



«Arbeidsfokus på fastlegekontor»

Følgforskning av fastlegeprosjektet

Sluttrapport fra Oxford Research

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

Oppdragsgiver

Arbeids- og velferdsdirektoratet

Prosjektperiode

Mars 2022 – desember 2023

Team

Prosjektleder:
Senioranalytiker André Olsen

Ass. prosjektleder:
Sjefsanalytiker (ph.d.) Frode Bjørgo

Prosjektmedlemmer:
Senioranalytiker Morten Grønås-Werring
Analytiker Silje Hjelmeland
Analytiker (ph.d.) Ida Opdal
Analytiker Marte Birkedal Austenå

Kvalitetssikrer:
Adm. direktør Rune Stiberg-Jamt



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.

Forord

Oxford Research har på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet følgeforsket på prosjektet «Arbeidsfokus på fastlegekontor», bedre kjent som «fastlegeprosjektet».

Prosjektet er initiert av Utviklingssenter for arbeid og psykisk helse (USAP) og er gjennomført i NAV Øst-Viken. Arbeids- og velferdsdirektoratet er oppdragsgiver for følgeforskningen, og forskningsoppdraget er finansiert gjennom FoU-programmet for IA-avtalen.

Oppdraget er gjennomført av senioranalytiker André Olsen, sjefsanalytiker (ph.d.) Frode Bjørge, senioranalytiker Morten Grønås-Werring, analytiker Silje Hjelmeland, analytiker Ida Opdal (ph.d.) og analytiker Marte Birkedal Austenå.

Vi vil takke for tett og god dialog med Arbeids- og velferdsdirektoratet og prosjektledelsen i USAP. Videre vil vi særlige takke alle våre informanter. Takk også til en aktiv referansegruppe som har bidratt til gode diskusjoner mot slutten av prosjektperioden.

Kristiansand, 05. januar 2024

André Olsen
Senioranalytiker og prosjektleder
Oxford Research AS

Sammendrag

Oxford Research har på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet utført følgeforskning på prosjektet «Arbeidsfokus på fastlegekontor», bedre kjent som fastlegeprosjektet. Fastlegeprosjektet er initiert av Utviklingssenter for arbeid og psykisk helse (USAP) og er gjennomført i NAV Øst-Viken.

Kjernen i fastlegeprosjektet og følgeforskningens formål

Tradisjonelt har helsetjenestenes resultatkrav i liten grad omfattet deltakelse i arbeidslivet, mens tiltak fra NAV alene ikke har vært tilstrekkelige for å bistå personer i å få eller beholde arbeid ved sykdom. Hovedregelen innen begge sektorene har vært å tenke sekvensielt, og at arbeid derfor først blir et tema når behandlingen er sluttført. Over tid er det identifisert et behov for mer koordinerte og i størst mulig grad samtidige tjenester, ettersom isolert medisinsk behandling eller kun arbeidsrettede tiltak ofte ikke er tilstrekkelig for å bistå personer med sammensatte helse- og livsproblemer (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021).

Fastlegeprosjektet bygger på en antakelse om at samlokalisering av kognitiv terapeut og jobbspesialist på fastlegekontor vil føre til mer tverrfaglig samarbeid. Gjennom samlokalisering skal pasienten motta et mer samtidig tilbud fra fastlege, kognitiv terapeut og jobbspesialist. Oppfølgingen fra kognitiv terapeut og jobbspesialist er basert på arbeidsrettet kognitiv terapi og individuell jobbstøtte etter modell fra Senter for jobbmeistring. Samlokalisering skal også kunne redusere barrierene for samhandling og tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjonene, og legge til rette for at fagpersonene jobber sammen med pasienten mot felles mål. Et annet formål med prosjektet har vært å lette arbeidsbyrden for fastlegene.

Målgruppen i prosjektet er personer som står i fare for å bli sykmeldt eller er blitt sykmeldt på grunn av psykiske helseutfordringer og/eller muskel- og skjelettlidelser. Personer i målgruppen må også ha et ønske om, og kunne ha nytte av, samtidige arbeidsrettede og helserelaterte tjenester for å kunne stå i eller komme raskere tilbake til jobb eller skole.

Formålet med forskningsoppdraget har vært å dokumentere etableringen og utprøvingen av en samarbeidsmodell der fastleger, kognitiv terapeut og jobbspesialist er samlokalisert. Forsinkelser i gjennomføringen av fastlegeprosjektet har imidlertid medført endringer i følgeforskningens oppdrag og fokus. Ulike starttidspunkt for utprøvinger i prosjektet har redusert muligheten for en planlagt komparativ analyse og gitt færre brukere som har gjennomført oppfølgingen. Oppdragets opprinnelige ambisjon om å peke på muligheter for videreutvikling av samarbeidsmodellen og utprøving i større skala, er av samme

grunn tonet ned. Til gjengjeld har oppdraget fått et sterkere fokus på å beskrive utfordringer, barrierer og løsninger for denne type samarbeid mellom NAV og fastleger.

Datagrunnlaget

Fem privatdrevne fastlegekontor inngår i undersøkelsen. Datagrunnlaget bygger på ulike datakilder: Intervjuer, møteobservasjoner, registreringsløsning utviklet av USAP, spørreundersøkelse, workshop og referansegruppemøter.

Datagrunnlaget er preget av at fastlegeprosjektet har blitt endret underveis og datainnsamlingen har blitt tilpasset framdriften i de ulike utprøvingene. Følgforskningen har fulgt de to første utprøvingene fra oppstart på nyåret 2023 og i en driftsfase på omtrent 10 måneder. De tre siste utprøvingene hadde oppstart høsten 2023 og her er datainnhentingen begrenset til oppstart og tidlig driftsfase. Samtidig har det vært store variasjoner: Graden av samlokalisering, hvilke brukere som har blitt rekruttert og deltakelse av enkelte særlige ressurssterke aktører skaper et noe fragmentert bilde. Det har skapt utfordringer for evalueringen og ført til at grunnlaget for å trekke entydige konklusjoner har blitt mer begrenset enn ønskelig. På den annen side har prosjektet høstet erfaringer med ulike samarbeidsmodeller. Bredden i erfaringer og læringspunkter er derfor stor. Oppdraget er ingen effektstudie, og det foreligger ingen kontrollgruppe. Datagrunnlaget gjør det ikke mulig å vurdere prosjektets betydning for forebygging, reduksjon av sykefravær og frafall fra arbeidslivet.

Fastlegeprosjektet er fortsatt pågående, og tre av utprøvingene er i tidlig driftsfase. Foreliggende rapport forholder seg følgelig til data og funn som forelå ved følgeforskningens avslutning i november 2023.

Sentrale funn

Samlokalisering er et bærende premiss i fastlegeprosjektet. Likevel har dette vist seg vanskelig å få til, og de fem utprøvingene er preget av ulike grader av og former for samlokalisering. Dette skyldes både uklarhet forbundet med hvem som skulle dekke kostnadene med kognitiv terapeut, kontorplass og fastlegenes tidsbruk, samt praktiske forhold som mangel på ledig kontorplass på fastlegekontor. Kun ved én utprøving er alle aktørene samlokalisert på et fastlegekontor i tråd med prosjektets opprinnelige modell. I andre utprøvinger er det innslag av samlokalisering av kognitive terapeuter, enten ved at kognitive terapeuter er inne på fastlegekontoret eller er lokalisert i samme etasje som fastlegene. Ved en av de tidlige utprøvingene er samlokaliseringen forlatt på grunn av manglende samarbeid mellom fastlegene og de øvrige aktørene i utprøvingen. Blant de siste utprøvingene har man i ett tilfelle valgt å samlokalisere kognitiv terapeut på NAV-kontoret. Jobbspesialister har kun i ett tilfelle blitt samlokalisert på fastlegekontoret.

Rapporten svarer på flere sentrale spørsmål om samlokalisering og samarbeid mellom NAV, kognitiv terapeut og fastleger. Datagrunnlaget gir grunnlag for å vise til følgende:

- Fastlegene opplever at samarbeidet med NAV i liten grad har endret seg som følge av prosjektet. Denne oppfatningen deles av jobbspesialistene og ansatte ved de involverte NAV-kontorene.
- Fastlegene gir tydelig uttrykk for at de ikke har tid til utstrakt fysisk samarbeid og samhandling i tråd med fastlegeprosjektets modell. Ved et par av utprøvingene finner man dialog og enklere samarbeid mellom fastlegene og kognitiv terapeut, men dette er preget av raske avklaringer vedrørende brukerdeltakelse.
- Ettersom fastlegene er lite tilgjengelige, stiller også representanter for de andre aktørgruppene seg spørrende til verdien av samlokalisering på fastlegekontoret.
- I samtlige utprøvinger er det samarbeid mellom kognitive terapeuter og jobbspesialister. Dette oppleves som nyttig og relevant.
- Økt arbeidsrettet fokus er en sentral målsetting for prosjektet. De kognitive terapeutene oppgir at de jobber mer arbeidsrettet, mens fastlegene forteller at fastlegeprosjektet ikke har endret deres praksis. NAV-ansatte har ikke merket seg endringer i fastlegenes funksjonsvurderinger.
- Etterlevelsen av prosjektets målgruppedefinisjon varierer mellom de ulike utprøvingene. Det er likevel tegn til at fastlegene over tid henviser mer i samsvar med prosjektets målgruppe.
- Fastlegene viser til at antall pasienthenvisninger som prosjektet tillater (volumet) er begrenset, og at arbeidsbyrden derfor ikke er merkbart endret.

Brukerne forteller at de i stort sett er fornøyde med tilbudet som har blitt gitt gjennom prosjektet og de opplever samtidighet i oppfølgingen fra fastlegene, kognitiv terapeut og NAV. For brukerne som har vært sykmeldt tidligere, oppleves prosjektets tilbud som vesentlig bedre sammenlignet med tidligere sykefraværsoppfølging. Et klart flertall oppgir også at de har fått medvirke i behandlingen. Samtidig oppgir flere brukere at de må gjenta mye informasjon om seg selv til de ulike aktørene.

Læringspunkter og veien videre

Arbeid og helse er komplekse felt med behov for kontinuerlig utviklingsarbeid og forbedring. Aktører med ambisjoner om nye og bedre løsninger, og som våger å prøve ut slike i praksis, har derfor stor verdi. Prosjektledelsen og deltakerne i utprøvingene har vært interessert i å utforske og lære. De har også delt refleksjoner og erfaringer på en åpen og tillitsvekkende måte.

I delkapittel 7.3 er det gitt enn punktvis oppsummering av flere lærepunkter fra fastlegeprosjektet. Her vil vi trekke fram noen av disse:

- Følgforskningen har vist at NAV har hatt for liten forståelse for utfordringene ved å velge fastlegekontoret med dets rammebetingelser som samarbeidsarena. Fastlegene i prosjektet er privat næringsdrivende, takstsystemet er styrende og fastlegekontorets omfattende felleskostnader fører i seg selv til en prioritering av flest mulig leger i et kontorfellesskap. Fastlegenes arbeidshverdag og tidspress etterlater lite rom for tverrfaglig samarbeid, og legene er mer opptatt av effektiv koordinering og henvisning til andre tjenester. Framtidige samarbeidsprosjekt må ta hensyn til fastlegekontoret som en særegen institusjonell kontekst.
- Merverdien av et tett samarbeid mellom kognitive terapeuter og jobbspesialister virker lovende på tvers av utprøvingene og kan etter vårt syn være et virksomt virkemiddel for målgruppen. Fastlegeprosjektet har også vist at disse to aktørgruppene har funnet fram til samarbeidsformer som oppleves som relevante og nyttige, selv om de avviker fra fastlegeprosjektets opprinnelige modell med samlokalisering på fastlegekontoret. Etter vår vurdering utgjør dette spennende alternative modeller, og framtidige prosjekter som omhandler samarbeid mellom NAV og primærhelsetjenesten bør hensynta disse erfaringene.
- Basert på erfaringene fra utprøvingene er det grunn til å stille spørsmål om samlokalisering på fastlegekontor er riktig virkemiddel å prioritere fremover. Vi merker oss at både fastlegene og de andre aktørene oppgir at fastlegene i svært liten grad har endret praksis som følge av samlokaliseringen.

Vi vil nok en gang minne om at datagrunnlaget ikke gir grunnlag for å trekke endelige konklusjoner om samlokalisering på fastlegekontor. Vi anbefaler derfor en sluttevaluering av fortsatt pågående utprøvinger for å utdype og eventuelt nyansere våre funn.

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn og formål	1
1.1 Arbeid og helse	1
1.2 Samarbeidsmodellen i fastlegeprosjektet	7
1.3 Om samlokalisering og innovasjon	9
1.4 Følgeforskningens formål.....	10
2. Metode	14
2.1 Omtale av aktører.....	15
2.2 Metoder for datainnhenting	15
2.3 Vurdering av datagrunnlaget.....	19
2.4 Analytisk tilnærming	20
3. Nærmere om etableringsutfordringer og veien frem til fem utprøvinger	21
3.1 Fastlegene er usikre på verdien av et samarbeid med NAV	21
3.2 Rekruttering og finansiering av kognitiv terapeut.....	23
3.3 Ledig kontor plass, kontorutgifter og fellestilgang i IT-systemer.....	24
3.4 Fastlegenes tidsbruk og takst	25
3.5 Innsats, tilpasninger og avgjørende grep; utprøvinger kommer på plass	27
4. Beskrivelse av samarbeidsmodellene	29
4.1 Utprøving 1: Samlokalisering i tråd med prosjektets opprinnelige modell	29
4.2 Utprøving 2: Samlokalisering som ble forlatt	37
4.3 Innblikk i de tre etterfølgende utprøvingene.....	42
4.4 Sammenligning av modellene	48
5. Fastlegeprosjektets betydning for brukerne	51
5.1 Kjennetegn ved brukerne	51
5.2 Tjenesteledets vurdering av betydningen av tilbudet til brukerne	56
5.3 Brukernes erfaringer med å delta i prosjektet	57
5.4 Oppsummering.....	64
6. Drøfting av sentrale premisser i fastlegeprosjektet	65
6.1 I hvilken grad er aktørene blitt samlokalisert?	65
6.2 Samarbeides det mer tverrfaglig?	66
6.3 Hvordan opplever fastlegene samarbeidet med NAV?	67

6.4 Er den kognitive terapeuten i sentrum?	67
6.5 Bli NAV-ansatte tilstrekkelig involvert?	68
6.6 Har det blitt et økt arbeidsrettet fokus?	69
6.7 Et tidligere og mer samtidig tilbud til brukerne?	71
7. Arbeid møter helse: Refleksjoner og læringspunkter	72
7.1 Sekvensielt eller samtidig?	72
7.2 Prioritering av målgruppe	76
7.3 Læringspunkter	78
8. Om videreføring og muligheter for oppskalering	81
8.1 Videreføring og sluttevaluering av fastlegeprosjektet	81
8.2 Nye samarbeidsmodeller og utprøvinger	82
Litteraturliste	83
Vedlegg 1: Rollebeskrivelser	88
Vedlegg 2: Spørreundersøkelse	94

1. Bakgrunn og formål

I dette kapittelet gir vi en kort innledende beskrivelse av samhandlingsutfordringer mellom de to sektorene «Arbeid» og «Helse». Videre gjør vi rede for samarbeidsmodellen i fastlegeprosjektet. I den forbindelse går vi også nærmere inn på begrepene samlokalisering og samarbeidsdrevet innovasjon. Til slutt viser vi til følgeforskningens opprinnelige formål, etableringsutfordringer som har forsinket prosjektet, samt endringer som dette medførte for følgeforskningen.

1.1 Arbeid og helse

Fastlegeprosjektet berører grenseflaten mellom arbeid og helse. Målet for prosjektet er å gi et arbeidsrettet tilbud til fastlegenes pasienter enten før eller så tidlig som mulig i et sykdomsforløp. Prosjektets målgruppe er personer som står i fare for å bli sykmeldt eller har blitt sykmeldt på grunn av psykiske helseutfordringer og/eller muskel-skjelettlidelser. Dette er en stor brukergruppe innenfor både helsetjenestene og NAV og står for en betydelig andel av sykefraværet (NOU 2021:2). Det har likevel vært vanskelig å utforme tilfredsstillende tilbud som integrerer bistand innen arbeid og helse. Ettersom mange av dem som inngår i målgruppen er for syke til å jobbe, men for friske til å motta videre behandling i spesialisthelsetjenesten (Wiig, 2019), oppstår det også prioriteringsutfordringer. Studier av ambisjoner om såkalt «venstreforskyvning» i primærhelsetjenesten, der potensialitet vektlegges mer som prioriteringskriterium, har vist at en rekke prioriteringsdilemmaer fort oppstår (Førland et al. 2021).

«Strategi for fagfeltet Arbeid og helse» (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021, s. 21) peker på at arbeid og helse både kan forstås som et fenomen, et fagfelt og et myndighetsområde. Som fenomen framhever arbeid og helse helseeffektene av å være i arbeid. Disse effektene fikk økt oppmerksomhet etter Waddell og Burtons (2006) kjente kunnskapsoppsummering. Kunnskapsoppsummeringen peker på en rekke fordelaktige effekter av å være i eller returnere til arbeid, samtidig som risikofaktorene ved å stå utenfor arbeidslivet, tydeliggjøres. Warren og Burtin konkluderer (ibid. s. ix): *“There is a strong evidence base showing that work is generally good for physical and mental health and well-being”*. Senere har en rekke forskningsbidrag og kunnskapsoppsummeringer i hovedsak vist til at arbeid er helsefremmende (se arbeidoghelse.no for en jevnlig oppdatert forskningsoversikt om arbeid og helse). Økt bruk av gradert sykmelding må forstås ut fra at fortsatt tilknytning til arbeidsplassen også er positivt for den sykmeldtes helse (Markussen et al., 2012; NOU 2021:2).

Som fagfelt omfatter arbeid og helse både forskningsaktører og tjenesteleverandører innenfor både offentlig og privat sektor. Det sentrale er ulike tjenester og tilbud som skal sette personer med ulike helseutfordringer i stand til å komme i eller bli stående i arbeid. Dette kan være tilbud som IPS, arbeidsrettet kognitiv terapi, kommunale lavterskeltilbud eller tiltak forvaltet av NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2021, s. 22) viser til at det er bred enighet om at arbeidsrelaterte tiltak bør innlemme arbeid- og helsedimensjonene, men at det er et «(...) uforløst potensiale knyttet til bedre integrasjon av disse dimensjonene i oppfølgingen av brukerne».

Arbeid og helse som myndighetsområde viser til hvordan myndighetene i fellesskap skaper rammebetingelser og mer overordnede strukturer for både fagfeltet og fenomenet arbeid og helse. Arbeid og helse er i hovedsak forvaltet av NAV og helsesektoren, og er underlagt ulike departement. NAV og helsesektoren har videre både nasjonale, regionale og lokale forvaltningsnivåer. I sum skaper dette utfordringer for samordning og samhandling.

Behovet for mer samtidige forløp, der arbeidsrettet bistand kan starte så tidlig som mulig, er framhevet i en rekke styringsdokumenter de senere år. I *Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse* (2016, s. 1), vises det til hvordan helsetjenesten i liten grad har vært opptatt av deltakelse i arbeidslivet. På den annen side er NAVs virkemidler innen arbeidsrettet bistand ofte ikke tilstrekkelig for å hjelpe brukere med helseproblemer. Begrenset samhandling mellom sektorene fører videre til en sekvensiell oppgavedeling; «*Arbeid blir et tema når behandling er sluttført*». Strategien poengterer at til tross for at isolert medisinsk behandling eller arbeidsrettede tiltak alene ikke er hensiktsmessig, er det få eksempler på koordinerte innsatser som klarer å integrere arbeids- og helseperspektivene.

En av årsakene til at samarbeid på tvers av arbeid- og helsesektoren har vært krevende, er ulike styringsstrukturer og prioriteringskriterier. Sysselsettingsutvalgets ekspertgruppe hevdet i den forbindelse at «*skarpe organisatoriske skiller mellom helsetjenesten og NAV representerer en barriere for tilbakevending til arbeid*» (NOU 2019:7, s. 225). Til tross for uttalte politiske målsettinger om mer samvirke, viser det seg vanskelig å få til i praksis:

Det er store utfordringer knyttet til å implementere lovende modeller for samvirke inn i hverdagen i de ordinære tjenestene. Her støter man på tunge strukturer i sektorene, blant annet finansieringsordninger, personvern og prioriteringskriterier. Forskjellige styringsstrukturer kan gjøre det vanskelig å få til konsistente prioriteringer på tvers, og gjøre samhandling vanskeligere.

NOU 2019:7, s. 227

Reduksjon av organisatoriske skiller, tettere samarbeid og samordning mellom arbeid og helse, har vært en sentral målsetting over tid. OECD har i lengre tid pekt på behovet for mer samordnet prioritering på tvers av sektorene (se for eksempel OECD, 2015). Som en oppfølging av strategien fra 2016, lanserte Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet i 2021 en revidert strategi for arbeid og helse. Også i den nye strategien framheves aktivitet og arbeidsdeltakelse som helsefremmende, og det understrekes at et slikt perspektiv må være førende for tjenestene. Gjennom nye samarbeidsmåter og tiltak skulle arbeid og deltagelse framheves framfor ensidig fokus på diagnostisering og sykdom. Mer arbeidsrettet oppfølging skulle blant annet sikres gjennom større grad av samtidig og koordinert innsats i de medisinske og arbeidsrettede.

I beskrivelsen av utfordringsbildet pekes det på at NAV kobles for sjeldent og for sent på i brukerforløp med behov for arbeidsrettet bistand. Tjenestetilbud på arbeid- og helsefeltet er også i hovedsak knyttet til spesialisthelsetjenesten, eller dersom det er tilbud om det, i bedriftshelsetjenesten. Tilbud som kombinerer arbeid og helse ytes derimot sjelden i kommunale tjenester (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021, s.11). Sammenlignet med strategien fra 2016, legges det enda større vekt på samhandling, digitalisering og kunnskaps- og kompetanseutvikling. Strategien er bygd på fem bærebjelker:

- Tilby tjenester som virker
- Ta virkningsfulle grep tidlig
- Satse på de lokale aktører
- Sammenkoble tjenestene og skape flyt
- Utnytte mulighetene i digitale verktøy

Innenfor bærebjelken «Sammenkoble tjenestene og skape flyt» vektlegges samordning og kontinuitet. Basert på gode erfaringer fra ulike modeller, bør ulike tjenestesamhandlingsmodeller videreutvikles. Strategien løfter også fram IPS (individuell jobbstøtte) som vitenskapelig dokumentert modell der arbeid og helse er tett integrert. I et vedlegg til strategien, der en framtidsvisjon for Arbeid og helse 2026 er beskrevet, er også samlokalisering nevnt:

Vi har samlokalisert mer, oppdaget og fått til spennende ting. Erfaringene har blitt brukt i både overordnede og lokale samarbeidsavtaler, der aktivitet og arbeid har vært hovedtema. Dette har gitt et handlingsrom for samhandling og nye, konkrete former for samarbeid.

Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse, 2021, s. 24.

1.1.1 Felles oppdrag arbeid og helse

I tildelingsbrevene for 2018 mottok Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet et felles oppdrag fra sine eierdepartementer om å «samarbeide om å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt, herunder bl.a. bidra til å videreutvikle tjenester med god effekt til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid» (Arbeids- og sosialdepartementet, 2018, s. 9; Helse- og sosialdepartementet, 2017, s. 33). Som del av oppdraget utarbeidet direktoratene rapporten *Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet* (2019). I rapporten pekes det blant annet på utfordringer rundt implementering av lovende modeller for samvirke inn i de ordinære tjenestene, og at det er en rekke hindringer i de etablerte strukturene i den enkelte sektor. Dette handler blant annet om «(...) finansieringsordninger, personvern hensyn, IKT-løsninger og prioriteringskriterier (ibid. s. 6). Tett samarbeid på tvers av samfunnssektorer framheves også som generelt utfordrende.

I tildelingsbrevet for 2022 fikk Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet på ny et felles oppdrag fra sine eierdepartementer, denne gang om tjenestesamhandling mellom arbeids- og helsesektoren. Direktoratene skulle blant annet kartlegge og beskrive barrierer for mer systematisk tjenestesamhandling mellom de to sektorene. Oppdraget inneholdt også et krav om å «identifisere og foreslå systematisk utprøving av ulike modeller for tjenestesamhandling rettet mot brukere som har behov for samtidige eller samordnede tjenester fra arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenestene» (Arbeids- og sosialdepartementet, 2022; Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Her nevnes særskilt brukere med milde til moderate psykiske lidelser, som har behov for samtidige eller samordnede tjenester. Modellene skulle bygge på et bredt erfaringsgrunnlag, og ambisjonen var at en eller flere av disse modellene skulle prøves ut fra og med 2024. Erfaringsgrunnlaget består blant annet av tre ulike eksempler på utprøvinger og tiltak som kombinerer virkemidler fra helse og NAV; HelseIArbeid, Senter for jobbmestring og Rask psykisk helsehjelp.

Et eksempel på mer systematisk samvirke mellom arbeid og helse, er virkemiddelet HelseIArbeid. Målgruppen for HelseIArbeid er arbeidstakere som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet grunnet muskel/skjelettlidelser og/eller psykiske plager. HelseIArbeid består både av et bedriftstiltak og et individtiltak. Individtiltaket er et tilbud i spesialisthelsetjenesten og består av rask tverrfaglig utredning og arbeidsfokusert avklaring etter henvisning fra fastlege. I det tverrfaglige teamet inngår både spesialisthelsetjenesten med kompetanse innen fysikalsk medisin og psykisk helse, og NAV med kompetanse på sykefraværsoppfølging og arbeidsliv (NAV, 2023). HelseIArbeid har i første rekke blitt tilbudt i de tre nordligste fylkene, men i inneværende IA-avtale er avtalepartene enige om å øke omfanget. Det har vært viktig for enkelte av partene at tiltaket gjennomføres innenfor prioriteringsforskriften (Oxford Research, 2022).

Et annet eksempel som integrerer tjenester fra både helse og NAV, er Senter for jobbmestring. Senter for jobbmestring ble etablert som et metodeutviklingsprosjekt i 2008 og skulle kombinere helsehjelp og arbeidsoppfølging med de evidensbaserte metodene kognitiv terapi og individuell jobbstøtte (Wiig, 2019). Målgruppen er personer med angst og/eller depresjon som trenger bistand for å bli værende i jobb eller komme i jobb. Tilbudet finnes i syv fylker, deriblant Øst-Viken, som derfor over tid har opparbeidet kompetanse på arbeidsrettet kognitiv terapi. Tilbudet har dokumentert langvarig effekt ved at mottakerne av tilbudet holder seg i arbeid (Øverland, Grasdal og Reme, 2018).

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et lavterskeltilbud egnet for personer med vanlig forekommende psykiske helseplager som angstlidelser, mild/moderat depresjon, søvnnvanser og begynnende rusmiddelproblemer. Behandlingen bygger på kognitiv atferdsterapi, men tilbudene har ulik grad av terapeutstøtte. Rask psykisk helsehjelp skal blant annet føre til økt livskvalitet og bedret arbeidsevne. Av kapasitets- og nyttehensyn understrekes det at RPH ikke bør utvides ut over målgruppen (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2023). Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet ga i 2018 fem kommuner i oppdrag å opprette et samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp (RPH). Oslo Economics gjennomførte i 2020 en kartlegging av dette forsøket. Kartleggingen konkluderte med at det ved kartleggingstidspunktet var lite samarbeid mellom NAV og RPH i fire av fem pilotkommuner, og at få brukere fikk koordinert oppfølging fra både NAV og RPH. Det ble likevel vist til potensial for mer samarbeid mellom RPH og NAV. Et slikt samarbeid burde være samtidig og formalisert, men fleksibelt (Oslo Economics, 2020).

1.1.2 Fastlegesituasjonen og teamtilnærming

Det finnes ulike driftsmodeller for fastleger i Norge. Avtaleverket i fastlegeordningen åpner for fire hovedkategorier: 1) næringsdrift uten 8.2-avtale, 2) næringsdrift med 8.2-avtale, 3) kommunalt ansatt med fast lønn, og 4) kommunalt ansatt med fast lønn og bonus (Oslo Economics, 2023, s. 58). Privat næringsdrift er hovedmodellen for betaling i fastlegeordningen og innebærer at fastlegen har ansvar for inntekter og kostnader knyttet til driften av legekantoret. Inntektene består av basistilskudd fra kommunen, refusjoner fra Helfo og egenandeler betalt av pasientene. Noen av legene med privat næringsdrift har avtaler som innebærer at kommunen dekker deler av kostandene ved driften av legekantor mot at de får deler av fastlegens inntekter og/eller tar ansvar for administrasjon og ansettelse av personell på legekantoret (8.2-avtaler). Andre fastleger er fast ansatt i kommunen og dermed har kommunen ansvar for driften og mottar inntekter fra legekantoret i form av refusjoner og egenandeler samt at kommunen beholder basistilskuddet. Blant fastleger ansatt i kommunen varierer det om de har fast inntekt som ikke avhenger av aktiviteter og om de har aktivitetsbaserte bonusordninger i tillegg (ibid, s. 58).

I evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten for 2020-2024 tyder funnene på at 70 prosent av fastlegene har ren næringsdrift, 12 prosent er næringsdrivende med 8.2-avtale og 18 prosent er fast ansatt i kommunen. Flest fastleger i undersøkelsen foretrekker næringsdrift fremfor fast ansettelse. Denne trenden vises også blant unge fastleger og fastleger under spesialisering (Oslo Economics, 2023, s. 10).

Fastlegene har over tid gitt uttrykk for økende arbeidsbelastning, lengre arbeidsdager og økende grad av kvelds- og helgearbeid. Flere tiltak i handlingsplanen har som mål å lette arbeidshverdagen for fastlegene ved å redusere arbeidsbelastningen. Oslo Economics' spørreundersøkelsen til fastleger og fastlegevikarer viser at 76 prosent av fastlegene oppgir at de har for høy arbeidsbelastning, og medianen for rapportert arbeidsmengde blant fastlegene er 53 timer i uken når alle former for legevakt er inkludert. Videre viser undersøkelsen at fastlegene opplever arbeidsoppgaver som ikke krever medisinske vurderinger og kompetanse som særlig belastende. Dette innebærer for eksempel enkelte typer attester og erklæringer (Oslo Economics, 2022, s. 11).

Ekspertutvalget (2023a) som ble opprettet for å gi konkrete forslag til tiltak for å styrke fastlegeordningen mener at det må iverksettes tiltak for å redusere arbeidsbelastningen for fastleger som har for mye å gjøre. Samtidig bør det legges til rette for at fastleger som ønsker det, kan ha flere innbyggere på sine lister. Videre pekes det på at kapasiteten i allmenn- og fastlegetjenesten kan økes ved å rekruttere flere leger, forhindre at leger slutter, dele legens oppgaver med flere yrkesgrupper og prioritere bort oppgaver (Ekspertutvalget, 2023a, s. 12).

Ekspertutvalget pekte også på forskjellene mellom flerfaglighet og tverrfaglighet. Ifølge ekspertutvalget kjennetegnes flerfaglighet av at ulike faggrupper bidrar med egen fagkompetanse og kunnskap, men uten at det må være dialog mellom de ulike faglige perspektivene. Motsatt kjennetegnes tverrfaglig samarbeid av «en strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutningspunkter mellom personell fra ulike faggrupper» (Ekspertutvalget, 2023a, s. 192).

Oslo Economics (2023) finner at de fleste fastleger trekker frem økonomiske tiltak som det viktigste for å bedre situasjonen i fastlegeordningen. Til tross for at finansieringen av fastlegeordningen har blitt styrket siden innføring av handlingsplanen, peker fastlegene fortsatt på et behov for økonomiske tiltak. Herunder trekkes økt basistilskudd (8.2-avtaler), tilbakekjøpsgarantier og ALIS-tilskudd frem som viktige økonomiske tiltak (Oslo Economics, 2023, s. 10).

Et ekspertutvalg har utredet mulighetene for en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern. Utvalget mener at innsatsen for å forebygge, oppdage og behandle psykiske plager og lidelser i kommunehelsetjenesten må prioriteres. Samtidig må tilbudet i spesialisthelsetjenesten styrkes for å gi bedre hjelp til pasienter som har størst behov

(Ekspertutvalget, 2023b, s. 63). Utvalget mener at det ikke kan forventes at fastlegene alene kan gjøre mer inngående vurderinger av pasienters behov for spesialisert eller tematisk organisert psykisk helsevern. Dette må også ses i sammenheng med dagens rekrutteringsutfordringer til fastlegeordningen. Utvalget anbefaler å styrke og bygge ut kommunale psykiske helsetjenester i tråd med intensjonene i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033). Det innebærer at kommunene må settes bedre i stand til å ivareta sitt ansvar for utredning, behandling og rehabilitering av psykiske lidelser. Videre anbefaler utvalget at psykologenes rolle i de kommunale helsetjenestene må tydeliggjøres (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 65). Det er for stor variasjon både i tilgang på og anvendelse av psykologkompetanse i kommunene (ibid, s. 64).

Stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten i 2015 foreslo primærhelseteam for å oppnå mer koordinerte tjenester, muliggjøre større bredde i tjenestetilbudet og bidra til riktigere arbeidsdeling mellom personellgrupper (ibid, s. 193).

Primærhelseteam (PHT) er tverrfaglige team ved fastlegekontorene som inkluderer fastlege, sykepleier, helsesekretær og ved noen steder psykolog. Forsøket med PHT ble startet 1. april 2018 og 17 legekantor inngår i PHT-forsøket. Formålet med organiseringen er å tilby bedre fastlegetjenester til pasienter som trenger det mest, blant annet i form av mer systematisk oppfølging. I tillegg omfatter forsøket utprøving av to nye finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen). Målet med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den vanlige fastlegeordningen. PHT rettes mot brukere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Blant disse er det viktig at PHT når svake etterspørere med behov for allmennt medisinske tjenester (Oslo Economics, 2022, s. 8). Oslo Economics vurderer at PHT trolig kan bidra til å realisere helsegevinst som, sammen med øvrig gevinster, veier opp for kostnadene av tiltaket. Dermed kan det være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre PHT på legekantoret. En viktig forutsetning er at legekantoret arbeider med å utvikle samarbeid og involverer PHT-sykepleieren og helsesekretæren på en god måte, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne ved legekantoret til gode (Oslo Economics, 2022, s. 7).

1.2 Samarbeidsmodellen i fastlegeprosjektet

Hovedgrepet i fastlegeprosjektet er en samlokalisering hvor fastlegene skal kunne henvise til kognitiv terapeut og jobbspesialist som også har sin arbeidsplass på et fastlegekontor. Samlokaliseringen vil kunne redusere barrierer og gi bedre muligheter for tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjonene, samt føre til at brukerne i målgruppen raskere mottar et integrert tilbud basert på IPS og arbeidsrettet kognitiv terapi. Hypotesen er dermed at

samløkalisering og fasilitering av samarbeidet mellom NAV og fastlegene gir mer samordning av tjenestene, til det beste for pasienten.

