffektivt, fordi man ikke trenger å rekruttere andre Nav-kontor og kommunehelsetjenester enn dem som faktisk skal gjennomføre intervensjonen. Ulempen er at randomisering ikke inngår i et slikt design, og risikoen er dermed større for systematiske skjevheter mellom gruppene man sammenligner. Samtidig finnes det grep man kan gjøre for å sannsynliggjøre at endringen man påviser er knyttet til den aktuelle intervensjonen. Det viktigste man gjør er å etablere en kontrollgruppe som på alle observerbare mål er lik intervensjonsgruppen.

I en kvasieksperimentell studie vil man som regel gjennomføre en kombinasjon av analyser, som til sammen sannsynliggjør at en eventuell endring i intervensjonsgruppen kan tilskrives tiltaket. De vanligste analysene man foretar i en kvasieksperimentell studie er følgende:

- *Tidsserie*. Her sammenlignes to tidsperioder, før og etter tiltaket.
- *Matchet kontrollgruppe*. Her etableres en kontrollgruppe som matcher intervensjonsgruppen på observerbare variabler (slik som demografiske kjennetegn, sosioøkonomisk status, geografisk tilhørighet og sykmeldingshistorikk), som danner grunnlag for effektanalysene.
- *Propensity score matching*. Denne metoden matcher kontroll- og intervensjonsdeltakere på en større bredde av kjennetegn enn ved matchet kontrollgruppe. Man matcher personer fra intervensjonsgruppen og fra kontrollgruppen basert på sannsynligheten for å være i behandlingsgruppen.
- *Forskjell-i-forskjell-analyser*. Analysen kombinerer analyser av både kontroll/intervensjonsgruppe og tidsserier, slik at man ser om gruppene har ulik utvikling over tid. Dette er en analyse som også benyttes i RCT-er.

Imidlertid ligger hovedbegrensningen nettopp i at man kun kan kontrollere for observerbare kjennetegn. Man vil for eksempel ikke kunne vite om det er vanligere at de som mottar intervensjonen i utgangspunktet er mer motiverte for å stå i jobb eller om det er faktorer ved Nav-kontorene som gjør at de i utgangspunktet står bedre rustet til å levere sykefraværsoppfølging av høyere kvalitet. Når man ikke har en randomisert inndeling i intervensjons- og kontrollgrupper kan resultatene påvirkes av uobserverbare forskjeller og føre til at man får skjeve effektestimater. Man vil heller ikke med sikkerhet kunne vite hva som er gjort i oppfølgingen og/eller behandlingen av individene i kontrollgruppen. Et kvasieksperimentelt design er også spesielt sårbart for smitteeffekt, på den måten at utbredelsen av en arbeidsform kan spre seg i praksisfeltet uten at det fanges opp av

tilgjengelige data. Slike skjevheter kan i større grad reduseres i et RCT-design, men ikke nødvendigvis elimineres fullstendig. Den indre validiteten av en kvasieksperimentell studie av Samspill vil derfor være lavere om man velger et slikt design. Konklusjoner om effekt fra kvasieksperimentelle studier må følgelig tolkes med større forbehold enn i randomiserte studier.

8.3.1 Samlet vurdering

Samlet sett taler gjennomgangen for at Samspill i prinsippet egner seg for effektforskning, men at det gjenstår viktige avklaringer før en slik studie kan planlegges. Særlig gjelder dette avgrensning av målgruppen, operasjonalisering av utfallsmål og presisering av intervensjonens behandlingskontrast. Fram mot en eventuell effektstudie må spennet i intervensjonen reduseres. I beskrivelsen av selve tilbudet, henvises det til RPH-håndboken, veileder for jobbfokusert kognitiv terapi og standard for arbeidsrettet brukeroppfølgning i Nav. Dette rommer for mange ulike valgmuligheter når det gjelder hva som helt konkret skal gjøres i møte med brukerne. Selv om tilbudet legger opp til individuell skreddersøm, må sømmen sys innenfor en tydeligere ramme.

