

OSLOMET

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTET AFI

Utprøvingen av Familie for første gang

Sluttrapport fra en fireårig følgeevaluering av
«Nurse Family Partnership» i Norge

**Eirin Pedersen
Jannike Gottschalk Ballo
Wendy Nilsen**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET



Arbeidsforskningsinstituttet AFI Rapport 2019:06

***Utprøvingen av Familie for første gang.
Sluttrapport fra en fireårig følgeevaluering av «Nurse-family partnership» i Norge***

Eirin Pedersen, Jannike Gottschalk Ballo og Wendy Nilsen

Prosjekt: Nurse-family partnership (NFP)

Prosjektleder: Eirin Pedersen

Oppdragsgiver: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

Forsidefoto: Daiga Ellaby, Unsplash

© Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet, 2019

© Work Research Institute (AFI), OsloMet – Oslo Metropolitan University, 2019

© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without permission from the author.

ISBN 978-82-7609-410-7

ISSN 0807-0865

Arbeidsforskningsinstituttet
OsloMet – Storbyuniversitetet
Pb. 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Work Research Institute (AFI)
Oslo Metropolitan University
P.O.Box 4 St. Olavs plass
N-0130 OSLO

Telefon: +47 93 29 80 30

E-post: postmottak-afi@oslomet.no

Webadresse: oslomet.no/om/afi

Publikasjonen kan lastes ned fra fagarkivet.oslomet.no

Publications are available for free download from fagarkivet.oslomet.no

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE

THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

Temaområde: Velferdsstatens organisering

Rapport nr.: 2019/06

Tittel: Uprøvingen av Familie for første gang.

Sluttrapport fra en fireårig følgeevaluering av «Nurse-family partnership» i Norge

Dato: oktober 2019

Forfatter(e): Eirin Pedersen, Jannike Gottschalk Ballo og Wendy Nilsen

Antall sider: 31 + vedlegg

Emneord: NFP, oppvekst, forebygging, sårbare familier

Resymé:

Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved OsloMet har utført en fireårig følgeevaluering (2016-2019) av implementeringen av programmet «Nurse-Family Partnership» (NFP) i Norge. På norsk har programmet fått navnet «Familie for første gang». NFP er et hjemmebesøksprogram hvor spesialopplærte sykepleiere besøker sårbare førstegangsgravide kvinner fra graviditeten og helt til to år etter fødsel. Programmet blir utprøvd i Norge fra våren 2016 frem til medio 2021. Evalueringen er bestilt av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Målet med evalueringen er å vurdere hvorvidt det er mulig å implementere NFP i en norsk kontekst, hvorvidt implementeringen kan skje i tråd med programmets kriterier, og vurdere eventuell nytte av programmet.

Analysene er basert på intervjuer med deltagere, sykepleiere, samarbeidspartnere og representanter fra kommunene, samt tallmateriale innhentet av sykepleierne, blant annet om deltagerens utdanning, arbeid og alder, engasjement, psykiske helse, mestringsfølelse, ensomhet, partnerstatus og vold.

Funnene indikerer at NFP i stor grad er implementert som planlagt i Norge, og tilpasninger i rekruttering, målgruppe og samspillsverktøy virker å være vellykket. Programmet treffer en sårbar målgruppe man ellers sliter med å hjelpe, og som kan være vanskelig å nå med andre tiltak. NFP er mulig å tilpasse til ulike behov, og kan favne familier med ulike og sammensatte utfordringer. Antallet inkluderte familier indikerer at målgruppen er større enn tidligere anslått. Programmet er tilpasningsdyktig, og klarer å samarbeide med ulike tjenester. NFP vil ikke være like tilpasningsdyktig som et lokalt utarbeidet tilbud, og er bare et tilbud til førstegangsfødende.

Følgeevalueringen konkluderer med at det er behov og høy aksept for et «høy-intensivt» program som NFP i Norge. Programmet tilbyr tett og strukturert oppfølging til sårbare familier som trenger ekstra støtte i en utfordrende livsfase. Det finnes ingen tilsvarende tilbud i de kommunale tjenestene for denne målgruppen. Selv om datamaterialet ikke gir mulighet til å måle effekt, anslår følgeevalueringen det som sannsynlig at programmet kan forebygge omsorgssvikt og omsorgsovertagelser. Slik kan tidlig innsats i form av NFP hindre at sårbare familier får problemer senere i livet.

Forord

Dette er sluttrapporten fra følgeevalueringen av implementeringen av programmet «Nurse-Family Partnership» (NFP) i Norge, et hjemmebesøksprogram for sårbare førstegangsfødende mødre. På norsk har programmet fått navnet «Familie for første gang».

Evalueringen utføres av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved OsloMet av Eirin Pedersen, Wendy Nilsen og Jannike G. Ballo, med Knut Fossetøl som kvalitetssikrer. Evalueringen er bestilt av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Følgeevalueringen har gått fra våren 2016 til høsten 2019. Det er publisert to delrapporter tidligere som dekker oppstartsfasen (Nilsen og Pedersen 2017) og driftsfasen (Pedersen og Nilsen 2018). I denne sluttrapporten oppsummerer vi resultatene fra utprøvingen, med utgangspunkt i kvalitative og kvantitative data.

Vi vil takke alle de i utprøvingen som har blitt intervjuet i forbindelse med denne rapporten, og en spesiell takk til deltagerne som så generøst har delt av sin tid og sine erfaringer.

Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – Storbyuniversitetet, oktober 2019

Eirin Pedersen, prosjektleder

Oppsummering

Utgangspunktet for evalueringen


NFP er et høy-intensivt, lisensiert hjemmebesøksprogram for helse- og psykososiale utfordringer hos sårbare førstegangs fødende mødre og deres barn. Spesialopplærte sykepleiere fra et lokalt «NFP-team» besøker mødre og deres familier fra graviditeten og helt til to år etter fødsel med opptil 64 hjemmebesøk.


Denne rapporten oppsummerer hovedfunnene fra en fireårig følgeevaluering av implementeringen av «Nurse-Family Partnership» (NFP) i Norge («Familie for første gang» på norsk). Rapporten baserer seg på totalt 81 individuelle og fokusgruppeintervju. I tillegg har sykepleierne i prosjektet samlet inn kvantitative data som brukes til å vurdere implementeringskvalitet og modelltrofasthet, fra 185 inkluderte deltagere.


Målet med evalueringen er å vurdere:


- hvorvidt det er mulig å implementere NFP i en norsk kontekst,
- hvorvidt implementering her kan skje i tråd med programmets kriterier
- eventuell nytte av programmet.


Evalueringen finner at NFP:

-  **1) Er et godt implementert program av høy kvalitet**

NFP er i stor grad implementert som planlagt i Norge, og tilpasninger i rekruttering, målgruppe og samspillverktøy virker å være vellykket. Samarbeidspartnere vurderer at programmet holder høy faglig kvalitet, og det har faglig støtte fra internasjonale forskningsmiljøer. Familiene viser høy grad av engasjement og aksept av programmet, særlig er den nære relasjonen til sykepleieren sentral. Hyppigheten av hjemmebesøkene og høy kvalitet på den faglige oppfølgingen er også viktig for familienes aksept av programmet.
-  **2) Treffer en sårbar målgruppe man ellers sliter med å hjelpe**

NFP treffer en målgruppe som er vanskelig å nå med andre tiltak. Programmet kan bidra til å avdekke sårbare familier tidlig, og muliggjør tidlig innsats i familier som ellers ikke ville blitt oppdaget. NFP er mulig å tilpasse til ulike behov, og kan derfor favne familier med ulike og sammensatte utfordringer. Formen med hjemmebesøk bidrar til programmets fleksibilitet. Antallet inkluderte familier indikerer at målgruppen er større enn tidligere anslått.
-  **3) Forbedrer familienes psykiske helseforutsetninger, bomiljø og foreldreferdigheter**

Nytteverdien av NFP for familiene finnes på flere nivåer. Den styrker familiens emosjonelle miljø og psykiske helse. Den styrker foreldrenes omsorgsevner, og tilknytning til barnet. Den hjelper familiene med praktiske utfordringer, som bolig, inntektssikring, arbeidssøking og utdanningsplaner. Den hjelper dem også med å finne nødvendig hjelp fra andre tjenester. For foreldre med utfordringer, kan programmet gi stor nytte i å utvikle bedre foreldreferdigheter. Det gjenstår likevel å se om NFP gir en større nytteverdi enn det eksisterende helse- og velferdstilbudet.
-  **4) Passer inn i norsk kontekst og eksisterende velferdstilbud**

NFP er mulig å benytte i norske kommunale velferds- og helsetjenester. Programmet er tilpasningsdyktig, og klarer å samarbeide med ulike tjenester og finne løsninger på mange praktiske utfordringer i løpet av utprøvingen. Erfaringene og reaksjonene blant bydelene og kommunene som benytter NFP indikerer at det kan være et viktig supplement til det kommunale tjenestetilbudet.
-  **5) Har visse begrensninger**

NFP vil ikke være like tilpasningsdyktig som et lokalt utarbeidet tilbud, fordi det er lisensbasert og har krav og føringer som må etterfølges. Samtidig kan det at programmet er lisensbasert forhindre at det gjøres endringer som kan redusere effekten. NFP kan best leveres i tettbygde strøk, og kan ikke spres til hele landet. NFP er et tilbud for førstegangs fødende og ekskluderer foreløpig sårbare flergangsfødende.

Følgeevalueringen konkluderer med at det er behov og høy aksept for et «høy-intensivt» program som NFP i Norge. Programmet tilbyr tett og strukturert oppfølging til sårbare familier som trenger ekstra støtte i en utfordrende livsfase. Det finnes ingen tilsvarende tilbud i de kommunale tjenestene for denne målgruppen. Selv om datamaterialet ikke gir mulighet til å måle effekt, anslår følgeevalueringen det som sannsynlig at programmet kan forebygge omsorgssvikt og omsorgsovertagelser. Slik kan tidlig innsats i form av NFP hindre at sårbare familier får problemer senere i livet.

Innhold

Forord.....	IV
Oppsummering.....	V
Utgangspunktet for evalueringen	V
Evalueringen finner at NFP:	V
Innhold	VI
1. Innledning.....	1
2. Nurse-Family Partnership.....	2
2.1 Innholdet i NFP-programmet	2
2.2 Organisering av den norske utprøvingen.....	3
2.3 Tilpasninger til norsk kontekst	3
3. Metoder og data i evalueringen	4
3.1 Kvalitative data	4
3.2 Kvantitative data.....	4
4. Rekruttering og målgruppeavklaring.....	5
4.1 Rekrutteringsprosessen	5
4.2 Henvisninger og innmeldinger.....	6
4.3 Hvem er de inkluderte deltagerfamiliene?	7
4.4 Frafall.....	8
5. Gjennomføring og levering av programmet	10
5.1 Tilpasninger.....	10
5.2 Antall og tema for hjemmebesøk.....	10
5.5 Sykepleiernes erfaring med programmet.....	11
6. Aksept, samarbeid og overlapp med andre tjenester.....	14
6.1 Parallell eller overlappende tjenestebruk.....	14
6.2 Kommunene og bydelenes erfaringer med NFP	14
6.3 Barnevernets erfaringer med NFP.....	15
6.4 Helsestasjonenes erfaring med NFP.....	16
7. Programmets potensielle effekt og bidrag	17
7.1 Mødres mestringsfølelse og psykiske helse	17
7.2 Graviditetsutfall og prenatal helse	18
7.3 Engasjement, forståelse og aksept hos deltagerne.....	19
7.4 Deltagernes erfaringer med programmet.....	20
8. Gjennomførbarhet, egnethet og modelltrofasthet	22
9. Indikasjon på måloppnåelse og nytte i nordisk kontekst	23
10. Anbefalinger for videreføring og videre forskning	25
10.1 Fordeler og ulemper ved å ta i bruk NFP i Norge.....	25
10.2 Anbefalinger for videre organisering.....	26
10.3 Anbefalinger for videre forskning.....	27
11. Konklusjon.....	29
Referanser.....	30
Vedlegg	32
Vedlegg 1: Supplementstabeller	32
Vedlegg 2. Oversikt over instrumenter	38

1. Innledning

Denne rapporten oppsummerer hovedfunnene fra følgeevalueringen av implementeringen av programmet «Nurse-Family Partnership» (NFP) i Norge. NFP er et hjemmebesøksprogram hvor spesialopplærte sykepleiere besøker sårbare førstegangsgravide kvinner fra graviditeten og helt til år etter fødsel. På norsk har programmet fått navnet «Familie for første gang». Evalueringen er bestilt av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), og har pågått fra prosjektstart våren 2016 frem til høsten 2019.

Arbeidsforskningsinstituttet AFI har utført en evaluering med mål om å finne ut hvorvidt det er mulig å implementere NFP i en norsk kontekst i tråd med programmets kriterier (modelltrofasthet), og hvilke tilpasninger som eventuelt må gjøres. Som en del av evalueringen har det blitt publisert to delrapporter. Den første delrapporten redegjorde for oppstartsfasen av prosjektet i 2016 (Nilsen og Pedersen 2017). Den andre delrapporten følger utprøvingen over i driftsfasen i 2017 og 2018 (Pedersen og Nilsen 2018). Se tabell 1 og 2 for en oversikt over temaene som blir tatt opp i de to foregående rapportene.