Hvert av fastlegekontorene i fastlegeprosjektet får en NAV-veileder som sin kontaktperson. I prosjektet er det i tillegg fremhevet at hvert fastlegekontor får tilbud om å kunne drøfte aktuelle problemstillinger med rådgivende lege i NAV (ROL) og veiledning fra NAV arbeidslivssenteret. Det er utarbeidet en egen beskrivelse for de ulike rollene som vil kunne inngå i fastlegeprosjektet (se vedlegg 1).

Samarbeidsmodellen har tatt utgangspunkt i forskning på arbeidsrettet terapi, individuell jobb støtte (IPS) og den integrerte modellen for Senter for jobbmestring. I prosjektet inngår en psykologspesialist som er ansatt i Utviklingssenter for arbeid og psykisk helse (USAP) i NAV Øst-Viken, og som har lang erfaring fra blant annet Senter for jobbmestring. Denne personen har ansvar for å veilede de kognitive terapeutene som tilsettes på de ulike utprøvingene i prosjektet. Det er også utarbeidet en veileder som skal brukes på tvers av utprøvingene og denne viser til oppfølgingsløp hvor jobbspesialist henholdsvis deltar eller ikke deltar parallelt med den kognitive terapien.

Prosjektledelsen i USAP forventer at utprøvingen av samarbeidsmodellen skal gi resultater på brukernivå, fastleger og NAV, og samfunnsnivå. I dette inngår at brukere som har bistandsbehov knyttet til både sykdom og arbeidstilknytning, gis et økt tilbud, slik at en større andel av dem får en varig tilknytning til arbeidslivet. Når det gjelder fastlegene og NAV, forventer USAP at utprøvingene av samarbeidsmodellen kan være inspirasjon for andre typer samarbeid mellom NAV og kommunen, at samarbeidet mellom NAV og primærhelsetjenesten bedres, at arbeidsfokus i behandling av psykiske lidelser og muskel-skjelettplager overføres til primærhelsetjenesten, samt en lettelse i arbeidsbyrden til fastleger for målgruppen. På samfunnsnivå vises det til at en etablering av arbeidsrettet integrert tilnærming til målgruppen vil føre til at samfunnskostnader vil reduseres ved at færre personer blir stående lenge utenfor arbeidslivet eller skole.

USAP viser til at fastlegeprosjektet bygger på fire sentrale antakelser:

- tidlig tverrfaglig innsats med arbeidsfokus vil forebygge/redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet
- tilstedeværelse i fastlegekontor for kognitiv terapeut og jobbspesialist vil gjøre det mulig å nå målet om redusert sykefravær
- den tverrfaglige samarbeidsformen nærmest mulig pasienten vil påvirke både pasienten og fagpersonenes opplevelse av oppfølgingen positivt
- modellen vil på sikt redusere/endre behovet for bistand fra NAV-veiledere i enkeltsaker

Fastlegeprosjekt er ment å omfatte utprøvinger på minst fem fastlegekontor og tilhørende deltakelse fra lokalt NAV-kontor. Opprinnelige starttidspunkt ble satt til våren 2022.

USAP har lagt til grunn vide rammer for hvordan fastlegekontorenes skal operasjonalisere samarbeidet med NAV og forventer variasjoner og lokale løsninger.

1.3 Om samlokalisering og innovasjon

Slik vi forstår prosjektet, er samlokalisering og nyskaping premisser for utprøvingen: Ved at tjenesteutøverne sitter nært hverandre, skal tjenester innen helse og arbeid gis på en ny og mer samtidig måte.

Samlokalisering er ett av virkemidlene som tidvis benyttes for å øke koordinering og samarbeid. Tanken om at samlokalisering øker samarbeid mellom ulike aktører, er intuitivt fornuftig. De fleste med erfaring fra arbeidslivet vet at det er lettere å holde seg oppdatert om både faglige og sosiale aspekter hos kolleger man deler kontor, spiser lunsj og ellers omgås med, enn kolleger som arbeider i en annen avdeling eller et annet sted. Eksisterende forskning viser også at samlokalisering og egnede møteplasser kan fremme samhandling på tvers av tradisjonelle organisatoriske og profesjonsmessige skillelinjer (Bridwell-Mitchell, 2016), men forskningsresultatene er langt fra entydige (se f.eks. Irving et al, 2020). Nærhet i rom kan likevel legge til rette for å utvikle gode praksis- og læringsfellesskap, ikke minst dersom målet er kunnskapsdeling og økt forståelse for den enkelte aktørs tilnærming til et sakskompleks. Et svært kjent uttrykk for betydningen av fysisk nærhet, er Allen-kurven (Allen & Henn, 2007). Allen-kurven viser at avstand hemmer kommunikasjon, og at nærhet legger til rette for kommunikasjon, men ikke i seg selv er tilstrekkelig for å skape samarbeid.

Samlokalisering er med andre ord ikke nok, men må suppleres med strukturer og prosesser som fremmer samhandling og sosial nærhet (Letaifa & Rabeau, 2013). En litteraturgjennomgang viser at forventede effekter av samlokaliseringsprosjekter ofte er utydelig og upresist beskrevet (Hatling, Damman & Halvorsen, 2016). Mangel på presisjon kan både skape problemer underveis i prosessen, men også gi utfordringer for evalueringen av en samlokalisering i etterkant og for eventuelle vurderinger av skalering og videreføring til andre virksomheter. Litteraturgjennomgangen viser også at forventningene til effekter ofte er lite målbare. Det er gjerne flere forhold enn bare den fysiske samlokaliseringen som må legges til rette for å realisere de ønskede effektene, slik som endringsledelse, organisasjonsutvikling og bedriftskulturelle forhold. Dette er forhold som kan variere mellom de ulike fastlegekontorene som deltar i dette prosjektet.

De senere år har samarbeid i økende grad blitt betegnet som en katalysator for innovasjon. Grunnleggende i en slik forståelse av innovasjon er at samarbeid mellom ulike aktører kan gi nye perspektiver på komplekse problemer (Sørensen & Torfing, 2011). Partnerskap mellom private og offentlige aktører nevnes som en av flere mulige strategier for å øke utvikle nye tjenester eller måter å levere dem på.

En viktig driver for ønsket om mer innovasjon innenfor offentlig tjenesteyting, har vært behovet for å utvikle og levere tjenester på tvers av strukturelle skillelinjer og ulike styrings- og forvaltningsnivåer (Bjørge et al, 2015). Blant annet har en rekke innovasjonsprosjekter siktet mot å levere mer koordinerte og samtidige tjenester til brukere med sammensatte behov (Anvik m.fl., 2019). For å oppnå dette, framheves fasilitering av samarbeid og nettverksdannelse mellom ulike profesjoner og organisasjonsenheter som sentralt (Bommert, 2010; Sørensen & Torfing, 2011). Moore og Hartley (2008, s. 15) peker på hvordan innovasjoner som overskrider organisatoriske grenser kan endre både fokus og eierskap til problemet som skal løses. Så lenge én organisasjon alene har ansvar for å løse et gitt problem, er det en risiko for at kompleksiteten i problemet ikke anerkjennes. Ved å invitere andre aktører inn i løsningen av problemet, kan mer helhetlige løsninger tilbys brukeren. Aktørene vil i tillegg lære av hverandre, noe som i seg selv kan stimulere nye praksiser.

Vi forstår fastlegeprosjektet som et forsøk på å rekonfigurere organisatoriske grenseflater og samhandlingsmønstre: Et tradisjonelt sekvensielt forløp innebærer at én og én aktør eller instans har ansvar for å hindre frafall fra arbeidslivet eller få vedkommende tilbake i jobb. Et mer samtidig tilbud innebærer på den annen side at flere instanser jobber sammen og på den måten kan gripe flere sider ved det komplekse problemet. Samtidighet kan også bety at ulike kunnskapstradisjoner og profesjoner møtes og brynes mot hverandre. I evalueringen har vi derfor hatt blikk for hva som karakteriser arbeidsformene ved de ulike fastlegekontorene som deltar. Basert på et idealtypisk skille mellom sekvensiell koordinering på den ene siden, og mer samtidig relasjonell samhandling på den andre, har vi analytisk operert med et kontinuum der samarbeidsmodellene ved de deltakende kontorene kan plasseres inn.

1.4 Følgeforskningens formål

Arbeids- og velferdsdirektoratet er oppdragsgiver. Oppdraget er finansiert gjennom FoU-programmet for IA-avtalen. I det følgende redegjøres det først for oppdragets opprinnelige formål (1.4.1). Det vises deretter kort til hvilke etableringsutfordringer som gjorde seg gjeldende i forbindelse med å rekruttere fastlegekontor til å delta i utprøvingene av samarbeidsmodellen (1.4.2), og som medførte visse endringer i følgeforskningens oppdrag (1.4.3).

1.4.1 Opprinnelig formål

Det opprinnelige formålet med forskningsoppdraget var å dokumentere etableringen og utprøvingen av samarbeidet mellom NAV og fastlegekontor i fastlegeprosjektet. Oppdraget skulle videre peke på muligheter for å videreutvikle samarbeidsmodellen og gjøre en vurdering av om modellen er egnet til å forebygge og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Utfall for pasientene/brukerne og de involverte aktørenes

erfaringer skulle dokumenteres, og oppdraget skulle også gjøre en vurdering av om modellen bør prøves ut i større skala.

Direktoratet viste til en rekke problemstillinger som skulle besvares i tillegg til de underliggende antakelsene i fastlegeprosjektet:

Etablering og drift av samarbeidet

- Hvordan utvikler samarbeidet seg over tid mellom primærhelsetjenesten og NAV i de fem utprøvingene?

Hvordan identifiserer fastlegeprosjektet brukere, og hva blir utfallet for brukerne?

- Gjør samarbeidet at NAV tidligere fanger opp pasienter/brukere som har behov for innsats fra NAV?
- Er det sannsynlig at brukerne får kortere sykefraværsforløp/raskere retur til arbeid?
- Er det sannsynlig at samarbeidet bidrar til å unngå at sykmeldinger oppstår?
- Utover de nevnte utfallene, hvilke andre utfall får brukerne, f.eks. overganger til kommunal helsetjeneste, rask psykisk helsehjelp, distriktpsikiatrisk senter, senter for jobbmestring, m.fl.

Brukernes erfaringer

- Hvordan opplever pasientene/brukerne samarbeidet mellom NAV og fastlegekontoret? En sentral målsetting er at brukeren skal oppleve et helhetlig og koordinert tilbud fra NAV og primærhelsetjenesten.
- Der det er relevant, hvordan opplever pasientene/brukerne samarbeidet mellom NAV og annen institusjon (kommunal helsetjeneste, rask psykisk helsehjelp, distriktpsikiatrisk senter, senter for jobbmestring, m.fl.)?
- Hva påvirker pasienters tro på at arbeid/skole kan virke helsefremmende på tross av opplevde symptomer?

Betydningen for primærhelsetjenesten

- Hvordan opplever fastlegekontorene samarbeidet med NAV?
- Hvilke konsekvenser får modellen for fastlegekontorenes arbeidsrettede fokus for pasienten?
- Hvorvidt opplever NAV at funksjonsvurderinger i sykmeldingene fra fastlegekontorene blir mer konkret – det vil si fokus på pasientens/brukerens arbeidshindre på sin arbeidsplass?

Videreføring/oppskalering

- Hvilke(n) modell(er) egner seg for videreutvikling og uttesting i større skala?
- Hvordan kan modellen(e) testes ut i større skala, og hva er forutsetningene for oppskalering?

Direktoratet viste også til at oppdraget skulle identifisere utilsiktede virkninger (positive eller negative) som følger av fastlegeprosjektet, både for NAV og fastlegekontorene samt øvrige kommunale helsetjenester. Det ble understreket at oppdraget ikke er en effektstudie, men skal fokusere på det lokale, operative samarbeidet mellom NAV-kontorene og fastlegekontorene, herunder peke på samarbeidsmodell(er) som kan være egnet for videreutvikling og testing i større skala.

1.4.2 Kort om etableringsutfordringer

I planleggingen av fastlegeprosjektet og tidlig oppstartfase i 2022, kan man spore en relativ optimistisk og sterk tro hos USAP på at rekruttering av fastlege- og NAV-kontor skulle være kurant å få på plass. Utover våren 2022 ble det imidlertid gradvis tydeligere at det var spesielt utfordrende å få rekruttert fastlegekontor til å delta i utprøvingene. Det er særlig tre forhold som har gitt utfordringer og barrierer, men hvor man også har tatt lærdom og grep underveis i prosjektet.

- Rekruttering og finansiering av kognitiv terapeut
- Kontor plass, kontorutgifter og fellestilgang i IT-systemer
- Fastlegenes tidsbruk og takst

Som følge av disse forholdene, ble den faktiske oppstarten med utprøvinger i fastlegeprosjektet betydelig forsinket. Ny prosjektleder i USAP måtte fra høsten 2022 arbeide svært aktivt med å opprette kontakt, få til dialog og avklare en eventuell deltakelse fra fastlegekontorer i prosjektet. Status på nyåret 2023 var at tre utprøvinger som hadde vært nær realisering falt bort, men man klarte også å få i gang de to første utprøvingene i prosjektet.

1.4.3 Endringer i oppdraget

Etableringsutfordringene fikk også innvirkning på følgeforskningen. I første omgang medførte det at prosjektperioden ble forlenget fra februar 2023 til desember 2023.¹ Det ble utover våraparten 2023 videre klart at følgeforskningen bare ville kunne følge den opprinnelige planen for datainnhenting og analyse for de to første utprøvingene innenfor den forlengede prosjektperioden. Øvrige utprøvinger ville være i oppstartsfase eller tidlig driftsfase når datainnhenting måtte avsluttes.

Som følge av dette formulerte Arbeids- og velferdsdirektoratet et kunnskapsbehov som i større grad belyser utfordringer, barrierer og løsninger for etablering og drift av samarbeid mellom NAV og fastlegekontor. Samtidig mente direktoratet at videreutvikling

¹ Opprinnelig tidsplan for følgeforskningen var oppstart i mars 2022 og sluttrapport i februar 2023.

og uttesting av modellen(e) i større skala, kunne tones ned. Dette medførte at følgeforskningens oppdrag fra april 2023 fikk to hovedfokus:

1. Oxford Research skal langt på vei følge de to første samarbeidsmodellene i henhold til opprinnelig oppdrag, men med mindre vektlegging av videreutvikling og oppskalering.
2. Oxford Research skal ha et økt fokus på hva fastlegeprosjektet kan tilføre av kunnskap om utfordringer, barrierer og løsninger når NAV skal samarbeide med primærhelsetjenesten.

Endringen i oppdragets fokus fikk også betydning for datainnhenting, da det ble også naturlig å se nærmere på de utprøvingene som ikke ble realisert. Dette er nærmere omtalt i metodekapittelet.

2. Metode

I det følgende redegjøres det for den samfunnsvitenskapelige metoden som er anvendt i følgeforskningen, herunder viktige forhold i fastlegeprosjektet, som har preget vår datainnhenting.

Overordnet preges datainnhenting og analyser av utfordringer med å rekruttere til og etablere de ulike utprøvingene i fastlegeprosjektet. Forsinkelsen førte til at det innenfor følgeforskningens prosjektperiode (herunder 10 måneder forlengelse) bare var mulig å følge to av utprøvingene i en lengre driftsfase og utføre datainnhenting som opprinnelig planlagt. For de tre utprøvingene som kom på plass senere i prosjektperioden, er det gjort datainnhenting hovedsakelig ved den formelle etableringen av utprøvingene og i tidlig driftsfase. Ulike starttidspunkt for utprøvingene har redusert muligheten for den planlagte komparative analysen av utprøvingene. Forsinkelsene i utprøvingene har også medført mindre tilgang til avsluttede brukere.

Det understrekes at alle utprøvinger fortsatt er pågående når følgeforskningen avsluttes. Utprøvingene kan dermed justere eller utvikle seg i en annen retning enn det som har vist seg frem til nå. Særlig gjelder dette de tre utprøvingene som er i tidlig driftsfase. Vi understreker derfor at våre funn og vurderinger må forstås i konteksten av at prosjektet er i en tidlig driftsfase.

Som følge av utfordringene USAP opplevde med å rekruttere fastlegekontor til prosjektet, har det blitt et økt fokus på barrierer og løsninger for å få til samarbeid mellom NAV og fastlegene i oppdraget. Dette medførte at vi også gjennomførte kvalitative intervjuer med relevante aktører i utprøvinger som falt bort tett opp til formell oppstart.

Det er relativt få aktører som deltar i de ulike utprøvingene. Vi har forsøkt å unngå et for individorientert fokus i våre beskrivelser. Samtidig har utprøvingene på mange måter vært knyttet opp til enkeltpersoners roller og innsats, slik at det ofte har vært sentralt å få frem detaljer som til dels er personavhengige. Alle informanter har blitt informert om at all datainnhenting som vedrører dem er frivillig og at ingen vil bli tilkjenngjort med navn i rapporten. Det er imidlertid informert om at utprøvingene er gjort noe kjent i forvaltningen (NAV og helsesektoren) og media, og at dette øker sannsynligheten for at noen vil kunne identifisere aktørene i utprøvingene. Videre har deler av datainnhenting vært gjennomført på samlende arenaer (eksempelvis workshops) der aktører på tvers av utprøvingene og andre interessenter har deltatt. Informantene våre har samtykket til å bli intervjuet og dele erfaringer under forståelse av dette.

Vi gjør en samlet vurdering av datagrunnlaget avslutningsvis i kapittelet.

2.1 Omtale av aktører

Fastlegeprosjektet består av flere sentrale aktører, herunder fastlege, kognitiv terapeut, jobbspesialist og NAV-veileder. I omtalen av aktørene i rapporten, vil vi så langt det lar seg gjøre, referere til den enkelte aktør. Skillet mellom aktørene vil noen steder være mer flytende for å ivareta anonymitet. Det innebærer for eksempel at vi kan henviser til NAV-ansatte samlet, i stedet for å angi en enkelt NAV-aktør. Med NAV-ansatte refererer vi i all hovedsak til ledere, jobbspesialister og veiledere, det vil si ansatte på de NAV-kontorene som er tilknyttet utprøvingene. Dersom flere aktører i NAV har uttalt seg om samme forhold uten at rolle er av betydning for utsagn som presenteres, vil vi noen steder referere til NAV-ansatte samlet. Vi har valgt å ikke inkludere kognitiv terapeut når vi omtaler NAV-ansatte, både fordi folk flest ikke tenker på kognitiv terapeut som en NAV-ansatt, og fordi det relativt sett er få kognitive terapeuter tilsatt i NAV. Opprinnelig var det tenkt at de kognitive terapeutene i prosjektet skulle finansieres av fastlegekontorene som deltar, men dette viste seg å ikke være aktuelt for noen av fastlegekontorene (se kap. 3.2). For å løse denne utfordringen har man i prosjektet endt med at NAV finansierer kognitive terapeuter ved fire av fem utprøvinger. Vi mener imidlertid ikke at denne prosjektspesifikke løsningen gjør det naturlig å omtale de kognitive terapeutene som NAV-ansatte. Vi mener også at dette skillet hensyntar at terapeutene utfører helserelaterte oppgaver som ikke naturlig hører inn under NAVs ansvarsområde.

2.2 Metoder for datainnhenting

Datagrunnlaget består av kvalitative intervjuer med ulike aktører i utprøvingene, møteobservasjoner, workshop, registreringsløsning utviklet av USAP og spørreundersøkelse til brukerne av ordningen.

2.2.1 Statusmøter med oppdragsgiver og prosjektledelse i USAP

I løpet av prosjektperioden har det vært gjennomført månedlige statusmøter med Arbeids- og velferdsdirektoratet og prosjektledelsen i USAP. Disse møtene har gitt oppdragsgiver og USAP innsikt i status for følgeforskningen. Møtene har også vært et viktig datagrunnlag for følgeforskningen fordi møtene har gitt innsikt i utviklingen av prosjektet over tid. De første møtene ble avholdt før utprøvingene kom i gang. Dermed har møtene gitt innsikt i prosjektet gjennom flere faser, blant annet rekrutteringsarbeidet rettet mot fastlegekontor til de ulike utprøvinger samt etablering og drift av utprøvingene.

2.2.2 Intervjuer med aktører som deltar i utprøvingene

Intervjuer med aktørene i de to tidlige utprøvingene

I oppstartsfasen er det gjennomført gruppeintervjuer med fastlege, kognitiv(e) terapeut(er) og jobbspesialist tilknyttet hver av de to første utprøvingene. Mot slutten av prosjektperioden for følgeforskningen ble det gjennomført individuelle intervjuer med de samme aktørgruppene. Det ble også gjort gruppeintervju med jobbspesialist og NAV-veiledere ved utprøving 1 og individuelt intervju med jobbspesialist/NAV-veileder ved utprøving 2². I tillegg ble det gjort individuelle intervju av NAV-lederne ved disse to utprøvingene.

Intervjuer med de tre utprøvingene som kom i gang senere i prosjektperioden

I de tre utprøvingene som kom sent i gang ble det gjennomført intervjuer med fastleger og NAV-ledere i forkant av oppstarten. Intervjuene med de kognitive terapeutene ble gjennomført kort tid etter oppstart. Det innebærer at vi i praksis kun har de kognitive terapeutenes erfaringer med oppstart av utprøvingene. NAV-ansatte som er med i disse tre utprøvingene deltar imidlertid også på erfaringsutvekslingsmøtene som det er gjennomført møteobservasjon av (se neste delkapittel).

Intervjuer med aktører i utprøvinger som ikke ble realisert

For å få mer innsikt i barrierene for å delta i prosjektet, ble det gjennomført åtte intervjuer med informanter tilknyttet de tre utprøvingene som var aktuelle for deltakelse, men som ikke ble realisert. Det viste seg imidlertid under intervjuene med aktører fra den ene avlyste utprøvingen, at utprøvingen senere ble realisert i «ny drakt» (utprøving 3).

Intervjuene omfattet NAV-ledere, fastleger og andre ressurspersoner som var involvert i forbindelse med forsøket om å få til deltakelse i prosjektet. Med «andre ressurspersoner» refererer vi til kommuneoverleger og ansatte på fylkesnivået i NAV som er involvert i utviklingsarbeid.

2.2.3 Intervjuer med prosjektledelsen

Vi har intervjuet prosjektleder for fastlegeprosjektet to ganger i løpet av prosjektperioden. Videre er det gjennomført månedlige statusmøter der prosjektleder og prosjekteier deltar. I tillegg har det vært flere uformelle samtaler og avklaringer per e-post med prosjektleder gjennomgående i perioden.

I løpet av prosjektperioden har metodeveilederen for de kognitive terapeutene blitt intervjuet to ganger. Vedkommende har også deltatt på to andre intervjuer i forbindelse med at hen også har hatt rollen som kognitiv terapeut i utprøving 1.

² Utover i prosjektperioden fikk NAV-veileder en dobbeltrolle som NAV-veileder og jobbspesialist ved utprøving 2.

Leder/prosjekteier i USAP ble intervjuet mot slutten av prosjektperioden. Dette intervjuet hadde særlig fokus på funn i utprøvingene så langt, sett opp mot utgangspunktet for prosjektet. I intervjuet ble det også drøftet læringspunkter knyttet til etablering og drift av samarbeid, og hva prosjekteier vil fokusere på i det videre arbeidet.

2.2.4 Møteobservasjon

Det er gjennomført til sammen 10 møteobservasjoner i forbindelse med følgeforskningen. Møteobservasjonene ble gjennomført digitalt via Teams.

Erfaringsutveksling for NAV-ansatte tilknyttet de ulike utprøvingene

I prosjektperioden har det vært gjennomført erfaringsutveksling for NAV-ansatte på tvers av de ulike utprøvingene. Denne samarbeidsgruppen er tverretattlig sammensatt, og skal ivareta lokal forankring og utvikling av det metodiske arbeidet. Møtene har blitt holdt én gang i måneden siden april 2023. I de første møtene deltok kun representanter fra de to utprøvingene som kom først i gang, mens representanter fra de andre utprøvingene har kommet til etter hvert som de har startet opp. I møtene har vi fått innblikk i NAV-ansattes og prosjektleders perspektiver på utprøvingene. Totalt er det gjennomført syv møteobservasjoner av erfaringsutvekslingene.

Koordineringsgruppemøter mellom prosjektledelsen i de ulike utprøvingene

Det er også gjennomført tre møteobservasjoner av koordineringsgruppemøtene som har blitt avholdt omtrent hver tredje måned siden mars 2023. I møtene deltar prosjektledelsen i de ulike utprøvingene for å sikre erfaringsoverføring og støtte til lokal implementering samt følge opp progresjonen i prosjektet og resultatene.

2.2.5 Data fra registreringsløsning

Data fra registreringsløsningen til USAP inngår i datamaterialet. I denne registreringsløsningen er det registrert antall aktive og avsluttede behandlingsløp, hvilke mål brukerne har for behandlingen og hvor mange av disse som startet i jobb. I oversikten over brukerne som er aktive i prosjektet viser registreringsløsningen også aldersfordeling og hvor lenge brukerne var sykmeldte da de startet i prosjektet.

Registertingsløsningen viser tall for hver av de fem utprøvingene og de samlede tallene for hele utprøvingen. Tallene som er benyttet i denne rapporten er oversikten over deltakere i ordningen for de to utprøvingene som kom først i gang. Med unntak av en bruker, er det bare ved de to første utprøvingene at det er brukere som har avsluttet sitt behandlingsløp per november 2023. I tillegg inngår totaloversikten over deltakerne i datamaterialet.

2.2.6 Spørreundersøkelse og brukerintervjuer

Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ble besvart av pasienter/brukere ved de to utprøvingene som har kommet lengst. Vi har benyttet fysiske spørreskjemaer som ble sendt per post til kognitiv terapeut, og som brukerne selv fylte ut etter å ha mottatt oppfølging i prosjektet. Det ble også laget en QR-kode som brukerne kunne skanne for å komme til en digital versjon av spørreundersøkelsen. Imidlertid var det ingen brukere som benyttet seg av den digitale versjonen av spørreundersøkelsen. På første side var det et informasjonsskriv til brukeren med informasjon om formålet med prosjektet og hva det ville innebære for bruker å delta i spørreundersøkelsen.

Spørreundersøkelsen inneholdt blant annet spørsmål om hvordan brukeren hadde opplevd oppfølgingen i prosjektet, og hvordan brukeren opplevde informasjonsflyten mellom de involverte aktørene i utprøvingen. Brukeren ble også bedt om å vurdere nytten av deltakelsen i prosjektet og sannsynligheten for at vedkommende var i jobb eller utdanning i løpet av de neste tre månedene (se vedlegg 2).

På nyåret i 2023 ble spørreundersøkelsen sendt ut til de kognitive terapeutene ved de to første utprøvingene, slik at brukere med fullførte behandlingsløp fortløpende kunne svare på spørreundersøkelsen ved avsluttet behandling. Spørreundersøkelsen ble også sendt til de tre siste utprøvingene etter deres oppstart, men det var ingen av disse som hadde brukere med fullførte behandlingsforløp før vi stoppet datainnhenting til rapporten. Likevel har 19 av 35 brukere som har fullført behandlingsforløpet svart på spørreundersøkelsen. Dette gir en svarprosenten 54 prosent.

Brukerintervjuer

Det er gjennomført syv intervjuer med avsluttede brukere, hvorav to hadde deltatt i utprøving 1 og fem brukere ble rekruttert fra utprøving 2. Til sammen var det 35 brukere som hadde avsluttet behandlingstilbudet da datainnsamlingen ble avsluttet. Rekruttering av brukere ble gjort av de kognitive terapeutene. Brukerne som ønsket å delta på disse intervjuene samtykket til at deres kontaktinformasjon ble utlevert til Oxford Research. Videre avtalte prosjektteamet i Oxford Research tidspunkt for et kort telefonintervju med den enkelte. Intervjuene hadde en varighet på 15-20 minutter.

Relevante temaer var knyttet til brukernes opplevelse av oppfølgingen fra kognitiv terapeut og eventuelt jobbspesialist, og hvordan de oppfattet samhandlingen mellom de involverte aktørene. Brukerne ble også spurt om hvordan de vurderte mulighetene for arbeid eller studier de neste tre månedene.

2.2.7 Referansegruppemøter og workshop

Som følge av prosjektets forsinkelser med å få på plass flere utprøvinger, ble en referansegruppe for prosjektet først satt sammen sent i prosjektperioden. Det første referansegruppemøtet ble holdt i september 2023 og det siste fant sted i november samme år. Møtene ble holdt digitalt. Referansegruppen har bestått av representanter fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, USAP, Helsedirektoratet, Allmennlegeforeningen og Sentralt Brukerutvalg. Medlemmene har vært både kompetente og engasjerte i møtene. Det har gitt oss viktige innspill, motforestillinger og forslag basert på våre presentasjoner av funn i prosjektet.

Mot slutten av prosjektperioden gjennomførte vi en digital workshop med aktører som deltar i de ulike utprøvingene og andre involverte i prosjektet, samt interessenter i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Omtrent 25 personer deltok i workshopen. Temaet var erfaringsutveksling og felles refleksjon over oppstart- og driftsfase i prosjektet, herunder hvilke praksisnære utfordringer og grep som må tas for å få til et tettere samarbeid mellom NAV og fastlegene. I løpet av workshopen ble det holdt korte innlegg som belyste perspektivet til henholdsvis fastleger, kognitive terapeuter og NAV-ansatte. I tillegg delte Oxford Research funn og analyser fra følgeforskningen. Flere av deltakerne deltok aktivt med sine erfaringer og synspunkter fra prosjektet.

2.3 Vurdering av datagrunnlaget

Datagrunnlaget er preget av at fastlegeprosjektet har blitt endret underveis. Det opprinnelige mer stringente komparative designet måtte derfor vike til fordel for en mer pragmatisk tilnærming der datainnsamlingen ble tilpasset framdriften i de ulike utprøvingene. På grunn av stor variasjon mellom deltakende fastlegekontor, for eksempel knyttet til graden av samlokalisering, er det også grunn til å tolke funnene med varsomhet. I tillegg er enkelte av utprøvingene preget av engasjement og gjennomføringsevne fra særlig ressurssterke aktører. Dette er aktører som også tilhører ulike respondentgrupper. For utprøvingens del er slike ressurspersoner nyttige, men det gir samtidig enkelte utfordringer for vurdering av spredning og skalerbarhet. Målgruppen har også variert mellom deltakende fastlegekontor. Ulik prioritering av hvem som skulle få oppfølging av kognitiv terapeut og jobbspesialist, har i den forbindelse ført til ulik helsesituasjon for inkluderte deltakere.

På den annen side har prosjektet høstet erfaringer med ulike samarbeidsmodeller. Bredden i ulike erfaringer og mulige læringspunkter er derfor stor. Når det gjelder utprøvingene som har kommet lengst, vurderer vi datagrunnlaget som solid. Det er likevel begrenset volum på tilbudet som er gitt, noe som speiles i et forholdsvis lavt antall besvarte spørreskjema. Svarprosenten er likevel god.

I sum er det grunn til å minne om at dette ikke har vært en effektstudie. Det er heller ingen kontrollgruppe som resultatene kan sammenlignes med, og grunnlaget for å si noe om virkninger, er derfor begrenset.

2.4 Analytisk tilnærming

Analysen av det empiriske materialet er strukturert etter tre analytiske kategorier som er informert av den overordnede analytiske tilnærmingen; samlokalisering som virkemiddel og samarbeidsdrevet innovasjon. Kategoriene legger til rette for sammenlignende analyse mellom de ulike utprøvingene av samarbeidsmodellen. Disse tre kategoriene er struktur, prosess og deltakere:

- **Struktur** omhandler de formelle organisatoriske rammene for de ulike utprøvingene, som kan virke inn på samarbeid og samhandling på det enkelte fastlegekontor. Fastlegekontorene vil kunne variere i størrelse, antall ansatte, hvorvidt fastlegene er kommunalt ansatte eller selvstendig næringsdrivende, kommunal avtale med fastlegene, kontorfasiliteter tilgjengelig, leie- og eierforhold mm.
- **Prosess** omhandler blant annet samarbeids- og samhandlingsrutiner mellom de involverte aktørene, arbeidsmetodikk, tidsbruk og pasientflyt. Her er det samhandlingens substansielle innhold vi er interessert i og som bør dokumenteres og analyseres eksplisitt. Særlig relevant er hvorvidt arbeidsprosessene som etableres er tilpasset brukernes behov og ønsker.
- **Deltakere** er særlig relevant for evalueringen ettersom samlokaliseringen knytter enkelte aktører tettere sammen. Det vil i den forbindelse være interessant om samlokaliseringen øker eller reduserer kontakt og samarbeid med andre relevante tjenester. Vi er særlig opptatt av de ulike aktørenes roller og mandat, samt om tidlig tverrfaglig innsats fører til former for ansvarsforskyvning mellom partene.

De analytiske kategoriene som anvendes har betydning for overførbarhet av resultater og funn. Som Nadim (2015) understreker, vil de analytiske kategoriene i en studie si mye om hvordan vi forstår og forklarer det vi finner. Dermed vil de analytiske kategoriene også legge føringer for hvilke forklaringer og prosesser vi mener kan overføres til andre kontekster enn de vi har studert.

3. Nærmere om etableringsutfordringer og veien frem til fem utprøvinger

I forbindelse med fastlegeprosjektets problemer med å få rekruttert fastlegekontor til å delta i fastlegeprosjektet, har det blitt avdekket flere utfordringer og barrierer når det gjelder å få til samarbeid mellom NAV og fastlegene. Samtidig har dette også gitt økt forståelse for hva skal til for å få til samarbeid på denne arenaen, og underveis i prosjektet er det tatt nødvendige grep for å få realisert utprøvinger. I dette kapitlet vises det til erfaringer og synspunkter både fra informanter som er tilknyttet realiserte utprøvinger i fastlegeprosjektet og informanter fra aktuelle utprøvinger som ikke ble noe av.

3.1 Fastlegene er usikre på verdien av et samarbeid med NAV

Informantene har i intervjuene fortalt om flere grunnleggende utfordringer og barrierer som ikke utelukkende knytter seg til fastlegeprosjektet. Disse forholdene er dermed uttrykk for et utfordrende utgangspunkt for å få til samarbeid mellom NAV og fastlegene generelt sett, men som dermed også er del fastlegeprosjektets kontekst i både etablerings- og driftsfase.