Dersom disse forutsetningene kan avklares, framstår en klyngerandomisert RCT som det metodisk sterkeste alternativet. En slik studie vil også kunne innrettes på en måte som gjør det mulig å undersøke hvilke kjerneelementer som er nødvendige for å frambringe ønsket effekt, dersom dette er ønskelig. Eventuelt kan man allerede nå avgrense metodevalgmulighetene til individrettet, jobbfokusert, kognitiv terapi. Samtidig vil et kvasieksperimentelt design kunne være et mer realistisk alternativ, dersom hensynet til praktisk gjennomførbarhet og ressursbruk veier tyngre. I så fall vil det være nødvendig med større forbehold om tolkningen av eventuelle effekter. Uavhengig av designvalg vil vi understreke at en effektstudie står og faller på implementeringskvaliteten.

9. Guide til samarbeid mellom Nav og kommunale helsetjenester

Hvordan kan du og dine kolleger skape et bedre samarbeid mellom Nav og kommunale helsetjenester?

Nav og kommunale helsetjenester er organisert på ulike måter og har forskjellige oppgaver og ansvar. Dette kan gjøre samarbeid utfordrende. Dersom tjenestene skal samarbeide, må det derfor avklares hva det skal samarbeides om og hvordan dette kan bidra til bedre tjenestene for brukerne. Det må også avklares hvem som skal delta og hvordan samarbeidet skal organiseres (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). Denne guiden er ment som hjelp til å få et slikt samarbeid i gang – og opprettholde det over tid.

Guiden er strukturert etter tre faser: initiativfase, etableringsfase og driftsfase. I hver av fasene omtales nivåene ledernivå, kolleganivå og individnivå. Med ledernivå siktes det til ledere på Nav-kontoret og i kommunen. Med kolleganivå menes fagpersonalet som samhandler i det daglige, og med individnivå menes den enkelte ansatte som er involvert i samhandlingssituasjonen. Guiden avsluttes med en sjekkliste som kan brukes til å score samarbeidet underveis.

9.1.1 Initiativfasen

Har du tro på et samtidig og arbeidsrettet oppfølgingstilbud, der Nav og kommunale helsetjenester samarbeider for å gi et bedre tilbud til personer som står i fare for å ramle ut av arbeidslivet?

- Be om klarsignal fra din nærmeste leder og ta sammen kontakt med ledelsen for tjenesten/tjenestene dere ønsker å samarbeide med. Vær åpen, nysgjerrig og be om et møte!
- I møtet må utfordringer brukere opplever i dagens mer sekvensielle oppfølging ses i sammenheng med mulige brukergevinster av et samarbeid mellom tjenestene.
- Gå i dialog med de ansatte dersom gevinstene av et samarbeid vurderes som betydelige. Kartlegg og dokumenter dagens praksis for brukeroppfølgning, områder der samarbeid med den andre tjenesten kan gi et bedre tilbud til bruker, risikomomenter ved et samarbeid og ansattes motivasjon for å delta aktivt.

9.1.2 Etableringsfase

Ledernivå:

Ledelsen i Nav-kontoret og den kommunale helsetjenesten bør inngå en skriftlig samarbeidsavtale. De ansatte bør få mulighet til å komme med innspill til hvordan avtalens punkter skal formuleres. Avtalen må beskrive både faglige og organisatoriske elementer:

Faglige elementer i samarbeidsavtalen:

- Formål med samarbeidet. Målene med samarbeidet må beskrives i sammenheng med tjenestenes samfunnsoppdrag og øvrige målformuleringer
- Tjenestenes faglige grunnlag og tilnærming
- Hvordan samtidig oppfølging skal forstås og praktiseres
- Målgruppe for tilbudet
- Rolle- og ansvarsfordeling for oppstart og avslutning av brukerforløp
- Faglig funderte indikatorer for måloppnåelse

Organisatoriske elementer i samarbeidsavtalen:

- Hvilke tjenester som deltar
- Hvem som deltar i samarbeidet
- Om en koordinator skal ha ansvar for å følge opp og koordinere samarbeidet
- Hvordan beslutninger tas og dokumenteres
- Ressursbruk og finansiering, herunder tidsbruk og kompensasjon
- Krav til hvordan samarbeidet følges opp av ledelsen
- Hvordan samarbeidet dokumenteres og evalueres