Tabell 1: Tematikk og sidetall i delrapport 1 – av oppstartsfasen i 2016

Delrapport 1	
- Opptart av programmet og organisering av utprøvingen	s. 17-22
- Rekruttering av utprøvsområder	s. 22,31-36
- Rekruttering og opplæring av sykepleiere	s. 26-30
- Oversikt over potensielt overlappende tilbud i tjenestene	s. 36-39

Tabell 2: Tematikk med sidetall i delrapport 2 - av driftsfasen 2017 og 2018

Delrapport 2	
- Vurderinger av NFP i kommuner/bydeler / erfaringer med å ha NFP i tjenesten	s. 19-20
- NFP-teamenes erfaring med å jobbe i NFP-utprøvingen	s. 20-24
- Samarbeid med andre tjenester	s. 24-25
- Rekruttering og Inklusjon av deltagere i programmet	s. 29-38
- Kjennetegn ved deltagerne, basert på kvantitative og kvalitative data	s. 38-50
- Eksklusjon og frafall blant deltagerne	s. 51-56
- Deltagernes erfaringer og aksept av programmet	s. 57-64
- Partneres erfaringer med programmet.	s. 65-67

Analysene i denne sluttrapporten baserer seg delvis på funnene fra de foregående rapportene, og delvis på nye data samlet inn i 2019.

For å vurdere utprøvingen retter vi oppmerksomhet mot fire evalueringsområder:



- 1) Målgruppeavklaring i den norske konteksten – med hensyn til rekruttering, inkludering og frafall.
- 2) Gjennomføring og levering – med hensyn til tilpasninger av materiale, rekruttering/opplæring, aksept og frafall av sykepleierne som skal levere NFP.
- 3) Samarbeid med andre helse- og velferdstjenester – med hensyn til organisering, behov og aksept på systemnivå.
- 4) Potensiell effekt for familier i Norge, samt programmets bidrag i forhold til det øvrige tilbudet til målgruppen (overlapp).

Overordnet ser vi på suksessindikatorer og barrierer for implementering av NFP i Norge, og utfordringer som har oppstått i løpet av den fireårige utprøvsperioden. Evalueringen gir også anbefalinger for videre organisering og implementering av NFP i Norge, samt anbefalinger for videre forskning på programmet i Norge.

2. Nurse-Family Partnership

NFP har blitt utprøvd i Norge for å se om det kan bidra til å forbedre foreldres omsorgskompetanse, forebygge vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom, og styrke tidlig innsats for familier med økt sårbarhet. NFP blir trukket frem som det eneste evidensbaserte programmet som tilbyr støtte og forebygging allerede fra graviditets- og spedbarnsperioden (NOU 2012:5).

2.1 Innholdet i NFP-programmet

Nurse-Family Partnership-programmet (NFP) er et høy-intensivt, lisensiert tiltaksprogram for helse- og psykososiale utfordringer hos sårbare førstegangsfødende mødre og deres barn (Olds, 2002; Olds et al. 2007a). Programmet har en relasjonell tilnærming og et styrkefokus. Flere kunnskapsoversikter har trukket frem NFP som ett av få tiltak som er effektive for å redusere en rekke negative utfall allerede fra graviditeten (Aos et al., 2004; Ghate, 2016; MacMillan et al. 2009; Williams et al, 2008). NFP-programmet er bygget på anerkjent kunnskap om tilknytning, samspill og utvikling hos barn, i tillegg til helse råd for gravide og spedbarn. Programmet har en tydelig læringsstruktur, der kunnskap og erfaringer fra ulike land blir behandlet og videreformidlet av det internasjonale NFP-kontoret.



NFP har som mål å:

- 1) Redusere negative graviditetsutfall, ved å forbedre prenatal helse hos mødre og barn
- 2) Forbedre og fremme barns helse og utvikling ved å øke foreldres kompetanse
- 3) Forbedre foreldres fremtid ved å bidra til strukturert familie-planlegging, fullføring av utdanning og arbeidstilknytning.

Det finnes dokumenterte positive effekter av NFP i form av redusert forekomst av partnervold, redusert tobakksbruk i graviditeten og i spedbarnsalderen, redusert foreldrestress, og økt forekomst av amming (Mejdoubi et al., 2013, Mejdoubi et al., 2014, Sawyer et al., 2013). Studier har også indikert forbedring i flere barnrelaterte utfall som fysisk mishandling og forsømmelse av barnet, barns utvikling og problematferd og fødselsutfall (Mejdoubi et al., 2015; Robling et al., 2016; Sawyer et al., 2013, Miller, 2015). Programmet har i USA vist seg å ha størst effekt hos de mest sårbare familiene – blant enslige mødre som er unge, har lav inntekt, lavere kognitive funksjoner og lav tro på egen mestring (Olds 2006, Ball et al. 2012).

De seks programområdene



1. Personlig helse (oppretholdelse av helsen, ernæring og mosjon, rusmiddelbruk, psykisk helse)
2. Sosialt miljø (hjem, arbeid, skole og nabolag)
3. Livsløp (familieplanlegging, utdanning og livsopphold)
4. Morsrollen (fysisk omsorg, atferdsmessig og emosjonell omsorg for barnet)
5. Venner og familie (personlig nettverk og relasjoner, hjelp med barnepass)
6. Helse- og sosialtjenester (setter familier i kontakt med nødvendige helseinstanser)

Programmet leveres som hjemmebesøk fra familiesykepleiere (jordmødre og helsesykepleiere) som er organisert i team på fire til åtte sykepleiere, under ukentlig veiledning fra en teamleder. Sårbare familier får opptil 64 hjemmebesøk som begynner allerede i graviditeten og varer frem til barnet er 2 år. Sykepleieren og familien etablerer en terapeutisk relasjon, som antas å være en viktig forutsetning for å skape endring i familien. Familiesykepleierne benytter tema-ark (såkalte «fasilitatorer») som tilrettelegger for samtale og veiledning rundt de ulike programområdene. De fungerer også som informasjonsark som deltagerne kan beholde etter hjemmebesøket (Olds et al., 2006). Tema-arkene skal være så varierte at det er stort rom for fleksibilitet for å imøtekomme familienes ulike behov. Programmet kalles dermed for «Fixed but flexed» (Olds 2002, Olds et al., 2006).

Sykepleiernes tre hovedoppgaver:



- 1) Hjelpe/bistå mødre og andre familiemedlemmers til å endre atferd som kan ha negative konsekvenser for graviditeten, barnets utvikling, og foreldrenes livsløp
 - 2) Hjelpe mødre med å bygge relasjoner og nettverk med familie og venner som kan støtte familien
 - 3) Opprette kontakt mellom familien og nødvendige helse- og velferdstjenester
-

2.2 Organisering av den norske utprøvingen

Den norske utprøvingen startet opp i 2016 med to utprøvsområder, ett i Oslo (bydel Gamle Oslo og Søndre Nordstrand) og ett i Rogaland (Sandnes, Stavanger og Time kommune). Hvert utprøvsområde har ett NFP-team bestående av 4 sykepleiere og en teamleder, totalt ble 10 sykepleiere ansatt i utprøvingen. Fire sykepleiere og en teamleder har sluttet i løpet av utprøvsperioden, og har blitt erstattet av nye sykepleiere (se også delrapport 2 s. 25). Sykepleierne følger opp 15-18 deltagere hver, bortsett fra teamlederen som følger opp 3 deltagere i tillegg til å ha ledelse- og veiledningsansvar. Til utprøvingen har teamene rekruttert 75 deltagere i hvert område, til sammen 150 deltagere. Rekrutteringen til utprøvingen pågikk fra august 2016 til oktober 2018. I etterkant av dette har teamene fortsatt rekrutteringen i påvente av en mulig videreføring i programmet.

Bufdir har lisensen for NFP i Norge. Regionscenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) ved nasjonalt fagkontor har ansvar for implementering og faglig kvalitet i tråd med lisensforpliktelser og kjerneelementene i programmet. Fagkontoret er ansvarlig for tilpasning av programmet, opplæring og oppfølging av NFP-teamene, kommunikasjon med det internasjonale NFP-kontoret, og datainnsamling og databehandling i programmet.

I utprøvingen er det etablert tre NFP-råd, i tråd med lisenskravene. Et nasjonalt fagråd med representanter fra direktorater, fagforeninger og erfaringskonsulenter har sikret forankring av programmet og kunnskapsformidling ut til profesjonsgrupper og embetsverket. I hvert utprøvsområde er det etablert et lokalt NFP-råd med representanter fra kommuneadministrasjonen og tjenestene som er involvert i oppfølgingen av sårbare familier i utprøvsområdet, som helsestasjoner, barnevern og NAV. Rådene bidrar til å spre informasjon om NFP i kommunen, og hjelper NFP-teamet med rekruttering og samarbeid rundt sårbare familier.

2.3 Tilpasninger til norsk kontekst

Tilpasningene av programmet til en norsk kontekst ble gjort i forkant av oppstart og i løpet av utprøvingen. Større endringer har blitt gjort i samspill med rådgivere ved det Internasjonale NFP-kontoret. RBUP beskriver det internasjonale NFP-kontoret som interessert i ny kunnskap og utvikling av programmet, og hvordan tilpasningene som gjøres i Norge kan bidra til å utvikle NFP-programmet videre.

Endringer av mindre omfang har blitt gjort av nasjonalt fagkontor i samarbeid med NFP-teamene. Helserådene har blitt endret og tilpasset for å være i tråd med helsedirektoratets råd til gravide og småbarn, og tema-arkene har blitt tilpasset norsk kultur og relevans. Dette har pågått underveis i programmet, etter hvert som man har gått gjennom programmets tre faser (graviditet, spedbarn, småbarn) og fått kjennskap til verktøyene og tema-arkene i hver fase. Fordi programmet går over flere år og har et bredt innhold som dekker flere områder og faser, er det et skrittvis arbeid å tilpasse det. Tilpasninger av større omfang blir diskutert i egne deler i denne rapporten – se for eksempel del 4 om rekruttering og inklusjon av deltagere (side 7-8), og del 5 om redusert antall deltagerfamilier per sykepleier (side 10).

3. Metoder og data i evalueringen

Følgeevalueringen baserer seg på kvalitative (intervjuer) og kvantitative (tallmateriale) data. Materialet gir mulighet til å vurdere kvaliteten på implementeringen, rekrutteringsprosessen, hvordan programmet fungerer i praksis og hvordan det blir mottatt blant familier, sykepleiere og i helse- og velferdstjenestene. Evalueringen har derimot begrensede muligheter til å si noe om effekten av NFP i Norge. Om vi finner en positiv utvikling hos deltagere, gir dette likevel en indikasjon på forventede effekter. Gjennomgangen av tallmateriale i denne utprøvingen gir også anbefalinger til en eventuell effektstudie med en kontrollgruppe. En nærmere beskrivelse og diskusjon av bl.a. styrker og svakheter ved de kvalitative og kvantitative dataene finnes i Delrapport 2 (Pedersen og Nilsen 2018, s. 13-18).

3.1 Kvalitative data

Totalt 81 intervju er blitt utført fra oppstart i 2016 til høsten 2019. Se tabell 3 for en oversikt. Vi har benyttet en semi-strukturert intervjuguide. NFP-teamene har blitt intervjuet individuelt og som gruppe, og teamlederne har blitt intervjuet individuelt ved flere anledninger. I tillegg har vi intervjuet samarbeidspartnere og representanter fra kommunene i NFP-rådet. Vi har intervjuet 25 deltagere. Av disse hadde 18 partner, og åtte ble intervjuet sammen med partner. Tre deltagere ble intervjuet to ganger, for å favne eventuelle endringer i deres erfaringer i løpet av utprøvingen. Deltagerne ble rekruttert gjennom sykepleierne, som ble oppfordret til å rekruttere deltagere som representerte variasjonen i de inkluderte familiene.

Tabell 3 Oversikt over type informanter og antall kvalitative intervjuer som er utført mellom 2016 og 2019

	2016	2017	2018	2019	Totalt
 NFP-team/Team-leder	2	8	6	6	20
NFP-råd / Kommune/Bydel	4	4	2	2	12
Nasjonalt fagkontor	1	1	3	1	6
Barnevern			2	2	4
Helsestasjonen			4	3	7
NAV			1		1
Deltagere		4	9	16	28
Totalt					81

3.2 Kvantitative data

Tallmaterialet er innhentet av sykepleierne ved flere ulike tidspunkt, fra totalt 185 inkluderte deltagere per september 2019. Totalt 35 deltagerfamilier har fullført programmet høsten 2019, og det er få som har kommet til småbarnsfasen (13-24 måneder). Frekvenser og analyser i denne sluttrapporten er derfor basert på data fra deltagere som har deltatt i graviditets- og spedbarnsfasen (0-12 måneder). I tillegg har vi sett på hvor mange deltagere som avslutter programmet før de er ferdige («uteksaminert») og årsaker til frafall.