En rekke informanter påpeker at ulikhetene i oppdrag, profesjonsbakgrunn og perspektiver, gir samarbeidsutfordringer. En leder på et lokalt NAV-kontor viser til:

Jeg vil vel si at det handler mye om at vi har ulike oppdrag som vi forstår veldig ulikt. Det har vært diskusjoner historisk sett, og per i dag mangler vi hverandres perspektiv.

Leder NAV-kontor

En annen NAV-leder påpeker at det er vanskelig å komme i posisjon overfor fastlegene for å få til et samarbeid sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. NAV-lederen viser til at spesialisttjenesten har klare føringer på å få ned køer og øke effektiviteten og i denne forbindelse har de sett at samarbeidet med NAV gir effekt.

Fastlegeinformanter viser også til sektorskillet og at fastlegene generelt ikke har tilstrekkelig forståelse av NAVs oppgaver og bistandsbehov:

Vi har to etater med nesten vanntette skott mellom seg, som gjør at den løpende dialogen kan være utfordrende. Det å få tak i hverandre, forstå kommunikasjon og stammespråk. NAV etterspør funksjonsvurdering i stor grad, mens vi opptatt av å lese kliniske funn og klinisk undersøkelse. Vi gjør ofte en medisinskrettet undersøkelse etter symptomer og beskrivelse, mens vi har lite forståelse av begrepet funksjonsvurdering.

Fastlege

En annen fastlege viser til noe tilsvarende, men fremhever også at NAV må få frem hva de kan tilby som får betydning for oppfølgingen av pasientene:

Vi (fastleger) ser ikke NAV som en partner. Vi gjør vårt og de deres ting. De dukker opp på faste tidspunkt og krever noen ting innimellom. Tror det har noe med at vi har for lite kjennskap til hva NAV kan tilby av tiltak og oppfølging av pasienter. NAV setter ikke bare folk ut på arbeidsplasser – NAV må få frem hva de kan tilby.

Fastlege

En kommuneoverlege gir uttrykk for at fastlegene er grunnleggende skeptiske til NAV fordi de oppfatter dette som et tungrodd system. Vedkommende er også kritisk til ønsket om et større arbeidsrettet fokus hos fastlegene:

Vi som fastleger ønsker at det (arbeidsrettet fokus) skal flyttes vekk i forhold til primærhelsetjenesten. Økt egenmelding og at dialogen om arbeid skal være mellom sykmeldt og arbeidsgiver og eventuelt NAV. Så kan primærhelsetjenesten hjelpe med sykdom. Og at det blir større forventninger fra samfunnet til å delta i arbeidslivet.

Kommuneoverlege

På den annen side er det også fastleger som mener at fastlegene trenger å lære en mer arbeidsrettet tilnærming i sin behandling:

Fastlegene må vise hva som er utfordringene hos dem – de trenger å få hjelp av NAV til å ikke tenke langvarige ytelser. Som fastlege er vi veldig låst i det vi driver med. Det er vanskelig å se utviklinger og hva som skjer utenfor. Vi blir låst i behandlingsmåter. Vi er ikke vant til å tenke kognitiv behandling når noen har vondt i muskler.

Fastlege

Informantene våre i NAV er selv delte og usikre i spørsmålet om fastlegene ser på NAV som en ressurs og verdien av å samarbeide med NAV. Det blir av flere vist til at man

opplever å være på vei til noe bedre og at det er en økt forståelse hos fastlegene når det gjelder den helsemessige betydningen av deltakelse i arbeidslivet.

Flere informanter blant både fastlegene og i NAV, trekker frem at fastlegekrisen gir fastlegene begrenset spillerom, og at dette er en sentral barriere for å gjennomføre denne typen samarbeidsprosjekt. I intervju viser en erfaren NAV-ansatt på fylkesnivået til:

Først og fremst må det være nok fastleger. Det er fastlegekrise. I våre kommuner også. Det er veldig mye venting med tanke på dokumentasjon og det er vanskelig å få dem på møter. Legene kan ikke prioritere samarbeidsmøter med NAV. Det blir lenge å vente på dokumentasjon og det må mases. Noen leger er gode på å møte opp, mens andre er ikke å se.

Fagdirektør NAV Fylke

Fastlegene er tydelige på at arbeidsbetingelsene deres i stor grad begrenser muligheten til å bruke tid på å samarbeide med NAV. Det blir blant annet vist til at dersom det frigjøres tid for dem, vil de kunne delta i samarbeid, men også at mer samarbeid forutsetter en reform.

3.2 Rekruttering og finansiering av kognitiv terapeut

En hovedutfordring i prosjektet har vært dekning av utgifter til kognitiv terapeut, som det ikke var avsatt prosjektmidler til. Prosjektledelsen i USAP viser til at det var dialog med flere fastlegekontor i forkant av prosjektoppstart, og hvor det etter USAPs syn var en felles forståelse rundt at samarbeidet ville medføre delt finansiering. Den nærmere dekningen av utgiftene til kognitiv terapeut virker imidlertid ikke å ha blitt tilstrekkelig avklart. I forbindelse med rekruttering av fastlegekontor, ble det også helt tydelig at dekning av utgifter til kognitiv terapeut ikke var aktuelt for noen av fastlegekontorene. Dette gjaldt både fastlegekontor som hadde vært i kontakt med prosjektledelsen i forkant av oppstart og fastlegekontor som kom til senere i prosjektet.

Betydning av dette forholdet kan eksemplifiseres gjennom et møte i juni 2022 med prosjektleder (USAP), aktuelle aktører fra NAV lokalt og et fastlegekontor som jobbet aktivt med å få delta i prosjektet. I dette møtet uttrykte fastlegekontoret en tydelig forventning om at prosjekteier skulle dekke utgiftene til kognitiv terapeut og at de ikke hadde anledning til å gjøre dette selv. Fastlegekontoret var overrasket over at det ikke var en finansieringsløsning på plass. Det ble videre påpekt at å rekruttere en kognitiv terapeut vil være tidkrevende, herunder at det ofte vil være en oppsigelsestid på 3 måneder. I tillegg kan slik rekruttering være vanskelig å få til som følge av at ansettelsen er knyttet til et prosjekt av midlertidig varighet. Etter ulike forsøk på å ordne finansiering av

kognitiv terapeut, blant annet gjennom søknad til legeföreningen (avslått), endte dette fastlegekontoret med å ikke delta. I løpet av denne tidsperioden ble også det tilknyttede NAV-kontoret demotivert av prosessen forbundet med at fastlegekontoret ikke ville dekke noen kostnader selv. Informanter i NAV bekrefter at strukturen rundt utprøvingen og særlig uavklart finansiering av kognitiv terapeut, gjorde at denne utprøvingen falt bort.

I et senere intervju med lederen for dette fastlegekontoret, spurte vi vedkommende hva som må til for å få til denne typen samarbeid mellom NAV og fastlegene:

Det er kjempeenkelt – rammer for å ansette kognitiv terapeut. Enten gjennom profesjonsnøytrale takster som helseministeren er opptatt av, eller gi oss en rammefinansiering. Trenger ikke å være at jeg betaler ut lønnsmidler heller, det kan være noen andre. Bare vi får kognitiv terapeut på plass, så starter vi i morgen.

Fastlege

Som det vil komme frem av rapporten, så har løsninger på økonomisk dekning og hvem man har rekruttert til stillingen som kognitiv terapeut, fått stor betydning for utprøvingene som ble realisert. For øvrig opplevde man at oppstarten til to av utprøvingene som ble realisert, ble forsinket med flere måneder nettopp som følge av tiden som gikk med til ansettelse av kognitiv terapeut.

3.3 Ledig kontorplass, kontorutgifter og fellestilgang i IT-systemer

Samlokalisering av aktørene er et sentralt premiss i fastlegeprosjektet. Tilgjengelig kontorplass for kognitiv terapeut og jobbspesialist har imidlertid vist seg å være vanskelig å få til ved flere av fastlegekontorene. Kontorledighet på fastlegekontorene fremstår ofte å bero på tilfeldigheter, og man har i de faktiske utprøvingene derfor endt opp med ulike grader av samlokalisering, samt også å avvike fra dette premisset.

Samlokaliseringsgraden beror dermed ikke bare fra «inne på» fastlegekontoret til annen lokalisering i samme bygg og etasje, men gjelder også samlokalisering mellom NAV og kognitiv terapeut, uten fastlegene. Dette blir nærmere redegjort for i kapittel 4.

I tillegg til praktiske utfordringer med å finne kontorplass som sikrer samlokalisering, viser det seg også som en klar forventning hos flere fastlegekontor at det betales for bruk av lokalene. Flere informanter påpeker i denne sammenheng forskjellen mellom privat næringsliv og offentlig sektor, og at fastlegekontorene vil være opptatt av inntjening og at det ikke skal være noen økonomisk ulempe med samarbeidet. En kommuneoverlege

understreker at dette er noe NAV må ta innover seg når de søker tettere samarbeid med private fastlegekontor:

Det med kontorplass. De er gjerne 3-5 leger sammen hvor de eier et firma og betaler sin andel og dekker inn kostnadene. Når kostnader per person ligger på 65 000-80 000 kroner i måneden og man ikke har tenkt på det med finansieringen.. De så nok for seg at man skulle landet deler av disse detaljene litt tydeligere. [...] En ting er at de ikke sier de er opptatt av husleie osv., men så er de det likevel.

Kommuneoverlege

I forbindelse med utgifter til kontorbruk, har det videre oppstått finansieringsspørsmål forbundet med at kognitiv terapeut skal få tilgang til fastlegenes IT-systemer, f.eks. fordi det må kjøpes inn nye lisenser. Det har også blitt påpekt både juridiske og praktiske utfordringer med å få til tilganger på tvers av IT-systemer i ulike sektorer. Førstnevnte kan knytte seg til at man får tilgang til journaler, men ikke skal kunne ha innsyn bakover i tid. En praktisk utfordring som beskrives er at sikkerhetstiltak på en PC innenfor en sektor vil gjøre det svært vanskelig å ta inn tilganger/programvare som tilhører en annen sektor.

Dekning av kontorleie og kontorutgifter har dermed vist seg om barrierer for å få etablert samarbeid, da det ikke var avsatt prosjektmidler til dette. Et fastlegekontor som var på vei til å signere avtale om deltakelse valgte å likevel ikke delta på grunn av usikkerhet om finansiering. Samtidig skal det bemerkes at det i fastlegeprosjektet også er kommet i stand utprøvinger hvor utgiftene til kontorleie og øvrige kontorutgifter verken har vært et stort tema eller endt i noen stor utgiftspost.

3.4 Fastlegenes tidsbruk og takst

Fastlegenes press på kapasitet og tid er godt kjent (se kap. 1.1.2) Arbeidet med å få etablert utprøvingene viser at fastlegene er opptatt av hvor mye tid prosjektdeltakelse vil ta av deres allerede hektiske arbeidshverdag. I stor grad vil prosjektdeltakelsen for fastlegene innebære å rekruttere brukere inn i tilbudet – og dette kan trolig være med å lette arbeidsbyrden for fastlegene. Samtidig innebærer prosjektdeltakelsen en forventning om samarbeid/samhandling med øvrige aktører som kommer i tillegg til vanlige oppgaver. Flere av fastlegekontorene har også stilt spørsmål ved hvor mye forskerne vil kreve av tiden deres, noe som illustrerer fastlegenes fokus på tidsbruk.

Den andre siden av tidsbruken knytter seg til økonomisk kompensasjon. Inntrykket fra oppstartsprosesser er at de fleste fastlegekontor forventer en økonomisk kompensasjon for tiden som brukes til dialog og samarbeid med kognitiv terapeut og NAV, samt

deltakelse i forskernes datainnsamling. Fastlegene er opptatt av at NAV må forstå at fastlegekontorene driver en næringsvirksomhet, slik det blir vist til i intervju:

Vi er selvstendig næringsdrivende. Så vi kan ikke jobbe gratis.

Fastlege

En leder på et NAV-kontor understreker også betydning av takster for å få fastlegene med på samarbeid:

Vi må knytte samarbeidet mot individet for da får de takster, mens generelt får de ikke det.

NAV-leder

Den samme NAV-lederen bemerket imidlertid at de har fått stor effekt gjennom å holde smågruppeopplæring med fastlegene i kommunen, hvor disse møter en rådgivende overlege og en fagperson på sykefraværsoppfølging. Vedkommende understreker imidlertid at fastlegene må få poeng eller betaling, ellers hadde de aldri deltatt. Noe av den samme erfaringen blir også delt av en erfaren NAV-ansatt:

Nå er dette en veldig integrert form for samarbeid. Det skulle vi gjerne hatt svaret på, at noen hadde gjort gode forsøk som sa om dette er en type samarbeid å gå videre med eller om vi kunne klare oss med en litt forenklet type samarbeid. Vi har jo i alle mine år tenkt det er betydningsfullt med samarbeid med legene, men samtidig har det vært vanskelig å få legene til å møte NAV. Det kan det være mange grunner til. I hvert fall blir det en ting som er veldig tydelig, og det er at om legene ikke kan skrive og få godtgjøring for tiden, så blir det valgt bort.

NAV-ansatt

Flere fastleger har gitt uttrykk for en generell usikkerhet rundt takstdekning for samarbeid med NAV, selv når det gjelder enkeltpasienter, og viser til at samlokalisering med de andre aktørene kan komplisere dette. Som det vil komme frem under, har man i fastlegeprosjektet fått avklart at man kunne ta i bruk en regional takst som er finansiert av USAP, som er ment å stimulere til økt samarbeid mellom fastlegene og NAV, hvor dette ikke er dekket av ordinære takster. Flere fastleger har likevel vist til at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon og/eller forståelse av denne, og at de derfor er usikre på bruken av denne. Ved avslutningen av følgeforskningens datainnhenting fremstår derfor denne taksten ikke å være utnyttet fullt ut.

Når det gjelder tidsbruk og omdisponering av ressurser, skal det bemerkes at en aktuell utprøving ikke ble realisert fordi det aktuelle NAV-kontoret i samarbeidet ikke fant rom for dette på grunn av reduksjon i budsjettet. Etableringsfasen har imidlertid vist at NAV-kontor generelt har en større fleksibilitet i å få til deltakelse i denne typen samarbeidsprosjekter.

3.5 Innsats, tilpasninger og avgjørende grep; utprøvinger kommer på plass

De beskrevne utfordringene og barrierene medførte betydelige forsinkelser i å få til de faktiske utprøvingene av samarbeidsmodellen. Ved inngangen til høsten 2023 hadde man imidlertid fått etablert fem utprøvinger, hvorav to utprøvinger hadde en viss driftstid og tre utprøvinger var i oppstart eller tidlig driftsfase.

Det må fremheves at prosjektleder i fastlegeprosjektet har måtte legge ned betydelig innsats for å få til disse utprøvingene. Som det vil fremgå av kapittel 4, har man også måtte vise stor fleksibilitet i forhold til hvordan den enkelte utprøving har blitt organisert og fått utvikle seg, spesielt når det kommer til grad og form på samlokalisering av aktørene. I tillegg kommer det at utprøvingene kjennetegnes av flere enkeltaktører, både innenfor NAV-systemet, på fastlegekontoret og kommunens primærhelsetjeneste, som har vist stor interesse og vilje til å få den enkelte utprøving i gang. Til dels er slik innsats og vilje ikke uvanlig ved prosjektarbeid og innovative forsøk, men det er grunn til å påpeke at dette har vært en nødvendighet i et bredt aktørbilde på hver av utprøvingene.

Foruten denne innsatsen, har prosjektledelsen i USAP, i samarbeid med ledelsesnivået i NAV Øst-Viken, også tatt konkrete grep for å overkomme flere av finansieringsbarrierene i prosjektet. I forkant av sommeren 2023 fikk man løst utfordringen med å kompensere fastlegenes tidsbruk til prosjektet. Det ble avklart at fastlegenes dialog med kognitiv terapeut kan dekkes etter HELFO sin «takst 14». Taksten dekker tverrfaglig samarbeid rundt enkeltpasienter og således også samarbeidet mellom fastlege og kognitiv terapeut.³ For fastlegenes bruk av tid til å samarbeide med NAV, som ikke dekkes av ordinære takster, ble det avklart at man kunne benytte en regional takst som er finansiert av NAV Øst-Viken.⁴

Av de fem utprøvingene i prosjektet, viser det seg også at NAV Øst-Viken finansierer kognitiv terapeut på fire av disse. I utprøving 1 har man benyttet en psykologspesialist ansatt i USAP/NAV Øst-Viken, som i tillegg til å ha metode- og veilederansvar på tvers av utprøvingene i prosjektet, fungerer i en 40 % stilling som utøvende kognitiv. I

³ Ofte brukte takstar for lege - Helfo - for helseaktører

⁴ Taksten er omtrent tilsvarende takst 14.

utprøving 3 er det gitt midler til NAV-kontoret for frikjøp av en kommunepsykolog i 40 % stilling og det er videre ansatt en psykolog i en midlertidig stilling som dekker utprøvingene 4 og 5 (50 % stilling på hver). I utprøving 2 har imidlertid ikke NAV måtte dekke utgiftene til kognitiv terapeut. Her har man funnet en løsning hvor to kognitive terapeuter tilhørende kommunes tilbud i «Rask psykisk helsehjelp», til sammen dekker en 100 % stilling.

Samlet sett ser man dermed at NAV Øst-Viken har gått inn med en betydelig kostnadsdekning for å få realisert utprøvingene. De kognitive terapeutene som dekkes av NAV Øst-Viken har imidlertid kun stillinger i 40-50 % størrelse i hver av utprøvingene.

Det skal avslutningsvis bemerkes at både erfaringer underveis i prosjektperioden og de nevnte finansieringsavklaringer, medførte at rekrutteringen av de tre siste utprøvingene kom raskere på plass. Prosjektleder har vist til at «innsalget» av fastlegeprosjektet har blitt tydeliggjort, selv om også erfaringer fra disse siste utprøvingene har vist seg å inneholde visse misforståelser forbundet med etableringen. F.eks. fastlegekontor som oppfattet at man kunne inkludere pasienter som går utenfor prosjektets målgruppe.

4. Beskrivelse av samarbeidsmodellene

I dette kapitlet presenteres funn fra intervjuer og møteobservasjoner knyttet til de ulike samarbeidsmodellene. Først presenteres funn fra datainnsamlingen som er gjennomført med aktører som deltar i de to utprøvingene som har kommet lengst i prosjektet (kap. 4.1 og 4.2). Framstillingen av funnene er basert på den analytiske tilnærmingen til oppdraget (se kap. 2.2). For hver utprøving beskrives strukturen kort, før vi presenterer aktørens erfaringer med utgangspunkt i kategoriene deltakere og prosess samlet. Deretter tar vi for oss hovedfunn fra de tre andre utprøvingene som befant seg i en oppstartsfasen/tidlig driftsfase når vi avsluttet vår datainnhenting (kap. 4.3). Til slutt gjøres en sammenligning av modellene på bakgrunn av de empiriske dataene (kap. 4.4).

Vi har lagt mest vekt på de to tidlige utprøvingene i datainnsamlingen og analysen. Videre er fokus på tjenesteleddets erfaringer fra de ulike utprøvingene. Brukerperspektivet er i mindre grad omtalt, men gis oppmerksomhet i kapittel 5.

Prosjektledelsen i USAP har lagt opp til en prosess hvor hver samarbeidsmodell er med i en koordineringsgruppe som er felles for alle samarbeidsmodellene. Denne gruppen skal sikre erfaringsoverføring og støtte til lokal implementering samt følge opp progresjonen i prosjektet og resultatene. Alle utprøvinger har også inngått en samarbeidsavtale som angir hvilke aktører som skal delta i utprøvingene.

Det bemerkes at alle de deltakende fastlegekontorene er privatdrevne.

4.1 Utprøving 1: Samlokalisering i tråd med prosjektets opprinnelige modell

Vi har fulgt utprøving 1 fra oppstart i januar 2022. Rekruttering av pasienter/brukere til prosjektet skjedde i januar, og første møte mellom kognitiv terapeut og pasienter/brukere fant sted i februar.

4.1.1 Struktur

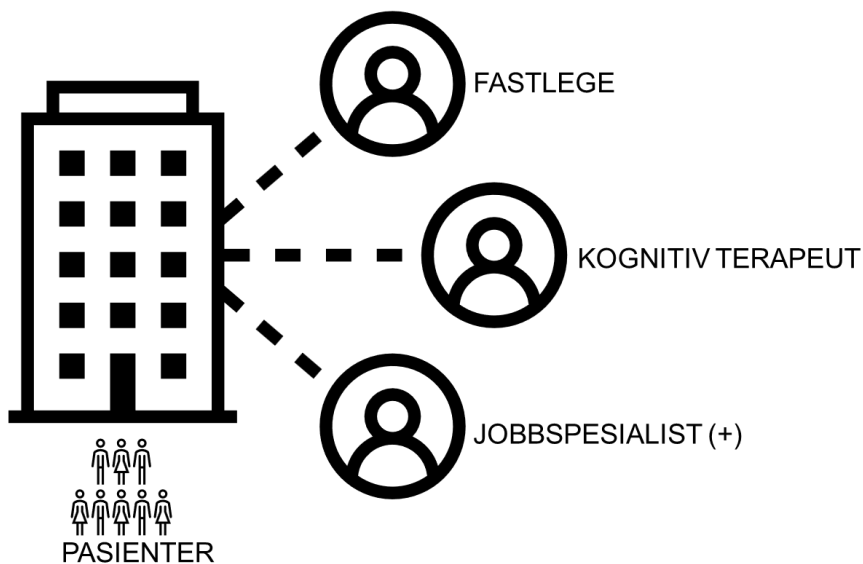
Kognitiv terapeut er ansatt i NAV Øst-Viken/USAP. Hen jobber i 40 prosent stilling som kognitiv terapeut ved utprøving 1, som innebærer at hen kan ha opptil 10 pasienter i porteføljen til enhver tid. I tillegg fungerer vedkommende som veileder for de kognitive terapeutene ved de resterende utprøvingene i prosjektet. Kognitiv terapeut har derfor også en mer overordnet rolle i fastlegeprosjektet.

Jobbspesialist er ansatt i 50 prosent stilling finansiert gjennom NAV-kontoret. Jobbspesialist er til stede på fastlegekontoret opptil to dager i uken. NAV-kontoret har også stilt to NAV-veiledere til disposisjon i prosjektet. Av samarbeidsavtalen fremgår det at veilederne skal fungere som kontaktpersoner i NAV-relaterte saker og bistå med kontakt inn mot andre NAV-kontor ved behov. NAV-kontoret er et stort kontor med om lag 200 medarbeidere fordelt på flere avdelinger. NAV-veiledere som deltar i prosjektet, fungerer som NAV-koordinatorer. Videre fremgår det av samarbeidsavtalen at NAV-koordinator er kontaktpunktet i legekantoret og bindeleddet mellom pasienter/brukere i prosjektet og deres NAV-veiledere i NAV-kontoret.

Ett fastlegekontor deltar i prosjektet. Det er seks fastleger som utgjør det faste legeteamet ved kontoret. På fastlegekontoret har det i perioden vært ett tilgjengelig kontor som benyttes av kognitiv terapeut og jobbspesialist.

Utpøving 1 er organisert tett opptil den opprinnelige modellen i prosjektet når det gjelder fysisk samlokalisering på fastlegekontoret, slik den er beskrevet i kapittel 1.2. Av figuren under ser vi at både kognitiv terapeut og jobbspesialist sitter fysisk på fastlegekontoret.

Figur 1: Modell for utpøving 1



4.1.2 Deltakere og prosess

Rekruttering av brukere

Det er fastlegene som først har kontakt med pasienten, og som henviser aktuelle kandidater til oppfølging fra kognitiv terapeut. Den kognitive terapeuten avklarer så med brukeren om det også er behov og ønske om å koble på jobbspesialist. Involverte aktører opplever at målgruppen for prosjektet har vært forholdsvis klar fra oppstart. I intervju med kognitiv terapeut, både i tidlig fase og lengre ut i prosjektets driftsfase, trekkes det frem at fastlegene har truffet godt på målgruppen, slik det ble påpekt i intervju:

Fastlegene har truffet veldig godt på målgruppen. Det er få bomhenvisninger. Legene har forstått hvilken målgruppe vi vil ha.

Kognitiv terapeut

En fastlege fra legekantoret fortalte i tidlig fase av prosjektet at hen oftest har rekruttert pasienter som er i et sykmeldingsløp. Det gjelder både personer med langtidssykefravær og dem som er i tidlig fase av et sykefravær. I tillegg fremkommer det at et fåtall av pasientene ikke er sykmeldt, men står i fare for å bli det. I intervju gjennomført senere i prosjektperioden, påpeker fastlegen at det gjennomgående har vært noen få pasienter i prosjektet som ikke har vært sykmeldt, men som har stått i fare for å bli sykmeldt. Et eksempel som trekkes frem, er pasienter som har fått hjelp med symptomer på depresjon gjennom samtaleterapi i prosjektet. Ifølge fastlegen har disse pasientene heller ikke blitt sykmeldt. Kognitiv terapeut forteller også at hen har hatt oppfølging av personer som ikke er sykmeldt i prosjektet. Det fremkommer at det har vært lettere å snu tankegangen hos dem som ikke enda er sykmeldt. Derfor har disse brukerne fått færre timer oppfølging sammenlignet med dem som er sykmeldt.

Kognitiv terapeut har gitt innspill til fastlegene underveis i forbindelse med identifisering og rekruttering av pasienter for å sikre treffsikkerhet i rekrutteringen. Dersom en henvist pasient ikke har passet inn i prosjektet, har kognitiv terapeut gjennomført en vurderingssamtale med fastlegen for å gi innspill til et videre behandlingsforløp utenfor prosjektet.

Enkelte informanter påpeker at det kan være mer krevende å rekruttere personer som ikke er sykmeldt. Det begrunnes i hovedsak med at de ikke nødvendigvis har mulighet til, eller velger å prioritere, å komme til samtale i arbeidstiden. I slike tilfeller må fastlegene gjerne jobbe litt med å promotere viktigheten av å stille opp til samtale med kognitiv

terapeut og/eller jobbspesialist⁵. Videre påpeker fastlegen at flere av dem som rekrutteres til prosjektet har forsøkt å få time hos psykolog gjennom kommunen tidligere, men de har fått avslag. Dermed er flere av brukerne i en fase hvor de venter på behandling. Ifølge fastlegen har det derfor vært veldig positivt å kunne få dem inn i prosjektet.

Intervjudeltakerne påpeker at de tilgjengelige plassene hos kognitiv terapeut raskt ble fylt opp. Ifølge fastlegen er det mange pasienter ved fastlegekontoret som er i målgruppen for prosjektet. Det innebærer også at sykmeldte som kunne vært aktuelle for deltakelse ikke får tilbud om å delta.

Kommunikasjon og samarbeid mellom aktørene

I et gruppeintervju gjennomført med fastlege, kognitiv terapeut og jobbspesialist i tidlig fase av prosjektet, viste det seg at legene var godt i gang med rekruttering av deltakere og at både kognitiv terapeut og jobbspesialist hadde brukere i porteføljen. Kognitiv terapeut opplevde at samarbeidet med fastlegene og jobbspesialist fungerte godt fra start. Imidlertid har kommunikasjonen mellom fastlegene og NAV vært begrenset. Fastlegen forteller i intervju at samarbeidet med de andre aktørene stort sett har vært begrenset til å henvise pasienter til kognitiv terapeut, selv om drøftinger og avklaringer med kognitiv terapeut har vært verdifullt i oppfølgingen av pasienter som deltar i prosjektet.

Det er lagt opp til ett månedlig oppfølgingsmøte på legekontoret hvor kognitiv terapeut og jobbspesialist møtes sammen med bruker som skal ha oppfølging fra begge aktører. Utover dette gjennomfører kognitiv terapeut og jobbspesialist møter med sine respektive brukere individuelt. På intervjutidspunktet er det ikke etablert faste strukturer for involvering av fastlegene. Møter med fastlegene skjer mer ad hoc mellom fastlegene og kognitiv terapeut.

Intervjudeltakerne er tydelige på at det er en fordel for samarbeidet og brukerne at aktørene er samlokalisert på fastlegekontoret. Kognitiv terapeut peker særlig på betydningen av den uformelle praten med fastlegene i gangene og muligheten til å benytte ledige luker i legenes arbeidshverdag til å gjøre raske avklaringer og diskutere pasienter. Kognitiv terapeut er tydelig på at det er en fordel for samarbeidet at aktørene sitter i nærheten av hverandre.

Kognitiv terapeut har tilgang til legenes journalsystem. Det innebærer at fastleger og kognitiv terapeut har mulighet til å oppdatere hverandre på pasienter i journalsystemet. Ifølge kognitiv terapeut og fastlegen som er intervjuet, gjør tilgangen kommunikasjonen mellom dem enklere. Når legene rekrutterer pasienter i målgruppen, setter de opp første time i kalenderen til kognitiv terapeut, som har mulighet til å lese seg opp på pasientens

⁵ Det har vært en utskifting av jobbspesialist underveis i prosjektperioden.

sykefraværshistorikk. Dersom det er behov, møtes kognitiv terapeut og fastlege gjerne for en kort prat i forkant av første samtale med pasienten i prosjektet.

Kognitiv terapeut fremhever betydningen av at jobbspesialist kobles tidlig på i saker hvor det er relevant, slik det ble påpekt i intervju:

Jeg er opptatt av at kognitiv terapeut tar jobbspesialist tidlig med i relevante saker og sørger for at kognitiv terapeut og jobbspesialist blir likeverdige parter. Men jeg opplever kanskje at noen av de kognitive terapeutene er vant med å følge opp pasientene selv og heller vil invitere inn jobbspesialist litt senere. Jeg mener at begge aktører bør være i oppstartsmøtet med pasienten. Vi vil følge den modellen her [i utprøving 1]

Kognitiv terapeut

Særlig kognitiv terapeut og jobbspesialist trekker frem verdien av at de har ulik bakgrunn og rolle i oppfølgingen av brukere. Ifølge intervjudeltakerne har de forskjellige måter å stille spørsmål på i oppfølgingen. Det oppleves positivt både for økt forståelse av hverandres arbeidsmåter og for å lære av hverandre og for brukere, slik det ble påpekt i intervju:

Det tverrfaglige gjør at vi kommer godt inn på pasienten, eller arbeidssøker som jeg kaller det. Vi har ulike måter å stille spørsmål på.

Jobbspesialist

Fra fastlegenes ståsted oppleves det positivt å ha mulighet til dialog med kognitiv terapeut om pasienter som går parallelt til oppfølging hos fastlege, kognitiv terapeut og eventuelt jobbspesialist.

Jobbspesialist forteller i intervju at en forklaring på at NAV-kontoret ønsket å delta i prosjektet, var muligheten for å få til et tettere samarbeid mellom NAV og fastlegene. NAV-kontoret ønsker at fastlegene skal bruke NAV mer og få økt kunnskap om hvilke arbeidsrettede tiltak NAV kan tilby også utover fastlegeprosjektet. NAV-ansatte forteller i intervju at NAV kobles på prosjektet gjennom kognitiv terapeut. Det at jobbspesialisten har kontorplass på fastlegekontoret og deler denne med kognitiv terapeut trekkes frem som positivt, men det har ikke medført endringer i kommunikasjonen mellom NAV og fastlegene. I intervju ble det vist til:

Jeg har tett dialog med kognitiv terapeut. Vi møtes ukentlig, vi har fellesmøte med alle våre deltakere en gang i måneden, også prater vi mye generelt på Teams. Jeg har flere av mine møter enten ute på kafé eller på fastlegekontoret der vi har fått et eget kontor. Det

er kjempebra. Legene er veldig inkluderende og har lyst til å ha oss der er mitt inntrykk. Jeg har bare snakket med to av legene. Dialogen går fra fastlege til kognitiv terapeut, så fra kognitiv terapeut til meg. Jeg har lite kontakt med fastlegene.

Jobbspesialist

Kognitiv terapeut påpeker at det er en fordel for kommunikasjon med NAV-veiledere at hen er ansatt i NAV. Det innebærer at kognitiv terapeut har tilgang til NAV-veiledernes kalendere og kan booke møter med dem ved behov. Flere informanter påpeker imidlertid at NAV-veiledere tilknyttet prosjekt i liten grad er involvert. NAV-veilederne forteller selv at deres rolle i prosjektet har vært begrenset. Det forklares med at flere av pasientene ved fastlegekontoret ikke tilhører porteføljen til veilederne ved NAV-kontoret som inngår i prosjektet. Fastlegene har kontakt med NAV-veiledere som står for oppfølging av den sykmeldte pasienten, men det er kontakt de ellers hadde hatt, og skjer ikke som følge av prosjektet. Fastlegen forteller i intervju at det til tider har vært mange NAV-ansatte å forholde seg til. Kognitiv terapeut har med sin kjennskap til NAV-systemet, løst opp i uavklarte forhold rundt NAVs oppfølging. Enkelte påpeker at koordinatorrollen som NAV-veilederne var tenkt å ha i prosjektet ikke har fungert slik den var tiltenkt, og at det derfor er kognitiv terapeut som har tatt denne rollen.

Medarbeidere ved NAV-kontoret opplever at det er flere uklarheter i prosjektet, spesielt knyttet til NAV-veiledernes rolle. NAV-veilederne forteller at de har vært på få fysiske møter på legekantoret, og at det har blitt færre møter utover i prosjektperioden. Ifølge veilederne har møtene blitt opplevd som lite relevante. Møtene har vært en oppdatering på brukere som er tatt inn i prosjektet. NAV-veilederne har ikke tilganger til å gå inn i brukersaker som ikke tilfaller NAV-kantoret. Det ble påpekt at samarbeidet ville vært enklere dersom alle pasientene tilhørte NAV-kantoret som deltar i prosjektet eller om NAV-veilederne ble frikjøpt slik at de får mulighet til å følge opp brukere på tvers av NAV-kantor. Dette må også ses i sammenheng med størrelsen på kommunen og at veilederne har store porteføljer.

Jobbspesialist har også påpekt utfordringer med dokumentasjon og manglende felles systemer. Dette er særlig knyttet til at brukerne som følges opp av jobbspesialist tilhører forskjellige NAV-kantor. Gjennomgående i prosjektperioden har NAV-ansatte også løftet problemstillingen om hvordan NAV skal registrere brukere som ennå ikke er sykmeldt, men som står i fare for å bli det. Disse personene er i utgangspunktet ikke registrert i NAV, og hvorvidt de skal registreres i NAV eller ikke under deltakelse i prosjektet har vært tematisert både i intervjuer og i erfaringsutvekslinger.