Kolleganivå:

Fagpersonalet som samhandler i det daglige, bør samles tidlig nok til å de kan komme med forslag til formuleringer i samarbeidsavtalen. Følgende momenter bør prioriteres i avtalen:

- Tjenestenes faglige perspektiver, og hvordan disse bidrar til samtidig brukeroppfølgning og økt måloppnåelse. Det må også avklares hvem som har ansvaret der det kan være mulig overlap i tjenestenes brukeroppfølgning og mellom det nye oppfølgingstilbudet og andre tilbud i kommunen.
- Hvordan skal brukeres perspektiver komme til uttrykk? Mulige risikoelementer som kan oppstå på grunn av endret oppfølging bør også diskuteres.
- Temaer som kan påvirke samarbeidet mellom tjenestene, slik som for eksempel informasjonsutveksling og personvern, juridiske rammebetingelser, digital infrastruktur for samarbeid, begrepsforståelse, ulik profesjonell makt, ansattes handlingsrom og kompetansebehov.
- Plan for dokumentasjon, evaluering og resultatmåling beskrives.

Individnivå:

Involverte fagpersoner gjør seg kjent med og begynner å bruke skriftliggjorte rutiner og veiledere som er utarbeidet for samarbeidet. Den enkelte ansatte får tidlig anledning til å reflektere rundt temaer som:

- Motivasjon for samarbeid
- Faglig åpenhet for å lære av andre faglige tilnærminger
- Kompetansebehov relatert til eget fagområde
- Kompetansebehov relatert til tverrprofesjonelt samarbeid
- Tiltakets innvirkning på egen arbeidssituasjon og arbeidsmiljø

Ansatte bør tidlig drøfte disse temaene med nærmeste leder.

9.1.3 Driftsfase

Ledernivå:

Ledelsen i Nav-kontoret og den kommunale helsetjenesten er oppdaterte på status for:

- Ressursbruk
- Resultater og måloppnåelse
- Brukernes tilbakemeldinger
- Behov for støtte og tilrettelegging som for eksempel juridiske avklaringer, kompetansebehov og digitale verktøy for informasjonsutveksling

Erfaringer fra samarbeidet brukes til å justere organisering og arbeidsmåter.

Ledelsen i Nav-kontoret og den kommunale helsetjenesten:

- Tar eierskap til og følger opp samarbeidet
- Viser egne ansatte at de heier på et samtidig tjenestetilbud
- Formidler erfaringer i og utenfor kommunen
- Sørger for at samarbeidet forblir prioritert over tid

Kolleganivå:

I driftsfasen prioriteres konsolidering og kvalitetsutvikling. Etter hvert som tjenestene blir bedre kjent og får mer erfaring med samarbeidet, diskuteres følgende temaer:

- Hvilke resultater kan samarbeidet vise til?
- Står resultatene i stil med ressursinnsatsen?
- Hva er de nye og virksomme elementene i samarbeidet?
- Hva kan tjenestene lære av hverandre?
- Hvordan skal tjenestene gi feedback til hverandre?

- Hvilke perspektiver hos den samarbeidende tjenesten har direkte nytte for egen tjenestes kjernevirksomhet?
- Hvilke kompetansebehov framstår som viktigst på kort og mellomlang sikt?
- Opplever tjenestene samarbeidet som faglig og tidsmessig forsvarlig?
- Hva kan gjøres for å sikre bedre støtte for samhandling i tjenestenes fagsystemer?
- Hva er hensiktsmessig nivå på dokumentering av samarbeidet?
- Hvordan kan innspill og tilbakemeldinger fra brukere anvendes i framtidig tjenesteutvikling?
- Hvordan kan erfaringene fra samarbeidet brukes til å justere og forbedre eksisterende faglige rammeverk og veiledere?

Diskusjonen dokumenteres og sendes til ledelsen for tjenestene.