I henvisningssamtale mellom potensielle deltagere og sykepleiere registreres blant annet graviditetsuke, inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltagelse, henvisende instans og henvisningsstatus. Både i henvisningssamtalen og ved det første hjemmebesøket registreres demografiske data, som alder, partnerstatus, etnisitet, utdanning, arbeid, lønn og sosiale stønader. Ved hvert hjemmebesøk registrerer sykepleierne informasjon om møtet, besøkets lengde, tidspunkt, deltagere, og henvisninger til andre tjenester, i tillegg til tematikk for møtet, deltagerens engasjement og aksept av stoffet som ble gjennomgått. Det samles også informasjon fra validerte skalaer om mødreneres psykiske helse, mestringsfølelse og ensomhet, samt partnerstatus og vold, flere ganger i løpet av programmet.

I intervjuene med sykepleierne fremkommer det at de i løpet av utprøvingen har fått mer erfaring og kjennskap til hvordan skjemaene for datainnsamling skal benyttes. Dette indikerer at kvaliteten på dataene har blitt høyere i løpet av utprøvingen.

4. Målgruppeavklaring – rekruttering, inkludering og frafall

4.1 Rekrutteringsprosessen

Rekruttering av deltagere har benyttet en to-stepsprosess for rekruttering, basert på modellen fra det nederlandske NFP-programmet¹. Tilpasningen innebærer at rekrutteringen skjer i førstelinjen, ut fra individuelle sårbarhetsfaktorer. Dette er valgt istedenfor rekruttering basert på bosted og alder, som er standarden i USA og Storbritannia, der man rekrutterer tenåringsmødre bosatt i utsatte nabolag.

Trinn 1

Fastleger, jordmødre og annet helsepersonell refererer relevante gravide kvinner med de følgende kriteriene:



- 1) Rekrutteres innen 28. graviditetsuke
- 2) Frivillighet (interessert i å vite mer om NFP)
- 3) Første (planlagt fullførte) graviditet
- 4) Bosted i NFP sitt utprøvsområde
- 5) Profesjonelt basert bekymring for graviditeten eller forestående foreldreskap, grunnet f.eks. erfaringer med vold/overgrep i oppvekst eller nåværende relasjon, erfaring fra offentlig omsorg i egen oppvekst, mangel på hensiktsmessig nettverk/familiestøtte/relasjon til barnefar og/eller partner

Trinn 2

Familiesykepleiere inkluderer henviste gravide kvinner med minst ett av inklusjonskriteriene under:



- 1) Erfaringer med vold/overgrep i oppvekst eller nåværende relasjoner
- 2) Utfordrende oppvekstvilkår (omsorgssvikt, barnevernserfaring)
- 3) Lite sosial støtte/alvorlige konflikter mellom vordende foreldre
- 4) Psykisk helseproblemer
- 5) Ikke i utdanning, arbeid eller opplæring, og lavt utdanningsnivå

Også relevant for inkludering:

- Vedvarende lav inntekt og utfordrende økonomisk situasjon
- Eneforsørger avhengig av sosial stønad
- Bruk av tobakk og rusmidler

Ekskluderingskriterier:

- Planlegger å flytte ut av NFP sitt utprøvsområde i mer enn 3 måneder
 - I fare for å miste foreldrerettigheten/intensjon om å adoptere bort barnet
-

De to NFP-teamene i Oslo og Rogaland beskriver at de i løpet av prosessen gradvis har blitt tryggere på utforskningssamtalen og inklusjonskriteriene. I oppstartsfasen kunne de være i tvil om hvem det var riktig å inkludere, og det var noen feilrekrutteringer hvor man inkluderte deltagere som var for ressurssterke. Sykepleierne opplever at de i løpet av prosessen har utviklet et godt vurderingsgrunnlag og et blikk for hvem som kan ha nytte av programmet og burde inkluderes.

Ulik rekrutteringstakt

Rekrutteringserfaringen har vært ulik i Rogaland og Oslo. Allerede fra oppstarten av utprøvingen, fikk Rogaland en jevn strøm av relevante henvisninger, blant annet fra jordmødre og fra DPS (se også delrapport 2, side 33-34). Deltagerne som blir henvist hadde fått god informasjon om programmet og

¹ NFP i Nederland, VoorZorg, er utarbeidet på bakgrunn av og i samarbeid med NFPs lisensmyndigheter siden tidlig på 2000-tallet. I 2018 besluttet VoorZorg å gå ut av lisenssamarbeidet med NFP, og bygge videre på sin nasjonale modell på egenhånd. All forskning på programmet og utvikling av sentrale nyvinninger ble foretatt mens programmet fortsatt var under lisens fra NFPs lisensmyndigheter.

var motiverte for deltagelse. Mange av de henviste kommer inn i programmet tidlig i graviditeten, allerede i graviditetsuke 5. Det er derfor god tid til å utforske og ha oppstartsmøte med deltageren. Oppstarten i Oslo var vesentlig tregere, med veldig få henvisninger. Jordmødrene ble derfor i en periode bedt om å henvise alle førstegangsfødende som kom til helsestasjonen før uke 28. Teamet i Oslo har gradvis fått flere relevante henvisninger fra ulike instanser.

Dobbelt så mange fødende

Det virker sannsynlig at forskjellene i rekruttering i hovedsak skyldes at det i 2016 er omtrent dobbelt så mange fødsler per år i de tre utprøvkommunene i Rogaland (n=3012) som i de to bydelene i Oslo (n=1477). Av disse anslår vi at cirka 40 % er førstegangsfødende. At rekrutteringsprosessen gikk raskere i Rogaland kan også skyldes bedre jordmordekning ved helsestasjonene i Rogaland enn i Oslo. Funn fra delrapport 2 (Pedersen og Nilsen 2018) indikerer at man trenger en velfungerende førstelinje for å rekruttere deltagere til NFP. Teamet i Oslo har inkludert en høyere andel av antallet førstegangsfødende i utprøvsområdet per år (omtrent 5%) enn i Rogaland (omtrent 2,5%). Rekrutteringen er nærmere beskrevet i delrapport 1 (s. 29-35) og 2 (s. 29-41).

4.2 Henvisninger og innmeldinger

For å vurdere implementeringen har vi benyttet NFP sine kjerneelementer («core model elements») og modelltrofasthetsmål («stretch goals») slik de tidligere har blitt brukt i den skotske evalueringen av NFP (Ormston et al 2014). Modelltrofasthetsmålene er basert på amerikansk forskning, og antas å være optimale mål for å maksimere programmets suksess. Velfungerende og effektiv henvisning og innmelding er avgjørende i NFP-modellen.

Tabell 4 Innmeldte og ikke-innmeldte som oppfyller kriteriene i Oslo, Rogaland og totalt i NFP

	Oslo		Rogaland		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Oppfyller kriteriene	92	100 %	137	100 %	229	100 %
Innmeldt	84	91 %	101	74 %	185	81 %
Ikke innmeldt	8	9 %	36	26 %	44	19 %

Tabell 5 Henvisningsstatus på ikke-innmeldte deltakere i Oslo, Rogaland og totalt (i antall og prosent)

Status	Oslo		Rogaland		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Oppfyller kriteriene	8	24 %	36	63 %	44	49 %
Oppfyller ikke kriteriene	25	76 %	16	28 %	41	46 %
Ukjent adresse/får ikke kontakt/mangler info	0	0 %	5	9 %	5	5 %
Totalt	33	100 %	57	100 %	90	100 %

Tabell 6 Årsak til eksklusjon i Oslo, Rogaland og totalt (i antall og prosent)

Årsak	Oslo		Rogaland		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Oppfyller kriteriene - ønsker ikke delta	8	24 %	18	32 %	26	29 %
Oppfyller kriteriene - program fullt, annet program/venteliste	0	0 %	18	32 %	18	20 %
Oppfyller ikke kriteriene	25	76 %	16	28 %	41	46 %
Ukjent adresse/får ikke kontakt/manglende info	0	0 %	5	9 %	5	5 %
Totalt	33	100 %	57	100 %	90	100 %

I løpet av utprøvsperioden, frem til høsten 2019, har ble det utført 275 henvisningssamtaler. Av disse oppfylte totalt 83% (n=229) kriteriene til inklusjon. Av disse ble 81% (n=185) innmeldt. Se tabell 4, 5 og 6. Dette er innenfor NFPs modelltrofasthetsmål, om at minimum 75% av de som oppfyller kriteriene deltar i programmet. Den lavere prosenten i Rogaland skyldes at programmet ikke har hatt kapasitet til å ta inn flere deltagere, selv om de imøtekommer kriteriene. Hvilke instanser som henviser deltagerne er generelt uendret fra høsten 2018 (se delrapport 2 s. 31), og hovedparten av henvisningene er fortsatt fra jordmor (55%), kvinnen selv (11%) og fastlege (9%). Se supplementstabell 11-a for oversikt over henvisende instanser.

4.3 Hvem er de inkluderte deltagerfamiliene?

I dette avsnittet vil vi gi en kort oversikt over de mest fremtredende trekkene ved de inkluderte familiene, samt gi en vurdering av hvorvidt de inkluderte familiene er i tråd med inklusjonskriteriene og den forespeilede målgruppen for NFP i Norge. Tallene som refereres til her er også tilgjengelig i vedlegget (supplementstabell 12-b og 14-d), og målgruppen er drøftet mer utførlig i delrapport 2 (s. 41-50).

Sårbare familier med komplekse utfordringer

Deltagerfamiliene i den norske utprøvingen er sårbare og har komplekse utfordringer. Både intervjudata og tallmateriale som er samlet inn i utprøvsperioden peker på at mødrene og familiene har flere sårbarhetsfaktorer. Dette kan for eksempel være familier der mor og/eller far har hatt en vanskelig oppvekst, psykiske helseutfordringer og/eller vanskelige samliv. Flere familier har utfordringer med å få til samspill med barnet, knytte seg til det, tolke signaler og forstå barnets behov. Familiene kan også mangle emosjonell, sosial og praktisk støtte (se også delrapport 2, side 36-44). Mens antall sårbarhetsfaktorer har vært likt i Rogaland i løpet av perioden, er det en økning i antall sårbarhetsfaktorer blant deltagerne i Oslo. Dette kan tyde på at førstelinjen nå henviser mer riktige deltagere i Oslo, og at sykepleierne har fått mer erfaring i å avgjøre hvem som tilhører målgruppen.

Selv om sårbarhetsfaktorene kan gi en indikasjon på om man har nådd målgruppen, måler de ikke alvorlighetsgraden eller implikasjonene av utfordringene og vanskene deltagerne har oppgitt. Sykepleierne oppgir likevel i intervjuene at flere av familiene har komplekse vansker og flere deltagerfamilier bruker andre tjenester enn NFP i løpet av utprøvsperioden (som DPS, psykolog, Ullevålsteam, ruskonsulent og barnevernsoppfølging) (Se delrapport 2 s. 40-44 for nærmere beskrivelser). Dette viser at NFP i Norge klarer å nå familier med behov for tett oppfølging.

Inklusjon i NFP i Norge har ikke hatt noen aldersgrense

I Norge er gjennomsnittsalderen for deltagermødrene høyere enn i utprøvingene av NFP i andre land. De norske mødrenes alder ved innmelding spenner fra 16 til 42 år, med et gjennomsnitt på 25 år i Rogaland og 29 år i Oslo. Den høyere alderen kan ha flere implikasjoner. På den ene siden kan høyere alder hos mor bety at man griper inn senere i livsløpet, hvor man er mer etablert og det er mindre rom for å skape endring. På den andre siden finner tidligere NFP evalueringer en effekt hos de mest sårbare familiene (Olds et al 2007b). I den britiske effektstudien hvor deltagere ble rekrutterte på basis av ung alder, ble det ikke funnet en effekt (Robling et al 2016).

Flere har partner

De fleste mødrene i den norske utprøvingen har partner (80%), og 96% av disse er sammen med biologisk far. Dette skiller seg ut fra utprøvingene i andre land hvor en større andel av deltagere er alenemødre (Mejdoubi et al 2015, Robling et al 2016). Dette kan være både fremmende og hemmende for implementeringen av NFP. Det kan være fremmende fordi programmet da har potensiale til å ha en positiv effekt på både mor og far, som gir et mer helhetlig familiefokus og kan være positivt for barnet. Det kan også øke arbeidsbelastningen blant de sykepleierne som også følger opp far. Dette er noe man bør ha fokus på i en videre implementering av NFP i Norge. Blant fedrene som ikke bor sammen med mor, hadde ca. 70% jevnlig kontakt med og delansvar for barnet.