I tidlig fase av prosjektperioden stilte NAV-veilederne spørsmål ved om flere av brukerne som deltar i utprøvingen i det hele tatt har rett til sykepenger etter folketryktdloven § 8-4. Enkelte peker på at flere av deltakerne ligger i gråsonen eller utenfor retten til sykepenger

fordi perioden man kan motta sykepenger som kun yrkesufør, men ikke generell arbeidsufør, i utgangspunktet er 12 uker. Ifølge enkelte veiledere får noen av deltakerne særbehandling gjennom prosjektet fordi de kanskje egentlig ikke oppfyller vilkårene for å få sykepenger. Dette er et forhold prosjektet ikke har gitt klarhet i, til tross for at det er løftet til høyere nivå i direktoratet i prosjektperioden.

Arbeidsrettet fokus i oppfølgingen

Fastlegeprosjektet har som mål å gi et arbeidsrettet tilbud til fastlegens pasienter så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Vi har derfor stilt intervjudeltakerne spørsmål om hvordan de opplever graden av arbeidsrettet fokus i oppfølgingen fra de involverte aktørene.

NAV-ansatte forteller i intervju at de har stor tro på å ha et arbeidsrettet fokus tidlig i oppfølgingen. Det vises til at jo lenger man går sykmeldt, desto mer krevende blir det å snu tankegangen og komme tilbake til arbeid. NAV-ansatte oppgir at fastlegene nok har et arbeidsrettet fokus i sin praksis, men de evner ikke å ta ordentlig tak i det i løpet av den korte tiden de har med hver pasient. Derfor er det en styrke ved prosjektet at pasientene får oppfølging fra kognitiv terapeut og/eller jobbspesialist avhengig av om personen skal over i annet arbeid eller mestre sin nåværende jobb. Informantene mener kombinasjonen med å ha kognitiv terapeut og jobbspesialist er helt spesiell. Mens kognitiv terapeut kan gi pasientene verktøy for å håndtere hverdagen, så kan jobbspesialist gi dem oppfølging i forhold til arbeid. Jobbspesialist har kunnskap om arbeidsmarkedet og kan hjelpe pasienten/brukeren med å se muligheter de kanskje ellers ikke ville sett. Det arbeidsrettede fokuset trekkes frem som en klar styrke ved prosjektet:

Jeg tror at arbeidsrettet fokus har kommet sterkere og sterkere fra oppstarten. Det er også der gevinsten er for fastlegene. Jeg synes det er rart hvis det ikke har blitt noe læring for fastlegene i prosjektet når jobbspesialist og kognitiv terapeut er så knyttet til hverdagen på fastlegekontoret.

Avdelingsleder i NAV

Fastlegen oppgir i intervju at arbeidshverdagen ikke er endret etter at fastlegekontoret ble med i prosjektet. Hen viser til at fastlegene har hatt et arbeidsrettet fokus i oppfølgingen lenge, også før dette prosjektet. Følgelig er det arbeidsrettede fokuset en begrunnelse for at fastlegekontoret valgte å delta i prosjektet. Kognitiv terapeut påpeker i intervju at det ikke er tilfeldig at akkurat dette fastlegekontoret meldte seg til prosjektet. Hen viser til at fastlegene er positive til arbeid og kjenner til bivirkningene som følger med det å være sykmeldt. Imidlertid peker også kognitiv terapeut på at fastlegene ikke har tid til å gi arbeidsrettet oppfølging i sin praksis. Hen understreker derfor betydningen av at kognitiv terapeut og jobbspesialist kan kobles på tidlig i saker for å gi arbeidsrettet oppfølging, slik det ble påpekt i intervju:

Jeg synes ofte at aktivitetsnivået har gått litt ned når det går for lang tid, at situasjonen er mer fastlåst. Når pasienten kommer rett fra en fersk legevurdering er det lettere å få til bevegelse og kanskje tenke jobbmuligheter tidligere.

Kognitiv terapeut

Tidlig innsats i oppfølgingen av brukere trekkes også frem som viktig når flere av intervjudeltakerne reflekterer rundt det arbeidsrettede fokuset i prosjektet. Kognitiv terapeut forteller at flere pasienter blir positivt overrasket når de får vite at de kan få oppfølging fra kognitiv terapeut og/eller jobbspesialist uten særlig ventetid.

Flere intervjudeltakere påpeker at det kan føles litt trygt og enkelt for pasientene at aktørene sitter fysisk på legekantoret. Enkelte beskriver at prosjektet innebærer «én dør inn» for brukere. Jobbspesialist forteller at i ordinær praksis har hen gjerne fulgt opp brukere som har vært utenfor arbeid lenge og gjerne mottar arbeidsavklaringspenger eller dagpenger. Det vises til at deltakere i fastlegeprosjektet fanges opp mye tidligere. Den tidlige innsatsen trekkes frem som en klar styrke av samtlige intervjudeltakere i denne utprøvingen.

Ifølge jobbspesialist er imidlertid ikke alltid jobbmobilitet hovedfokus i oppfølgingen av deltakere i prosjektet. Det gjelder spesielt dem som er sykmeldte. Flere av deltakerne som får oppfølging fra jobbspesialist har som mål om å beholde sitt nåværende arbeid. Styrken til jobbspesialisten er imidlertid markedskunnskap, men når den sykmeldte skal tilbake til sitt arbeid, oppfattes markedskompetansen som mindre relevant. Jobbspesialist mener det er behov for NAVs kompetanse på sykefraværsoppfølging for å kunne gi behovsrettet oppfølging av pasienter, slik det ble påpekt i intervju:

Etter min mening burde SYFO-veileder, eller en med kjennskap til SYFO, vært jobbspesialist i prosjektet. Min kunnskap om sykefraværsoppfølging er liten, noe som gjør at jeg blir redd for å gjøre feil, både med tanke på oppfølging av sykmeldte og arbeidsgiver.

Jobbspesialist

Andre NAV-ansatte oppgir i intervju at det ikke nødvendigvis må være jobbspesialist som gir oppfølging fra NAV sin side i prosjektet. En del pasienter/brukere får heller ikke tett oppfølging fra NAV ettersom kognitiv terapeut og pasient/bruker vurderer at det ikke er hensiktsmessig å koble på jobbspesialist.

4.2 Utprøving 2: Samlokalisering som ble forlatt

Vi har fulgt utprøving 2 fra oppstart i januar 2022. Rekruttering av potensielle kandidater for oppfølging hos kognitiv terapeut og jobbspesialist startet i januar samme år. De første samtalene mellom bruker, kognitiv terapeut og jobbspesialist ble gjennomført i februar.

4.2.1 Struktur

Parter i samarbeidsavtalen er legesenteret, kommunen, NAV-kontoret, NAV fylke og USAP. Ressursene som er tilknyttet prosjektet er kognitive terapeuter, jobbspesialist og NAV-veileder.

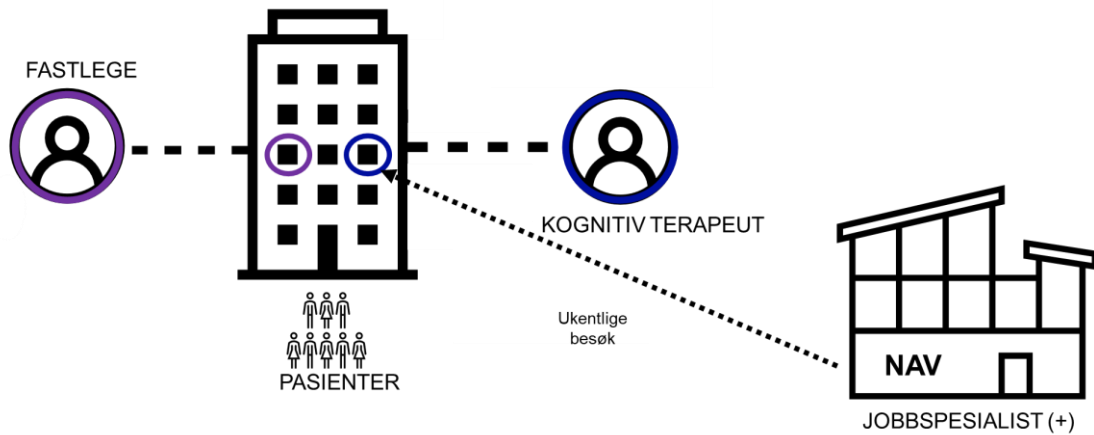
I utprøvingen er det tilsatt to kognitive terapeuter i 50% stilling (totalt 100%). De to ressursene er tilknyttet Rask Psykisk Helsehjelp i kommunen, og har fast kontortid i samme bygg som legesenteret. Det må imidlertid påpekes at de kognitive terapeutene ikke har kontor plass inne på legekantoret, men de er lokalisert i et eget kontor i samme etasje som legekantoret.

En jobbspesialist i 100% stilling var tilknyttet prosjektet i tidlig fase, men ble skiftet ut utover i prosjektperioden. NAV-veileder fikk etter hvert en dobbeltrolle og har deretter fungert både som NAV-veileder og jobbspesialist i prosjektet. I en overgangsperiode var prosjektet uten jobbspesialist.

Kognitiv terapeut ansatt i USAP har fungert som veileder for de to kognitive terapeutene ved legesenteret. I tidlig fase av prosjektet har fagansvarlig kognitiv terapeut hatt møte med de kognitive terapeutene i deres lokaler ukentlig for å drøfte ulike caser og spørsmål. I veiledningen har de også hatt fokus på arbeidsrettet terapi og samarbeid med jobbspesialist.

Modellen nedenfor viser at samlokaliseringen har vært kjennetegnet av at fastlegene og de kognitive terapeutene har sittet i samme etasje, men i hver sin fløy. Jobbspesialist og NAV-veileder har deltatt fysisk på møter med de kognitive terapeutene på kontoret til de kognitive terapeutene. Det har vært et fast ukentlig møte om den felles porteføljen av brukere, men det har også vært holdt flere ad hoc møter hvor begge aktørene har hatt fellesmøte med brukere. Det er imidlertid tilnærmet ingen direkte kontakt mellom fastlegene og de andre aktørene.

Figur 2: Modell for utprøving 2



4.2.2 Deltakere og prosess

Rekruttering av brukere

I tidlig fase av prosjektet forteller de kognitive terapeutene og jobbspesialist at rekrutteringen av brukere ikke har vært treffsikker. Tidlige erfaringer viser at flere av pasientene ikke passer beskrivelsen av målgruppen som fremgår av prosjektspesifikke dokumenter. De kognitive terapeutene påpeker at de likevel valgte å ta inn flere av disse i prosjektet, men etter hvert har det vært nødvendig å sile mer presist ettersom porteføljen til de kognitive terapeutene ble fylt opp.

De kognitive terapeutene forteller at de har brukt mye tid i oppstarten på pasienter som er henvist, men som ikke egentlig er i målgruppen for prosjektet. På grunn av utfordringer med kommunikasjonen og samarbeidet (se nedenfor) har de ikke fått informasjon om pasienter før vurderingssamtale. Jobbspesialist forteller også at hen ikke har hatt et klart bilde av brukernes situasjon før oppstartssamtale.

Fastlegen trekker frem i intervju at det er viktig for fastlegene å ha klart for seg hva som er inklusjonskriteriene. I den forbindelse etterlyste fastlegen i tidlig fase tilbakemeldinger om pasienter som får oppfølging fra kognitiv terapeut og/eller jobbspesialist. I tidlig fase påpekte også de kognitive terapeutene at det var lite klart for dem hvilke pasienter som er i målgruppen for prosjektet. Rekruttering har vært et tema i dialogen med fagansvarlig kognitiv terapeut som har stått for opplæringen av kognitive terapeuter.

I intervjuer gjennomført med aktørene høsten 2023 er intervjudeltakerne mindre opptatt av rekruttering. Flere forteller at det har blitt færre feilhenvisninger utover i prosjektet. Ifølge de kognitive terapeutene var det mye pågang fra fastlegene i starten av prosjektet.

De forklarer at de fikk henvist flere pasienter enn de hadde kapasitet til å følge opp. Etter sommeren 2023 har det vært betydelig mindre pågang. De kognitive terapeutene oppgir i den forbindelse at de har kapasitet til å ta inn flere pasienter/brukere.

Kommunikasjon og samarbeid mellom aktørene

Intervjudeltakerne beskriver prosjektet jevnt over som spennende, men samtidig også utfordrende. Intervjudeltakerne forteller at kommunikasjon mellom de involverte aktørene er krevende, og at det er for lite kontakt mellom fastlegene og øvrige aktører i forbindelse med arbeidet som gjøres. En forklaring er at de kognitive terapeutene ikke har tilgang til fastlegenes journalsystem. De følger derfor journalsystemet som de benytter i sin ordinære praksis i kommunen. I tidlig fase av prosjektet fikk de kognitive terapeutene et ark fra fastlegene med navn, kontaktinformasjon og adresse til pasientene i forkant av vurderingssamtalen. Dermed fikk de lite informasjon om pasientenes utfordringer og behov, og de hadde ikke mulighet til å stille forberedt til samtalen. Underveis i prosjektet ble det utarbeidet et samtykkeskjema som pasientene signerte når fastlegen henviste dem til kognitiv terapeut. Ifølge de kognitive terapeutene har denne løsningen fungert bedre. Ifølge intervjudeltakerne ville den optimale løsningen for å skape bedre flyt i samarbeidet være et felles system for involverte aktører.

En annen utfordring som ble løftet frem av de kognitive terapeutene særlig i tidlig fase, er at begge jobber i 50% stilling i prosjektet. Det skjer en del møtevirsomhet både i prosjektet og i deres ordinære praksis hvor de har tilsvarende stillingsbrøk. Det har gitt noen utfordringer med å sikre kontinuitet både i samarbeidet og oppfølgingen av brukere. Fastlegen påpeker også i tidlig fase av prosjektet at fastlegene er usikre på når de kognitive terapeutene er på kontoret.

Jobbspesialist/NAV-veileder møtes ukentlig på kontoret til de kognitive terapeutene. I møtet diskuterer aktørene pasienter som er søkt inn i prosjektet og hvorvidt det er relevant å koble på jobbspesialist. Til tross for at jobbspesialist også har rollen som NAV-veileder opplever vedkommende at rolleforståelsen er klar. Imidlertid er hen oppmerksom overfor brukerne om å tydeliggjøre forskjellene mellom jobbspesialist og NAV-veileder, og hvilken rolle det er snakk om. De kognitive terapeutene opplever at samarbeidet med NAV har fungert svært godt i prosjektet. Det samme inntrykket deles av NAV-ansatte, herunder jobbspesialist/NAV-veileder og NAV-leder. Betydningen av fysiske møter for å diskutere oppfølging av pasienter/brukere, og muligheten for å lære mer om hverandres tjenester, fremheves i intervju med de kognitive terapeutene:

Jeg føler at hovedgevinsten er det gode samarbeidet vi har fått opprettet med NAV.

Kognitiv terapeut

Selv om de kognitive terapeutene har kontor i samme fløy som fastlegekontoret, fremkommer det i intervjuer at fastlegene kun har deltatt i møter helt innledningsvis i prosjektet. I tidlig fase pekte fastlegen på at det er fint å bli invitert til de felles møtene, men det er krevende for fastlegene å prioritere deltakelse. Dette har ikke endret seg utover i prosjektet. Ifølge fastlegen som er intervjuet kan det være aktuelt for fastlegene å delta i møter som omhandler spesifikke pasienter. Fastlegen er imidlertid noe usikker på når det er grunnlag for å bruke takst 14 i prosjektet. Intervjudeltakerne forteller videre at det er lite uformell kontakt mellom aktørene til tross for at de holder til i samme bygg. Den mer uformelle kontakten etterlyses av flere aktører.

Intervjudeltakerne er tydelige på at samlokaliseringen ikke har fungert:

Vi har sittet i samme etasje, men ikke inne på legekontoret. Det var så nært vi klarte. Det har ikke medført noe i det daglige. Jeg tror noen av legene har deltatt på ett av møtene i løpet av året, og det var etter en eksplisitt oppfordring. Den daglige samhandlingen man tenkte ble viktig har ikke skjedd. Det ville kanskje vært annerledes hvis kognitiv terapeut hadde vært inne på selve legekontoret, men jeg tror kanskje ikke legene har så tett kontakt med hverandre i det daglige heller.

NAV-leder

Fastlegen forteller selv i intervju at fastlegene ikke har mulighet til å prioritere et tettere samarbeid med NAV ettersom de er svært presset på tid og kapasitet. Dette inntrykket bekreftes i intervjuer med de andre aktørene, og løftes frem som den kanskje største utfordringen for å få til et godt samarbeid mellom arbeid og helse. Imidlertid påpeker fastlegen at det har vært fint å kunne henvise pasienter til de kognitive terapeutene som sitter i samme bygg. Tilbudet blir dermed fremstilt som lett tilgjengelig. Muligheten for å kunne tilby oppfølging fra jobbspesialist som kan bidra med tilbakeføring til arbeid løftes også frem som positivt. Fastlegen påpeker at pasientene er fornøyde med oppfølgingen fra de kognitive terapeutene og eventuelt jobbspesialist. I tillegg trekkes det frem at pasientene opplever det som positivt at de kommer raskt inn i behandlingen.

Arbeidsrettet fokus i oppfølgingen

Arbeidsrettet kognitiv terapi, kjennskap til NAV-systemet og rollen til jobbspesialist har vært sentrale temaer i oppfølgingen av de kognitive terapeutene. I intervju forteller de kognitive terapeutene at de ikke har samarbeidet med jobbspesialist i sin ordinære praksis. Det har derfor vært relevant i opplæringen å drøfte hvordan kognitiv terapeut og jobbspesialist kan spille på lag i oppfølgingen. Selv om de kognitive terapeutene forteller i intervju at arbeidsrettet fokus i oppfølgingen ikke er noe nytt for dem, opplever de at opplæringen har vært relevant. I tidlig fase av prosjektet ble det også etablert en veileder

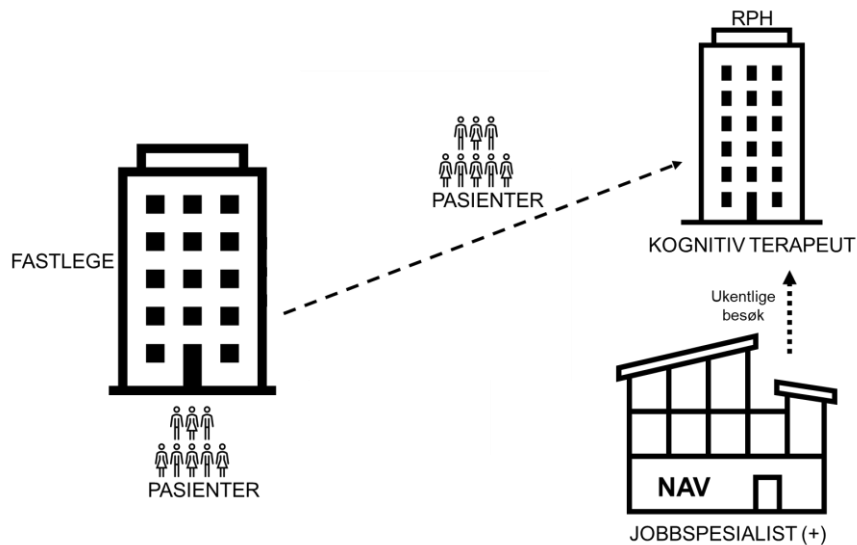
for kognitive terapeuter som blant annet sier noe om hvordan man kan bruke klassisk kognitiv terapi og videreføre denne i jobbkonteksten.

De kognitive terapeutene er usikre på om fastlegene har fått et økt arbeidsrettet fokus i møter med sine pasienter gjennom utprøvingen. Imidlertid viser flere intervjudeltakere til at henvisninger er blitt mer treffsikre på målgruppen utover i prosjektperioden. Selv om flere av dem som deltar, også senere i prosjektet, har vært sykmeldt lenger enn NAV har sett for seg, er det tydelig for NAV at flere av pasientene/brukerne har nytte av arbeidsrettede tjenester og har som mål å komme raskere tilbake til arbeidslivet.

Til tross for at aktørene opplever at kommunikasjonen og samarbeidet ikke har fungert slik det opprinnelig var tenkt, er det flere som påpeker at fastlegeprosjektet har ført til tidligere innsats og samtidighet i oppfølgingen. Fastlegen er godt fornøyd med å kunne tilby henvisning til kognitiv terapeut og jobbspesialist som er lokalisert i samme bygg som fastlegekontoret. Herunder trekkes det frem at det er lang ventetid for å få time hos for eksempel psykologspesialister for målgruppen utenom prosjektet. Videre opplever aktørene at de har lykket med å tilby samtidighet i oppfølgingen. Enkelte påpeker at samtidighet er en suksessfaktor i prosjektet. Det tverrfaglige fokuset i oppfølgingen fremheves også som en stor styrke.

De kognitive terapeutene og NAV-ansatte er tydelige på at forsøket på samlokalisering ikke har gitt merverdi for samarbeidet med fastlegene. Høsten 2023 ble det klart at det vil skje endringer i hvordan utprøving 2 er organisert. De kognitive terapeutene flytter tilbake til sine opprinnelige lokaler for rask psykisk helsehjelp i kommunen, og vil drive behandlingstilbudet i prosjektet derfra. Det vil også medføre at NAV-ansatte som er involvert i prosjektet vil møte opp fysisk på møter i disse lokalene. Denne endringen er illustrert i modellen nedenfor.

Figur 3: Ny modell for utprøving 2



4.3 Innblikk i de tre etterfølgende utprøvingene

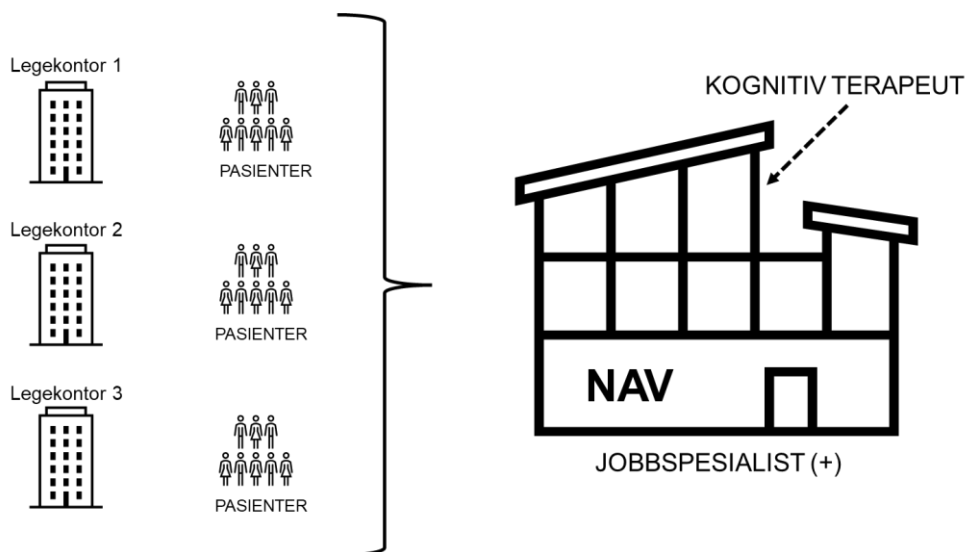
De tre siste utprøvingene er fremdeles i en oppstartsfase. Vi har derfor kun innhentet tidlige erfaringer fra involverte aktører⁶. Utprøving 3 skiller seg fra øvrige utprøvinger ved at totalt tre fastlegekontor deltar og henviser pasienter til kognitiv terapeut som er fysisk lokalisert på NAV-kontoret. Organiseringen ved utprøving 4 og 5 har likhetstrekk med de to første utprøvingene. Utprøving 4 har til felles med utprøving 2 at kognitiv terapeut holder til i samme bygg som fastlegekontoret. Ved utprøving 5 har kognitiv terapeut kontor plass på fastlegekontoret. Det er også relevant å nevne at samme person har rollen som kognitiv terapeut ved utprøving 4 og 5. Vedkommende jobber i 50% stilling ved hver av utprøvingene.

⁶ Representanter fra NAV-kontoret og fastlegesiden ble intervjuet før samarbeidsavtaler var signert. Kognitiv terapeut ble intervjuet etter oppstart og er derfor den eneste av de sentrale aktørene som har foreløpige erfaringer med utprøvingene. For øvrig har vi fått innblikk i utprøvingene gjennom erfaringsutvekslinger mellom NAV-ansatte og informasjon fra prosjektleder i USAP, metodeveileder tilknyttet alle utprøvinger og prosjekteier.

4.3.1 Utprøving 3: Samlokalisering hos NAV, uten fastlegene

Utprøving 3 startet opp høsten 2023. Denne utprøvingen skiller seg vesentlig fra de to andre som er beskrevet i kap. 4.1 og 4.2. Vi har derfor valgt å lage en modell for hvordan utprøving 3 er organisert i figuren nedenfor:

Figur 4: Modell for utprøving 3



Som vist i figuren over, er det ikke lagt opp til fysisk samlokalisering mellom fastlegene, kognitiv terapeut og jobbspesialist. Etter gjentatte forsøk på å få til samlokalisering på fastlegekantor, ble det klart at kommunen skulle gå for denne alternative løsningen der tre fastlegekantor deltar. Fastlegekantorene henviser brukere til kognitiv terapeut som har sin arbeidsplass på NAV-kontoret. Kognitiv terapeut, jobbspesialist og NAV-veileder er følgelig samlokalisert i lokalene til NAV.

I starten av utprøvingen var det kognitiv terapeut som identifiserte aktuelle pasienter, og tipset fastlegene om dem. Kognitiv terapeut er psykologspesialist med bred erfaring fra blant annet arbeid innenfor Distriktpsikiatrisk senter (DPS), OCD-team (Obsessive Compulsive Disorder) og kognitiv arbeidsrettet terapi. Hen har også vært kommunepsykolog i kommunen som deltar i to perioder, og er relativt godt kjent med fastlegene gjennom tidligere og pågående arbeid. Ettersom kognitiv terapeut har fagansvar for rus og psykisk helse i kommunen, var det relativt enkelt å identifisere brukere. Etter hvert har fastlegene tatt over ansvaret for å rekruttere aktuelle kandidater. Kognitiv terapeut har 40% stilling i prosjektet. Tidlige erfaringer viser at porteføljen fylles raskt opp. Flere aktører peker på at det er behov fremover for å ta inn flere brukere i prosjektet. Det vil i så fall kreve at stillingsprosenten økes.

Ifølge kognitiv terapeut treffer fastlegene godt på målgruppen. De har også rekruttert personer som ikke enda er sykmeldt, men som står i fare for å bli det. I oppfølgingen av dem som ikke er sykmeldt har kognitiv terapeut et større fokus på forbyggende arbeid knyttet til forhold på arbeidsplassen, og mer generelle forhold i den enkeltes livssituasjon som kan føre til sykefravær.

Som psykologspesialist har kognitiv terapeut mulighet til å kommunisere med fastlegene i et felles journalsystem. Dette har gjort det mulig å samhandle til tross for at aktørene ikke er samlokalisert. I tillegg oppgir kognitiv terapeut at hen gjør raske avklaringer med fastlegene over telefon ved behov. På spørsmål om kognitiv terapeut tror det ville vært lettere å samhandle med fastlegene dersom aktørene hadde vært samlokalisert, svarer kognitiv terapeut at hen tror det ville hatt liten betydning:

Jeg har direkte samarbeid med jobbspesialist og NAV-veiledere. Jeg har sittet hos NAV og ikke sittet på noen fastlegekontor. Mitt inntrykk er at det uansett er travelt blant fastlegene på fastlegekontorene, så jeg er ikke sikker på hvor mye tid vi hadde fått til å snakke sammen selv om jeg hadde sittet fysisk på fastlegekontor.

Kognitiv terapeut

Kognitiv terapeut forteller at kommunikasjonen og samarbeidet med jobbspesialist og NAV-veileder er tettere enn med fastlegene ettersom hen har sitt arbeidssted på NAV-kontoret. Det trekkes frem som positivt for samhandling med NAV at kognitiv terapeut, jobbspesialist og NAV-veileder er samlokalisert. Når kognitiv terapeut jobber i prosjektet prioriterer hen å sitte i et åpent kontorlandskap på NAV-kontoret for å være tilgjengelig også for NAV-ansatte som ikke er direkte involvert i prosjektet. Primært er kognitiv terapeut i kontakt med jobbspesialist og NAV-veileder når hen ikke har samtaler med pasienter. Store deler av arbeidstiden brukes på samtaler med pasienter.

Så langt i prosjektet gjennomfører kognitiv terapeut, jobbspesialist og NAV-veileder ukentlige møter hvor de diskuterer fremtidig og pågående oppfølging. I tillegg har aktørene det de beskriver som firkantsamtaler med brukere. Det betyr at kognitiv terapeut, jobbspesialist, NAV-veileder og bruker møtes sammen for å diskutere oppfølging og behandling. Ifølge kognitiv terapeut opplever aktørene at rollene er klare, og de ser verdien av å delta sammen i møtene dersom bruker ikke motsetter seg dette. Det gjennomføres så langt ikke møter der også fastlegene deltar.

4.3.2 Utprøving 4

Utprøving 4 startet opp høsten 2023. Her deltar ett fastlegekontor som består av fire fastleger. Kognitiv terapeut har 50% stilling i utprøvingen. En jobbspesialist og NAV-veileder er tilknyttet prosjektet fra NAV-kontoret. Kognitiv terapeut har kontor i samme

bygg som fastlegekontoret, men sitter ikke inne på fastlegekontoret. Kontoret lånes av Rask psykisk helsehjelp i kommunen.

Til tross for at aktørene ikke er samlokalisert opplever kognitiv terapeut at samarbeidet med fastlegene fungerer bra så langt i prosjektet. Kognitiv terapeut har felles lunsj med fastlegene inne på fastlegekontoret. I lunsjen hender det at kognitiv terapeut oppdaterer fastlegene på pasienter i prosjektet. I tillegg har aktørene mer ad hoc møter i løpet av arbeidsdagen, slik det fremkommer i intervju:

Jeg sitter i samme bygg som fastlegene, men ikke samme kontor. Jeg spiser lunsj med dem. Legene tar seg tid og drøfter nye pasienter og kaller meg inn ved behov. Når jeg spiser lunsj med dem kan jeg oppdatere dem på prosjektet. Hvis det skulle være noe har de kommet og hentet meg. Jeg har fått gode tilbakemeldinger fra fastlegene så langt. De ser nytten av at jeg er der. De tenker kvalitet og at de kan tilby pasientene noe mer.

Kognitiv terapeut

Ifølge kognitiv terapeut har fastlegene truffet relativt godt på rekrutteringen av brukere. Imidlertid har det vært et par avslag fra kognitiv terapeut. Det forklares med at disse er langtidssykmeldte og nærmer seg arbeidsavklaringspenger. For å lykkes med prosjektet, er kognitiv terapeut opptatt av at rekrutteringen må være riktig. Det innebærer at brukere skal rekrutteres tidlig i sykefraværet, og gjerne før åtte ukers sykefravær.

Kognitiv terapeut har utarbeidet et skjema som sier noe hvilken informasjon hen ønsker å få fra fastlegene i forkant av første samtale med bruker, for eksempel bakgrunn, diagnose og lengde på sykefraværet. Så langt varierer det noe mellom fastlegene hvilken informasjon som gis til kognitiv terapeut:

En lege har vært nøye på utvelgelse. Hen kommer til meg og drøfter. Og når jeg sier ja, så ringer hen til pasienten og sier at jeg skal ta kontakt med pasienten direkte. Det er jo drømmen.

Kognitiv terapeut

Kognitiv terapeut opplever at samarbeidet med jobbspesialist fungerer bra, og forteller at jobbspesialist kobles på dersom kognitiv terapeut og bruker mener det er behov. Videre trekkes det frem at noen brukere kan oppleve at det virker litt skummelt å få oppfølging fra jobbspesialist. Ifølge kognitiv terapeut har disse pasientene/brukerne blitt positivt overrasket etter at de har hatt første møte med jobbspesialist. NAV-kontoret har opprettet en telefonsløyfe, som ifølge kognitiv terapeut har vært positiv for kommunikasjonen og samarbeidet med NAV.

En fastlege forteller at fastlegene opplever at prosjektet fører med seg mye positivt. Fastlegene opplever den kognitive terapeuten som en ressurs, og for de fleste fastlegene innebærer prosjektet mer fokus på arbeid enn legene evner å ha i sin praksis. I tillegg trekkes det frem at den kognitive terapeuten fungerer som sparringspartner og at det er verdifullt å drøfte behandlingsmuligheter. Samtidig peker fastlegen på noen forhold som kan forbedres. Det knytter seg særlig til målgruppen for prosjektet. Fra fastlegens ståsted ville det vært mer avlastende for fastlegene dersom kognitiv terapeut kunne gitt oppfølging til brukere som har større utfordringer:

Jeg tenker ikke at man nødvendigvis skal ta de dårligste pasientene, men de vi tenker er mer utfordrende enn de som er beskrevet i målgruppen. Målet bør da egentlig ikke være å ta oppgaver vi selv kan løse. Jeg tenker vi kan behandle dem med lett depresjon eller angst, men pasienter med litt større psykiske lidelser synes vi kan være vanskelig. Det er mer det vi tenker målet bør være her.

Fastlege

Videre pekes det på at fastlegene kunne tenke seg mer formalisert samhandling med kognitiv terapeut, pasient og eventuelt jobbspesialist for å sikre at de trekker i samme retning.

Til tross for at aktørene sitter i nærheten av hverandre, viser funn fra intervjumaterialet at det ikke så langt er etablert faste møtepunkter mellom dem. På bakgrunn av erfaringer fra både utprøving 4 og 5, har kognitiv terapeut liten tro på samlokalisering som virkemiddel for å få til et tverrfaglig samarbeid mellom aktørene i prosjektet. Det forklares i hovedsak med at fastlegene har en travel arbeidshverdag, slik det fremkommer i intervju:

Jeg tror ikke samlokalisering har noen betydning. Det er min erfaring nå.

Kognitiv terapeut

4.3.3 Utprøving 5

Ved utprøving 5 er kognitiv terapeut samlokalisert med fastlegene på fastlegekontoret. Imidlertid har det tatt noe tid for fastlegene å få i stand kontoret slik at det kan benyttes av kognitiv terapeut. I tillegg viser tidlige erfaringer at kognitiv terapeut har blitt avbrutt i noen samtaler med brukere. Årsaken til at NAV-kontoret valgte å delta i prosjektet, med omdisponerte ressurser internt, er fordi de ser det som viktig og riktig å prioritere prosjektet:

Det viktigste er kanskje å kunne være sparringspartner i sakene i legekantoret. Selvefølgelig innenfor lovligheten og taushetsplikten. Det å utvide hverandres horisonter og få opp nye perspektiver på hvordan man kan tenke forebyggende. Det tror jeg er absolutt viktigst. Det andre premisset er at vi gir næring til samarbeidet, at vi lager avtaler og holder avtaler på det strukturelle og operative planet. I tillegg at vi evner å gi hverandre feedback om det er noe det ikke leveres på.