Individnivå:

Den ansatte jobber nå på en ny måte. Det må derfor være takhøyde for at den enkelte kan formidle fordeler og ulemper med den nye arbeidsmåten til nærmeste leder. Mulige refleksjonsspørsmål kan være:

- Hvordan får den nye arbeidsformen betydning for personlig og faglig utvikling, motivasjon og mestring?
- Hva ved samarbeidet oppleves som særlig meningsfullt, og hvordan kan dette forsterkes?
- Hvilke utfordringer skaper den nye arbeidsmåten?
- Skaper den nye arbeidsmåten økt risiko for brukerne på noen områder?

9.2 Sjekkliste for samarbeid mellom Nav og kommunale helsetjenester

Sjekklisten er ment som et praktisk verktøy for å støtte vurdering og forbedring av samarbeid mellom Nav og kommunale helsetjenester. Formålet er å gi et konkret grunnlag for å identifisere styrker og forbedringsområder i samarbeidet. Sjekklisten fokuserer på forhold som er relevante i klinisk og sosialfaglig praksis og vektlegger resultater for brukere, ansatte og tjenester.

Sjekklisten er inspirert av forskning på tverrprofesjonelt samarbeid, særlig Ødegårds PINCOM-modell (Perception of Interprofessional Collaboration Model), som vektlegger betydningen av organisasjonsforhold, relasjoner, rolleavklaring og motivasjon i samarbeid (Ødegård, 2006). Videre vektlegges betydningen av felles mål, tydelige roller, gjensidig respekt og effektiv kommunikasjon i samarbeidet, samt hvordan samarbeid kan forbedre tjenestekvalitet, ressursutnyttelse og brukerutfall (D'Amour & Oandasan, 2005; Reeves et al, 2017; WHO, 2010).

9.2.1 Framgangsmåte

Vurder i hvilken grad du er enig i følgende påstander (1=helt uenig, 10=helt enig):

Påstander

1. De ulike tjenestene er enige om målene for brukeroppfølgingen
2. Brukeren møter en godt koordinert tjeneste
3. De ulike tjenestene forstår hverandres tilnærminger og arbeidsmåter
4. Brukeren er aktivt involvert i beslutninger om egen oppfølging
5. Samarbeidet fører til mer relevante og målrettede tiltak for bruker
6. Roller og ansvar mellom tjenestene er klart definert
7. Informasjon deles effektivt og forsvarlig mellom tjenestene
8. Tid og kompetanse hos de ulike tjenestene utnyttes effektivt
9. Samarbeidet bidrar til faglig utvikling i de ulike tjenestene
10. Uoverensstemmelser mellom tjenestene løses på en konstruktiv måte

Skåring

Summer alle svar (10–100 poeng).

80–100: Svært godt fungerende samarbeid. Andre kan lære av dere!

60–79: Godt samarbeid, men med rom for forbedring. Dere er på god vei!

40–59: Samarbeid med flere svake områder. Dere kan bedre!

<40: Svakt samarbeid. Dere bør enten forbedre dere merkbart, eller skrinlegge samarbeidet!