Utdanning, arbeid og trygdeytelser

Omtrent halvparten av mødrene er i arbeid, enten heltid (26%) eller deltid (18%). Som også beskrevet i delrapport 2 (side 48), er det forskjeller i hvordan de to utprøvsområdene grupperer seg når det gjelder utdanning, arbeid og trygdeytelser. I Rogaland er det en vesentlig større andel enn i Oslo som

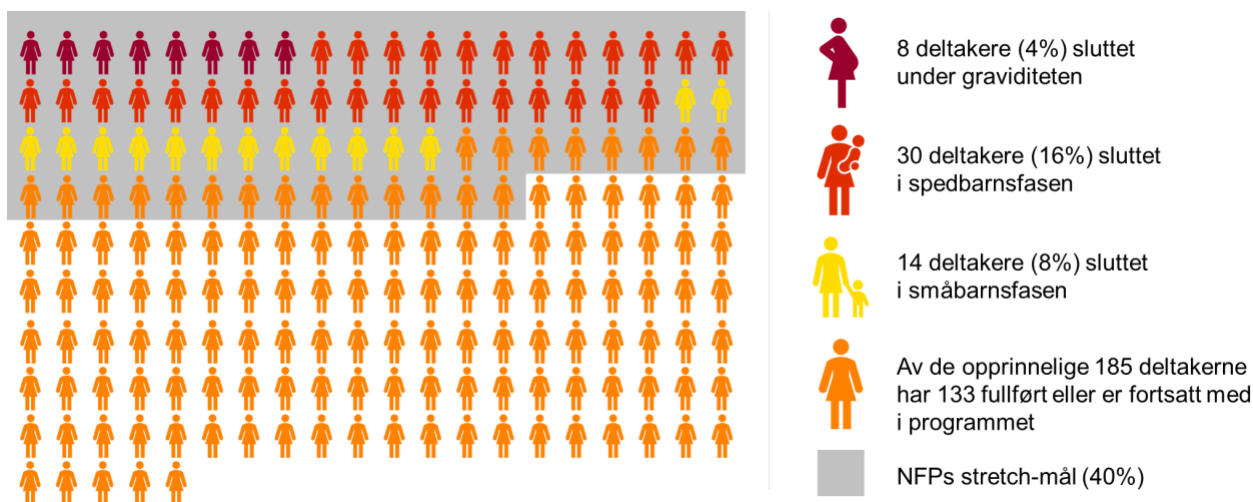
er utenfor arbeidslivet, er arbeidssøkende og mottar trygdeytelser. I Oslo er det vesentlig større andel enn i Rogaland som har heltids- eller deltidsarbeid og som har høyere utdanning. Det er noenlunde lik utdannings og arbeidsprofil hos deltagerne som ved rekrutteringen frem til høsten 2018 (se delrapport 2, side 46-48). Fordi inntektsvariablene kun er oppgitt for mor og ikke hele husholdningen, er det vanskelig å se om man når familier med lavere inntekt. Lav inntekt kan påvirke barns oppvekstvilkår og forsterke videreføringen av sosial arv, og å hindre dette er et viktig mål for forebyggingen i den norske utprøvingen.

Nærmere målet i løpet av utprøvsperioden

Kjerneelementene i NFP tilsier at: 1) Deltagelse i programmet er frivillig; 2) Bare førstegangsmødre skal inkluderes; 3) Sårbarhetskriterier må være på plass; 4) 100% rekruttert ikke senere enn graviditetsuke 28; og 5) 60% skal være rekruttert før graviditetsuke 17 har startet. Uprøvingen i Norge har oppfylt de tre første kriteriene, og er nær å oppfylle de andre kriteriene. Av de innmeldte familiene ble 45 % rekruttert før graviditetsuke 17, og totalt ble 96 % inkludert før graviditetsuke 29. Selv om dette ikke imøtekommer kriteriet fullstendig, er det en økning fra tidligere faser i utprøvingen. Disse forbedringene viser at man i løpet av prosessen kommer nærmere målene (se ytterligere diskusjon av dette i delrapport 2, side 45-46). Intervjudataene gir også indikasjoner på at forbedringene kan skyldes både modning av sykepleiernes kliniske blikk, økt kunnskap om og aksept for NFP hos førstelinjetjenestene, og økt samarbeid mellom sykepleierne og tjenestene.

4.4 Frafall

Totalt er det 185 familier som har blitt innmeldt i programmet, 84 i Oslo og 101 i Rogaland (Se supplementstabell 13-c i vedlegget for full oversikt). Totalt har 52 av disse familiene (28%) falt fra programmet frem til september 2019. Dette er foreløpig innenfor NFPs modelltrofasthetsmål, som sier at det ikke skal være høyere enn 40% frafall. Distribusjonen av frafall i graviditeten (4%), i spedbarns- (16%) og småbarnsfase (8%) er også innenfor målekriteriene (ikke mer enn 10% i graviditet, 20% i spedbarns- og 10% i småbarnsfase). Det er positivt at ikke flere har falt av, men det er fortsatt flere som kan falle fra, da utprøvsperioden ikke er fullført. Se figur 1 for innmeldte og frafalte i de ulike fasene (graviditets-, spedbarns- og småbarnsfase).



Figur 1 Frafall i graviditet, spedbarns- og småbarnsfasen (n=185)

Få forlater programmet fordi de er misfornøyd (1 deltager i graviditet og 1 i spedbarnsalder). I spedbarns- og småbarnsalder har totalt 8 deltakere forlatt programmet på grunn av overgang til ny NFP-sykepleier. Totalt 6 deltakere har forlatt programmet etter at sykepleier har meldt til barnevernet.

Inklusjonskriterier og inklusjonsprosessen som er benyttet i Norge gir mulighet til å rekruttere sårbare deltakere, men krever tett samarbeid mellom NFP-team og henvisende førstelinje. I løpet av utprøvingen har antallet henvisninger økt, tidspunkt for inkludering skjer tidligere i graviditeten, og antall sårbarhetsfaktorer blant deltagerne har økt noe. Dette tilsier at noen av de utfordringer med rekruttering som ble beskrevet i delrapport 1 og 2 har blitt løst.

Deltagerfamiliene i Norge er en mer heterogen gruppe på flere områder (som alder, geografi og sårbarhetsfaktorer) enn i andre utprøvingsland. Det er for få deltagere i utprøvingen til å dele inn i ytterligere undergrupper. Hvis deltagerfamiliene i en eventuell videreføring også er heterogen, er det lurt å undersøke eventuelle effekter av programmet i ulike undergrupper, slik man gjør i andre randomiserte effektstudier, for eksempel utprøvingen av NFP i England av Robling et al (2016). En eventuell videreføring bør ha fokus på dette allerede i planleggingsfasen, med hensyn til å få nok statistisk styrke til å avdekke eventuelle effekter av programmet om man velger å se på undergrupper.

5. Gjennomføring og levering

I dette avsnittet vil vi gi en beskrivelse av gjennomføringen av programmet og utprøvingens modelltrofasthet. Vi bruker NFP sine kjerneelementer og mål for modelltrofasthet for å vurdere om gjennomføring og levering er i tråd med programmets krav.

5.1 Tilpasninger

Antall deltagere per sykepleier har blitt noe redusert.

Antallet deltagere som hver sykepleier følger opp er noe redusert, fra 25 i USA til ca. 18 i Norge. I den norske utprøvingen var det planlagt at hver sykepleier fulgte opp 20 familier hver. Dette har blitt redusert fordi deltagerne har flere sårbarhetsfaktorer enn i andre utprøvinger og fordi sykepleierne bruker mer tid til å reise til og fra hjemmebesøk og mer tid til samarbeid med andre tjenester. Arbeidsbelastningen burde tas hensyn til i eventuell videreføring av NFP, da det er viktig at antallet familier per sykepleier er bærekraftig.

Verktøy, retningslinjer og tema-ark har blitt tilpasset de norske deltagerne og fagmiljøet.

Samspillsverktøyene som benyttes i USA er Dance² og PIPE³, hvor Dance er laget spesielt for NFP. Det internasjonale NFP-kontoret anbefalte derimot at deler av dette materialet ble erstattet med verktøy som er mer brukt i Norge, og som ifølge dem også holdt høyere kvalitet. Dance og deler av PIPE ble derfor erstattet med tre samspillsverktøy som det nasjonale fagkontoret og fagmiljøet rundt NFP i Norge kjenner og har kompetanse på (NBO⁴, Marte Meo og EAS⁵). Denne justeringen er sett på som å fremme implementeringen siden man bygger på noe man kan fra før, og den økte kompetansen hos sykepleierne i disse samspillsverktøyene er nyttig for dem og kompetanseheving i samspillsverktøy som benyttes i andre deler av norske helsetjenester må se som verdifullt både for sykepleierne selv og deres fremtidige arbeidsgivere.

5.2 Antall og tema for hjemmebesøk

Antallet gjennomførte og avlyste møter til nå indikerer at det er mulig å levere programmet og at det ser ut til å passe inn i deltagerens hverdagsliv. Familiesykepleierne registrerer informasjon om hvert hjemmebesøk i et eget skjema. Totalt har det i prosjektet Familie for første gang blitt registrert 3678 ordinære hjemmebesøk⁶.



Figur 2 Antall hjemmebesøk i graviditets- og spedbarnsfase regnet ut på grunnlag av deltakere som har gjennomført hele fasen.

² Dyadic Assessment of Naturalistic Caregiver-Child Experience

³ Partners in Parenting Education

⁴ Newborn Behavioral Observation

⁵ Emotional Availability Scale

⁶ Familiesykepleierne registrerer også all kontakt som skjer utenfor hjemmet til deltageren (for eksempel telefonkontakt), i et alternativt til hjemmebesøk-skjema. Det har vært utenfor mandatet til følgeevalueringen.

Hver familie har hatt i gjennomsnitt 8 hjemmebesøk i graviditeten, og 19 besøk i spedbarnsfasen (se figur 2). Det store flertallet (88%) av de planlagte møtene har blitt utført. Vi finner at antallet utførte hjemmebesøk ligger innenfor NFP sitt modelltrofasthetsmål om at minimum 80% av besøkene man forventer under graviditeten skal gjennomføres, og at 65% av de besøkene man legger opp til i spedbarnsfasen skal utføres. Totalt 444 avlyste hjemmebesøk er innenfor programkravene. De fleste (83%) har blitt avlyst av deltagerfamiliene og resten (17%) avlyst av sykepleiere.

Hva snakker de om i møtene?

Etter hvert møte estimerer sykepleierne hvor mye tid som er brukt på fem av de seks programområdene⁷: personlig helse, sosialt miljø, livsløp, morsrolle, og familie og venner (se side 2 for ytterligere beskrivelse av programområdene). Informasjonen brukes som tilbakemelding til hver sykepleier om potensielle områder som det burde brukes mer tid på i hjemmebesøkene med hver deltager. Sykepleiernes gjennomsnittlige tidsbruk per tema tilfredsstiller de målene som er satt i NFP (se tabell 7 og 8). For graviditetstiden, er tidsbruken per tema svært nært målene, men det er brukt noe mer tid på foreldrerollen og familie/venner. Det er generelt like mønstre i de to utprøvningsområdene (se supplementstabell 15-e og 16-f), men i Rogaland er det brukt noe mindre tid på personlig helse i graviditeten. Variasjon i tidsbruk på besøk kan tolkes som at sykepleierne er fleksible for deltagerens behov, og at programmet kan tilpasses ulike behov i graviditets- og spedbarnsfasen.

Tabell 7 Andel tid brukt på ulike tema i hjemmebesøkene i graviditetsfasen (i gjennomsnittspris, N=131)

	Personlig helse	Sosialt miljø	Livsløp	Morsrolle	Familie og venner
NFP-målet	35-40 %	7-10 %	10-15 %	23-25 %	10-15 %
Gjennomsnitt	29 %	12 %	15 %	28 %	16 %
Min-Max	(9-65 %)	(0-31 %)	(1-38 %)	(7-66 %)	(2-32 %)

Tabell 8 Andel tid brukt på ulike tema i hjemmebesøkene i spedbarnsfasen (i gjennomsnittspris, N=67)

	Personlig helse	Sosialt miljø	Livsløp	Morsrolle	Familie og venner
NFP-målet	14-20	7-10	10-15	45-50	10-15
Gjennomsnitt	17 %	10 %	12 %	46 %	16 %
Min-Max	(4-33 %)	(3-20 %)	(0-32 %)	(21-74 %)	(7-24 %)

5.4 Bruk av tolketjenester

Omtrent 19% av mødrene som deltar har annet morsmål enn skandinavisk, med en noe høyere andel i Oslo (25 %) enn i Rogaland (14%). Frem til høsten 2019 ble det benyttet tolk ved totalt 78 hjemmebesøk hos 24 familier, i graviditeten og spedbarnsfasen. Både mor og sykepleier i Norge oppgir positive erfaringer med dette i kvalitative intervju. Funn i de kvalitative intervjuene tyder på at den nære relasjonen mellom sykepleier og mor også inkluderer tolken. Dette kan være fordi samme tolk benyttes gjennom oppfølgingen. Personlig egnethet hos tolken kan også spille en rolle. Det er vanskelig å konkludere, ettersom det er få som har benyttet seg av tolk totalt og kun én familie som benyttet tolk ble intervjuet. Fremtidige utprøvinger bør evaluere dette nærmere og etterstrebe å bruke tolker som passer familiene og som kan følge familien gjennom hele oppfølgingen.