NAV-leder

Tidlige erfaringer viser at rekrutteringen av brukere til kognitiv terapeut ikke har vært treffsikker. Ved oppstart ble porteføljen til kognitiv terapeut raskt fylt opp, men i intervju fremkommer det at kognitiv terapeut måtte gi 19 avslag på pasienter/brukere den første uken. Det forklares med at mange av dem som ble rekruttert ble vurdert til å stå langt fra arbeidslivet, slik det fremkommer i intervju:

Det er tydelig definert at målgruppen for prosjektet er personer med milde til moderate psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Der fikk jeg ikke noe forståelse. Fastlegen tenkte at jeg skulle avlaste hen.

Kognitiv terapeut

Som følge av dette, har kognitiv terapeut vært i dialog med fastlegene om utfordringer med rekruttering. Det vises til at fastlegene har hatt liten forståelse for at de ikke treffer målgruppen i prosjektet, og at fastlegene i første omgang ønsker avlastning og derfor henviste flere pasienter som egentlig ikke er i målgruppen for prosjektet. Dette resulterte i at prosjektledelsen ble koblet på for å bidra til at aktørene får en omforent forståelse av målgruppen. Kognitiv terapeut oppgir at få brukere har blitt rekruttert til prosjektet i etterkant, og kognitiv terapeut har kapasitet til å ta inn flere brukere i sin portefølje.

Videre pekes det på at det har vært lite kontakt mellom fastlegene og de andre aktørene i prosjektet. Til tross for at kognitiv terapeut sitter fysisk på fastlegekontoret, oppfatter hen at det er få muligheter til å diskutere pasienter med fastlegene i løpet av arbeidsdagen. Kognitiv terapeut viser til at fastlegene ikke alltid tar seg tid til å ha lunsj i fellesskap, og at de ellers er travelt opptatt med å følge opp sine pasienter.

Kognitiv terapeut ønsker å få på plass en telefonsløyfe til NAV-veiledere også i denne utprøvingen. I intervjuet vises det imidlertid til at NAV-kantoret så langt ikke har vært interessert i å opprette en telefonsløyfe. Likevel påpeker kognitiv terapeut at samarbeidet med jobbspesialisten fungerer bra.

4.4 Sammenligning av modellene

I dette kapittelet har vi fokusert på hvordan tjenesteledet opplever etableringen og utprøvingen av samarbeidet mellom NAV og fastlegekontor i de ulike utprøvingene. Overordnet viser våre funn at de fem utprøvingene er ulikt organisert. Dette reduserer muligheten for å gjøre en komparativ analyse av utprøvingene. Ulikt starttidspunkt har også medført at erfaringer med de tre siste modellene er begrenset. Hovedfokuset har derfor vært på de to første utprøvingene.

En sentral antakelse i prosjektet er at tilstedeværelse i fastlegekontor for kognitiv terapeut og jobbspesialist vil gjøre det mulig å nå målet om redusert sykefravær. Som vi har sett av kapittelet, innebærer modellene ulike varianter av forsøk på samlokalisering. Enkelte intervjudeltakere er tydelige på at samlokalisering er viktig for å få til en tidlig tverrfaglig innsats, mens andre aktører opplever at samlokaliseringen er mindre avgjørende for å lykkes med målsettingen.

Utprøving 1 ligger tett opptil den opprinnelige modellen, og kognitiv terapeut og fastlege forteller at kommunikasjonen og samarbeidet mellom dem fungerer. Samtidig viser funnene at samarbeidet mellom fastlegene og de øvrige aktørene som deltar i utprøvingen er begrenset til tross for samlokaliseringen. Imidlertid trekkes samlokaliseringen frem som en avgjørende faktor for å få til et godt samarbeid mellom kognitiv terapeut og fastlegene på den ene siden og kognitiv terapeut og NAV på den annen side.

Ved utprøving 2 har de kognitive terapeutene kontor i samme fløy som fastlegekontoret. Jobbspesialist har møtt opp på ukentlige møter. Manglende kommunikasjon mellom fastlegene og øvrige aktører har ført til at de kognitive terapeutene vil flytte tilbake til sine opprinnelige lokaler for Rask psykisk helsehjelp, og gi behandlingstilbudet i prosjektet derfra. Etter gjentatte forsøk på å få til samlokalisering på fastlegekontor i utprøving 3 ble det besluttet en alternativ form for samlokalisering der kognitiv terapeut har sin kontorplass på NAV-kontoret. Kognitiv terapeut påpeker her at fastleger har en travel arbeidshverdag som gjør at mulighetene for kommunikasjon og samarbeid på fastlegekontoret uansett ville vært begrenset. Ved utprøving 4 og 5 fungerer samme person i rollen som kognitiv terapeut. Ved utprøving 4 har kognitiv terapeut kontorplass i samme bygg som fastlegekontoret. I utprøving 5 er kognitiv terapeut samlokalisert med fastlegene på fastlegekontoret. Tidlige erfaringer fra de to siste utprøvingene viser at samarbeidet mellom kognitiv terapeut og jobbspesialist fungerer godt begge steder, mens samarbeidet mellom kognitiv terapeut og fastlegene fungerer bedre der hvor aktørene ikke er samlokalisert inne på fastlegekontoret.

Det er forskjeller mellom utprøvingene når det gjelder kommunikasjon og samarbeid mellom involverte aktører. En forskjell er knyttet til om kognitiv terapeut har tilgang til fastlegenes journalsystem eller ikke. I utprøvingene der kognitive terapeuter har en slik

tilgang, er det enklere å lese seg opp på aktuelle brukere. Det gjør at de kognitive terapeutene kan stille mer forberedt til samtaler med brukerne.

Særlig ved utprøving 1 er det tydelig at fastlegene ser verdien av å ha et tettere samarbeid med kognitiv terapeut til tross for at behandlingstilbudet i prosjektet ikke bidrar til å avlaste fastlegene i særlig grad. Fastlegene opplever det som positivt å kunne henvise til tilbudet og mener det gir stor verdi for dem som deltar. Samtidig er antall pasienter som deltar i prosjektet minimalt sett opp mot trykket og behovet i fastlegenes lister. Funn fra utprøving 2 viser imidlertid at det er tilnærmet ingen kontakt mellom fastlegene og de andre aktørene i utprøvingen. Felles for de to utprøvingene som har kommet lengst, er at samarbeidet mellom jobbspesialist og kognitiv terapeut fungerer godt. Enkelte aktører, også i NAVs egne rekker, opplever at NAV-veileders rolle i prosjektet er noe uklart og til dels fraværende.

De kognitive terapeutene har ulike bakgrunn og erfaring. Forskjellene kan påvirke i hvilken grad de kognitive terapeutene bruker arbeidsrettet kognitiv terapi i oppfølgingen og hvilken målgruppe de prioriterer. Kognitiv terapeut ansatt i USAP er psykologspesialist og overordnet ansvarlig for metodikken som brukes av kognitive terapeuter i prosjektet. Hen fungerer som veileder for de kognitive terapeutene. Med bakgrunn fra arbeid med Senter for jobbmestring er hen godt kjent med metodikken og målgruppen, og er derfor stringent i prioriteringen av hvem som får tilbud om oppfølging i prosjektet. De kognitive terapeutene ved utprøving 2 har omfattende erfaring fra Rask psykisk helsehjelp i kommunen. Ettersom disse har erfaring med å følge opp samme målgruppe som i fastlegeprosjektet, er metodikken nødvendigvis ikke så annerledes fra den de benytter i sitt ordinære tjenestetilbud. Likevel er det nytt også for dem å koble på jobbspesialist og sette opp jobbmål. Kognitiv terapeut ved utprøving 3 har omfattende erfaring blant annet som fagansvarlig for rus og psykisk helsetjeneste i kommunen. Enkelte intervjudeltakere peker på at erfaringsbakgrunnen gjør at kognitiv terapeut i utprøving 3 tar inn brukere med større utfordringer enn det som opprinnelig er tiltenkt i fastlegeprosjektet.

Enkelte av utprøvingene er preget av engasjement og gjennomføringsevne fra særlig ressurssterke aktører. Dette er aktører som også tilhører ulike respondentgrupper, men gjelder særlig kognitive terapeuter. Som følge av dette kan det være krevende å vurdere om enkelte forhold skyldes samarbeidsmodellen eller enkeltindivider, slik det også ble pekt på i intervju:

Jeg er spent på hvordan forskningen skal foregå. Jeg tror at om man ikke rigger dette på en veldig lik måte, så kan det være vanskelig å forstå om det er riggen eller enkelte mennesker og relasjoner som spiller inn.

NAV-leder

I fastlegeprosjektet skal fastlegene kunne henvise pasienter til kognitiv terapeut og jobbspesialist som opprinnelig var tiltenkt å ha sin arbeidsplass på fastlegekontoret. Ulik organisering av modellen i utprøvingene, har også medført at pasientenes brukerreise varierer mellom utprøvingene. En forskjell er om pasientene får oppfølging fra kognitiv terapeut og eventuelt jobbspesialist på fastlegekontoret eller annensteds, herunder i samme bygg som fastlegekontoret eller på NAV-kontoret.

Felles for utprøvingene er at fastlegene velger ut egnede pasienter til prosjektet og henviser disse til kognitiv terapeut. Ved utprøving 3 har imidlertid kognitiv terapeut på bakgrunn av sin erfaring, vært involvert i arbeidet med å identifisere aktuelle pasienter som kan ha nytte av å delta i prosjektet, og tipset fastlegene om dem. De kognitive terapeutene i alle fem utprøvinger mottar henvisninger fra fastlegen og gjennomfører vurderingssamtale med pasient for å avklare behov for oppfølging. Vi finner variasjoner mellom utprøvingene når det gjelder involvering av jobbspesialist i vurderingssamtalen. Kognitiv terapeut i utprøving 1 som er ansatt i USAP, er tydelig på viktigheten av at jobbspesialist er tidlig med i relevante saker og at kognitiv terapeut og jobbspesialist blir likeverdige parter. Jobbspesialist deltar derfor i vurderingssamtaler. Ved utprøving 2 velger de kognitive terapeutene oftere å invitere inn jobbspesialist på et senere tidspunkt. Det kan få konsekvenser for det arbeidsrettede fokuset i oppfølgingen at jobbspesialist involveres senere. Vi bemerker imidlertid at de aktive brukerne i prosjektet i større grad har oppfølging av jobbspesialist enn brukere som til nå har gjennomført oppfølgingen. I neste kapittel presenteres brukernes erfaringer og opplevd utbytte av tilbudet de har mottatt i prosjektet ved henholdsvis utprøving 1 og 2.

5. Fastlegeprosjektets betydning for brukerne

I dette kapitlet presenteres brukerne som har blitt henvist til behandlingstilbudet, med vekt på deres erfaringer og opplevde utbytte. Redegjørelsene bygger på flere datakilder, herunder kvalitative intervjuer med brukere og tjenesteledet, surveydata fra brukere som har gjennomført et behandlings-/oppfølgingsløp og data fra registreringsløsningen til USAP. Det er viktig å påpeke at utprøvingene fortsatt var pågående da prosjektperioden for evalueringen var over, slik at tallene som presenteres ikke kan si noe om prosjektets samlede resultater.

Innledningsvis gir vi et oversiktsbilde over brukere som hadde gjennomført et behandlingsløp (avsluttede brukere), var i et behandlingsløp (aktive brukere) og personer som etter vurderingssamtale ikke fikk tilbud (avviste brukere). Vi beskriver ulike kjennetegn ved de aktive/avsluttede brukerne, herunder aldersfordeling, status ved oppstart, målsettinger med deltakelsen, typer av helseutfordringer og status ved avslutning av løpet, samt avvisningsårsak for de avviste brukerne. Deretter gjengir vi kort vurderinger fra fastlegene, de kognitive terapeutene og jobbspesialistene vedrørende hvilken betydning de mener at tilbudet har hatt for brukerne. Til slutt går vi inn på brukernes egne opplevelser og erfaringer med å delta i prosjektet.

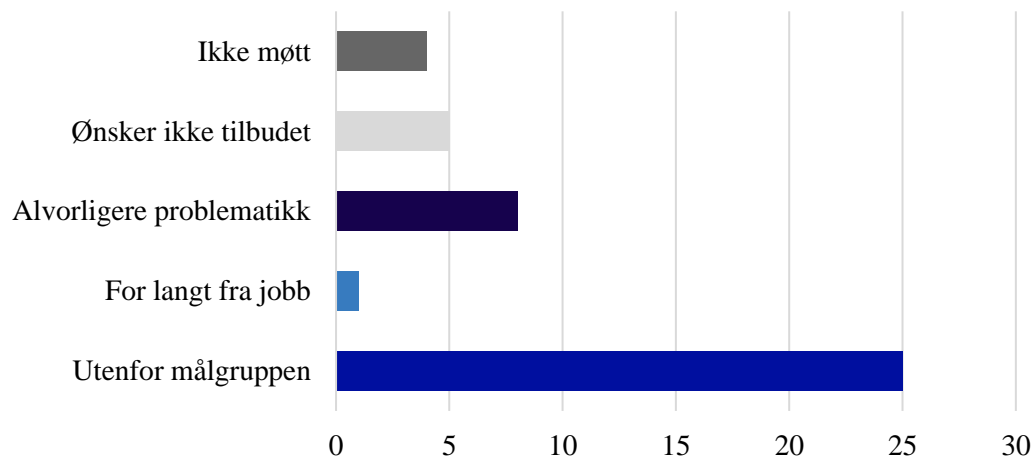
5.1 Kjennetegn ved brukerne

Ved avslutningen av vår datainnsamling, i starten av november 2023, var det totalt **35 avsluttede brukere**, dvs. brukere som hadde gjennomført et behandlings-/oppfølgingsløp og blitt skrevet ut fra prosjektet, mens det var **59 aktive brukere**, altså brukere som fortsatt mottok behandling/oppfølging. Av disse var det 5 avsluttede brukere og 11 aktive brukere i utprøving 1, imens det var 29 avsluttede og 15 aktive i utprøving 2. Vi har mer detaljerte opplysninger fra registreringsløsningen om de aktive brukerne enn brukerne som har avsluttet løpet. Surveydataene dekker på sin side kun de avsluttede brukerne. Her har vi til gjengjeld fått svar fra alle fem avsluttede brukere i utprøving 1, og litt under halvparten av de avsluttede i utprøving 2.

I tillegg har det vært **43 avviste**, dvs. personer som ble henvist fra fastlegene, men som ikke fikk tilbud om å delta i utprøvingen etter en nærmere vurdering av kognitiv terapeut. I registreringsløsningen finnes det opplysninger om hva som har vært årsaken til at disse ikke ble tatt med i prosjektet. Som vi ser i Figur 5, er det en del som ikke har møtt opp eller som har takket nei til tilbudet. I tillegg er det mange som har blitt avvist fordi de har en «alvorligere problematikk», dvs. pasienter med alvorligere og mer sammensatte lidelser enn hva som er tenkt inkludert i målgruppen. «For langt fra jobb» refererer til

deltakere som ikke har jobb som målsetting ved vurderingssamtale. De er blitt avvist fordi målgruppen er definert som personer der helsesituasjonene ansees som en begrensning for å komme tilbake i jobb. «Utenfor målgruppen» er en restkategori, som kan omfatte at hindringene er noe annet enn det som er i målgruppen, for eksempel familiesituasjon, at pasienten skulle bytte fastlege eller at det er snakk om andre, men ikke alvorligere, helseutfordringer. 15 av de avviste kan ellers tilskrives en krevende oppstart i utprøving 5 som var preget av informasjonsbrist og misforståelser.

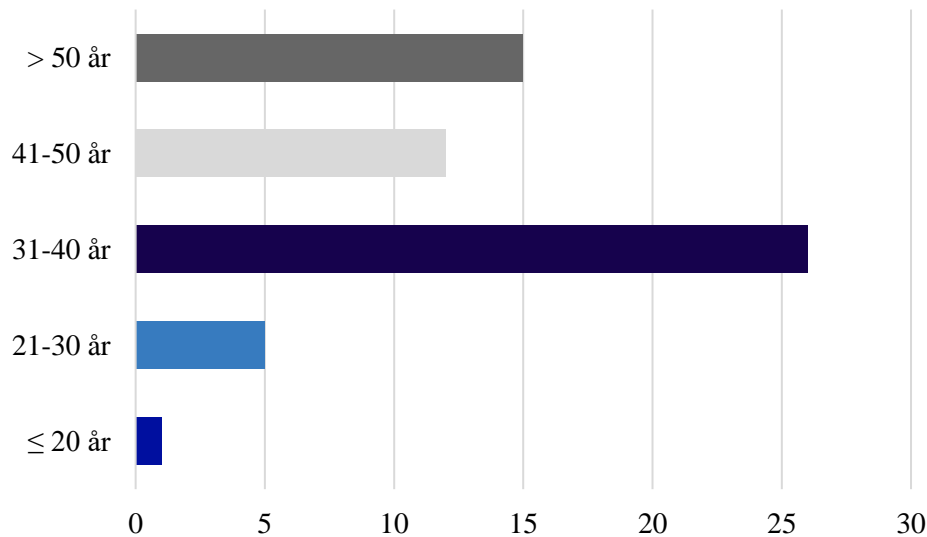
Figur 5: Avvisningsårsak (N = 43)



Det må bemerkes at 43 avviste av totalt 139 brukere utgjør en nokså høy avvisningsrate. Samtidig er det å forvente at det vil være en læringskurve blant de involverte, slik at treffsikkerheten kan antas å ville øke utover i utprøvingene. Blant de avviste, var det 11 som ble henvist til annen behandling og 3 som ble henvist til et annet arbeidsrettet tiltak, mens 26 ikke ble henvist videre. Vi mangler opplysninger for 3 av de avviste.

Dataene fra registreringsløsningen, framstilt i neste figur, viser at det er flest aktive brukere i alderen 31-40 år, men at det også er en betydelig andel som er over både 40 år og 50 år. Det er relativt få unge voksne under 30 år.

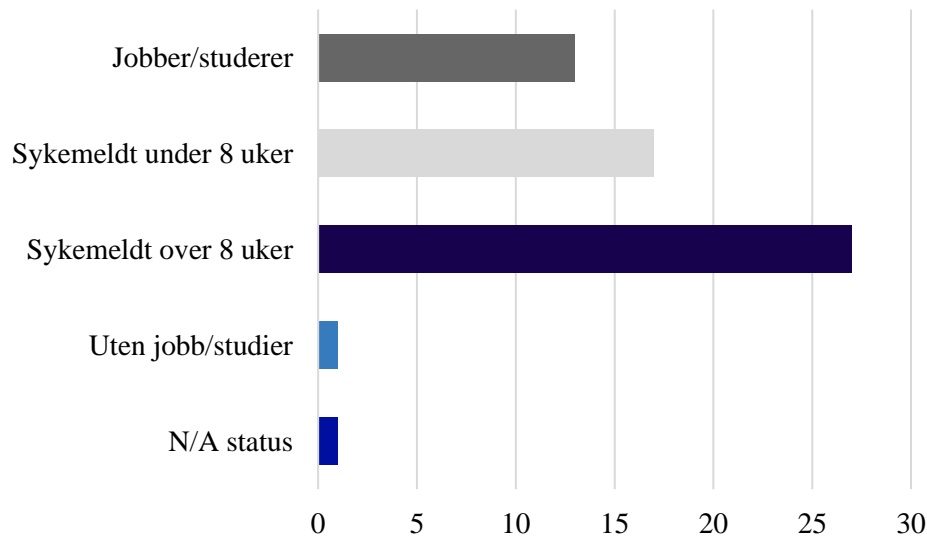
Figur 6: Aldersfordeling blant aktive brukere (N = 59)



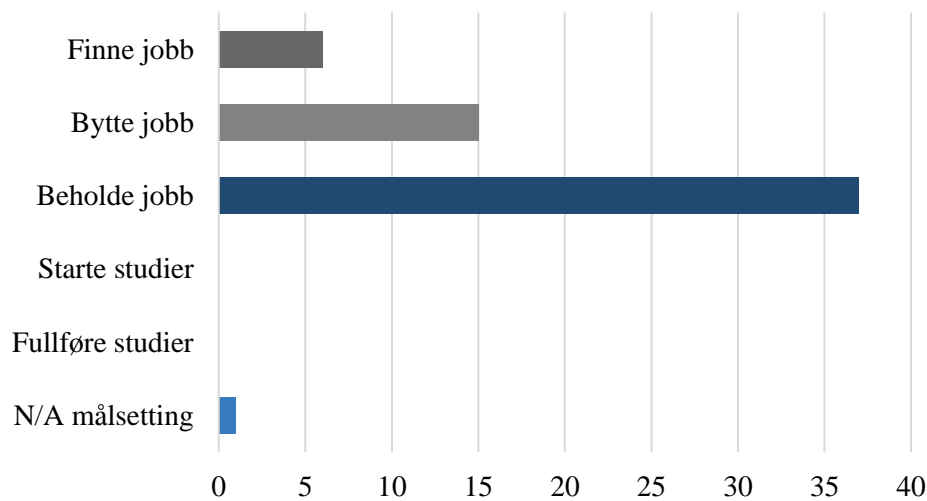
Figur 7 viser at de aller fleste aktive brukerne har et arbeidsforhold, men at flertallet var sykmeldte ved oppstart av behandlings-/oppfølgingsløpet. Dersom vi sammenholder denne figuren med Figur 8 ser vi at kategorien jobber/studerer i realiteten kun inneholder personer som er i jobb: Det er ingen som har som målsetting å verken starte eller fullføre studier. De fleste av de aktive brukerne har også ambisjoner om å beholde jobben sin, mens ca. en fjerdedel har som målsetting å bytte jobb og omtrent én av ti har som målsetting å finne jobb. Det kan tolkes som at det også er noen aktive brukere som er sykmeldte, men uten et arbeidsforhold. Videre er det verdt å merke seg at den største undergruppen av de aktive brukerne har vært sykmeldte i over åtte uker.

Som vist til i innledningen (kap. 1.1) består målgruppen også av personer som står i fare for å bli sykmeldt (forebygging) og man har i prosjektet hatt fokus på å inkludere sykemeldte med kortere sykefravær enn 8 uker (se kap. 4.2 og 4.3). Tallmaterialet over aktive brukere tyder på at man i utprøvingene har hatt utfordringer med å få til høy rekruttering av brukere hvor sykefravær kan forebygges eller er av kortere varighet enn 8 uker. Samtidig kan man merke seg at sammenslått så utgjør de to kategoriene aktive brukere som står i jobb/studerer eller har vært sykmeldt under 8 uker, en høyere andel brukere enn kategorien sykmeldt over 8 uker.

Figur 7: Status ved oppstart blant aktive brukere (N = 59)

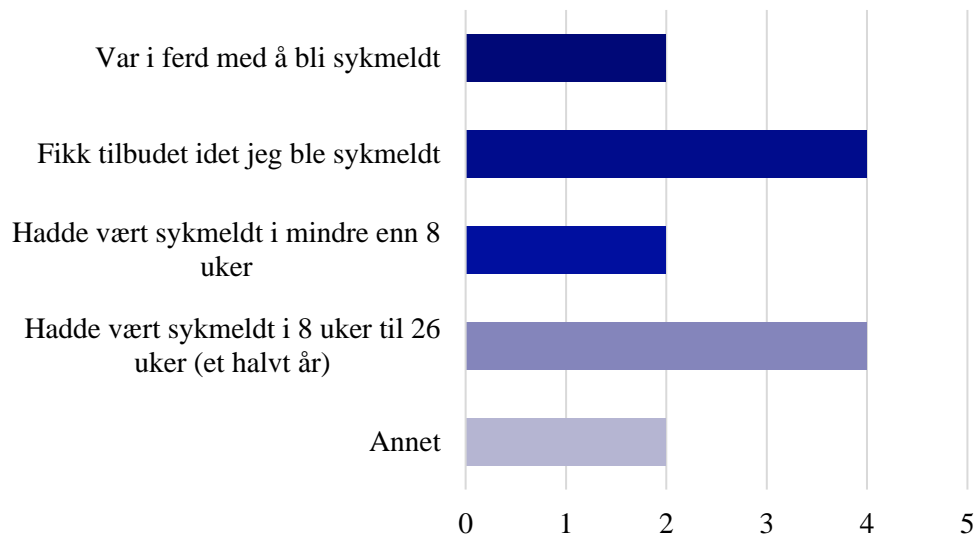


Figur 8: Målsettinger blant aktive deltakere (N = 59)

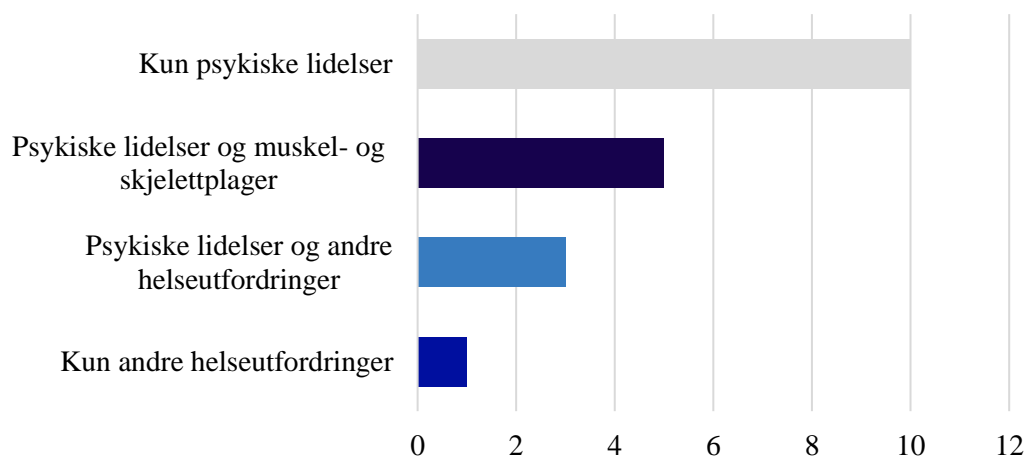


Når det gjelder de avsluttede brukerne, viser surveydataene at ca. tre av fem hadde vært sykmeldte for psykiske helseutfordringer og/eller muskel- og skjelettplager tidligere. Svargivningen i Figur 9 viser at status ved oppstart er forholdsvis lik for de avsluttede som for de aktive: Det er en betydelig andel som har vært sykmeldte i mer enn åtte uker, men de fleste fikk tilbudet etter kortere tid – enten før sykmelding, ved sykmelding eller i løpet av forløpets første åtte uker. Videre ser vi i Figur 10 at litt over halvparten kun hadde psykiske lidelser. Blant resten hadde de fleste psykiske lidelser i kombinasjon med enten muskel- og skjelettplager eller andre helseutfordringer. Noen svært få hadde kun andre helseutfordringer. Det er altså ingen av de avsluttede brukerne som har oppgitt at de kun har muskel- og skjelettplager i surveyen.

Figur 9: Hva var årsaken til at du fikk dette tilbud om oppfølging av kognitiv terapeut og/eller jobbspesialist? (N = 14)



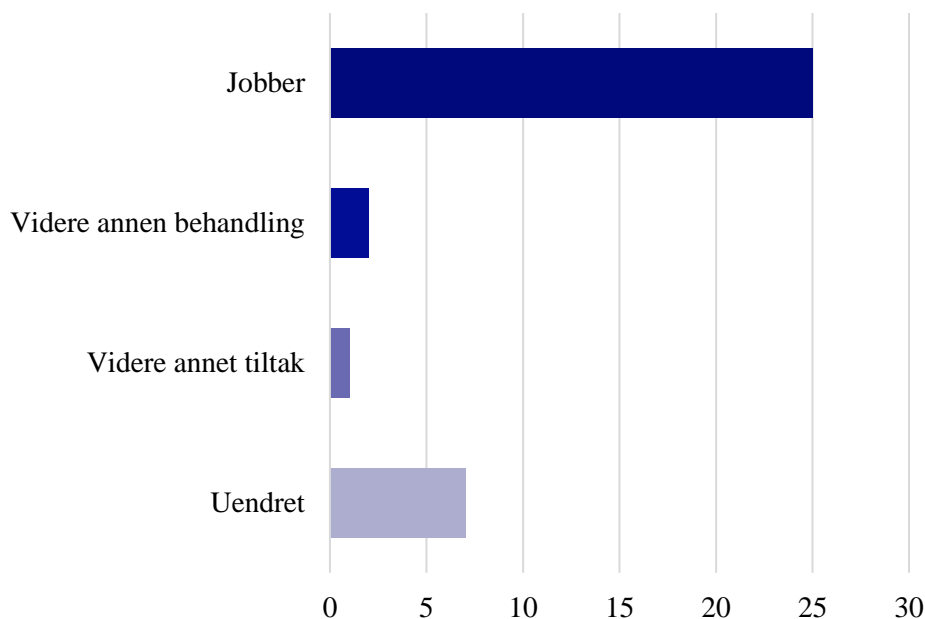
Figur 10: Hva er din aktuelle helseutfordring? (N = 19)



Data fra registreringsløsningen viser tilsynelatende at de aller fleste av de avsluttede brukerne var i jobb ved avslutningen av tiltaket. Imidlertid er det en svakhet ved datagrunnlaget fra resultatrapporteringen at avsluttede brukere som oppgis å være i kategorien «jobber» kan inkludere både personer som er tilbake i arbeid og personer som har et arbeidsforhold, men er sykmeldte. Som vi ser i Figur 11 gjaldt dette over to tredjedeler. Noen få ble henvist til annen behandling eller et annet NAV-tiltak. For én av fem var status uendret ved avslutning. Denne kategorien er også tvetydig når vi ikke har tilsvarende opplysninger om status ved oppstart for de samme brukerne. Det er nærliggende å tolke «uendret» som at de fortsatt var sykmeldt ved avslutning av tiltaket.

Samtidig kan det tenkes at noen av dem som unngikk en sykmelding er blitt registrert som «uendret», dersom de fortsatt var i jobb ved avslutning. Disse forholdene tatt i betraktning har vi begrenset grunnlag for å vurdere resultatene av oppfølgingen.

Figur 11: Status ved avslutning av tiltak (N = 35)



5.2 Tjenesteleddets vurdering av betydningen av tilbudet til brukerne

Med tjenesteleddet viser vi til fastleger, kognitive terapeuter og NAV-ansatte. Tjenesteleddets vurderinger så langt viser at brukerne jevnt over er fornøyde med tilbudet de får i prosjektet. Den tidlige tverrfaglige innsatsen fremheves av flere som viktig for brukernes opplevelse av tilbudet.

Flere intervjudeltakere viser til at mange av dem som har behov for oppfølging fra kognitiv terapeut/psykolog har fått avslag fra kommunen. Det medfører i realiteten at det er fastlegen som må følge opp pasienter som står i kø for utredning og behandling andre steder. Fastlegenes travle arbeidshverdag gjør det imidlertid krevende å gi tilstrekkelig oppfølging til brukergruppen. Dermed er fastlegene godt fornøyde med å kunne tilby disse personene oppfølging fra kognitiv terapeut og eventuelt jobbspesialist. I tillegg påpeker enkelte fastleger at de ikke har kompetanse til å drive kognitiv arbeidsrettet terapi i sin praksis. I denne sammenheng trekkes det frem at pasientene får et enda bedre tilbud ved å få samtaler med kognitiv terapeut og eventuelt jobbspesialist i tillegg til oppfølging fra fastlegen.

Kognitive terapeuter opplever at pasientenes utfordringer er mindre fastlåst når kognitiv terapeut kobles tidligere på i prosjektet. Videre trekkes det frem at brukere er takknemlige for at fastlege, kognitiv terapeut og NAV virker engasjert i deres situasjon. Ifølge enkelte gjør også den tidlige tverrfaglige innsatsen at brukere ikke forblir i en passiv rolle ved at de må vente på tiltak og bistand.

Jobbspesialister og kognitive terapeuter påpeker styrken som ligger i at aktørene arbeider i team der jobbspesialist jobber mer arbeidsrelatert og kognitiv terapeut fokuserer mer på helsemessige barrierer for å stå i arbeidet. I forlengelsen av dette pekes det på at en mer samtidig og parallell intervensjon fra NAV og helsetjenesten bedre kan hjelpe sykmeldte tilbake til arbeidslivet. I tillegg påpekes viktigheten av at fastlegeprosjektet også fanger opp personer som ikke enda er sykmeldt, men som står i fare for å bli det og falle ut av arbeidslivet.

Intervjudeltakere representert ved utprøvinger der aktørene er samlokalisert eller sitter i nærheten av hverandre, opplever at nærheten mellom tjenestene er med på å bryte ned terskelen for brukere til å delta i prosjektet, slik det fremkommer i intervju:

For mange av mine pasienter er både NAV og psykolog skremmende. Det at de er på fastlegekontoret tror jeg er med på å ufarliggjøre det litt. Det gjør det lettere for mange av dem som opplever det som litt tabu å prøve tilbudet.

Fastlege

Flere intervjudeltakere er tydelige på at mange av dem som deltar i prosjektet ikke ville klart å returnere til jobb på egenhånd uten oppfølging fra helsesektoren og/eller NAV. I denne sammenheng viser flere til at det i hvert fall ville tatt lenger tid for brukerne å komme i arbeid uten en slik målrettet oppfølging. Samtidig stiller enkelte NAV-ansatte spørsmål ved om brukere i prosjektet får en form for særbehandling fordi de kanskje egentlig ikke oppfyller vilkårene for å få sykepenger. I forlengelsen av dette pekes det på at det er grunn til å stille spørsmål ved om enkelte har behov for tilbudet for å komme tilbake i arbeid.

5.3 Brukernes erfaringer med å delta i prosjektet

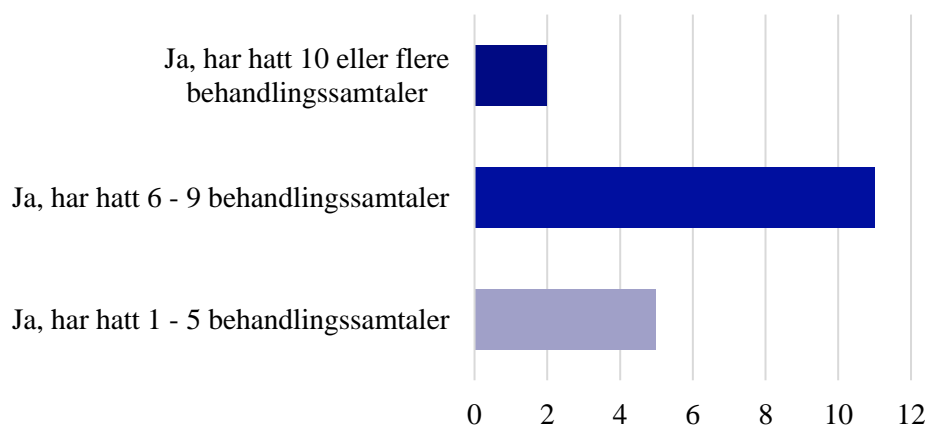
Brukerne som har blitt intervjuet og som har besvart spørreundersøkelsen har avsluttet sitt behandlingsløp. Det er derfor kun svar fra brukere som har deltatt i utprøving 1 og 2.