10. Litteraturliste

- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., Snilsberg, Ø., Sten-Gahmberg, S., & Sæther, E. M. (2022). Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Hentet fra <https://kudos.dfo.no/dokumenter/evaluering-av-forsok-med-primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger>
- Adu, J., Owusu, M. F., Martin-Yeboah, E., Pino Gavidia, L. A., & Gyamfi, S. (2022). A discussion of some controversies in mixed methods research for emerging researchers. *Methodological Innovations*, 15(3), 321–330. <https://doi.org/10.1177/20597991221123398>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2025). Årsnotat sykefravær 2024. Hentet fra https://www.nav.no/_/attachment/inline/929bb61f-d99c-4edd-881b-dc2439acabc0:5ba00cbca51fa6ec9cbc5e256a198b5f13aa7fcb/%C3%85rsnotat%20sykefrav%C3%A6r%20%C3%A5ret%202024.pdf
- Asplund, R. P., Asplund, S., von Buxhoeveden, H., Delby, H., Eriksson, K., Gerhardsson, M. S., Palm, J., Skyttberg, T., Torstensson, J., Ljótsson, B., Carlbring, P. & Andersson, G. (2023). Work-Focused Versus Generic Internet-Based Interventions for Employees With Stress-Related Disorders: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2023 Apr 25;25:e34446. <https://doi.org/10.2196/34446>
- Campbell, M. K., Piaggio, G., Elbourne, D. R., & Altman, D. G. (2012). CONSORT 2010 statement: Extension to cluster randomised trials. *BMJ*, 345, e5661. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5661>
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2023). Work-focused versus generic internet-based interventions for employees with stress-related disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e34446. <https://doi.org/10.2196/34446>
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Chen, H. T. (2015). *Practical Program Evaluation: Theory-Driven Evaluation and the Integrated Evaluation Perspective*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781071909850>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D., & Amick, B. C. (2018). 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. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 8-20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- Dalgaard, V. L., Aschbacher, K., Andersen, J. H., Glasscock, D. J., Willert, M. V., Carstensen, O., & Biering, K. (2017). Return to work after work-related stress: A randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43(5), 436-446.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3655>
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00043-3)
- Dellinger, A. B., & Leech, N. L. (2007). Toward a Unified Validation Framework in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(4), 309-332.
<https://doi.org/10.1177/1558689807306147>
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
<https://doi.org/10.1093/her/18.2.237>
- Finnes, A., Ghaderi, A., Dahl, J., Nager, A., & Enebrink, P. (2019). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for sickness absence due to mental disorders. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 198-212. <https://doi.org/10.1037/ocp0000097>
- 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., Hannisdal, M., Osnes, K., Reme, S. E., Wells, A., Blonk, R., Lending, H. D., Johnson, S. U., Lagerveld, S. E., Anyan, F., Nordahl, H. M., Gerritsen, R. B. T. W., Bjørndal, M. T., Wright, D., Sandin, K., Bjøntegård, K. S., Schwach, J., & Hjemdal, O. (2025). Metacognitive therapy and work-focus for patients with depression, anxiety or comorbid depression and anxiety on sick leave: A single-centre, open-label randomised controlled trial. *eClinicalMedicine*, 89, 103613. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2025.103613>
- Gjengedal, R. G. H., Reme, S. E., Osnes, K., Lagerveld, 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, 657-667. <https://doi.org/10.3233/WOR-203208>

- Grant, S., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., & Moher, D. (2018). CONSORT-SPI 2018 Explanation and Elaboration: Guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials*, 19, 406.
<https://doi.org/10.1186/s13063-018-2735-z>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027). Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-samhandlingsplan-20242027/id3024264/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). Meld. St. 23 (2024-2025): Fastlegeordningen - trygg og tilgjengelig allmennlegetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3034878/>
- Holden, M., & Rasmussen, I. (2019). Evaluering av fastlegeordningen. EY & Vista Analyse. Hentet fra <https://vista-analyse.no/site/assets/files/6663/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- 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 <https://app.cristin.no/results/show.jsf?id=1908878>
- Hopewell, S., Chan, A.-W., Collins, G. S., Hróbjartsson, A., Moher, D., Schulz, K. F., Tunn, R., Aggarwal, R., Berkwits, M., Berlin, J. A., Bhandari, N., Butcher, N. J., Campbell, M. K., Chidebe, R. C. W., Elbourne, D., Farmer, A., Fergusson, D. A., Golub, R. M., Goodman, S. N., ... & Boutron, I. (2025). CONSORT 2025 statement: Updated guideline for reporting randomised trials. *BMJ*, 389, e081123.
<https://doi.org/10.1136/bmj-2024-081123>
- Ihara, Y., Kurosawa, T., Matsumoto, T., & Takizawa, R. (2023). The effectiveness of preventive group cognitive-behavioral interventions on enhancing work performance-related factors and mental health of workers: A systematic review. *Current Psychology*, 42, 2797-2810. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01562-5>
- Jensen, V. S., Ødegård, A., Hoemsnes, H., & Larsen, B. K. (2026). Enhancing interprofessional collaboration in social welfare services for youth with complex needs: A scoping review. *British Journal of Social Work*.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcag011>
- Jörns-Presentati, A., Groen, G., & Ødegård, A. (2021). Psychometric properties of the German version of the Perception of Interprofessional Collaboration Model-Questionnaire (PINCOM-Q). *International Journal of Integrated Care*.
<https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.5660/>
- Kjelsaas, I., & Pedersen, S. (2024). Indikatorer på forebygging og tidlig innsats. Rapport Menon, 43/2024. Hentet fra <https://menon.no/uploads/images/2024-43-Indikatorer-pa-forebygging-og-tidlig-innsats.pdf>