5.5 Sykepleiernes erfaring med programmet

Vi har fulgt NFP-teamene og teamlederne tett i løpet av utprøvningsprosessen for å få innsikt i deres erfaringer med den norske implementeringen. Vi har foretatt individuelle og fokusgruppeintervju, samt gitt muligheten til å rapportere direkte til oss om utfordringer underveis. Sykepleierne i NFP-teamene har høy faglig kompetanse og lang erfaring fra å jobbe med sårbare familier. De kjennetegnes i tillegg av et sterkt engasjement og personlig egnethet for å drive styrke- og relasjonsbasert oppfølging av sårbare familier i et hjemmemiljø (se også delrapport 1 s. 29-30, delrapport 2 s. 71).

⁷ I tråd med tidligere NFP-evalueringer, blir tidsbruk kun målt for de fem første programområdene. Det sjette programområdet, som er å sette familiene i kontakt med nødvendige helse- og sosialtjenester blir ikke målt i henhold til tidsbruk.

Et nyttig verktøy

Sykepleierne vurderer programmet til å være meget godt, med stort innhold og bredde som de har hatt nytte av i oppfølgingen av deltagere. Programmet betraktes som et verktøy de kan støtte seg på, heller enn en manual som legger føringer for oppfølgingen. Sykepleierne har fått opplæring i NFP i tre kursbolker, som sammenfalt med de tre fasene i programmet. De har også fått opplæring i verktøy som blant annet Pipe, NBO og Marte Meo (samspillsveiledning). De vurderer opplæringen i NFP og tilleggsverktøyene som god. Samtidig opplever de at selv om opplæringskursene har holdt høy kvalitet, har det vært satt av lite tid til selvstudie i etterkant av kurset. Å lære seg programmet skjer gjennom praksis og erfaring, og har vært en tidkrevende prosess fordi programmet er innholdsrikt og krevende. For de nye sykepleierne som har begynt i programmet i løpet av 2017 og 2018 har kollegenes opparbeidede kompetanse vært nyttig å trekke på, samt at utprøvingen har blitt mer etablert. Hovedparten av sykepleierne oppgir stor nytte av kollegastøtte og ukentlig veiledning fra teamleder, både for å utvikle egen kompetanse og håndtere oppfølgingen av deltagere på best mulig måte. De har også god nytte av månedlig teamveiledning fra en psykolog.



«Jeg slipper ikke tråden. Vi kommer inn i en sårbar tid i graviditeten, når de er sårbare. Også er vi med hele veien. Så uansett om denne kvinnen er på NAV eller på krisesenteret eller på barnevernet eller hos fastlegen, eller altså hvor som helst, så er jo vi der hele tiden. Vi følger etter dem».
NFP-sykepleier

Samarbeid viktig

Samarbeid og koordinering oppleves for sykepleierne som en viktig oppgave overfor familier med sammensatte behov, og de som trenger hjelp til å orientere seg i tjenestene. Allerede i rekrutteringsprosessen arbeidet teamene systematisk med å spre kunnskap om programmet hos alle i førstelinjen som er i kontakt med førstegangsfødende. Dette har vært en stor oppgave som har tatt lengre tid enn beregnet, men rekrutteringen går nå i et passelig tempo, og henvisningene er relevante. Sykepleierne har også etablert samarbeidsrelasjoner med særlig helsestasjonen og barnevernet, fordi familiene ofte benytter flere tjenester. Sykepleiernes fleksibilitet og oppmerksomhet for deltagerens behov og ressurser, gjør at samarbeidene de etablerer fungerer godt.

Utfordringer førte til tettere samarbeid

Det dukker likevel opp noen utfordringer. At tjenestene ikke deler journaler gjør det vanskelig å dele informasjon om oppfølging av familiene. Samtidig har dette løst seg ved at man utveksler noe informasjon mellom de fagpersonene som følger opp deltagerne, og kan avklare en fordeling av arbeidsoppgaver rundt familien. Sykepleierne virker å ha en fått en bedre balanse i arbeidshverdagen og opplever større mestring i løpet av utprøvingen.

Stor arbeidsbelastning

I oppstarten i 2016 og 2017 var arbeidsbelastningen i programmet stor. Teamlederne jobbet med å spre kunnskap om NFP og rekruttere deltagere, i tillegg til at sykepleierne skulle ha opplæring, etablere samarbeidsrelasjoner med helsestasjoner og barnevern, og å følge opp deltagere. Etter hvert som programmet har blitt bedre kjent, har rekrutterings- og samarbeidsoppgavene blitt enklere. Noen sykepleiere opplevde at de det første året hadde for høy frekvens i oppfølgingen, og fikk en veldig tett relasjon til deltagerne. Etter hvert som de fikk mer erfaring og flere deltagere har det vært lettere å finne en balanse i relasjonen, i antall besøk, og riktige vurderinger av deltagerens behov.



«Det hjelper litt å ha bil, for da spiser jeg bare i bilen, og kan sitte der og gjøre kontorarbeid innimellom. Men så kan jeg nesten bare være en time hos hver [familie]. Men jeg er blitt ganske god på at det går greit, hos noen av dem går det fint, og en time holder. Men plutselig er det: kan du hjelpe meg med ett eller annet, sånn på slutten. Tre stykker hver dag går liksom ikke, for da sitter jeg jo et par timer over på ettermiddagen med journalføring».
NFP-sykepleier

Sykepleierne har fremdeles en hektisk arbeidshverdag. Det går med mye tid til reising ved hjemmebesøkene, og for hvert hjemmebesøk er det forberedelser i forkant og journalføring i etterkant. Samarbeid med andre tjenester utgjør også en stor oppgave innenfor oppfølgingsarbeidet. Mange av deltagerne har komplekse problemer der flere tjenester er involvert. Sykepleierne kan eksempelvis bruke tid på å være med deltagerne i møter med NAV og kommunen, som bidrar til arbeidsmengden i den norske utprøvingen.



*«Jeg har en deltager som er veldig alvorlig psykisk syk. Og da plutselig ryker det dager, ikke sant, fordi det er bare å få inn alt som skal inn av psykiatere, vurdere hvilken hjelp som trengs, stå ved henne, helt til jeg kjenner at det ordner seg. Det blir helt massivt – så da ryker jo alt annet av avtaler du har satt opp. Det er en uforutsigbarhet i arbeidet, ved at vi har muligheten til å være så fleksible. Men for å lykkes her, så krever det at du står der når alt ryker»
NFP-sykepleier*

Noen av styrkene til NFP virker å være at programmet er lett å tilpasse til ulike familiers behov, og favner bredden i deltagerens behov. Sykepleierne er for eksempel fleksible for deltagerne når det gjelder å lage og avlyse avtaler, og kan også være tilgjengelige på telefon eller melding, i kvelder og helger. Dette er en styrke for familien og forholdet mellom sykepleier og mødre, og kan øke implementeringskvaliteten ved at møtene i større grad utføres. Samtidig kan det være en utfordring for sykepleierens arbeidsbelastning. Sykepleierne understreker dog at det ikke er *oppfølgingen* av deltagerne som oppleves som utfordrende, men papirarbeidet og koordineringen av samarbeid rundt familien.

Omkostninger ved at sykepleiere slutter

Sykepleierens relasjon til familien gjør at de vanskelig kan erstattes hvis de slutter. Kostnadene ved at sykepleiere blir sykmeldt eller slutter vil være store på grunn av den tiden det tar å opparbeide nødvendig kompetanse, og vil også medføre frafall blant familiene. Arbeidsbelastningen i oppstartsfasen har vært stor, selv for et svært kompetent og engasjert personale. Sykepleierne beskriver en arbeidshverdag med mange stressmomenter og stort ansvar. I løpet av utprøvingen valgte halvparten av sykepleierne å slutte. Det har ikke vært en del av denne sluttrapporten å undersøke årsaker til dette, men tallet tilsier at det å sikre en bærekraftig arbeidsbelastning er essensielt i en eventuell videreføring. Fremtidig forskning bør også rette oppmerksomhet mot hva som gjør at sykepleierne blir eller slutter i programmet.

Hvorfor mer tidkrevende i Norge?

Det er noen elementer ved utprøvingen i Norge som bidrar til en høyere arbeidsbelastning. Eksempelvis, har alle deltagerne flere sårbarhetsfaktorer. Dette kan bidra til at arbeidsbelastningen hos sykepleierne blir større enn i land der utvalget er bestemt av en øvre aldersgrense for gravide mødre. Når risikobelastningen/sårbarhetsbildet er komplekst, innebærer det også tidkrevende samarbeid og koordinering av ulike tjenester rundt deltageren, hvilket bidrar til å øke arbeidsbelastningen.

Unik posisjon til å hjelpe familien

Alt i alt, opplever sykepleierne at de kommer i en unik posisjon til å hjelpe familiene, ved at det dannes en sterk relasjon og allianse i løpet av oppfølgingen. Sykepleieren kommer tettere på familiene enn andre tjenester, og får solid innsikt i deres styrker og utfordringer. Dette gir dem mulighet til å jobbe grunnleggende og styrkebasert med ulike utfordringer i familiens liv, over tid. Sykepleierne opplever at programmet har høy kvalitet, og at de har fått god opplæring. Programmet er bredt og omfattende, og det har tatt tid å få kjennskap og erfaring i alle delene.

6. Samarbeid med andre tjenester – organisering, behov og aksept

Samarbeid med andre instanser, både på nasjonalt, lokalt og familienivå er en essensiell del av NFP-programmet. Vi har derfor i løpet av utprøvsperioden intervjuet representanter fra kommunene og bydelene som har deltatt i NFP-rådene, samt ansatte fra barnevernet, helsestasjonene og NAV for å inkludere deres opplevelse av samspillet med NFP.

6.1 Parallell eller overlappende tjenestebruk

Både intervjudata med sykepleierne og deltagerne, samt tallmaterialet fra hjemmebesøkene viser at deltagerfamiliene i stor grad bruker ulike tjenester som kunne vært overlappende med NFP. Totalt 80 ganger har enten mor eller barn mottatt psykisk helsetjenester⁸, og 266 ganger har de brukt andre mulig overlappende tjenester⁹. Det at programmet ikke vurderes som overlappende med andre tjenester er derfor en pekepinn på at det fungerer i settingen. Bruken av tjenester kan tyde på at målgruppen av familier har behov for å benytte flere tjenester parallelt.

6.2 Kommunene og bydelenes erfaringer med NFP

En fremtredende begrensning ved den norske utprøvingen av NFP er at det ikke er blitt testet hvilke utfordringer, fordeler eller ulemper en kommunal organisering av programmet ville ha innebåret. Det var opprinnelig planlagt å ha sykepleierne kommunalt ansatt. Kommunale rutiner for utlysninger og ansettelse var tidkrevende, og man ble nødt til å ansette sykepleierne i RBUP for å få startet utprøvingen innen tidsrammen. Teamene ble organisert som en egen enhet utenfor helsestasjonene. Kommunene og bydelene som søkte om å få NFP-utprøvingen hadde en forventning om at NFP-programmet ville styrke helsestasjonstjenesten med kunnskapspåfyll og ekstra bemanning. Denne forventningen ble ikke innfridd. Fordeler og ulemper med kommunal organisering er beskrevet og diskutert mer utførlig i Sintefs rapport om videre organisering av NFP (Lippestad et al. 2018, s. 35-38).

Diskusjoner rundt bruk av lisensierte programmer

Det er forskjellige oppfatninger rundt bruk av manual- og lisensbaserte programmer i deltagerkommunene. For flertallet er programlisensens klare krav og begrensning for gjennomføring en viktig kvalitetssikring, som også innebærer en viktig kompetanseheving. For andre gjør lisenskravene programmet strengt og lite fleksibelt, ved at det ikke er mulig å inkludere deltagere etter graviditetsuke 28, eller andregangsfødende. De ulike oppfatningene av programmet er knyttet til større diskusjoner om hvorvidt man ønsker en generell styrking av det kommunale tilbudet, eller behovsprøving og målrettet innsats mot noen grupper.

De fleste kommunene/bydelene opplever at NFP har vært et viktig tilbud med stor faglig kvalitet, som de ønsker å videreføre. Kommunene erfarer at NFP tilbyr en type hjelp som komplementerer den fra helsestasjonen og barnevernet. Ved å bruke NFP fanger kommunene nå opp en sårbar gruppe førstegangsfødende, og de har et tilbud å henvise dem til. Samtidig vil kommunal finansiering av en videreføring av NFP gå på bekostning av andre tjenester, som konsultasjoner på helsestasjonen og bemanning i barnevernet. Kommunene fordrer statlig økonomisk øremerking hvis de skal kunne videreføre NFP.

Bør lokale NFP-råd videreføres?