5.3.1 Samtaler med kognitiv terapeut og jobbspesialist

I intervjuene forteller brukerne at de hadde få og lave forventninger til å delta i prosjektet da det først ble presentert for dem av fastlegen. Enkelte av brukerne beskriver i intervjuer at de bare ønsket noen å snakke med, og at dette prosjektet gav dem muligheten til det.

Spørreundersøkelsen viser at de fleste har hatt mellom seks og ni behandlingssamtaler med kognitiv terapeut, men litt over en fjerdedel har kun hatt fem samtaler eller færre. Kun et fåtall har hatt ti eller flere samtaler. Det betyr at de fleste deltakerne har et ganske godt erfaringsgrunnlag til å vurdere behandlingen.

Figur 12: Har du fått oppfølging av kognitiv terapeut? (N = 18)



Flere brukere påpeker i intervjuene at de gjerne kunne tenke seg flere behandlingssamtaler. Likevel mener samtlige av brukerne som ble intervjuet at det var fint å ha noen å snakke med. Én bruker forteller at hen følte at den kognitive terapeuten hadde mer tid til hen enn fastlegen:

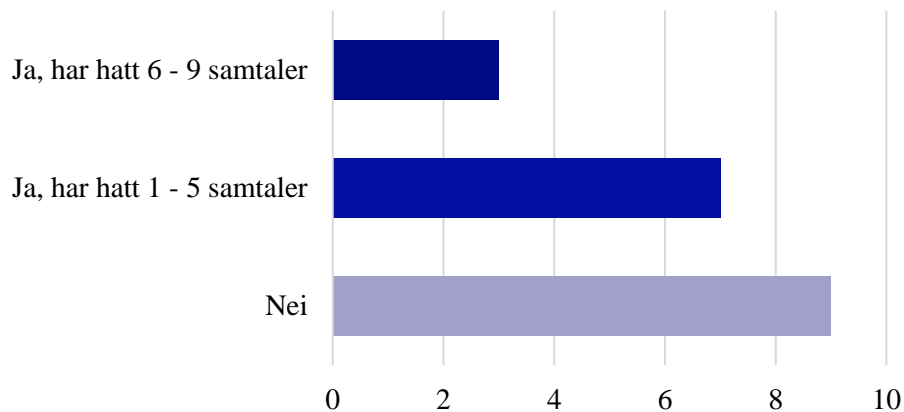
Forskjellen på hvordan jeg er blitt mottatt hos terapeuten og fastlegen, er at fastlegen virker mer stresset. Ved flere anledninger har jeg fått beskjed om å gå fordi hen ikke hadde mer tid.

Bruker

Brukerne i prosjektet har også fått tilbud om oppfølging av en jobbspesialist i NAV. Spørreundersøkelsen viser at ca. halvparten av respondentene ikke har fått oppfølging

fra jobbspesialist.⁷ Syv stykker har hatt mellom én og fem samtaler og kun tre har hatt seks til ni samtaler.

Figur 13: Har du fått oppfølging av jobbspesialist? (N = 19)



I intervjuene forteller brukerne om flere grunner til at de har takket nei til oppfølging fra jobbspesialist. Den ene var at de ikke følte seg friske nok til å kunne begynne å tenke på å skaffe seg arbeid. Andre brukere begrunnet valget om å takke nei til oppfølging fra jobbspesialist med at de ikke var sykmeldte fra jobben sin, eller at de var sykmeldte og hadde ambisjoner om å komme tilbake i samme stilling.

Det er bare to av de intervjuede brukerne som takket ja til oppfølging hos jobbspesialist, begge disse tilhørte utprøving 2. De beskriver det som utfordrende at jobbspesialisten ble byttet underveis i prosjektet. Den ene brukeren forteller at den nye jobbspesialisten fra NAV ikke var på plass før brukers tid i prosjektet begynte å gå mot slutten. Brukeren hadde hatt et møte med den nye jobbspesialisten, og hadde fått beskjed om at hen skulle bli fulgt opp. På intervjutidspunktet hadde ikke brukeren hørt noe mer fra jobbspesialisten. Videre forteller vedkommende at:

Jeg opplever det som at jeg nesten står og styrer alt på egenhånd. Jeg trenger hjelp. Jeg trenger noen som kan sende meg i en eller annen retning.

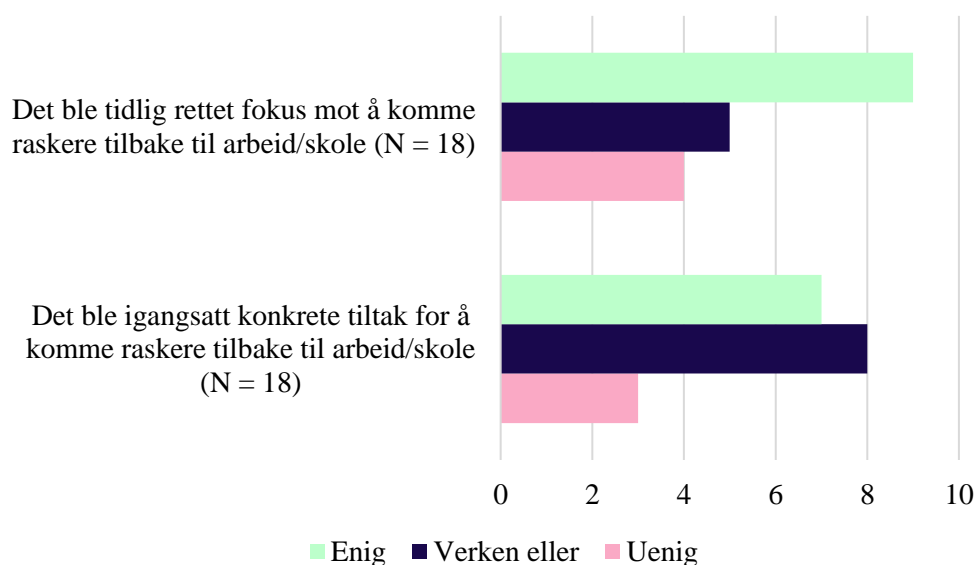
Bruker

⁷ Av aktive brukere (N=59) var det 59 % som mottok samtidig oppfølging av jobbspesialist, altså noe høyere enn for de brukerne som har avsluttet behandlingen frem til nå. Dette tallet er for øvrig ikke endelig for de aktive brukerne, bl.a. fordi jobbspesialisten kan bli koblet på noe lenger ut i behandlingsforløpet for noen av disse.

I spørreundersøkelsen svarer halvparten at de er enige i at det tidlig ble rettet fokus mot å komme raskere tilbake til skole og arbeid. Samtidig svarer fem respondenter verken eller og fire sier seg uenig til påstanden.

Syv respondenter svarer at det ble igangsatt konkrete tiltak for at det skulle gå raskere å komme tilbake til skole og arbeid. Åtte respondenter svarer verken eller og tre er uenige i at det ble satt inn konkrete tiltak for å sikre en raskere tilbakekomst.

Figur 14: Opplevelse av arbeidsfokus i oppfølgingen



Flere av brukerne som ble intervjuet viser til at det var et arbeidsrettet fokus både i samtalen med kognitiv terapeut og jobbspesialist.

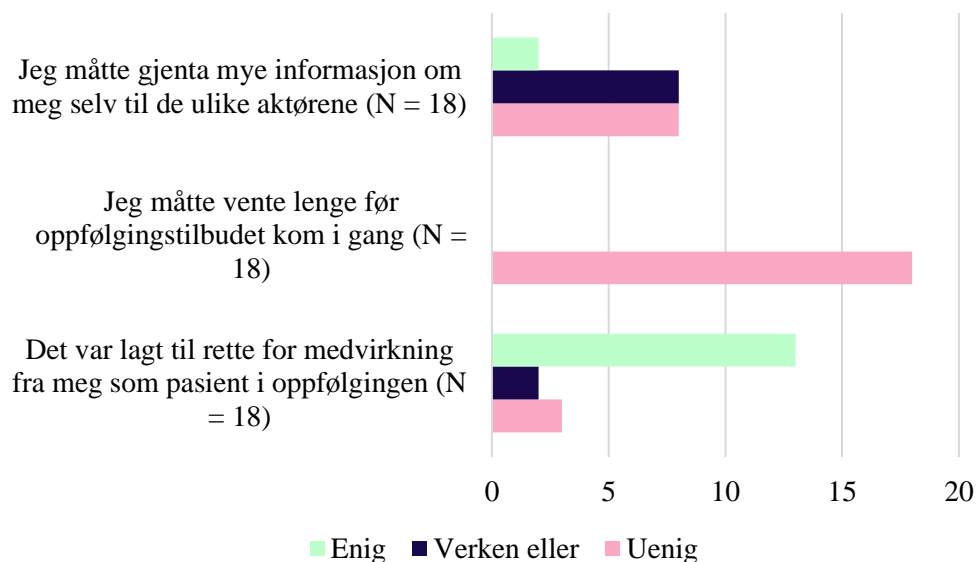
5.3.2 Brukernes opplevelser av samarbeid og koordinering mellom fastlege, kognitiv terapeut og NAV

Brukerne forteller om varierende kvalitet på samarbeid og koordinering mellom fastlege, kognitiv terapeut og NAV. I intervjuene beskrives kommunikasjonen mellom NAV og kognitiv terapeut som bedre enn kommunikasjonen mellom fastlegen og NAV.

En bruker forteller at hen skrev under på at det var greit med informasjonsutveksling mellom de ulike aktørene som ga behandling/oppfølging ved oppstart. Brukeren hadde da forventninger om at det skulle være et bedre samarbeid mellom aktørene. Vedkommende forteller at den kognitive terapeuten hadde anbefalt at hen ikke jobbet under terapien, og at dette var noe brukeren selv måtte viderefremme til legen for å få en sykemelding. Ifølge brukeren var ikke legen informert om verken innholdet i behandlingen eller at brukeren var anbefalt å forlenge sykemeldingen sin.

Spørreundersøkelsen viser at respondentene er fornøyde med samarbeidet og koordineringen, men at informasjonsdelingen mellom aktørene kommer relativt sett dårligst ut. Åtte av 18 respondenter stiller seg samtidig uenige i at de måtte gjenta mye informasjon om seg selv til de ulike aktørene i prosjektet, åtte stiller seg nøytrale og kun to respondenter er enige i påstanden. Ingen av brukerne opplevde ventetiden for å komme i gang med oppfølgingstilbudet som lang. Over to tredjedeler er enige i at det var lagt til rette for at de kunne medvirke i oppfølgingen de fikk, og kun tre respondenter er uenige.

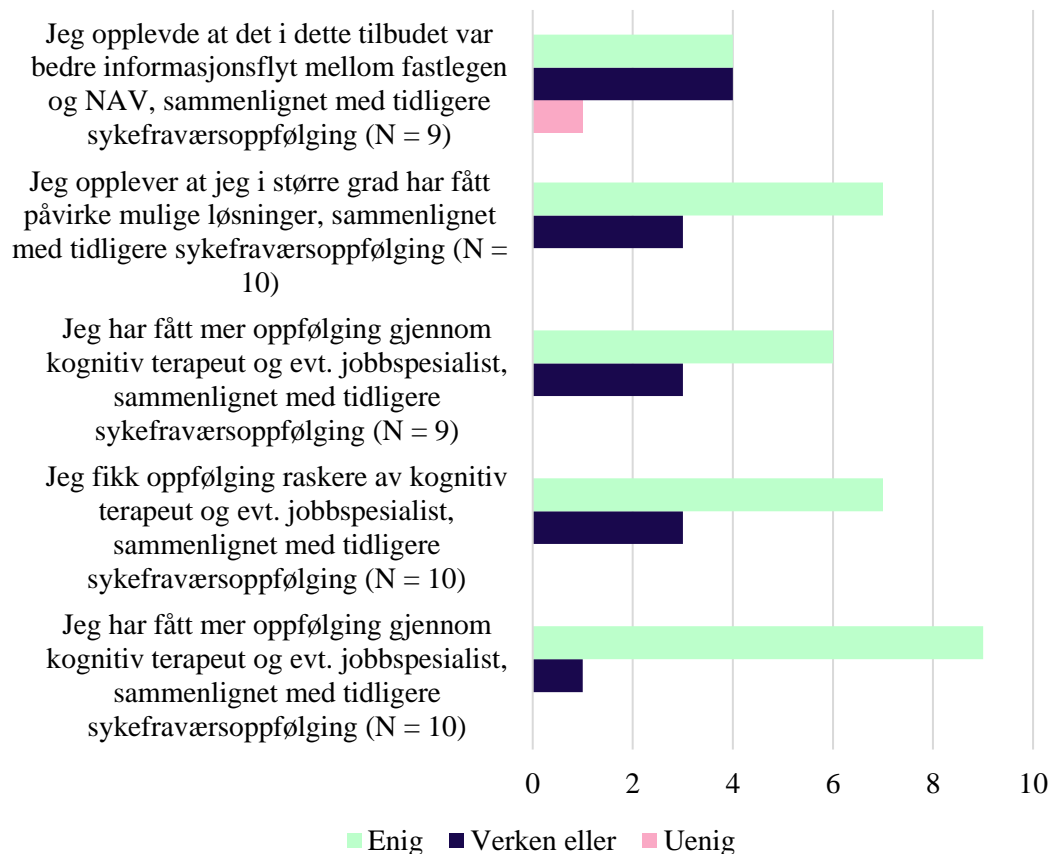
Figur 15: Opplevelse av oppfølging fra fastlege og kognitiv terapeut og/eller jobbspesialist



Brukerne som har vært sykemeldt tidligere ble også spurt om hvordan de opplevde oppfølgingen gjennom prosjektet sammenlignet med sist de var sykemeldte. Når det kommer til informasjonsflyten mellom fastlegen og NAV er det fire av ni som er enige i at den var bedre. Like mange svarer verken eller.

De fleste som har svart på spørreundersøkelsen er enige i at de i større grad har fått påvirke mulige løsninger, sammenlignet med tidligere sykefraværsoppfølging. Det er også flere enn syv av ti som har en mer positiv innstilling til å komme tilbake til jobb eller skole sammenlignet med tidligere sykefravær. I spørreundersøkelsen er også seks av ni enige i at de har fått raskere og ni av ti enige i at de har fått mer oppfølging fra kognitiv terapeut og eventuelt jobbspesialist enn tidligere sykefraværsoppfølging.

Figur 16: Opplevelse av oppfølgingen nå sammenlignet med sist gang brukeren var sykmeldt



En bruker forteller at hen ikke har opplevd at det har vært mye kommunikasjon mellom fastlegen og de andre aktørene. Hen visste at NAV og den kognitive terapeuten hadde ukentlige møter hvor de drøftet saker, men vedkommende beskriver oppfølgingen som to løp:

Føltet som at det har vært to løp. Kognitiv terapeut på den ene siden og NAV på den andre. Og fastlegen på utsiden.

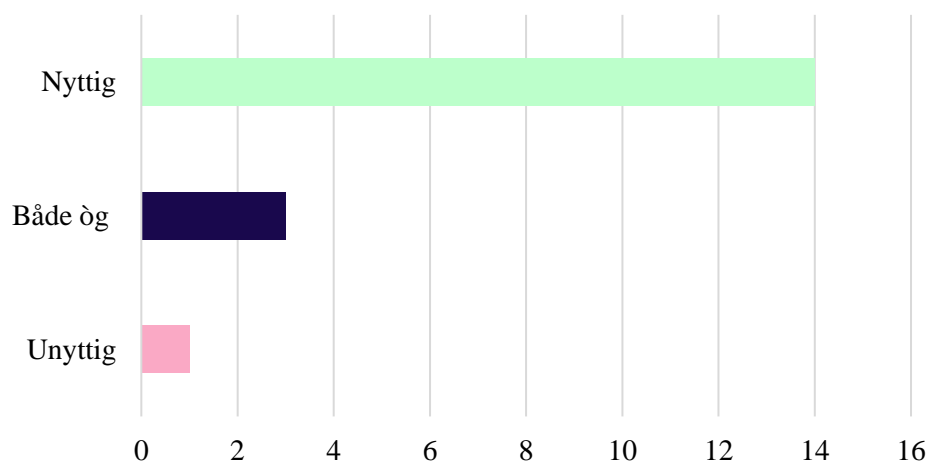
Bruker

I intervjuene er det også flere brukere som sier at de opplever at det har vært kontakt og rapportering mellom de ulike aktørene i behandlingen. Særlig er det brukere som har deltatt i utprøving 1 som forteller at de opplever at det har vært kommunikasjon mellom fastlegene og kognitiv terapeut.

5.3.3 Opplevd utbytte ved avsluttet behandling og troen på varig tilknytning til studier og jobb

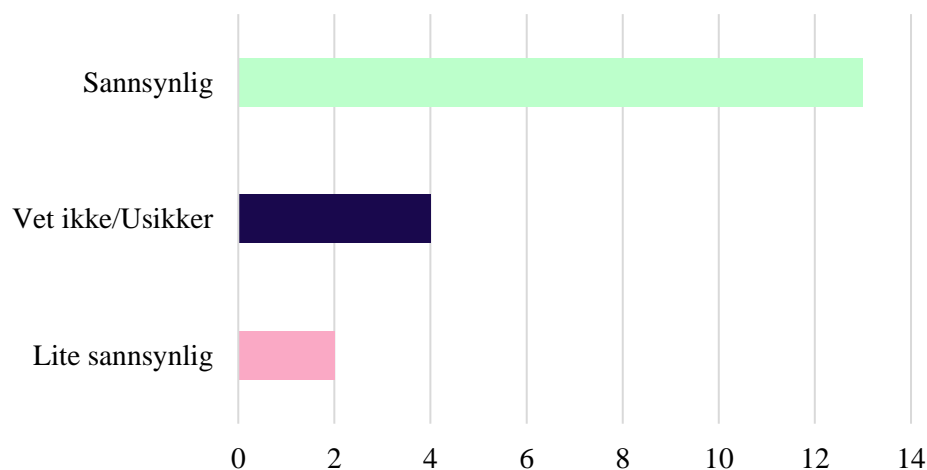
I intervjuene forteller brukerne at de opplevde det som nyttig å delta i prosjektet. Særlig trekkes oppfølgingen fra kognitiv terapeut frem som et positivt bidrag i tilbudet. Spørreundersøkelsen viser at de fleste beskriver oppfølgingen fra lege, kognitiv terapeut og jobbspesialist som nyttig – kun én av atten respondenter opplevde den som unyttig.

Figur 17: Alt i alt, hvor nyttig var oppfølgingen fra lege og kognitiv terapeut/jobbspesialist for deg? (N = 18)



Tretten av nitten brukere svarer i spørreundersøkelsen at de anser det som sannsynlig at de er i jobb eller skole i løpet av 3 måneder etter endt deltakelse i prosjektet. Fire stykker er usikre og to anser det som lite sannsynlig.

Figur 18: Hvor sannsynlig tror du det er at du er i jobb eller skole i løpet av 3 måneder? (N = 19)



Flere brukere forteller i intervjuer at de har fått verktøy til å håndtere jobbhverdagen bedre gjennom deltakelsen i prosjektet. Videre forteller de at dette har hjulpet dem med å komme tilbake i jobb eller skole, eller få troen på at de kan komme tilbake.

Det er også mange av brukerne som i intervjuene uoppfordret forteller at de mener at tilbudet med kognitiv terapeut burde fortsette, også etter at prosjektet er avsluttet.

5.4 Oppsummering

De fleste brukerne som mottar tilbudet, er over 30 år. Flertallet av brukerne var allerede sykmeldte ved oppstart av behandlingsløpet. Ser man aktive og avsluttede brukere under ett, er det et marginalt flertall brukere som enten var i jobb/studier eller sykmeldt under 8 uker når de mottok tilbudet. Det er dermed en betydelig andel brukere som hadde vært sykmeldt over 8 uker da de mottok tilbudet om arbeidsrettet kognitiv terapi.

Tjenesteleddet er tydelige på at mange av dem som deltar i prosjektet ikke ville kommet tilbake til jobb eller studier på egenhånd uten oppfølging. Brukerne ville i alle fall brukt lengre tid på å komme tilbake uten denne målrettede oppfølgingen. Likevel er det enkelte informanter i NAV som stiller spørsmål ved om brukerne i prosjektet får en form for særbehandling gjennom tilbudet, og i hvilken grad enkelte brukere har behov for tilbudet for å kunne returnere til arbeid.

Brukerne forteller at de i stort sett er fornøyde med tilbudet som har blitt gitt gjennom prosjektet. Særlig trekkes samtaler med kognitiv terapeut frem som positivt. Samtlige brukere svarer i spørreundersøkelsen at de opplever det som kort ventetid før tilbudet kommer i gang. De fleste svarer at de har fått medvirke i behandlingen. Samtidig er det en spredning i svarene angående om brukerne opplever at de må gjenta mye informasjon om seg selv til de ulike aktørene. For brukerne som har vært sykemeldt tidligere, kommer det frem både i intervjuer og spørreundersøkelsen at de opplever prosjektets tilbud som vesentlig bedre.

Når det kommer til arbeidsfokuset i utprøvingene svarer under halvparten av respondentene på spørreundersøkelsen at det var et tidlig arbeidsrettet fokus. Videre er det i underkant av 40 prosent av respondentene som svarer at det ble igangsatt konkrete tiltak for at de raskere skulle komme tilbake til arbeid eller skole. Likevel svarer et stort flertall av brukerne i spørreundersøkelsen at de ser det som sannsynlig at de er tilbake i jobb innen tre måneder etter endt behandling. Tall fra registreringsløsningen viser at de aller fleste var i jobb ved avslutning av tiltaket – imidlertid er det uklart hvorvidt det betyr at de faktisk er tilbake på arbeidsplassen eller om de er sykmeldte med et arbeidsforhold.

6. Drøfting av sentrale premisser i fastlegeprosjektet

Ved oppstart av fastlegeprosjektet hadde USAP klare forventninger til at erfaringene ville føre til praksisendringer både i behandling og oppfølging av målgruppen, hos NAV og ved fastlegekontorene. I tillegg hadde fastlegeprosjektet formulert fire sentrale antakelser om virkninger av samarbeidsmodellen:

- tidlig tverrfaglig innsats med arbeidsfokus vil forebygge/reducere sykefravær og frafall fra arbeidslivet
- tilstedeværelse i fastlegekontor for kognitiv terapeut og jobbspesialist vil gjøre det mulig å nå målet om redusert sykefravær
- den tverrfaglige samarbeidsformen nærmest mulig pasienten vil påvirke både pasienten og fagpersonenes opplevelse av oppfølgingen positivt
- modellen vil på sikt redusere/endre behovet for bistand fra NAV-veiledere i enkeltsaker

Vi anser disse antakelsene primært som ambisjoner for hva samarbeidsmodellen og metoden kan innebære. Forsinkelser i fastlegeprosjektet og variasjonen i utprøvingene har gitt et begrenset datagrunnlag for å drøfte antakelsene. Det er for eksempel ikke mulig for oss å si noe om forebygging, reduksjon av sykefravær og frafall fra arbeidslivet. I stedet vil vi drøfte premisser som til dels tar opp i seg ulike elementer fra antakelsene. Vi vil også berøre eventuelle positive utslag av oppfølgingen for både brukere og fagpersoner.

6.1 I hvilken grad er aktørene blitt samlokalisert?

Kapittel 4 viser at utprøvingene varierer betydelig i hvilken grad og form man har fått til samlokalisering. Fra samlokalisering «inne på» fastlegekontoret eller adskilt i samme etasje, til en utprøving hvor samlokaliseringen er blitt forlatt og aktørene har returnert til sine opprinnelige kontorer, og til slutt en utprøving hvor man fra starten av samlokaliserte kognitiv terapeut hos NAV, uten fastlegene.

Innenfor den enkelte utprøvingen er det heller ikke lik samlokalisering mellom aktørgruppene. For eksempel er det i utprøving 1 delt kontorbruk mellom kognitiv terapeut og jobbspesialist inne på fastlegekontoret, mens det i utprøving 2 har vært kognitive terapeuter som har hatt kontorlokaler i samme etasje som fastlegene, mens jobbspesialist og NAV-veileder har stilt til ukentlig møter sammen med terapeutene. Med unntak av utprøving 3, hvor kognitiv terapeut sitter hos NAV, er det en hovedtendens til

at det er de kognitive terapeutene som har blitt lokalisert inne på eller i nærheten av fastlegekontoret, og i mindre grad aktører fra NAV.

Til tross for at samlokalisering på fastlegekontoret er et sentralt premiss for prosjektet, har det ikke vært mulig å få til på fem utprøvinger. Utfordringene og barrierene som gjør seg gjeldende er et viktig funn i seg selv. Samtidig kan dette ha resultert i modeller for samlokalisering og samarbeidsformer som kan utgjøre alternativer til en samlokalisering inne på fastlegekontoret.

Svaret på spørsmålet om i hvilken grad aktørene er samlokalisert, er at det kun er en utprøving hvor man har fått samlokalisert alle aktørene på fastlegekontoret i tråd med USAPs opprinnelige modell (kap. 1.2). Det er imidlertid ulike grader av samlokalisering på noen utprøvinger, hvor i hvert fall de kognitive terapeutene er inne på fastlegekontoret eller i samme etasje. Samtidig er det også utprøvinger som ikke innebærer noen form for samlokalisering med fastlegene. Dette gjelder utprøving 3 og utprøving 2 slik denne nå utvikler seg.

6.2 Samarbeides det mer tverrfaglig?

En av de forventede effektene ved samlokalisering i prosjektet, er økt tverrfaglig samarbeid. Våre funn viser at slikt samarbeid i størst grad har utviklet seg mellom de kognitive terapeutene og jobbspesialistene i NAV. Mellom disse aktørgruppene beskrives det gjensidig om økt forståelse for den andre aktørens arbeid og bidrag til et bedre tjenestetilbud. De kognitive terapeutene oppgir at de blir mer kjent med NAVs oppfølging og virkemidler, men dette gjelder først og fremst jobbspesialistens område. Det er mer usikkert i hvilken grad kognitiv terapeut samhandler med NAV-veiledere, og det er ingen spor av samarbeid med øvrige aktører i NAV-systemet.

Kontakt og samarbeid mellom fastlegene og kognitive terapeuter har på tvers av utprøvingene generelt vært langt svakere. Riktignok har man i utprøving 1 oppnådd uformell dialog og tettere samarbeid, men dette står i sterk kontrast til utprøving 2. På de nyeste utprøvingene har man per i dag ikke et nivå som tilsvarer utprøving 1, selv om det er lovende tendenser i utprøving 4. Det er fortsatt usikkert hvordan dette vil utvikle seg i de tre siste utprøvingene.

Samarbeidet mellom fastleger og jobbspesialist og øvrige aktører i NAV tilknyttet fastlegeprosjektet, fremstår lavt eller nærmest fraværende. Fastlegene og NAV har fortsatt kontakt som ledd i ordinær sykefraværsoppfølging, men det er i liten grad registrert endringer av betydning som følge av prosjektet. I en av de senere utprøvingene har man likevel fått i stand en telefonsløyfe som muliggjør at fastleger raskt kan komme i kontakt med NAV-ansatte som er kjent med fastlegeprosjektet.

Svaret på spørsmålet om det samarbeides mer tverrfaglig er derfor at det varierer. Samlet sett varierer det fra noe til intet samarbeid mellom fastlegene og øvrige aktører, mens samarbeidsformer mellom kognitive terapeuter og jobbspesialist virker å vokse frem i alle utprøvingene.

6.3 Hvordan opplever fastlegene samarbeidet med NAV?

Som vi har sett, har fastlegeprosjektet i liten grad medført økt kontakt og tettere samarbeid mellom fastlegene og aktører i NAV. Flere av fastlegene gir uttrykk for at det fortsatt er uklart hva som er bakgrunnen for NAVs etterspørring av informasjon ved sykefravær, og at de har liten innsikt i NAVs oppfølging og virkemidler overfor brukere. På nåværende tidspunkt ser man følgelig heller ikke store endringer i fastlegenes kunnskapsnivå om NAV.

Fastlegene gir uttrykk for at de er fornøyde med tilbudet som tilbys deres pasienter gjennom prosjektet, men viser primært til behandlingen som gis av kognitiv terapeut. Fastlegene er dermed særlig fornøyd med at de kan henvise pasienter til et nytt psykisk helsetilbud. De understreker samtidig at dette er en «dråpe i havet» i forhold til behovet som finnes blant deres pasienter. Sett i forhold til antall listepasienter fastlegene har, reduserer ikke fastlegeprosjektet arbeidsbyrden til fastlegene i særlig grad. Fastlegene forteller selv at de ikke merker at prosjektet avlaster arbeidsmengden.

Det blir fra flere fastleger vist til at dagens fastlegeordning, med kapasitets- og tidspress, ikke gjør det mulig for dem å prioritere mer tid til å samarbeide med NAV. I tillegg er det usikkerhet rundt hvilke takster som kan brukes ved slikt samarbeid, særlig når det ikke er knyttet direkte opp mot enkeltpasienter.

Svaret på spørsmålet om hvordan fastlegene opplever samarbeidet med NAV, er derfor at det fremstår å ha endret seg i liten grad som følge av prosjektet. Fastlegene er fortsatt usikre på verdien av et tettere samarbeid med NAV. Dette må også ses i sammenheng med kapasitetsutfordringer.

6.4 Er den kognitive terapeuten i sentrum?

Utprøvingene varierer i forhold til grad av samlokalisering og samarbeidsrelasjoner, men har til felles at den kognitive terapeuten utgjør en sentral rolle. Både fastlegene og jobbspesialisten fremhever den kognitive terapeutens betydning for tilbudet som gis brukerne i prosjektet, og samarbeidet mellom terapeutene og NAV er gjennomgående i utprøvingene. Denne posisjonen følger dels av samarbeidsmodellens struktur: Fastlegene henviser til kognitiv terapeut og så kobler kognitiv terapeut på NAV beroende på

brukernes behov. Våre data tilsier imidlertid ikke at kognitiv terapeuts «mellomrolle» fører til økt (direkte) samarbeid mellom fastlegene og NAV.

Hvem som utgjør den kognitive terapeuten i de ulike utprøvingen er også preget av ulik profesjonsbakgrunn og tidligere erfaring med arbeidsrettet kognitiv terapi. Dette har også gitt utslag i hvilke brukere som er blitt rekruttert og samarbeidsformen i de ulike utprøvingene. Et eksempel på dette er hvordan kognitiv terapeut i utprøving 1 har bidratt til flere avklaringer mellom fastlegene og NAV i konkrete brukersaker, som følge av vedkommende sin gode kjennskap til NAV-systemet. Dette illustrerer igjen personavhengige utslag på samarbeidsmodellene.

Til slutt bemerkes det at prosjektets bruk av kognitive terapeuter preges av NAV Øst-Vikens finansiering av denne rollen. På den ene siden har man fått til et tettere samarbeid mellom NAV og et ledd som tilhører helsesektoren. På den annen side så kan det hevdes at NAV gjennom denne finansiering har påtatt seg oppgaver som ligger utenfor vanlig ansvarsområde og at samarbeidet med de kognitive terapeutene derfor er prosjektavhengig. Unntaket er utprøving 2, hvor de kognitive terapeutene er omdisponerte ressurser fra RPH i kommunen.

For øvrig er det også slik at fastlegene har vist størst interesse for tilbudet som gis av kognitiv terapeut, det vil si det forsterkede helsetilbudet i prosjektet, og ikke NAVs ordinære oppfølging og virkemidler.

Svaret på spørsmålet om hvorvidt den kognitive terapeuten er i sentrum er derfor at denne ressursen fremstår som svært sentral og viktig for samarbeidsmodellen.

6.5 Blir NAV-ansatte tilstrekkelig involvert?

Samarbeid på tvers er grunnpilaren i NAVs bidrag til å løse samfunnsoppdraget om sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid og aktivitet (NAV, 2023).

Samfunnsoppdraget er omfattende og krever tverrsektorielt samarbeid. For å møte brukernes og samfunnets behov for helhetlige tjenester, samarbeider NAV med aktører i helsevesen, arbeidsgiver, kommunesektoren og andre statlige virksomheter (ibid). I sykefraværsoppfølgingen er dette typisk sykmeldende lege og arbeidsgiver.

Fastlegeprosjektet viser at samarbeidet mellom kognitive terapeuter og jobbspesialister har fungert godt ved samtlige utprøvinger. Vi finner i mindre grad spor av at NAV-veileder fungerer som aktiv deltaker og bidragsyter i prosjektet. Til tross for at det ved flere utprøvinger arrangeres ukentlige og månedlige møter, hvor også NAV-veiledere er representert, finner vi få eksempler på at veiledere engasjeres utover dette. Også i NAVs egne rekker pekes det på uklarheter knyttet til NAV-veiledernes rolle i prosjektet.

Enkelte NAV-ansatte stiller spørsmål ved om jobbspesialist er riktig NAV-aktør i dette prosjektet. Det begrunnes med at flere av dem som mottar oppfølging fra jobbspesialist har behov for NAVs kompetanse på sykefraværsoppfølging. Jobbspesialister har i utgangspunktet ikke denne kompetansen, noe som gjør at de kan komme til kort i oppfølgingen og være redde for å gjøre feil som får konsekvenser for brukerne. I slike tilfeller mener vi det er behov for å koble NAV-veiledere tettere på. Det gjelder særlig i saker der det er mindre aktuelt med jobbytte og den sykmeldte har som mål å komme tilbake til sitt arbeid. I en av utprøvingene har jobbspesialist også rollen som NAV-veileder i prosjektet. Det at erfarne NAV-ansatte har erfaring fra eller inntar begge roller, kan være en fordel.

I kravspesifikasjonen for følgeforskningen, trekkes det frem flere samarbeidspartnere⁸ som kognitiv terapeut kan vurdere å koble på i oppfølgingen av brukere. Internt i NAV er Rådgivende overlege og IA-rådgiver fremhevet. Vi finner ingen eksempler på at disse aktørene har vært involvert i prosjektet. Dette kan forklares med at aktørene oppleves lite relevante, men også med kognitive terapeuters manglende kjennskap til NAV. Her mener vi at jobbspesialist og NAV-veileder med fordel kan fungere som sparringspartnere for kognitiv terapeut for å komme fram til hensiktsmessig bruk av eventuelle andre ressurser i NAV.