- NAPHA. (2022). RPH-håndboka. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra <https://napha.no/kunnskapsbasen/26045/rph-handboka>
- Nightingale, J., & Stewart-Lord, A. (2026). Mixed methodology: A pragmatic approach to investigating complexity in radiography research. *Radiography*, 32(1), 103257. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2025.103257>
- Nossen, A. J. P., & Brage, S. (2016). Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt? *Arbeid og velferd*, 3, 75-93. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser/arbeid-og-velferd/forlopsanalyse-av-sykefravaer>
- NOU 2004: 2. (2004). Effekter og effektivitet - effekter av statlig innsats for regional utvikling og distriktspolitiske mål. Kommunal- og regionaldepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-2/id383676/>
- Oslo Economics & Universitetet i Oslo. (2024). Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten: Evalueringsrapport III. Oslo Economics. Hentet fra <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2024/05/HPA-evalueringsrapport-III-2024-%E2%80%93-oppdatert.pdf>
- Oxford Research. (2025). Informasjonsutveksling mellom Nav og sykmelder. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/forskningsrapporter-og-evalueringer-finansiert-av-nav/fou-programmet-under-ia-avtalen/informasjonsutveksling-mellom-nav-og-sykmelder>
- Palinkas, L. A. (2022). Mixed method designs. I F. Rapport, R. Clay-Williams, & J. Braithwaite (Red.), *Implementation Science: The Key Concepts* (s. 118–122). Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781003109945-35>
- Peng, G. C., & Annansingh, F. (2012). Experiences in applying mixed-methods approach in information systems research. I P. Isaias & M. Baptista Nunes (Red.), *Information Systems Research and Exploring Social Artifacts: Approaches and Methodologies* (s. 266–293). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-2491-7.ch014>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Reme, S. E., Grasdal, A. L., Løvvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: A randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(10), 745-752. Hentet fra <https://oem.bmj.com/content/72/10/745>
- Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsäter, E., Mazaheri, M., Äng, B. O., & Öst, L.-G. (2017). Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients

- on sick leave due to common mental disorders: A randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(12), 905-912.
<https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104253>
- Slater, D., Venning, A., Matthews, L., Iles, R., & Redpath, P. (2023). Defining work-focused cognitive behavioural therapy (W-CBT) and whether it is effective at facilitating return to work for people experiencing mental health conditions: A systematic review and narrative synthesis. *Health Psychology Open*, 10(2), 1-18.
<https://doi.org/10.1177/20551029231217840>
- Sønderskov, M., Connolley, S., Hagaseth, I. T., Myklebø, S., Nyhus, L., & Mælan, E. N. (2024). Kjennetegn ved positivt avvikende samarbeidsprosesser. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 27(1), 1-14. <https://doi.org/10.18261/tfv.27.1.4>
- Weiss, M. J., Bloom, H. S., & Brock, T. (2014). A conceptual framework for studying the sources of variation in program effects. *Journal of Policy Analysis and Management*, 33(3), 778-808. <https://doi.org/10.1002/pam.21760>
- Wilson, D. B. (2013). Comment on "Developing a reporting guideline for social and psychological intervention trials". *Journal of Experimental Criminology*, 9(3), 375-377. <https://doi.org/10.1007/s11292-013-9185-0>
- World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2010-Framework-for-Action-on-Interprofessional-Education-and-Collaborative-Practice.pdf>
- Xu, H., Cai, J., Sawhney, R., Jiang, S., & Buys, N. (2024). 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*, 34(1), 4-36. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10116-4>
- Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6.
<https://ijic.org/articles/URN:NBN:NL:UI:10-1-100407>
- Ødegård, A., & Bjørkly, S. (2020). Kommunikasjon i samskapingsprosesser. I E. Willumsen & A. Ødegård (red.), *Samskapning*. Universitetsforlaget.