I tråd med programkravene ble det etablert NFP-råd med representanter fra ulike tjenester i bydelene/kommunene. Rådet har bidratt til at samarbeidet rundt NFP har fungert godt, på tvers av kommune/bydeler, tjenester og profesjoner. Ordningen med NFP-råd var viktig i begynnelsen fordi det bidro til å spre kunnskap om NFP ut i tjenestene, og var en ressurs i å rekruttere deltagere. Etterhvert som NFP har blitt kjent og etablert, er det ikke lenger åpenbart hvilken funksjon rådet fyller. I en videreføring av NFP i den kommunale tjenesten kan det være hensiktsmessig at NFP inngår i

⁸ Blant annet støttegrupper, psykisk helsetjenester, og krisesentre, men ikke DPS, fastlege og lignende.

⁹ Blant annet graviditetskurs, spedbarnsutvikling, familieressursprogram, flerkulturelle støttetjenester, foreldreprogram, offentlige tjenester for barn fra barnevern, rådgivning for røyk, alkohol, rus og spilleavhengighet, omsorgsbolig, livsferdigheter og amnehjelp.

kommunens eksisterende styringslinjer, og at rådet kan videreføres som et samarbeidsforum for nabokommuner som deler på et NFP-team.

6.3 Barnevernets erfaringer med NFP

Samarbeidet med barnevernet synes å ha utviklet seg positivt i løpet av utprøvsperioden. NFP-teamene mottar veiledninger fra en barnevernsfaglig konsulent hver måned, hvor de drøfter saker og løfter frem bekymringer og vurderinger. De anslår at de samarbeider med barnevernet om 30-40 % av familiene. Der NFP-teamet er involvert i familiene kan dette virke avlastende for barnevernet, og i noen tilfeller kan sykepleieren være tilstrekkelig oppfølging i en familie. Samarbeidet kan også innebære at de drar på felles besøk til familien, eller koordinerer oppfølgingen av en familie slik at NFP kan overta noen av oppgavene barnevernet ellers ville gjort. Hvis barnevernet ser at det er nødvendig å sette inn flere tiltak, har sykepleieren mye kunnskap om familiens behov, og bidrar til at man kan sette inn riktige tiltak raskere. I intervjuene med deltagerne fremstår det som at den gode relasjonen til sykepleier kan være viktig for at familiene ønsker å samarbeide med barnevernet, og at tilliten til sykepleier kan overføres til barnevernet. Slik kan barnevernet få muligheten til å gå inn i mer positive samarbeidsrelasjoner med familiene de følger opp.

Har vært utfordringer

På tross av generelt positive erfaringer og godt samspill i dag, har det dukket opp noen utfordringer underveis. Barnevernet i Oslo og Rogaland erfarer for eksempel at det har tatt tid å få kunnskap om hva NFP er: innholdet i programmet, hvordan sykepleierne jobber, hvordan ansvarsfordelingen er, og hvordan man best kan samarbeide. Dette skyldes antageligvis at programmet er bredt og innholdsrikt, og at det også har tatt tid for NFP-teamene å opparbeide seg nok oversikt over og kunnskap om de ulike delene til at de kan dele informasjonen.



Som system klarer vi å tilpasse oss og tilrettelegge sånn at det ikke blir mye av det samme. Det krever jo litt av oss, men jeg synes at vi med koordineringsmøter og treff klarer å få dette godt til. Vi har samme målgruppe, det er viktig å vite hvordan vi utfyller hverandre, at vi som system tenker i lag.

– Barnevern Rogaland

I starten av prosjektet var barnevernet bekymret for om sykepleierne ville benytte meldeplikten. Dette viste seg ikke å bli en utfordring, da barnevernet opplever at sykepleierne tar meldeplikten på alvor, og de melder fra til barnevernet om familier der det er risiko for omsorgssvikt, selv om det kan bety at familiene ikke lenger ønsker å fortsette i programmet.

Barnevernet opplever at sykepleierne tilbyr praktisk og emosjonell støtte, med et tydelig fokus på deltagerens ressurser og en terapeutisk relasjon mellom sykepleieren og deltageren. De har også erfart at sykepleierne i løpet av utprøvingen har fått mer kunnskap om hvordan barnevernet jobber, og at dette har vært viktig for samarbeidet. Barnevernet opplever NFP-teamet som lett tilgjengelige og samarbeidsorienterte, med god oversikt over situasjonen i familiene.

Sannsynligvis med på å forebygge omsorgsovertagelse

NFP-teamet i Oslo mener de kan ha bidratt til å forebygge omsorgsovertagelse i 6-12 familier. Begge NFP-teamene synes det er utfordrende å gi anslag om antallet omsorgsovertakelser som er forebygget, eller trekke frem konkrete tilfeller. Både fordi forebygging er vanskelig å måle, og fordi NFP-teamene jobber tett sammen med andre instanser. Det vil alltid være flere årsaker til at familier lykkes med å gi god omsorg. NFP-teamenes bidrag til bedre flyt i oppfølgingen av familiene gjennom innsatskoordinering, fleksibilitet med hensyn til antall besøk, tettheten i oppfølgingen, og at de kommer inn allerede i graviditeten, vil sannsynligvis være med på å forebygge omsorgsovertagelse. I delrapport to (s. 26-27) ble det rapportert om to tilfeller der NFP har bidratt til å forebygge omsorgsovertagelse. Her var tidlig og tett innsats avgjørende.

6.4 Helsestasjonenes erfaring med NFP

Helsestasjonene er jevnt over positive til NFP og liker at det er et tilbud som ikke overlapper med det vanlige tilbudet til familier. Helsestasjonen opplever at NFP holder høy faglig kvalitet. Helsestasjonen opplever at NFP er et tilbud helsestasjonen ikke klarer å levere selv, med hensyn til omfang av oppfølging, tid til å opparbeide en terapeutisk relasjon, og et tydelig styrkefokus. Likevel oppfattes ikke NFP som å gi en avlastning av helsestasjonens oppgaver, selv om deltagerne mottar vanlig oppfølging fra helsestasjonen.

Et tilbud gjør det lettere å finne de sårbare familiene

NFP kan ha gjort det enklere for andre tjenester å finne familiene med ekstra behov. Helsestasjonene opplever at det er lettere å få øye på de sårbare familiene nå som de har et tilbud til dem utover litt ekstra oppfølging fra helsestasjonen. Når man har et tilbud til denne gruppen, får man i større grad øye på dem, og det blir mulig å sette inn tidlig innsats som kan sikre mors psykiske og fysiske helse, omsorg for barn og forebygge fremtidig omsorgssvikt.

Stadig bedre samarbeid

Samarbeidet med helsestasjonene har utviklet seg positivt i løpet av utprøvsperioden. I løpet av prosessen har helsestasjonene vært en viktig arena for rekruttering til programmet. I utprøvingen i Oslo var det utfordrende i starten, fordi jordmødrene har hatt lite kapasitet generelt. Dette har gradvis gått bedre. Teamlederne i NFP forteller at henvisningene fra helsestasjonene er relevante, noe som tyder på at jordmødrene på helsestasjonene har god oversikt over inklusjonskriteriene. I oppstarten var det utfordringer i ansvarsdelingen rundt familier, men flere slike samarbeidsproblemer har blitt oppdaget og løst i løpet av utprøvingen. Det har også vært utfordringer knyttet til at NFP og de kommunale tjenestene ikke har tilgang på hverandres journalsystem, slik at det er utfordringer knyttet til å utveksle informasjon og koordinere oppfølging av deltagerne. Selv om mange samarbeidsutfordringer har blitt løst i utprøvingen, burde en eventuell videreføring undersøke om det er mulig å forbedre koordinering og informasjonsdeling.

Etterspør mer kunnskapsdeling

Både helsestasjonene og barnevernet mener at selv om de har etablert et fint samarbeid om NFP, opplever de at NFP-teamet har mye kunnskap som vil være svært nyttig å dele med de ansatte på helsestasjonen og i barnevernet. Det finnes et potensiale til å spre kunnskapen fra programmet videre, slik at det kan ha nytte også for familier som ikke blir en del av programmet.

7. Potensiell effekt for familier i Norge

7.1 Mødres mestringsfølelse og psykiske helse

Fra graviditet til 12 måneder etter fødsel har sykepleierne skåret mødrene på psykiske helsevansker, det vil si angst- og depresjonssymptom, og mestringsfølelse.

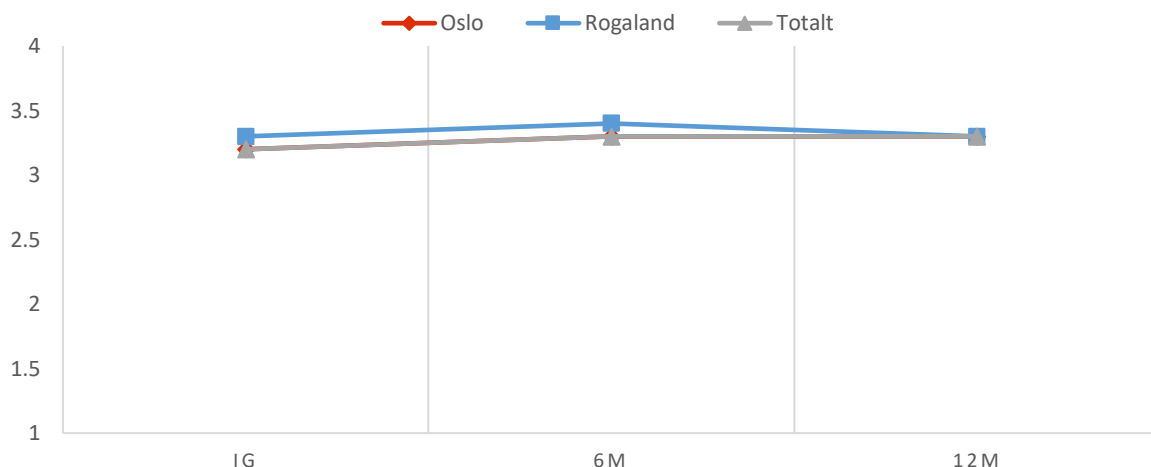
Lite endring i mestringsfølelse

Vi finner ingen betydelig endring i mestringsfølelse fra graviditet til 12 måneder etter fødsel, hverken i Oslo, Rogaland eller totalt i hele utvalget. Se figur 2 for mødrenes gjennomsnittsverdier på mestringsfølelse ved hjemmebesøk tidlig i graviditet (IG), 6 måneder (6M) og 12 måneder etter fødsel (12M). Det er få som har svart på samtlige av disse tidspunktene, og vi finner få deltagere i gruppen med veldig lav grad av mestringssevne, så funnene må tolkes varsomt. Det kan spekuleres i om det er vanskelig å måle endringer i generell mestringsfølelse, og at det må en veldig stor effekt til for å fange opp disse endringene. Det er for eksempel mulig at et mål på mestringssevne av foreldrerollen (eller andre spesifikke livsområder) i større grad hadde fanget opp positiv endring. Det er også mulig at mestringsfølelsen ikke kommer før senere, når mødrene i større grad starter i arbeid og barna er blitt større.

Mestringsfølelse



Mestringsfølelse blir målt med «Sense of Mastery scale» (Pearlin & Schoolers, 1978), med syv spørsmål. Deltagerne blir spurt i hvor stor grad de er enig med ulike utsagn som «Jeg kan klare nesten alt, hvis jeg bare går inn for det», på en skala fra 1 «Veldig uenig» til 4 «Veldig enig». Høyere skår indikerer høyere mestringssevne, og en totalskår lavere enn 20 blir sett på som å ha lav mestringssevne.



Figur 3 Mødres mestringsfølelse i graviditeten, ved 6 måneder og ved 12 måneder etter fødsel (n=24)

Nedgang i angst- og depresjonssymptom

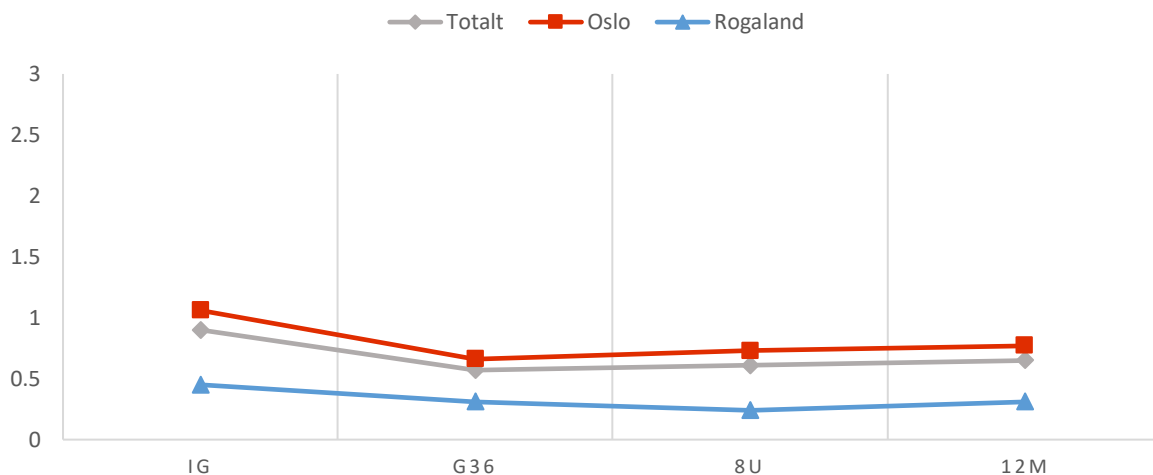
Både angst- og depresjonssymptom går nedover i løpet av denne perioden, med lignende mønster i Oslo og i Rogaland. Se figur 3-4 for mødrenes gjennomsnittsverdier på depresjon- og angstsymptom ved hjemmebesøk tidlig i graviditet (IG), graviditetsuke 36 (G36), 8 uker (8U) og 12 måneder etter fødsel (12M). Det er få som har svart på alle disse tidspunktene, og vi finner få deltagere i gruppen med alvorlig angst- eller depresjonsnivå. Likevel er dette en signifikant og positiv utvikling¹⁰. Dersom programmet videreføres i Norge, vil det være viktig å sammenligne mødre i programmet med en kontrollgruppe, for å teste om programmet gir et vesentlig bidrag til redusering av psykisk helsevansker sammenlignet med et vanlig tjenestetilbud.