I den grad NAV er påkoblet prosjektet, er det som følge av samarbeidet mellom kognitiv terapeut og jobbspesialist. Imidlertid er det få spor av samarbeid mellom jobbspesialist og fastlegene. NAV-veiledere i prosjektet er involvert i begrenset grad, og vi kan heller ikke se at andre deler av NAV er involvert.

6.6 Har det blitt et økt arbeidsrettet fokus?

Fastlegeprosjektet har som mål å gi et arbeidsrettet tilbud til fastlegens pasienter så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Derfor er det et sentralt spørsmål om det har blitt et økt arbeidsrettet fokus i oppfølgingen fra involverte aktører, herunder kognitive terapeuter, fastleger og NAV.

De kognitive terapeutene har ulike utdanningsbakgrunn og erfaring med arbeidsrettet kognitiv terapi. Forskjellene kan derfor påvirke i hvilken grad de bruker arbeidsrettet kognitiv terapi i oppfølgingen av brukere i prosjektet. Denne studien har imidlertid ikke grunnlag for å vurdere om det arbeidsrettede fokuset er i tråd med metodikken som er formidlet av prosjektets fagansvarlige kognitive terapeut.

Funnene tyder på at de kognitive terapeutene har fått et økt arbeidsrettet fokus i oppfølgingen av brukere i prosjektet. Samtlige av de kognitive terapeutene opplever at

⁸ Metodeveiledere til jobbspesialister har vært aktive, men disse velger vi å se som en del av tjenestene til jobbspesialister.

veiledningen er nyttig. Vi oppfatter også at metodeveiledningen, er en viktig bestanddel i prosjektet. At veiledningen gis av én aktør, bidrar etter vår vurdering til at metodikken blir likere på tvers av utprøvingene.

Videre har det blitt et tettere samarbeid mellom NAV og kognitive terapeuter i prosjektet, noe som det er sannsynlig at medfører et mer samtidig og samlet arbeidsrettet fokus mot de samme brukerne (synergi). I tillegg rapporterer aktørene om relevant læring og økt kunnskap om hverandres kompetanse og virkemidler.

Fastlegene forteller selv at de ikke har endret måten de jobber på som følge av prosjektet. På spørsmål om de har lært mer om viktigheten av arbeidsfokus i behandling av psykiske lidelser og muskel-skjelettplager, svarer fastlegene avkrefte. Det har med andre ord vært begrenset med kunnskapsoverføring mellom fastlegene og de andre aktørene i prosjektet hittil. At rekrutteringen av brukere har vært preget av mange pasienter utenfor målgruppen, kan også være et uttrykk for at fastlegene ikke har sterkt arbeidsrettet fokus i sin praksis. Her er det likevel tendenser til at treffsikkerheten øker med driftstid og tilbakemelding fra kognitiv terapeut. Informanter i NAV oppgir for øvrig at de ikke opplever at fastlegene som deltar i prosjektet har endret sine funksjonsvurderinger i sykmeldingene.

Det er også relevant å trekke inn brukernes vurdering av om et arbeidsrettet fokus har vært sentralt i oppfølgingen. Spørreundersøkelsen til brukere om har gjennomført tilbudet viser at under halvparten av respondentene svarer at det var et tidlig arbeidsrettet fokus i oppfølgingen. I underkant av 40 prosent svarer at det ble igangsatt konkrete tiltak for at de raskere skulle komme tilbake i arbeid. Det kan dermed se ut til å være et uforløst potensial for et økt arbeidsrettet fokus i møte med flere av brukerne. Samtidig er det ikke sikkert at alle brukere som er rekruttert til tilbudet har vært klare for et mer arbeidsrettet fokus, særlig gitt at utprøvingene i tidlig fase var preget av feilrekruttering. Vi bemerker også at brukere som på nåværende tidspunkt deltar i tilbudet i større grad har oppfølging av jobbspesialist enn brukerne som har fullført behandlingstilbudet. Dette kan i sammenheng med en mer presis rekruttering innenfor målgruppen, antyde at det arbeidsrettede fokuset er i ferd med å styrkes i utprøvingene.

Svaret på spørsmålet om det har blitt et økt arbeidsrettet fokus for involverte aktører, er at de kognitive terapeutene ser ut til å ha et mer arbeidsrettet fokus i oppfølgingen av brukere. Fastlegene ser imidlertid ikke ut til å ha endret måten de jobber på.

6.7 Et tidligere og mer samtidig tilbud til brukerne?

Ved å gi et arbeidsrettet tilbud til fastlegens pasienter så tidlig i sykdomsforløpet som mulig, forsøker man gjennom prosjektet å forkorte perioden med fravær for målgruppen.

Overordnet viser våre funn at brukerne vurderer oppfølgingen fra lege og kognitiv terapeut/jobbspesialist som nyttig. Brukere opplever at aktørene er mer investert i deres situasjon når de mottar et mer samtidig tilbud gjennom prosjektet. Fastlegene forteller også at pasientene får et bedre tilbud gjennom samtaler med kognitiv terapeut og eventuelt jobbspesialist, i tillegg til oppfølging fra fastlegen. Tjenesteledet påpeker at de kommer tidligere inn og at tilbudet til brukerne skjer mer samtidig enn i ordinær praksis.

Vi spør oss om den mer tidlige og samtidige intervensjonen skyldes samarbeidsmodellen eller om den snarere er et uttrykk for at det brukes mer ressurser gjennom utprøvingen og at det skaper ekstra kapasitet, særlig ved oppstarten. Tidspunktet for helsehjelp handler i stor grad om kapasitet og ventetid. Om prosjektet innebærer en form for snarvei, eller særbehandling slik enkelte har pekt på i intervjuer, er det en utfordring at målgruppen i de fem utprøvingene har vært så ulik gjennom perioden. Videre spør vi om det vil være mulig å opprettholde samtidigheten i tilbudet dersom kapasiteten til kognitive terapeuter og jobbspesialister utfordres. Vi ser at kapasiteten til de kognitive terapeutene fylles raskt opp. Dette må også ses i sammenheng med at de kognitive terapeutene har 40-50 % stilling ved fire av fem utprøvinger. I tillegg viser fastleger til at de har et større antall pasienter som vil kunne ha nytte av arbeidsrettede tjenester samtidig med helserelevante tjenester for å komme raskere tilbake til/stå i jobb.

Et sentralt spørsmål er også om samlokalisering har betydning for brukernes opplevelse av et tidligere og mer samtidig tilbud. Selv om datagrunnlaget ikke er entydig, viser våre funn at brukerne er fornøyde med tilbudet også ved utprøvinger der aktørene ikke er samlokalisert. Dette tilsier at samlokalisering ikke framstår som den sentrale variabelen for brukernes tilfredshet med tilbudet. Samtidig er det viktig å påpeke at brukere kan oppleve at nærhet mellom tjenestene er med på å senke terskelen for å motta tjenester fra flere ledd. Det at brukerne kan møte opp på fastlegekontoret i stedet for å gå til NAV eller kognitiv terapeut/psykolog annensteds, kan gjøre det mer aktuelt å delta.

Svaret på spørsmålet om fastlegeprosjektet fører til et tidligere og mer samtidig tilbud til brukerne, er at aktørene ser ut til å komme tidligere inn og at oppfølgingen fra aktørene skjer mer samtidig.

7. Arbeid møter helse: Refleksjoner og læringspunkter

Et begrenset datagrunnlag fordrer varsomhet med tanke på å konkludere entydig rundt erfaringene fra fastlegeprosjektet. Vårt datagrunnlag er begrenset til to utprøvinger som har vart over noe tid, samt tre utprøvinger som vi kun har fulgt i oppstarten og tidlig driftsfase. Med såpass korte utprøvinger er det utfordrende å skille mellom oppstartsutfordringer og mer varige barrierer. Likeledes er det vanskelig å vite om forhold der fastlegeprosjektet har lyktes og hvor erfaringene er positive, også vil vedvare. Det er verd å gjenta at brukerne i hovedsak er fornøyde med tilbudet de har fått, men også her stammer datagrunnlaget fra et relativt kort tidsspenn.

I dette kapittelet vil vi løfte frem og drøfte sentrale forhold som fastlegeprosjektet har berørt og som vi mener bør vises oppmerksomhet i samarbeidsprosjekter mellom NAV og primærhelsetjenesten.

7.1 Sekvensielt eller samtidig?

Til grunn for fastlegeprosjektet ligger en uttalt ambisjon om at samlokalisering på fastlegekontor vil gi mer samarbeid mellom NAV, kognitiv terapeut og fastleger. Økt samarbeid vil i sin tur føre til at brukerne raskere mottar hjelp. Eller som det står i en omtale av prosjektet:

Tverrfaglig samarbeid og samlokaliseringen forventes å korte ned tiden fra fastlege avdekker et behov for arbeidsrettet oppfølging til pasienten mottar et integrert tilbud med IPS og arbeidsrettet kognitiv terapi. Det vil også kunne redusere barrierene for samhandling og tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjonene, og legge til rette for at fagpersonene jobber sammen med pasienten mot felles mål.

Kravspesifikasjon (s. 1)

Sitatet henleder oppmerksomheten mot gangen i et pasientforløp i dette prosjektet. Det er fastlegen som skal spørre pasienten om jobb og avdekke et eventuelt behov for arbeidsrettet oppfølging, og deretter henvise videre til et tilbud bestående av både IPS og arbeidsrettet kognitiv terapi. Det er en ambisjon at pasientforløpet skal kjennetegnes av integrasjon og dermed forhåpentligvis samtidighet.

Hva som skal til for at brukere raskt får tilgang til riktig hjelp, avhenger av flere faktorer. Forenklet kan vi si at brukere må oppsøke noen med kompetanse til å identifiser rett behov. I dette konkrete tilfellet må altså fastlegen etter kort tid forstå at arbeidsrettet oppfølging vil være riktig behandling. I tillegg må et slikt tilbud eksistere og være

praktisk mulig for pasienten å benytte. Her kan forhold som avstand og kostnad spille inn. Til slutt må tjenesten som mottar henvisning fra fastlegen, ha ledig kapasitet til å ta imot brukeren uten unødig opphold eller ventetid.

Funnene fra denne undersøkelsen viser at fastlegen i liten grad har endret metoder eller praksis. Kort sagt forteller fastlegene at de jobber som før. Det kan likevel ikke utelukkes at kjennskapen til det integrerte tilbudet med kognitiv terapeut og jobbspesialist reduserer terskelen for å vurdere arbeidsrettet oppfølging til flere pasienter enn før. Når det gjelder rask tilgang til hjelp, er det vanskelig for oss som evaluator å skille mellom effekten av samlokalisering og betydningen av at man i en oppstartsfasen har hatt ledig kapasitet hos den kognitive terapeuten. Flere fastleger har imidlertid påpekt at tilbudet har begrenset kapasitet og raskt blir fylt opp. Det gir grunn til å stille spørsmål ved om den positive opplevelsen av samtidighet som de første brukerne har vist til, vil vedvare også for fremtidige pasienter eller om ventetiden etter hvert vil øke.

Så lenge fastlegene i stor grad bare henviser videre, og i mindre grad har en løpende dialog med de andre aktørene om for eksempel enkeltpasienter og hvorvidt jobb-bytte kan være aktuelt, eller om kognitiv terapeut tror hen kan bistå, er det grunn til å stille spørsmål om samlokalisering på fastlegekontor er riktig virkemiddel. Det er her grunn til å gjenta at relasjonen mellom fastlege og jobbspesialist eller andre NAV-tjenester ikke framstår som forsterket på grunn av prosjektet. Dermed blir det også et spørsmål om fastlegeprosjektet er like mye kjennetegnet av *flerfaglig* samarbeid som *tverrfaglig* samarbeid.

7.1.1 Flerfaglig versus tverrfaglig

Som vist i kapittel 1, var ekspertutvalget for allmennlegetjenesten opptatt av forskjellene mellom flerfaglighet og tverrfaglighet. Flerfaglighet kjennetegnes av at ulike faggrupper bidrar med egen fagkompetanse, men uten at det nødvendigvis må være dialog mellom de ulike faglige perspektivene. Tverrfaglighet kjennetegnes på den annen side av en strukturert arbeidsform med dialog og felles beslutningspunkter mellom de ulike faggruppene (Ekspertutvalget, 2023a, s. 192).

Det empiriske materialet i denne undersøkelsen viser at det foreløpig er lite diskusjon og felles beslutningspunkter mellom fastlege på den ene siden, og kognitiv terapeut og jobbspesialist på den andre. Det er rett nok spor av begynnende faglig diskusjon mellom fastleger og kognitiv terapeut i et par av utprøvingene. Frem til nå har dette i stor grad dreid seg om løpende avklaringer og korte beskjeder. Man kan imidlertid argumentere for at det vil ta tid å etablere et mer dypgående faglig samarbeid, og at utprøvingene har vært for kortvarige til å konkludere på potensialet for en mer tverrfaglig tilnærming.

Samtidig uttaler fastlegene at effektiv pasientflyt er avgjørende innenfor dagens rammebetingelser. Ved behov for annen fagkompetanse, blir derfor pasientene enten

henvist til for eksempel spesialisthelsetjenesten eller oppfordret til å ta kontakt med lavterskeltilbud i primærhelsetjenesten. I grenseflatene mot andre tjenester kan det oppstå behov for bedre koordinering og samordning, og dette er fastlegene opptatt av. Fastlegene er derimot skeptiske til å bruke mye tid på diskusjon og tverrfaglig samhandling.

Mellom kognitiv terapeut og jobbspesialist er bildet et annet. Her fortelles det om tettere samarbeid, og at aktørene gjennom økt kjennskap og forståelse for den andres fagkunnskap lettere kan tilby et mer samtidig og integrert tilbud i tråd med et tverrfaglig perspektiv. Dette mener vi er et verdifullt funn som bør tillegges vekt i fremtidige samarbeidsprosjekt.

Etter vår mening illustrerer forskjellene mellom en flerfaglig og en tverrfaglig tilnærming mange av barrierene fastlegeprosjektet har møtt på. Slik vi tolker fastlegene, tar de til orde for en flerfaglig tilnærming der ulike tjenester, kompetansebakgrunner og perspektiver i sum vil gi et bedre tilbud til pasienten, men der *koordinering*, ikke *samhandling* er nøkkelen til mer samtidige tjenester. Fastlegene selv peker på digitale tjenester som effektive koordineringsverktøy. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2021, s. 12) har også vist til at god bruk av digitale verktøy vil kunne gi enklere dialog mellom involverte aktører og bedre mulighet for brukeres deltakelse gjennom forløpet.

Fastlegeprosjektet har vært opptatt av at hovedregelen innen både arbeids- og helsesektoren har vært å tenke sekvensielt, der arbeid først blir et tema når behandlingen er slutført. Fordi behovet for mer koordinerte og i størst mulig grad samtidige tjenester har blitt identifisert, har fastlegeprosjektet testet ut samlokalisering. Basert på erfaringene i utprøvingene, er det likevel usikkert hvorvidt samlokalisering på fastlegekontor er det best egnede virkemiddelet for å få dette til. Samlokalisering fremstår mest virksomt dersom målet er samhandlende og tverrfaglige tjenester til bruker. Dette vil være tjenester med hyppig dialog mellom ulike faglige perspektiver samt felles beslutningspunkter. Et slikt samhandlende og tverrfaglig perspektiv finner vi først og fremst i samarbeidsrelasjonen mellom jobbspesialist og kognitiv terapeut. Selv om vi nok en gang må minne om at det empiriske grunnlaget er begrenset, taler dette for at samarbeidet og samlokalisering mellom kognitiv terapeut og jobbspesialist bør prøves ut mer systematisk.

7.1.2 Valg av samarbeidsarena

Etter vår vurdering preges fastlegeprosjektet av en mangelfull erkjennelse av hvordan fastlegekontorenes driftsform påvirker nytten av en samlokalisering. Som vist i kapittel 1, viser en litteraturgjennomgang at forventede effekter av samlokaliseringssprosjekter ofte er utydelig og upresist beskrevet (Hatling, Damman & Halvorsen, 2016). Oppstartsvanskene demonstrerte også dette.

Fastlegekontorene i utprøvingene har alle privat næringsdrift. Privat næringsdrift er den vanligste driftsformen, mens færre fastlegekontor driftes gjennom fast lønn eller såkalte 8.2-avtaler. Særlig gjelder dette i sentrale og folkerike kommuner (Oslo Economics og Universitet i Oslo, 2022). Ved privat næringsdrift har fastlegen(e) ansvar for inntekter og kostnader ved kontoret. Her vil det altså være sterke insentiver for høy aktivitet, ettersom dette gir grunnlag for refusjoner fra Helfo og egenandeler fra pasientene. Motsatt kan fastleger med fast lønn ha en annen insentivstruktur og derfor prioritere andre oppgaver.

Et fastlegekontor har en særegen arbeidsrytme og oppgavefordeling. Høyt tempo og stort arbeidspress preger de fleste fastlegekontor, og selv på legesentre med flere fastleger, kan det være begrenset med rom og mulighet til faglige samtaler mellom legene. Fastlegene selv forteller om høye krav til aktivitet og produksjon, og at det nær sagt alltid er en pasient som venter. På den annen side gir kognitive terapeuter og NAV-ansatte uttrykk for stor tro på at man gjennom uformell prat og samvær kan bygge kultur for tverrfaglig samarbeid mellom aktørene på fastlegekontoret. Spørsmålet er om forutsetningene for en mer samhandlende arbeidsmåte, med teamtilnærming og faglige diskusjoner, er til stede i dagens fastlegeordning. NAV har også svært begrensede muligheter til å påvirke og eventuelt styre arbeidsrytme og prioriteringer på fastlegekontorene.

Fastlegekontoret utgjør en særegen institusjonell kontekst der NAV har svært få styringsmuligheter. Arenaen kan i seg selv skape maktforskjeller mellom aktørene. Satt på spissen kan det sies at både kognitiv terapeut og jobbspesialist sitter på fastlegens nåde. Dette ble tydelig illustrert i et intervju der en fastlege viste til at en ny fastlegehjemmel ville gitt inntekter som langt overskred hva NAV kunne betale i husleie. Underforstått ville fastlegekontoret neppe blitt med i prosjektet og mottatt en mindre husleie fra NAV, dersom alternativet var en ny fastlegehjemmel. Denne økonomiske skjevheten gjør samarbeidsmodellen i fastlegeprosjektet sårbar og mindre bærekraftig over tid.

Mens NAV har få styringsmuligheter overfor fastlegene, har fastlegene selv større grad av autonomi enn for eksempel enheter i spesialisthelsetjenesten som styres fra helseforetakene. Enkelte intervjudeltakere fra NAV gir uttrykk for at de oppfatter at fastleger har et større handlingsrom enn andre helsetjenester. Dette nevnes også som en av årsakene til at NAV ønsker å samarbeide tettere med fastlegene. Datagrunnlaget i følgeforskningen viser at fastlegene er svært opptatt av å verne om egen autonomi. Samtidig gir de uttrykk for at handlingsrommet er begrenset på grunn av store krav til inntjening, og at NAV ikke alltid forstår implikasjonene av dette.

På spørsmål om hva som eventuelt må gjøres for å oppnå mer tverrfaglig samarbeid, er fastlegene tydelige på at det må store endringer til dersom samlokalisering skal bli et egnet verktøy for mer tverrfaglig samarbeid. Fastlegene begrunner dette med at dagens fastlegeordning skaper en hverdag styrt av funksjons- og oppgavefordeling og

finansieringssystemer som i begrenset grad legger til rette for mer samtidig, tverrfaglig arbeid. Enkelte fastleger er også tydelige på at en klar rolle- og ansvarsfordeling er hensiktsmessig. De er i den forbindelse skeptiske til at for mange aktører skal involveres samtidig. Dette resonnerer med tidligere diskusjoner av flerfaglighet versus tverrfaglighet, der fastlegene vektlegger koordinerte pasientløp med rask, effektiv og sikker samordning på digitale flater.

7.1.3 Fører samlokalisering til gode arbeidsplasser?

I utgangspunktet handler fastlegeprosjektet om å skape arbeidsfellesskap med en mer tverrfaglig profil. Intensjonen er at ved å samle ulike fagpersoner på et fastlegekontor, kan man både gi et bedre tilbud til brukerne, men de ulike faggruppene kan også lære av hverandre. I sum kan dette skape attraktive og meningsfulle arbeidsplasser. Basert på erfaringene i fastlegeprosjektet hittil, er det likevel grunn til å nyansere et slikt bilde. Ettersom mulighetene for tverrfaglig samarbeid, kollektive læringsprosesser og felles utvikling av ny praksis til nå har vært begrenset, bør det stilles spørsmål ved hvor attraktive arbeidsplassene for kognitiv terapeut og jobbspesialist vil være. Betydningen av levende og sterke fagmiljøer trekkes ofte fram som en vesentlig dimensjon ved dagens arbeidsmarked. Tidligere har begrep som kritisk minstepørrelse blitt brukt til å angi adekvat størrelse på fagmiljøer innen universitets- og høyskolesektoren (Vabø & Kårstein, 2014). Poenget i denne sammenheng er at samlokalisering der kognitiv terapeut og jobbspesialist har sitt daglige virke på et fastlegekontor representerer en forholdsvis radikal desentralisering av faglige ressurser. De ulike utprøvingene i fastlegeprosjektet har kort fartstid, og det er få eksempler på at ansatte har sluttet, men erfaringene hittil tyder på at kognitiv terapeut lettere integreres i et helsefaglig fellesskap enn jobbspesialisten. Det gjelder særlig i tilfellene der den kognitive terapeuten er psykolog. Selv om psykologene tilhører en annen helseprofesjon, er det likevel visse fellestrekk mellom leger og psykologer når det gjelder utdanning, arbeidsfelt og status. Psykologer og leger jobber også sammen innenfor flere områder i dagens helsevesen, ikke minst innenfor psykisk helse. Datagrunnlaget fra følgeforskningen viser også tendenser til at helsefokuset fort blir dominerende.

Jobbspesialisten og andre NAV-ansatte har på den annen side en ikke-helsefaglig bakgrunn. Som gruppe er også jobbspesialistene kjennetegnet av lite tid på kontoret, men desto mer tid ute i felt i møte med arbeidsgivere. Hvorvidt mer eller mindre tilstedeværelse på et fastlegekontor vil være attraktivt i lengden, er derfor et mer åpent spørsmål.

7.2 Prioritering av målgruppe

I bakgrunnsdokumentene for fastlegeprosjektet er målgruppen definert som personer som på grunn av vanlige psykiske lidelser og/eller muskel-/skjelettlidelser strever med å stå i

arbeid eller skaffe seg arbeid. Det er ulike meninger om hvor presis denne definisjonen er og i hvilken grad den utgjør en tydelig avgrensning av målgruppen.

Intervjudeltakere fra NAV omtaler tidvis målgruppen som personer som faller mellom alle stoler, eller personer som ikke blir prioritert andre steder. Dette tilsier isolert sett personer med mildere lidelser eller symptomtrykk. Flere intervjudeltakere har i den forbindelse vært opptatt av at funksjonstapet likevel kan være betydelig for denne gruppen, noe som er relevant med tanke på arbeidsmuligheter.

I flere av utprøvingene har det likevel vært uenigheter rundt hvordan målgruppen skulle forstås. Det skaper flere utfordringer. Fastlegene har flere steder ønsket å inkludere personer med mer alvorlig psykisk uhelse. Dette dreier seg både om mer alvorlige lidelser, men også høyere nivå av symptomtrykk. I oppstarten av enkelte utprøvinger har avvisningsprosenten fra kognitiv terapeut vært høy, ettersom det har vært uenighet mellom aktørene om hvem som bør få tilbud om arbeidsrettet kognitiv terapi. Flere steder har man i praksis likevel utvidet målgruppen og derfor gitt pasienter med dårligere helse oppfølging fra kognitiv terapeut. Det er naturlig å anta at dette reduserer mulighetene for et gjennomgående arbeidsrettet fokus. Personer med en mer alvorlig helsesituasjon står naturlig nok ofte lengre unna arbeidslivet, og oppfølging fra for eksempel jobbspesialist kan framstå mindre hensiktsmessig.

Tilknyttet spørsmålet om fastlegeprosjektets målgruppe i mange tilfeller ville kommet i jobb uten ekstra bistand, har det underveis også dukket opp spørsmål om hvorvidt enkelte av deltakerne oppfyller kravene til sykepenges. Noen NAV-ansatte viser til at aktivitetsnivået, med blant annet aktiv jobbsøking indikerer at de er for friske til å motta sykepenges i en lengre sykefraværsperiode. Dersom de skulle mottatt sykepenges måtte de i tilfelle inngått den tidsbegrensede ordningen Friskmelding til arbeidsformidling (Folketrykdløven § 8-5; se også Oxford Research 2024). Som en kontrast til denne innvendingen, reagerte andre prosjektdeltakere på at lovverket kunne virke begrensende på brukeres adgang til å jobbe aktivt med egen helse- og jobbsituasjon underveis mens de er sykmeldt.

I videre utprøvinger må det sikres at målgruppen forstås likt på tvers av ulike piloter. Prioriteringsdilemmaer er lite berørt i fastlegeprosjektet, og er heller ikke behandlet eksplisitt i dette forskningsoppdraget. Vi har derfor ikke undersøkt nærmere hvordan pasienter er prioritert, hvilke kriterier som ligger til grunn for prioriteringen og hvordan det eventuelt har fått konsekvenser for pasienter som ikke har mottatt tilbud. Vi har derfor ikke grunnlag for å si noe nærmere om hva ekstra helsehjelp til en gruppe som ifølge intervjudeltakere sjelden får et adekvat tilbud i spesialisthelsetjenesten, fører til i sum. Dersom flere av pasientene gjennom tidlig innsats «snus i døra», kan dette være samfunnsøkonomisk lønnsomt og ikke minst gunstig for den enkelte. Forskjellen mellom å bli henvist til spesialisthelsetjenesten på den ene siden, og komme ut i arbeid på den

andre, er stor. Samtidig viser studier av ambisjoner om såkalt «venstreforskyvning» i primærhelsetjenesten, der potensialitet vektlegges mer som prioriteringskriterium, at en rekke prioriteringsdilemmaer fort oppstår (Førland et al. 2021). Det empiriske grunnlaget for artikkelen var rett nok dominert av hjemmesykepleiere og ergo/fysioterapi og må derfor tolkes med varsomhet. I vår undersøkelse er spørsmålet om prioritering særlig løftet av fastleger som understreker at noen pasienter må få mindre dersom andre skal få mer. Fastlegene understreker i den forbindelse at den mest kritiske innsatsfaktoren framover vil være tilgang på kompetent helsepersonell (Helsepersonellkommissjonen, NOU 2023:4). Enkelte NAV-ansatte er også opptatt av prioriteringsdilemmaer som fastlegeprosjektet gir opphav til.

7.3 Læringspunkter

I alle typer innovasjonsprosjekter er feiling, læring og korrigerende sentrale elementer. Verdien av å finne ut at noe er vanskelig og ikke fungerer, kan være stor. Ofte er manglende mot, vilje og evne til å prøve noe nytt, den største bøygen. I den forbindelse skal fastlegeprosjektet ha ros for nyskapende grep i skjæringspunktet mellom arbeid og helse. Behovet for innovasjon på dette området er udiskutabelt. Utenforskap har betydelige konsekvenser både for den enkelte og samfunnet for øvrig, og det er derfor et gode at NAV prøver ut nye tilnærminger. Nyskaping innenfor området vil trolig kreve gjentatte utprøvinger og en stegvis tilnærming. Det er derfor viktig å ta vare på innsikt og læring fra fastlegeprosjektet. I det følgende oppsummeres derfor en rekke læringspunkter.

- Fastlegenes behov for å ivareta kostnadsdekning og inntjening fører til grunnleggende forskjeller mellom aktørene i prosjektet. I fastlegeprosjektet har det kommet tydelig frem at alle forsøk på samarbeid med fastleger ved private fastlegekontor, må hensynta at fastlegene også er næringsdrivende. Det er altså ikke bare en forskjell mellom to offentlige sektorer og profesjoner. Det er også en grunnleggende forskjell mellom NAV som del av offentlig forvaltning med ordinær budsjett drift og fastlegene som driver privat næringsvirksomhet og der takstsystemet er styrende for innsats og prioritering. Samarbeidsmodeller som ikke tar hensyn til takstsystemet, er ikke bærekraftige på sikt.
- Relatert til fastlegenes inntektskilde er andelen av felleskostnader som belastes den enkelte fastlege. Felleskostnadene på et fastlegekontor er betydelige på grunn av støttetjenester som for eksempel helsesekretærer og medisinsk-teknisk infrastruktur som for eksempel lab-tjenester og annet medisinsk utstyr. For legekantor som har ledige arealer, vil det være betydelig mer lønnsomt å utvide med ytterligere fastlegehjemler. Dersom en ny hjemmel legges til kontoret, vil ytterligere én fastlege bruke og dermed betale for fellestjenestene. Sammenlignet med å leie ut kontor plass til aktører som ikke bruker bredden av fellestjenester og

derfor kun betaler en begrenset husleie, vil det altså lønne seg å huse flest mulig betalende på fellestjenester. Inntektsforskjellen mellom ulike aktører er en utfordring for bærekraften i denne type samlokaliseringsprosjekter.

- Selv om NAV har kjennskap til fastlegenes næringsvirksomhet og kapasitets- og tidspress, virker ikke implikasjonene av disse faktorene for å ha vært godt nok forstått og erkjent. Etableringsutfordringene som er beskrevet i rapporten, kan i stor grad ses i sammenheng med dette.
- Basert på vår datainnsamling, framstår den opprinnelige modellen der fastlegene selv skulle dekke kognitiv terapeut som urealistisk. Prosjektledelsen har imidlertid raskt funnet pragmatiske løsninger på utfordringer som har oppstått underveis knyttet til bruk av en regional takst og finansiering av kognitive terapeuter. Prosjektledelsen i USAP har vist at det finnes lokalt handlingsrom og at det er mulig å prøve ut nye former for samarbeid mellom arbeid og helse.
- Samtidig reiser NAVs finansiering av kognitiv terapeut og bruk av en regional takst for fastlegene flere spørsmål. Rolle og ansvarsfordeling mellom NAV og helsesektoren har stått sentralt i de siste arbeid og helse-strategiene. Selv om det oppfordres til mer samarbeid mellom arbeid og helse, utfordrer finansieringsløsningene i fastlegeprosjektet gjeldende føringer. Framover vil det være viktig at man utforsker muligheter for tettere samarbeid mellom arbeid og helse, men uten at dette bryter med gjeldende rolle- og ansvarsfordeling.
- Fastlegenes deltakelse i prosjektet bærer preg av at de rekrutterer og henviser til et nytt tilbud, men i liten grad samhandler med de andre aktørene, og aller minst med NAV. Ved et par av utprøvingene finner man dialog og enklere samarbeid mellom fastlegene og kognitiv terapeut, men dette er preget av raske avklaringer vedrørende brukerdeltakelse. Samlet er det derfor grunn til å reise spørsmål om samlokalisering med fastleger er riktig virkemiddel.
- Motsatt har kognitive terapeuter og jobbspesialister fått økt forståelse for hverandres roller og man ser tendenser til lovende samarbeidsformer i alle utprøvinger (se kap. 6.2.). Spørsmålet om samlokalisering på fastlegekontor vil være nyttig for de involverte aktørene settes på spissen gjennom eksempelet der kognitive terapeuter velger bort samlokaliseringsløsningen med fastlegene, men viderefører en tett relasjon til NAV (utprøving 2). Et annet talende eksempel er utprøvingen der kognitiv terapeut allerede fra starten ikke er samlokalisert med fastlegene, men er lokalisert på NAV-kontoret (utprøving 3). I motsetning til andre utprøvinger finner vi her tendenser til et tettere samarbeid også med NAV-

veiledere. Selv om utprøvingene avviker fra fastlegeprosjektets opprinnelige modell, kan disse erfaringene ha stor verdi (se kap. 8).

- Samarbeid er i seg selv et positivt verdiladet begrep, og man skal ha gode argumenter for å opponere mot ønsket om mer samarbeid. Fraser som «helhetlige og sømløse tjenester» er uttrykk for en problemforståelse der utfordringer tilskrives manglende sammenheng i tjenestene. Samlokalisering kan i den sammenheng betraktes som et potent virkemiddel mot fragmentering og silotankegang. Erfaringene fra fastlegeprosjektet viser likevel at samlokalisering ikke en universalløsning mot manglende samarbeid. Fastlegeprosjektet viser også at flere fastleger er skeptiske mot tverrfaglige arbeidsmåter. Legene peker også på at dagens fastlegeordning i liten grad legger til rette for mer samhandlende praksis. Framtidige samarbeidsprosjekter må derfor nøye vurdere om forutsetningene for tverrfaglige arbeidsmåter er til stede. En slik vurdering må også inneholde grundige overveielser av om samlokalisering er et egnet virkemiddel.
- Dersom man velger bort samlokalisering som virkemiddel for å øke fastlegenes arbeidsfokus, kan det likevel være mulig å øke fastlegenes kunnskap og bevissthet om verdien av arbeidsrettet fokus. Vanlige virkemidler vil være å sørge for at det helsefremmende med deltakelse i arbeidslivet kommer tydeligere til uttrykk i medisinutdanningen, at det blir prioritert i allmennmedisinerens spesialiseringsløp eller at det finnes attraktive kurs tilgjengelig for interesserte fastleger. Innvendingen mot slike virkemidler kan være at effekten først vil vise seg etter en viss tid. Informanter i NAV har vist til vellykkede møtearenaer og kompetansehevende arrangementer med både leger og ansatte i NAV. En forutsetning for at fastlegene deltar på slike arrangementer, er ifølge de samme informantene at arrangementene er tellende eller at legene får betalt. Vi har også hørt om vellykkede møtearenaer der fastleger, ansatte innen psykisk helse og ansatte i NAV sammen vurderer mulige jobbbrettede tiltak for pasienter. Dette framstår som enkle og virksomme grep som raskere kan gi effekt.

8. Om videreføring og muligheter for oppskalering

Fastlegeprosjektet er et innovativt prosjekt hvor følgeevaluering i ulik grad har fått fulgt de ulike utprøvingene i første etappe, herunder pågår fortsatt utprøvingene ved forskningsoppdragets slutt. Våre vurderinger og tilbakemeldinger må derfor mer oppfattes som løypemeldinger underveis, og ikke endelige konklusjoner.

Som følge av forsinkelser med å få på plass utprøvinger og begrenset driftstid for tre av disse, samt betydelig variasjon i samlokaliseringsløsninger og et begrenset pasient-/brukergrunnlag, mener vi det ikke er grunnlag for å vurdere en oppskalering av samarbeidsmodellen. Det er med andre ord behov for et større erfaringsgrunnlag.