¹⁰Endringene er signifikantestet i enkle regresjonsmodeller, og blitt funnet å være statistisk signifikante ($p < 0.5$). At en endring er statistisk signifikant betyr at vi med stor sikkerhet kan si at endringen ikke skyldes tilfeldigheter i utvalgene. Dette betyr ikke at endringene nødvendigvis er store.

Angstsymptom



Angstsymptom blir målt med «The Generalized Anxiety Disorder 7-item scale» (GAD-7) (Kroenke et al., 2007). Deltagerne blir spurt om hvor mange ganger de har blitt plaget av syv ulike symptom de siste to ukene, med fire responskategorier fra 0 til 3 («ikke i det hele tatt», «flere dager», «over halvparten av dagene», og «nesten hver dag»). Høy skår indikerer høye nivå av angstsymptom.

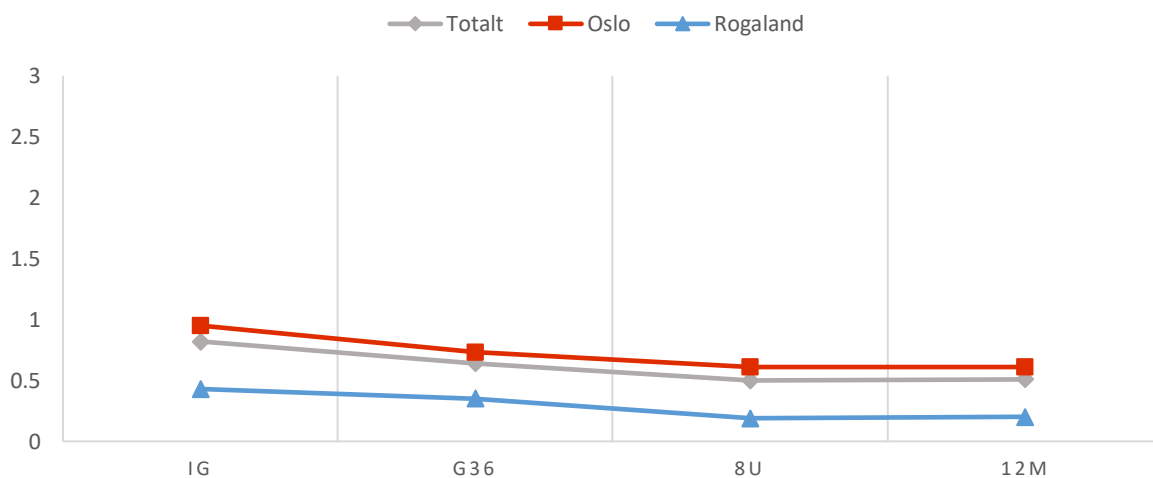


Figur 4 Mødres angstsymptom i graviditeten, ved 6 måneder og ved 12 måneder etter fødsel (n=24)

Depresjonssymptom



Depresjonssymptom blir målt med «the Patient Health Questionnaire» (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001). Deltagerne blir spurt om hvor mange ganger de har blitt plaget av ni ulike symptom de siste to ukene, med fire responskategorier fra 0 til 3 («ikke i det hele tatt», «flere dager», «over halvparten av dagene», og «nesten hver dag»). Høy skår indikerer høye nivå av depresjonssymptom.



Figur 5 Mødres depresjonssymptom i graviditeten, ved 6 måneder og ved 12 måneder etter fødsel (n=24)

7.2 Graviditetsutfall og prenatal helse

Andelen (5%) som er født før utgangen av uke 37 (det vil si definert som «prematuro») er på et noe lavere nivå enn det nasjonale gjennomsnittet (7.5%) (NHI, 2019). Andelen med lav fødselsvekt (<2500g) er høyere hos deltagerfamiliene (8%) enn det nasjonale gjennomsnittet (4%) (FHI, 2017). Totalt antall spedbarn som har vært innlagt på nyfødtavdeling eller -intensiv er 24 (av totalt 132 fullførte graviditeter), men på grunn av manglende kontrollgruppe er det vanskelig å fastslå om dette er høyere eller lavere enn normalt. Tidligere studier om amming har avdekket at andelen fullammende i barselperioden i gjennomsnitt ligger på 80-94 % (Lande og Helleve 2014). Andelen fullammende i NFP-utvalget er betydelig lavere enn dette. Omtrent halvparten (57%) fullammer barnet i de første ukene etter fødselen, og omtrent en av syv (12%) fullammer barnet når det er 6 måneder gammelt.

Mange oppgir å ha brukt morsmelkerstatning i tillegg til amming i den første tiden på sykehuset, eller ved flaskemating på natten. Ved 6 måneder har 94% ammet barnet eller gitt barnet morsmelk på flaske, og omtrent halvparten (46%) ammer barnet delvis. For å kunne vurdere hvorvidt NFP kan ha en positiv effekt på amming bør fremtidige studier se på tall for full- og delamming utover i spedbarnsfasen sammenlignet med en kontrollgruppe.

Se supplementstabell 18-h for graviditetsutfall i de to utprøvningsområdene og totalt. Det er vanskelig å trekke konklusjoner fordi det er kun tallmateriale fra 64 familier, og vi har ikke en kontrollgruppe. Forekomsten som vises i denne tabellen, kan derfor endres når flere deltagere i utprøvingen har gjennomgått programmet.

7.3 Engasjement, forståelse og aksept hos deltagerne

Sykepleierne skårer mødrenes og fedrenes engasjement, forståelse og aksept på en skala fra 1 til 5 ved hvert hjemmebesøk. Vi har sett på gjennomsnittsverdier i løpet av graviditets og spedbarnsfasen (se tabell 9 - 10). Jevnt over, skårer både mødrene og fedrene over middels (4) til høyt (5) på engasjement, forståelse og aksept. Det er veldig få som skårer under middels på disse estimatene. Det er like mønstre ved de to utprøvningsområdene (se supplementstabell 17-g). Dette indikerer en generell positiv opplevelse av hjemmebesøksmøtene, og programmet blir godt mottatt av familier i Norge.

Dette indikerer også at fedrene som velger å delta er engasjert i, aksepterer og forstår NFP. Utover i både graviditets- og spedbarnsfasen deltar stadig færre fedre på møter. De er med i starten, men ikke etter møte 11. Dette kan indikere at fedrene, selv om de er positive til programmet, ikke anser programmet som rettet mot dem (Ferguson og Gates 2015) eller at de er forhindret fra å delta på hjemmebesøkene på grunn av arbeid. Dette tallmaterialet er basert på de som har deltatt i hjemmebesøkene til nå, og en eventuell videre oppfølging burde også følge opp de fedrene som velger å ikke delta på besøkene.

Tabell 9 Mødres engasjement, forståelse og aksept på møtene i graviditet og spedbarnsfasen*

		Engasjement	Forståelse	Aksept
	N	Gjennsnitt (maks-min)	Gjennsnitt (maks-min)	Gjennsnitt (maks-min)
Graviditet				
Møte 1-10	132	4.5 (2.33-5)	4.4 (2.5-5)	4.6 (2.5-5)
Møte 11-28	36	4.5 (2-5)	4.3 (2-5)	4.4 (2-5)
Spedbarnsfasen				
Møte 1-10	65	4.6 (3.1-5)	4.4 (2.9-5)	4.5 (3.4-5)
Møte 11-20	65	4.6 (3.4-5)	4.4 (3.4-5)	4.6 (3.4-5)
Møte 20-32	39	4.6 (3.3-5)	4.4 (3.3-5)	4.6 (3.4-5)

* Skåres 1 «Lav», 2 «Under middels», 3 «middels», 4 «over middels», og 5 «høy».

Tabell 10 Fedres engasjement, forståelse og aksept på møtene i graviditet og spedbarnsfasen*

		Engasjement	Forståelse	Aksept
	N	Gjennsnitt (maks-min)	Gjennsnitt (maks-min)	Gjennsnitt (maks-min)
Graviditet				
Møte 1-10	74	4.3 (1-5)	4.3 (1-5)	4.5 (1-5)
Møte 11-28	12	4.3 (3-5)	4 (3-5)	4.5 (3.7-5)
Spedbarnsfasen				
Møte 1-10	46	4.3 (2-5)	4.3 (2-5)	4.3 (2-5)
Møte 11-20	41	4.3 (2-5)	4.2 (2-5)	4.3 (2-5)
Møte 20-32	16	4.3 (2-5)	4.4 (1.7-5)	4.4 (2.7-5)

* Skåres 1 «Lav», 2 «Under middels», 3 «middels», 4 «over middels», og 5 «høy».

7.4 Deltagernes erfaringer med programmet

Vi har intervjuet 25 familier med ulik alder, bakgrunn og utfordringer. I denne rapporten har vi valgt å trekke frem elementer som var gjennomgående hos familiene vi intervjuet. Vi ser at deltagerne har en positiv erfaring med å delta i programmet, men det er noe variasjon i hvor betydningsfull oppfølgingen har vært blant deltagerne. For noen har det vært en positiv støtte i en utfordrende tid, hvor de har fått nyttig kunnskap om barn og samspill, hyggelige besøk og god støtte. For andre har det vært avgjørende hjelp i en vanskelig fase av livet, der relasjonen til sykepleier har vært betydningsfull for deres psykiske helse og velbefinnende, og for at de har mestret omsorgsansvaret for barnet.

Modellen med hjemmebesøk gir deltagerne opplevelsen av at programmet tilpasses deres timeplan. Innholdet i programmet følger deres behov og ønsker. Dette bidrar til at de i liten grad har vurdert å slutte i programmet, fordi det er relevant for deres behov, og det er enkelt å innpasse det i livet. Noen har vært usikre på hvordan de skal skape tid til besøk når de går tilbake i arbeid etter foreldrepermisjonen og ikke lenger er hjemme på dagtid. De fleste anslår at de vil skape tid til besøk likevel.



«Jeg var veldig redd for at jeg skulle gjøre de samme feilene som min familie... Hadde veldig lyst til å bryte en ond sirkel. Det som har vært ganske fint, det var å føle at jeg virkelig ble tatt vare på, at det er en forlengelse av helsetjenesten som bare har vært forebyggende og støttende. Og jeg hadde ikke vært så god mor eller vært så frisk hvis jeg ikke hadde hatt «Familie for første gang».
Deltager, NFP

Alle deltagerne trekker frem betydningen av relasjonen til sykepleieren, som har vært viktig for å skape trygghet for dem i en sårbar fase av livet. Deltagerne beskriver gjerne «sin» sykepleier som unik, med en egen evne til å se dem og barnet. Sykepleieren er tålmodig, veldig trygg og har forståelse for deres livssituasjon. Sykepleierne er en viktig kilde til kunnskap om barnas utvikling og behov, og gir deltagerne gode omsorgsstrategier. Selv om sykepleieren er kunnskapsrik, er hun ikke belærende, og man kan stole på rådene hennes. Deltagere som byttet sykepleier underveis i programmet opplevde at de fikk god oppfølging av en ny sykepleier, men at den unike relasjonen de hadde hatt til den første sykepleieren ikke kunne erstattes.

Mangler nettverk

Familiene vi har intervjuet har ulik grad av sårbarhet, men flere mangler nettverk og sosial støtte. Da blir relasjonen til sykepleieren særlig viktig. Mange har selv hatt en vanskelig oppvekst med manglende foreldremodellering, og opplever at sykepleieren kan fylle rollen en forelder eller venn ville hatt i støtte, veiledning og hjelp i foreldreskapet og hverdagsliv.