I dette kapittelet gjør vi først en vurdering av hvorvidt de pågående utprøvingene i fastlegeprosjektet bør videreføres og sluttevalueres. Deretter peker vi på samarbeidsmodellen vi per nå anser som mest lovende og som bør prøves ut mer systematisk.

8.1 Videreføring og sluttevaluering av fastlegeprosjektet

I prosjektet er det flere informanter som har påpekt at denne typen samarbeid på tvers av profesjoner er avhengig av en lengre innkjørings- og driftsperiode før man kan se de endelige virkningene. Vi har forstått det slik at de tre siste utprøvingene er planlagt gjennomført til sommeren 2024. Gode grunner taler for at man lar disse utprøvingene få en driftsfase av minst 1 års varighet slik at de kan innhente erfaringer over noe tid. Det er videre slik at utprøving 3 har en samarbeidsmodell hvor kognitiv terapeut sitter på NAV-kontoret og dermed vil gi erfaringer med en annen form for samlokalisering. Fastlegene vil fortsatt ha en rekrutteringsrolle i denne modellen, men et relevant spørsmål er hvordan dette vil påvirke kontakt og samarbeid mellom fastleger og de andre aktørene. De tre utprøvingene vil videre øke antallet avsluttede brukere i prosjektet, noe som vil styrke grunnlaget for å si noe mer om sannsynligheten for at oppfølgingstilbudet kan forebygge sykefravær eller korte ned sykefravær, samt styrke tilknytningen til arbeidslivet.

Videre ser vi at det skjer en interessant utvikling i utprøving 2, gjennom at denne nå fjerner seg fra samlokaliseringsgrepet i prosjektet, men at kognitive terapeuter viderefører samarbeidsformen som er etablert med NAV. I realiteten har man avviket fra et helt vesentlig premiss i samarbeidsmodellen, men de involverte aktørene er de samme, og denne nye modellen kan potensielt vise seg å være en enklere og mer effektiv modell for å styrke samarbeidet mellom NAV og primærhelsetjenesten.

Når det gjelder utprøving 1, så er dette den modellen som har fått til tettest samarbeid mellom fastlegene og kognitiv terapeut. Samtidig har kontakten mellom fastlegene og jobbspesialist og øvrige aktører i NAV, vært minimal. Et spørsmål er om kontakt, rolleforståelse og eventuelt samarbeid vil endre seg ved lengre driftstid. Et annet interessant spørsmål er i hvilken grad samarbeidet mellom fastlegene og kognitiv terapeut er betinget av den kognitive terapeutens spisskompetanse innenfor både arbeidsrettet kognitiv terapi og NAV.

Fastlegeprosjektet er fortsatt underveis og en videreføring av (alle eller noen) utprøvinger vil kunne bekrefte og bygge ut den kunnskapen som man har kunnet hentet ut til nå. Nye samarbeidsmodeller vil da også bli belyst. For å sikre kunnskapsutbyttet, bør fastlegeprosjektet etter vårt syn sluttevalueres.

8.2 Nye samarbeidsmodeller og utprøvinger

I følgeforskningsprosjekter har man ofte et ekstra blikk for tilpasninger og løsninger som oppstår underveis i implementeringen av en modell. Dette er gjerne justeringer eller løsninger som praksisfeltet selv utvikler. De svarer derfor ofte på et konkret behov tjenestene identifiserer for å kunne samarbeide og gi bedre tilbud til brukerne.

To av utprøvingene har i møte med samlokaliseringsutfordringene på fastlegekontoret selv valgt å knytte seg tettere sammen og forsterke relasjonen mellom NAV og aktører i primærhelsetjenesten som arbeider med psykisk helse. I den ene utprøvingen er kognitive terapeuter og NAV samlokalisert. I den andre utprøvingen har NAV og RPH opprettet faste samarbeidsstrukturer. Aktørene oppgir at dette oppleves nyttig, relevant og effektivt, og at det gir brukerne et mer samtidig og arbeidsrettet tilbud. Vi vil understreke at fastlegene fremdeles har en sentral rolle i disse utprøvingene fordi de identifiserer brukere som vil ha nytte av arbeidsrettet oppfølging og henviser videre. Etter vår vurdering bør framtidige prosjekter som omhandler samarbeid mellom NAV og primærhelsetjenesten hensynta disse erfaringene.

Ambisjoner om mer samarbeid mellom store samfunnssektorer med ulik forvaltningstradisjon og styringsstruktur kan enten realiseres gjennom større reformer eller bygge på erfaringer gjort der ressurspersoner utnytter lokalt handlingsrom, tester muligheter og gjennom pragmatisk problemløsning utvikler nye samarbeidsmodeller. USAP har gjennom fastlegeprosjektet testet nye samarbeidsarenaer og høstet verdifulle erfaringer.

Litteraturliste

Allen, T. & Henn, G. (2007). *The Organization and Architecture of Innovation*. Routledge.

Anvik, C.H., Bliksvær, T., Breimo, J.P., Lo, C., Olesen, E. & Sandvin, J.T. (2019). *Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov*. Kunnskapsnotat, NFR. <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/publikasjoner/2019/forskning-om-koordinerte-tjenester-til-personer-med-sammensatte-behov/>

Arbeids- og sosialdepartementet (2018, 17. januar). *Tildelingsbrev for 2018*. [Tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2018]. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ccfdb1de77a04e41ad4989825a70e315/tildelingsbrev-2018-arbeids--og-velferdsdirektoratet.pdf>

Arbeids- og sosialdepartementet. (2022, 25. januar). *Tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2022*. [Tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet for 2022]. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ccfdb1de77a04e41ad4989825a70e315/tildelingsbrev-til-arbeids-og-velferdsdirektoratet-for-2022.pdf>

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2016). *Arbeid og helse – et tettere samvirke: Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse*. Rapport IS-2535. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeid-og-helse-et-tettere-samvirke/Strategi%202016%20-%20Arbeid%20og%20helse%20-%20et%20tettere%20samvirke.pdf/_attachment/inline/00e927ea-2fd9-4b12-89f4-402dca8d5ecee:d4e184848c17b5c054db245cf8566e3c818fbcc6/Arbeid%20og%20helse%20%E2%80%93%20et%20tettere%20samvirke.pdf

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2019). *Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet*. Rapport IS-2811. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilstand-og-utfordringer-pa-arbeid-helseområdet/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf/_attachment/inline/cd5288e1-b92c-4756-b225-319c8f11c4b8:abd1e25e6df74d9bead6b5905ca59ef7b041c9f3/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2021). *Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse*. Rapport IS-3023. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/Strategi%202021%20%E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20>

[og%20helse.pdf/_attachment/inline/5a1a73df-bed0-4d3c-890f-ff15839ed62a:534106be0bae56cd647d35845769395968a9ed59/Strategi%202021%20%E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf](#)

Bjørge, F., Hutchinson, G., & Sandvin, J. (2015). Gjenstridige problemer og samarbeidsdrevet innovasjon. I O. Andersen, L., Gårseth-Nesbakk & T. Bondas (Red.), *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting* (s. 106-123). Fagbokforlaget.

Bommert, B. (2010). Collaborative innovation in the public sector. *International public management review*, 11(1), 15-33.

<http://journals.sfu.ca/ipmr/index.php/ipmr/article/view/73>

Bridwell-Mitchell, E. N. (2016). Collaborative institutional agency: How peer learning in communities of practice enables and inhibits micro-institutional change. *Organization Studies*, 37(2), 161–192. <https://doi.org/10.1177/017084061559358>

Direktoratet for forvaltning og ikt (2014). *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning* Difi-rapport 2014:07.

Ekspertutvalget. (2023a). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Ekspertutvalgets rapport. Ny versjon 09.05.2023 Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/>

Ekspertutvalget. (2023b). *Forenkle og forbedre: Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern*. Helse- og omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/contentassets/2402e66428ac40ad9ed416ab2b62646d/no/pdfs/forenkle_og_forbedre_-_rapport.pdf

Førland, O., Skutle, O., Alvsvåg, H., & Hjelle, K. M. (2021). Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse- og omsorgstjenester – en casestudie fra tre norske kommuner. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4), 19–34.

<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02>

Hatling, M. A., Damman, S., & Halvorsen, T. (2016). Samlokaliseringseffekter – hva sier litteraturen? <http://hdl.handle.net/11250/2452973>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 21. desember). *Statsbudsjettet 2018 - kap. 740 Helsedirektoratet – tildeling av bevilgning*. [Tildelingsbrev for Helsedirektoratet for 2022].

https://forvaltningsdatabasen.sikt.no/filer/tildelingsbrev/helsedirektoratet_tildeling_2018.pdf;jsessionid=6D4CE5138286B1F752CD01E6912443AC

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 4. februar). Tildelingsbrev for Helsedirektoratet for 2022. [Tildelingsbrev for Helsedirektoratet for 2022].

<https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2022/tildelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2022.pdf>

Irving, G. L., Ayoko, O. B., & Ashkanasy, N. M. (2020). Collaboration, Physical Proximity and Serendipitous Encounters: Avoiding collaboration in a collaborative building. *Organization Studies*, 41(8), 1123-1146. <https://doi.org/10.1177/0170840619856913>

Letaifa, S. B. & Rabeau, Y. (2013). Too close to collaborate? How geographic proximity could impede entrepreneurship and innovation. *Journal of Business Research*, 66(10), 2071-2078. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2013.02.033>

Markussen, S., Mykletun A. og Røed, K. (2012). The case for presenteeism – Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96(2012), 959-972. <https://www.sv.uio.no/esop/english/publications/articles/2012/markussen-roed-thecase.pdf>

Meld. St. 23 (2022-2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/contentassets/2402e66428ac40ad9ed416ab2b62646d/no/pdfs/forenkle_og_forbedre_-_rapport.pdf

Moore, M. H. & Hartley, J. (2008). Innovations in Governance. *Public Management Review*, 10(1), 3- 20. <https://doi.org/10.1080/14719030701763161>

Nadim, M. (2015). Generalisering og bruken av analytiske kategorier i kvalitativ forskning. *Sosiologisk Tidsskrift*, 23(3), 129–148. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2015-03-01>

NAV. (2023, 30. Mai). *HelseIArbeid – samarbeid helsetjenesten og NAV*.

<https://www.nav.no/arbeidsgiver/helseiarbeid#individiltaket>

NAV. (2023). NAV 2030 Virksomhetsstrategi. NAV. [NAVs strategi - nav.no](https://www.nav.no/NAV-s-strategi)

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2023, 20. September). *Rask psykisk helsehjelp*. <https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>

NOU 2021: 2. (2021). *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring: Tiltak for økt sysselsetting*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/2943e48dbf4544b8b5f456c850dcccbe/no/pdfs/nou202120210002000dddpdfs.pdf>

NOU 2019: 7. (2019). *Arbeid og inntektssikring: Tiltak for økt sysselsetting*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9ac9f756f21467f8a3230e9a8cdafa4/no/pdfs/nou201920190007000dddpdfs.pdf>

OECD. (2015). *Fit mind, fit job. From evidence to practice in mental health and work*. Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>

Oslo Economics. (2020). *Samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp i kommunene: samordnet bistand for personer med psykiske plager og arbeidsutfordringer*.

<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/forskningsrapporter-og-evalueringer-finansiert-av-nav/sykefravaer-og-arbeidsmiljo-rapportarkiv2/samarbeid-mellom-nav-og-rask-psykisk-helsehjelp-i-kommunene>

Oslo Economics. (2022). *Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/dd649daf411d4618bf1da2f0aeb2c8e8/evaluering-pht-sluttrapport.pdf>

Oslo Economics. (2023). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024*. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2023/05/HPA-evalueringssrapport-II-2023.pdf>

Oxford Research. (2024). *Kartlegging og evaluering av ordningen «Friskmelding til arbeidsformidling»*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/forskningsrapporter-og-evalueringer-finansiert-av-nav/sykefravaer-og-arbeidsmiljo-rapportarkiv2/kartlegging-og-evaluering-av-ordningen-friskmelding-til-arbeidsformidling>

Oxford Research. (2022). *Kartlegging og evaluering av NAV sin oppfølging av IA-avtalen 2019-2022*. https://www.nav.no/_attachment/inline/a8eb1776-a863-498d-8866-a5542d8fdbd2:211157001a8c07edafaa6c76045fc84391156a65/Sluttrapport%20delprosjekt%201%20-%20Kartlegging%20og%20evaluering%20av%20NAV%20sin%20oppf%C3%B8lging%20av%20IA-avtalen.pdf

Sørensen, E., & Torfing, J. (2011). *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor*. Jurist- og Økonomforbundets Forl.

Vabø, A. & Kårstein, A. (2014). *Robuste fagmiljøer. En litteraturgjennomgang*. NIFU-arbeidsnotat;2014:12. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/2358896>

Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-Being?* <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c41a540f0b62dffde0df7/hwwb-is-work-good-for-you.pdf>

Wiig, A.-E. (2019). NAV har løsningene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(5), 352-354. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2019/05/nav-har-losningene>

Øverland, S., Grasdahl, A. L. & Reme, S. E. (2018). Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(10), 703-708. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105137>

Vedlegg 1: Rollebeskrivelser

Fastlege

Fastlegen har ansvar for å plukke ut egnede pasienter til prosjektet ut fra diagnose, symptomer og funksjonsnedsettelse (eventuelt i samarbeid med andre ansatte på legekantoret). Alle henvisninger til jobbmestrende oppfølging går gjennom fastlegen. Samarbeidsparter kan ta kontakt med fastlege for mulig henvisning til tilbudet, men fastlege tar avgjørelsen om henvisning.

Fastlegen har det medisinske faglige ansvaret og har ansvar for å foreta medisinsk undersøkelse, utredning og behandling av pasientene tilknyttet prosjektet. Fastlegen har ansvar for å følge opp pasientens behov for medisinsk bistand og dekke alle allmennlegeoppgaver samt journalføring av egen behandling på vanlig måte. Fastlegen har altså det samme medisinske faglige ansvaret for pasientene i prosjektet som for sine øvrige listepasienter og er underlagt samme regelverk, lover og forskrifter som de jobber under til vanlig. Kognitiv arbeidsrettet terapeut og jobbspesialist fører selvstendig journal fra sine samtaler med pasientene.

Fastlegen skal ivareta en medisinsk faglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere som spesialisthelsetjenesten, NAV m.fl. Fastlegen har ansvaret for oppfølging av sykmeldte pasienter i prosjektet på vanlig måte og samhandler med NAV når det er behov for det.

Kognitiv terapeut

Kognitiv terapeut mottar henvisninger fra fastlegen og gjennomfører vurderingssamtale med pasient for å avklare behov og vurdere samarbeidspartnere (jobbspesialist, NAV-veileder, sykepleier/fysioterapeut, IA-rådgiver etc.).

Lokalisering: fastlegekontoret er foretrukket

Kognitiv terapeut har en ramme på ca. 5-15 timer med arbeidsrettet kognitiv terapi, antall timer vurderes etter behov. Mulig med elektronisk oppfølging, video/telefon/mail. Det blir gitt hjemmeoppgaver mellom timene og det gis informasjon i forhold til selvhjelpsressurser.

Kognitiv terapeut gjennomfører hyppige fellesmøter med jobbspesialist der jobbspesialist er koblet på (hver fjerde time/en gang i måneden). Det etableres en felles fremdriftsplan der mål er skissert, og som må være tilgjengelig for alle parter (elektronisk).

Det er ønskelig å kunne tilby opp til 5 oppfriskningstimer etter endt oppfølging som kan benyttes uten ny henvisningsprosess.

Kognitiv terapeut etablerer samarbeid med NAV-veileder etter behov, i forhold til økonomi, ytelse, sykepenger etc.

Det etableres samarbeid (på klinisk nivå) med fastlege rundt den enkelte pasienten dersom pasienten har ønske og/eller behov.

Det etableres samarbeid med sykepleier/fysioterapeut etter behov.

Ved avslutning lages det en plan for forebygging av tilbakefall.

NAV-veileder

NAV veileder avklarer, veileder og følger opp ulike brukere. Veiledning kan foregå både individuelt og i grupper, og kan bestå av:

- bistand til jobbsøk og hjelp med utfylling av CV og søknader.
- Følge opp sykefravær.
- Vurdere brukers behov og arbeidsevne gjennom kartleggingssamtaler.
- Legge planer sammen med brukere og iverksette tiltak eller virkemidler.
- Gi økonomisk rådgivning og utbetaling av økonomisk sosialhjelp m.m.
- Være i kontakt med arbeidsgivere og samarbeidspartnere.
- Koordinere komplekse saker og samarbeide med andre offentlige etater og private aktører.

NAV-veiledere tilknyttet prosjektet vil være de veiledere som har personer som deltar i prosjektet. Vi ser for oss en organisering der det ved hvert kontor utpekes en NAV koordinator som sikrer at den enkelte NAV veileder som følger sak inn i prosjektet, har nok kunnskap og kompetanse om prosjektet og hvilke mulige ekstraoppgaver som medfølger.

NAV-veiledere i dette prosjektet:

- Tar imot henvisning fra fastlegen
- Registrerer bruker i relevant fagsystem
- Gjennomfører kartleggingssamtale med fokus på mulighet for arbeid, herunder (se over)
- Ved behov, henviser til jobbspesialist
- Ved behov, henviser til andre instanser, slik som karrieresenteret. Frisklivsentralen?
- Tar i bruk karrieresenterets digitale kartleggingsverktøy?
- Har god oversikt over NAVs portefølje av tiltak og virkemidler, og iverksette hensiktsmessig tiltak ved behov

- Ved behov, henviser til økonomisk rådgivning i NAV

Jobbspesialist

Jobbspesialisten jobber tett med en deltakerportefølje på inntil 20 personer som trenger bistand til å komme i og/eller beholde en ordinær jobb. Arbeidstiden benyttes kun til arbeidsrettede tjenester, og mye av arbeidstiden går med til å være ute i nærmiljøet i møte med jobbsøkere og arbeidsgivere.

Jobbspesialisten følger Supported Employment metodikk.

Jobbspesialisten etablerer en trygg relasjon med personer og bygger opp en bred kunnskap om sine porteføljedeltakere gjennom å:

- lære å kjenne den enkelte gjennom samtale rundt erfaringer, interesser og annet som er relevant og påvirker et arbeidsforhold.
- bygge videre på styrker og interesser hos personen for å skape gode forutsetninger for fremgang i jobbsøk/jobbfastholdelse.
- aktivt oppsøke personen for å sikre kontinuitet i tjenesten.
- støtte vedkommende i å ta informerte valg. F.eks.: Jobbønske, arbeidsgiver, åpenhet, arbeidstider m.m.
- etablere og opprettholde et nært samarbeid med andre relevante støttespillere rundt personen for en nyansert kartlegging og for å skape en god ramme for personen i prosessen mot jobb/tilbake i jobb.
- bidra til å koble på rett person for å gi støtte i forhold til økonomi, bolig eller annet. Eksempelvis; behandlere, NAV veiledere, økonomisk rådgivning, boligrådgivning, familie, tidligere arbeidsgivere, med mer.
- etablere et godt og relevant nettverk av arbeidsgivere
- bygge relasjoner til arbeidsgivere for jobbsøkers regning for å senke terskelen for å komme inn på arbeidsmarkedet.
- aktivt være ute i markedet og oppsøker arbeidsgivere for å lære mer, bygge relasjoner og avdekke behov/muligheter.

I prosjektet vil jobbspesialisten jobbe med personer henvist fra fastlegekontoret. Kognitiv terapeut vil kunne knytte jobbspesialist til personer som ønsker og har behov for bistand til enten å skaffe og/eller beholde arbeid. Videre kan jobbspesialisten journalføre samtaler og felles journal med terapeut og dele dette med fastlege.

Rådgivende overlege (ROL)

ROL-tjenesten arbeider i henhold til gjeldende styrende dokumenter for tjenesten.

Her nevnes:

- «Rollebeskrivelse – roller, oppgaver og innhold i den rådgivende legetjenesten i NAV» (vedtatt og besluttet i Arbeids- og velferdsdirektørens direktørmøte juni 2019 og i sentralt MBA desember 2019)
- Gjeldende løpende og årlig strategidokument for Arbeid og Helse og ROL i NAV Øst-Viken
- Gjeldende løpende sentrale føringer i NAV til enhver tid

ROL er helsepersonell som ikke yter helsehjelp og arbeider i NAV under Forvaltningsloven.

ROL yter trygdemedisinsk rådgivning, veiledning og opplæring internt ved NAV-kontor. De bidrar også med veiledning og opplæring eksternt, mot fastleger, spesialisthelsetjeneste og samfunn for øvrig. Når det gjelder trygdemedisinsk rådgivning i enkeltsaker skjer denne på bakgrunn av tilgjengelig dokumentasjon i en sak. ROL har ikke brukerkontakt.

ROL bidrar med trygdemedisinsk kompetanse og benytter sitt trygdemedisinske skjønn forankret i folketrygdens sykdomsbegreper. De gjør vurderinger av sykdom, skade eller lyte og dens betydning for funksjonsevne og mulighet for arbeid og aktivitet. Dette gjøres innenfor rammene av folketrygdens bestemmelser og rådgivningen gjenspeiler den til enhver tid alminnelig anerkjente medisinske kunnskap og praksis.

I prosjektet kan ROL gi veiledning og råd i enkeltsaker samt bidra med trygdemedisinsk kompetanseoverføring i form av informasjons- og opplæringsarbeid og dermed fremme forståelsen for trygdemedisin. Råd og veiledning i enkeltsaker gis som nevnt over på bakgrunn av tilgjengelig dokumentasjon og informasjon i hver enkelt sak.

Elementer i veileder-/rådgiverfunksjonen kan være å vurdere:

- Om sykdommen/skaden samsvarer med folketrygdens sykdomsbegrep.
- Om funksjonsbeskrivelsen er tilstrekkelig utfyllende.
- Om foreslått utredning og behandling er basert på alminnelig anerkjent medisin og er adekvat og hensiktsmessig sett i trygdemedisinsk sammenheng.
- Hvorvidt behandling og aktivitet/tiltak kan/ikke kan foregå parallelt.
- Årsakssammenheng mellom diagnose/sykdom og nedsatt funksjonsevne.
- gråsoner knyttet til betydning av sykdom, sosial/privatøkonomisk problematikk, språk mm.

ROL yter som nevnt over ikke helsehjelp og skal ikke foreta medisinsk undersøkelse, utredning eller behandling av pasienter/brukere. Veileder/saksbehandler i NAV fatter vedtak og har ansvar for etatens oppfølging av brukere. ROL tar ikke stilling til om vilkår for en ytelse er oppfylt eller fatter vedtak.

ROL skal ha særlig fokus på viktigheten av den enkeltes muligheter for arbeid og aktivitet, og hvilke hensyn som eventuelt må tas. Ved å benytte ROL tidlig i enkeltsaker kan dette stimulere til arbeid først og forebygge overgang til øvrige helserelaterte ytelser.

ROL vil være tilgjengelig for å drøfte trygdemedisinske spørsmål i prosjektet ved behov, fortrinnsvis via nettbaserte løsninger.

IA-rådgiver ved NAV Arbeidslivssenter

Brukes ved behov, jobbspesialist vurderer behovet.

Overordnet mål

IA-samarbeidets overordnede mål er å skape et arbeidsliv med plass til alle gjennom å forebygge sykefravær og frafall og på denne måten øke sysselsettingen. Den nye avtalen omfatter hele det norske arbeidslivet. Arbeidsplassen er hovedarenaen for IA-arbeidet. Et godt partssamarbeid er en forutsetning for å lykkes med IA-arbeidet.

Beskrivelse av innsatsen i IA-arbeidet:

Tidsavgrenset - Det skal være tydelig definert i den innledende dialogen hvor lenge virksomheten kan forvente å bli støttet. NAV avslutter prosesstøtten i etterkant av den avtalte tjenesteytingen, med mindre det er identifisert et behov for andre tjenester.

Målrettet - Den overordnede prosesstøtten til virksomheten skal evalueres opp mot målsetningene som ble satt i den innledende planen med virksomheten.

Kunnskapsbasert - Tjenesteleveransene skal være kunnskapsbaserte og gi grunnlag for utvikling av ny kunnskap.

NAVs oppdrag i IA-arbeidet

- NAV skal bidra til at virksomheten når målene i IA-oppdraget
- NAV prioriterer noen få virksomheter med høyest sykefravær og størst potensial for reduksjon i sin region.
- NAV benytter tilgjengelig data i NAV for å sikre bedre forståelse av den enkelte virksomhet (datavarehus og IA-web).
- NAV Arbeidslivssenter koordinerer med NAV kontor for å innhente mer informasjon om virksomheten og oppfølgingsarbeidet her.
- NAV vurderer hvilke utfordringer virksomheten har, virksomhetens kompetansebehov og velger virksomheter som NAV skal målrette innsatsen mot.

Møte/forankring i prioriterte virksomheter:

- Utarbeide en plan for hvordan NAV skal arbeide videre med virksomheten, jfr. tjenesteportefølje. Her vil NAV presentere tjenestene og hvordan en kan bistå virksomheten, noe som gjør virksomheten bedre i stand til å definere eget behov.

Planen for videre arbeid gir en avklaring overfor virksomheten med tanke på hvilken støtte de kan forvente av NAV og hvilken ressursinnsats de selv må bidra med i arbeidet. Planen kan revideres dersom nye forhold/ ny kunnskap tilsier at en bør prioritere annerledes, men en plan skal uansett foreligge i forankringen.

- Hvis; Virksomheten sier ja og forplikter nødvendige ressurser --> NAV setter i gang arbeidet med å gi prosess støtte til virksomheten.
- Hvis; Virksomheten sier nei til å forplikte nødvendige ressurser --> NAV henviser til digitale tjenester og prioriterer ressursene til virksomheter som vil forplikte seg til samarbeidet.
- Øvrige virksomheter:
 - Dersom virksomheten tar kontakt viser NAV til digitale tjenester (inntil ny prioritering gjøres og NAV ev. bestemmer at virksomheten skal prioriteres).
 - Ellers tar ikke NAV kontakt.

Gjennomføring

NAV leverer IA-tjenester basert på behov i virksomheten og potensial for reduksjon av antall tapte dagsverk.

Avslutte

NAV evaluerer tjenesteleveranse i virksomhet med utgangspunkt i avtalte målsetninger. NAV evaluerer sin innsats i IA-oppgavet med grunnlag i innsatsen i virksomhetene.

Vedlegg 2: Spørreundersøkelse



Takk for at du deltar i vår spørreundersøkelse!

Oxford Research skal evaluere prosjektet «Arbeidsfokus på fastlegekontor» (fastlegeprosjektet), og har derfor behov for å samle inn informasjon om pasientenes opplevelse av oppfølgingstilbudet de har fått gjennom prosjektet.

Dette er en kort og anonym spørreundersøkelse som kun skal besvares med avkrysning. Ikke skriv inn ytterligere informasjon i skjemaet. Det er frivillig å delta, og du kan når som helst avbryte besvarelsen.

Oppfølgingen du mottar fra lege, kognitiv terapeut og NAV, vil ikke påvirkes av om du deltar i spørreundersøkelsen eller ikke.

Ved spørsmål til selve undersøkelsen, ta kontakt med Ida Opdal, epost: iop@oxford.no

Ved spørsmål til mandatet for undersøkelsen, ta kontakt med prosjektleder i NAV, Karl Petter Gjeterud, epost: Karl.Petter.Gjeterud@nav.no

Mvh Ida Opdal på vegne av prosjektteamet fra Oxford Research AS

På hvilket av disse legekantorene er du pasient?

- Legekantor 1 Legekantor 2 Legekantor 3 Legekantor 4
- Legekantor 5 Legekantor 6 Legekantor 7

Har du fått oppfølging av kognitiv terapeut?

- Nei
- Ja, har hatt 1 - 5 behandlingssamtaler
- Ja, har hatt 6 - 9 behandlingssamtaler
- Ja, har hatt 10 eller flere behandlingssamtaler
- Vet ikke

Har du fått oppfølging av jobbspesialist?

- Nei
- Ja, har hatt 1 - 5 samtaler
- Ja, har hatt 6 - 9 samtaler
- Ja, har hatt 10 eller flere samtaler
- Vet ikke

Hva var årsaken til at du fikk dette tilbud om oppfølging av kognitiv terapeut og/eller jobbspesialist?

- Var i ferd med å bli sykmeldt
- Fikk tilbudet idet jeg ble sykmeldt
- Hadde vært sykmeldt i mindre enn 8 uker
- Hadde vært sykmeldt i 8 uker til 26 uker (et halvt år)
- Hadde vært sykmeldt i mer enn et halvt år
- Annet

Hva er din aktuelle helseutfordring? Her kan du krysse av for flere.

Psykiske helseutfordringer

Muskel- og skjelettplager

Andre helseutfordringer

Har du vært sykmeldt for psykiske helseutfordringer og/eller muskel- og skjelettplager tidligere?

Ja

Nei

Vet ikke

Vi ber deg gradere hvor enig du er i følgende påstander om oppfølgingen du har mottatt av fastlege og kognitiv terapeut og/eller jobbspesialist.

	<i>Helt uenig</i>	<i>Uenig</i>	<i>Verken eller</i>	<i>Enig</i>	<i>Helt enig</i>
Jeg måtte gjenta mye informasjon om meg selv til de ulike aktørene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg måtte vente lenge før oppfølgingstilbudet kom i gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det var lagt til rette for medvirkning fra meg som pasient i oppfølgingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det ble tidlig rettet fokus mot å komme raskere tilbake til arbeid/skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det ble igangsatt konkrete tiltak for å komme raskere tilbake til arbeid/skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alt i alt, hvor nyttig var denne oppfølgingen fra lege og kognitiv terapeut/jobbspesialist for deg?

Svært unyttig

Unyttig

Både òg

Nyttig

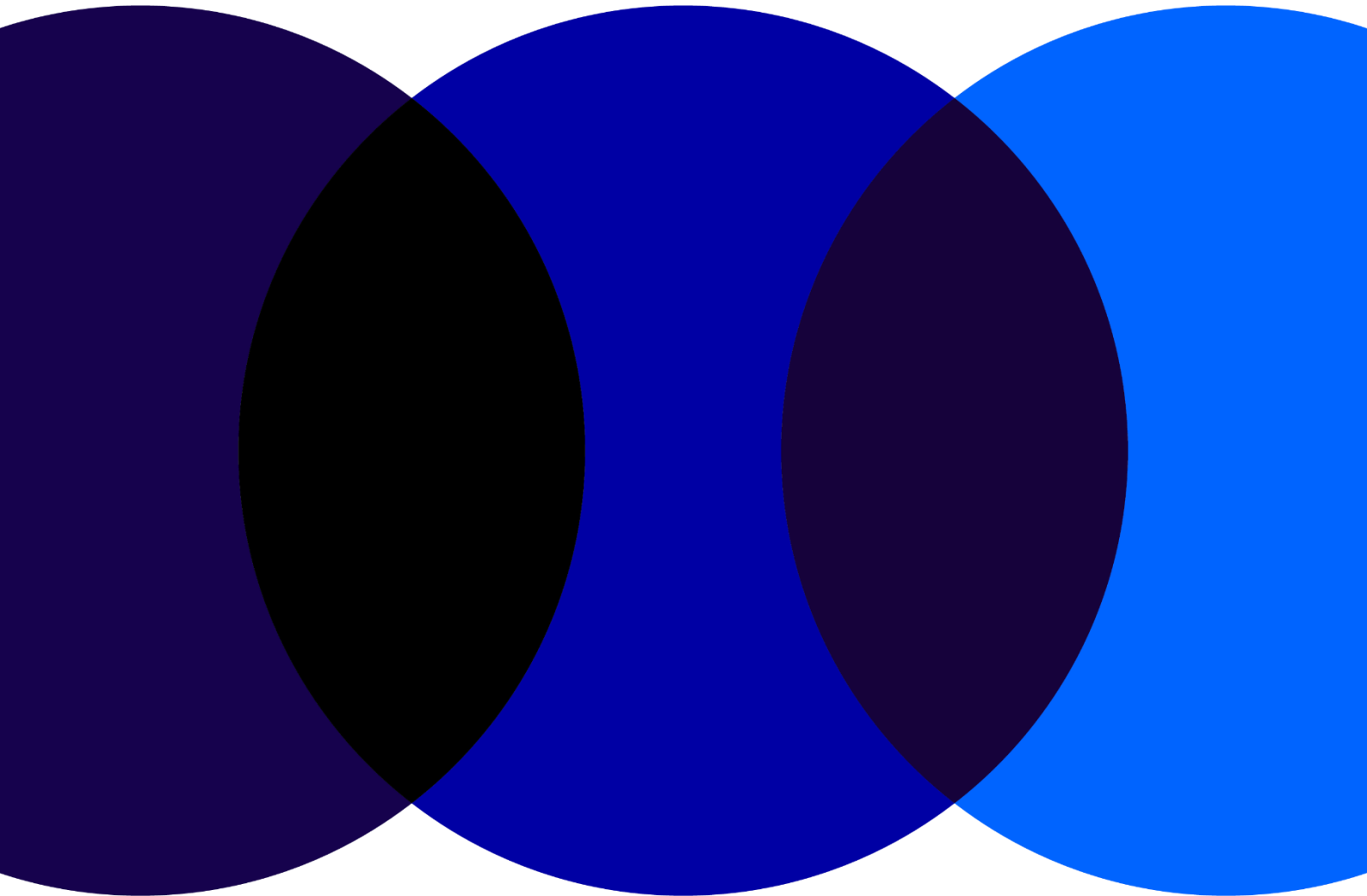
Svært nyttig

Dersom du har vært sykmeldt for psykiske helseutfordringer og/eller muskel- og skjelettlidelse før, ber vi deg gradere hvor enig du er i følgende påstander.

	<i>Helt uenig</i>	<i>Uenig</i>	<i>Verken eller</i>	<i>Enig</i>	<i>Helt enig</i>
Jeg har fått mer oppfølging gjennom kognitiv terapeut og evt. jobbspesialist, sammenlignet med tidligere sykefraværsoppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fikk oppfølging raskere av kognitiv terapeut og evt. jobbspesialist, sammenlignet med tidligere sykefraværsoppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt en mer positiv innstilling til å komme tilbake til jobb/skole, sammenlignet med tidligere sykefraværsoppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at jeg i større grad har fått påvirke mulige løsninger, sammenlignet med tidligere sykefraværsoppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplevde at det i dette tilbudet var bedre informasjonsflyt mellom fastlegen og NAV, sammenlignet med tidligere sykefraværsoppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor sannsynlig tror du det er at du er i jobb eller skole i løpet av 3 måneder?

- Svært lite sannsynlig
 Lite sannsynlig
 Sannsynlig
 Svært sannsynlig
 Vet ikke/Usikker



OXFORD RESEARCH

Denmark

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

Norway

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

Sweden

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

Finland

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

Baltics/Riga

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

Belgium/Brussels

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