Støtten fra sykepleier dekker de fleste områder i deltagerens liv. Hun hjelper dem å mestre foreldrerollen, se og forstå barnets behov, og gir fremgangsmåter for å sikre barnets sunne utvikling. Hun hjelper deltagerne med parrelasjonen, og å håndtere konflikter i parforholdet som kan være skadelige for foreldre og barn. Hun hjelper deltagerne med relasjoner til familie og venner, og å kunne trekke på støtten i disse relasjonene i omsorgen for barnet. Sykepleieren hjelper deltageren å tenke og planlegge rundt økonomi, inntekt og bolig. Dette er både på kort sikt, som å sikre en god bolig når barnet er født, til langsiktige planer for arbeid og utdanning. Sykepleieren hjelper også deltagerne med fysiske og psykiske helseutfordringer, ved å være en som bryr seg, lytter og veileder familiene til riktig helsehjelp.



«Måten vi får kontakten med [sykepleier]... Hun er fantastisk. Hun virker mer som en koselig sykepleier enn en kommuneansatt. [Sykepleier] har gjort meg veldig mye tryggere på barnevernet og, så hun har faktisk hjulpet meg på vei der. Det er første gang jeg har kunne si noe positivt om barnevernet. Og mye av det er takket være NFP, som faktisk har vist det, at de kan hjelpe oss gjennom dette her».
Deltager, NFP

Tillit skaper tillit

Tilliten til sykepleieren er viktig for å skape tillit til andre deler av tjenestene, som barnevernet, NAV og helsestasjonen. Ved å ha en trygg relasjon til sykepleieren, forteller flere deltagere at de synes det har vært lettere å finne frem til og å motta hjelp fra barnevernet, helsestasjon, psykolog eller NAV. Deltagerne opplever ikke at NFP overlapper med andre tjenester. Selv om de får kunnskap om barnets utvikling på helsestasjonen, opplever familiene at kunnskapen de får fra NFP-sykepleieren er mye mer detaljert og omfattende, og tilpasset dem som familie. Familiene som også får støtte fra barnevernet, opplever NFP som støttende og tryggende, mens barnevernet i større grad oppleves å ha en kontrollfunksjon. Den tette relasjonen til sykepleieren og den høye tilliten gjør også at NFP ikke ligner på annen oppfølging familiene mottar. Familiene deltar både som individer og som par. I utgangspunktet er det mødre som blir inkludert i programmet, men oppfølgingen kan også inkludere fedrene. Noen kvinner som har partner mottar hjemmebesøk uten at partner er tilstede. Dette kan være fordi partner er i arbeid, eller er lite engasjert i sykepleierens besøk. Mor kan også oppleve at det er «hennes» sykepleier, og ønsker ikke at far er tilstede. I andre familier er det paret som deltar, og besøkene planlegges slik at far kan være tilstede. I noen familier er det far som er den mest sårbare forelderen, og paret er inkludert med grunnlag i både mors og fars utfordringer. Her får også far mest støtte og hjelp fra sykepleieren. Noen fedre opplever det som rart at de ikke inkluderes i datainnsamlingen og «scoringene» i programmet på lik linje med mor, for eksempel filming og scoring av samspill, selv om mor og far er likestilte omsorgspersoner. Samtidig opplever fedrene at sykepleieren klarer å inkludere dem på en god måte i de andre delene av oppfølgingen.

Få deltagere har nærmet seg avslutningen av programmet ved intervjudtidspunkt. Noen av de som mangler sosial støtte og nettverk forteller at det kan bli vanskelig å være uten sykepleier. De fleste tenker at det skal være greit å avslutte, og at de vil være over den mest utfordrende fasen når barnet er over to år. De opplever også at de har lært mye av å ha vært med i programmet, som de vil ta med seg videre. Dette indikerer at den gradvise nedtrappingen av besøkene gjør at avslutningen ikke oppleves som brå.



«[NFP] har fått meg til å bli trygg etter at det har gått så lang tid. Både det at du får en person som du stoler på og du kan prate med. Tar jo tid å bygge tillit. Ja, jeg kan ikke forestille meg hvordan det ville vært ellers. For det er jo å få rydda opp i tingene... Og at jeg har «bondet» med [barnet], at [barnet] har blitt så trygg... Ja, det hadde [barnet] ikke nødvendigvis blitt hvis jeg hadde gått rundt med angst hele tiden, og ikke fått noe hjelp, og ikke hatt det bra».
Deltager, NFP

Kan endre liv

Ut fra familienes erfaringer, ser vi at NFP har potensiale til å påvirke og endre familienes liv. Både intervjuene med deltagerne selv og sykepleierens rapportering av engasjement, forståelse og aksept tyder på at dette er et program som blir positivt mottatt av deltagerne selv, noe som er viktig for at man skal implementere et program i en ny kontekst.

Uprøvingen synes å klare å levere støtte på de seks hovedområdene i NFP: Foreldrenes personlige helse, hjemmemiljø, livssituasjon, foreldrerolle, familie og venner, og helse- og sosialtjenester. Programmet virker også å være mulig å tilpasse til deltagere med ulike oppfølgingsbehov. Deltagerne viser stor aksept av programmet, særlig er relasjonen til sykepleieren sentral. Frekvensen i antall hjemmebesøk og den høye faglige kvaliteten på oppfølgingen er også viktig for deltagerens aksept av programmet.

8. Gjennomførbarhet, egnethet og modelltrofasthet

Fast, men fleksibelt

NFP er i stor grad implementert som planlagt i Norge, og tilpasninger i rekruttering, målgruppe og samspillverktøy virker å være vellykket. Det fremmer implementeringen, aksepten og den opplevde nytten at NFP er evidensbasert med kriterier og retningslinjer som må følges, men at programmet samtidig er fleksibelt nok til at man kan tilpasse programmet på flere nivå (retningslinjer, individ, sykepleiere og system). Programmets mange kriterier, verktøy og retningslinjer som skal følges, ble sett på som utfordringer i oppstarten av utprøvingen, både for sykepleiernes arbeidsmengde og diskrepansen med norske retningslinjer. Dette ble derimot sett på som styrker senere i prosessen, og det ble enklere å utøve programmet etter hvert som sykepleierne ble fortrolige med fleksibiliteten i NFP.

Følger de fleste programkrav

Implementeringen i Norge utføres hovedsakelig i tråd med programkravene: 1) Deltagelse i programmet er frivillig; 2) Bare førstegangsmødre kan inkluderes; 3) Tilstrekkelig antall sårbarhetskriterier blant inkluderte deltagere; 4) 100 % rekruttert innen graviditetsuke 28 og 5) 60% av klientene skal være rekruttert før den 17 graviditetsuken har startet. Utprøvingen har i hovedsak lyktes med å nå de tre første kravene. Utprøvingen nærmer seg også programkrav 4, med 96 % rekruttert innen uke 28, og programkrav 5, der antallet inkluderte før uke 17 har økt fra 35 % i 2018 til 45 % i 2019. Sykepleierne leverer tilstrekkelig antall hjemmebesøk i henhold til programkravene, og dekker opp temaene innenfor de seks programområdene.

Rekruttering fungerer stadig bedre

To-stegsmodellen for rekruttering synes å fungere godt i Norge. Programmet har hatt utfordringer med rekruttering i oppstartsfasen. Årsakene til dette var flere, både at antallet fødsler i utprøvsområdet har vært for lavt, og at det har tatt tid å spre kunnskap om programmet i førstelinjen som henviser deltagere. I løpet av utprøvingen har programmet blitt kjent i tjenestene, og rekrutteringen går nå i et tilstrekkelig tempo.

Fanger opp og følger opp sårbare familier

Det er høy aksept og engasjement blant deltagerne. Programmet virker å være godt egnet til å fange opp og følge opp målgruppen sårbare familier. NFP evner å tilpasse programmet til ulike behov, og kan derfor favne mange ulike problematikker blant deltagerne. Programmets innretning og formen med hjemmebesøk bidrar til programmets fleksibilitet.

Forholdet til andre tjenester er avgjørende

For å lykkes i gjennomføringen er forholdet mellom NFP og andre tjenester avgjørende. Utprøvingen har lyktes i å forankre programmet i omkringliggende tjenester, lage samarbeidsrelasjoner og spre informasjon om programmet. Samarbeidet var utfordrende i oppstarten da programmet er komplekst og har vært tidkrevende å få kunnskap og innsikt i, både for tjenestene og NFP-teamene. Å jobbe tett med nøkkelpersoner i tjenestene, og involvere dem i NFP-rådet, har vært viktig for at implementeringen har lyktes så godt.

9. Indikasjon på måloppnåelse og nytte i nordisk kontekst

Sterke relasjoner og høy faglig kvalitet gir god måloppnåelse

Programmet har god sjanse for å oppnå målsetningene om å forebygge alvorlig omsorgssvikt og forbedre barns oppvekst og utviklingsvilkår gjennom tidlig innsats. Programmet lykkes særlig i å danne gode og terapeutiske relasjoner mellom sykepleiere og familier. Denne relasjonen er en av de sterkeste virkningsmekanismene i programmet, og er viktig for at de andre elementene skal kunne leveres.

Erfaringene blant deltagerne og sykepleierne indikerer at mange førstegangsfødende trenger ekstra støtte i en sårbar livsfase, og at NFP er en god måte å levere denne støtten på. Nytteverdien av NFP finnes på flere nivåer. Den styrker familiens emosjonelle miljø og psykiske helse. Den styrker foreldrenes omsorgsevner, og tilknytning til barnet. Den hjelper familiene med praktiske ting, som bolig, inntektssikring, arbeidssøking og utdannelsesplaner. Den hjelper dem også med å finne nødvendig hjelp fra andre, som psykisk helsehjelp, forsterket barnehage, og familiens nettverk av slekt og venner. I utprøvingen har man funnet at familier med egen bolig, arbeid og utdanning også kan ha utfordringer som NFP kan hjelpe til med. Blant sykepleierne er det stor sikkerhet om at NFP har hatt en stor innvirkning på livskvaliteten til deltagerne, og at de har hatt nytte av å være med i programmet. Også helse- og velferdssystemet rundt familiene opplyser om at programmet virker å ha høy nytteverdi.



Programmet ser ut til å ha tre virkningsmekanismer:

- 1) En tett relasjon og terapeutisk allianse mellom sykepleieren og familien.
- 2) Systematikk og faglig støtte i programmateriale.
- 3) Organisering i team på siden av ordinære tjenester, men tilrettelagt for samarbeid.

Mens deltagerens erfaringer er knyttet til relasjonen, forteller sykepleieren om behovet for systematikk og støtte. For tjenestene rundt er det viktig at programmet har høy faglig kvalitet og klarer å samarbeide.

Ulikt andre tilbud

NFP tilbyr deltageren en terapeutisk relasjon til sykepleier og hjemmebesøk over flere år, og skiller seg fra andre kommunale tilbud, både i form og omfang. Blant de som mottar tilbudet forteller de fleste at det har vært svært viktig for dem og barnet at de har hatt denne oppfølgingen. Sykepleieren hjelper dem med en bred variasjon av utfordringer, knyttet til de seks programområdene. De blir hjulpet til å komme i kontakt med andre deler av tjenestetilbudet, slik at de får flere kilder til støtte. For foreldre med utfordringer, kan programmet gi stor nytte i å utvikle bedre foreldreferdigheter. Slik kan tidlig innsats i form av NFP hindre at problemer utvikler seg. Ressurs- og styrkefokus i programmet hjelper foreldre å utvikle sine foreldreegenskaper, og hjelper familiene til å se sitt eget potensiale og muligheter.

Kommunale helsetjenester er mer omfangsrike, tilgjengelige og av høyere kvalitet i Norge sammenlignet med andre land som har benyttet NFP. Likevel overlapper ikke NFP med andre tjenester, og tilbyr en type relasjonelt basert oppfølging til en sårbar målgruppe som er vanskelig å nå med andre tiltak. Erfaringene og reaksjonene til tjenestene med å benytte NFP indikerer at det kan være et viktig supplement til det kommunale velferdstilbudet, og hjelper en målgruppe det har vært lite tilbud til tidligere. Tidlig innsats bidrar til at effektene av tilbudet kan ha stor utstrekning. Nyttene kan dermed i liten grad måles ut fra om NFP avlaster andre tjenester, men heller som et ekstra tilbud til en sårbar gruppe.

Kost og nytte i nordisk kontekst

En av de uttalte målsetningene med NFP har vært å utsette og/eller redusere antallet omsorgsovertagelser. Det kan bidra til at programmet ikke blir en merkostnad for tjenestene, men heller virke besparende. En rapport fra Oslo Economics (2018) viser at NFP har potensiale til å være samfunnsøkonomisk lønnsomt på kort og lang sikt, om den klarer å utsette eller forhindre

omsorgsovertagelser. Dette er basert på kostnader i forbindelse med omsorgsovertagelser. Utprøvingen gir indikasjoner på at NFP kan bidra til å utsette og forhindre omsorgsovertagelser¹¹. I tillegg finner vi at NFP hjelper deltagere med å benytte eksisterende tjenester, slik at de får nødvendig hjelp og støtte i tide til å virke forebyggende. NFP kan også bidra til å forebygge at mor blir sykemeldt fra foreldrepermisjon og lønnsarbeid. Slik kan NFP ha mer vidtrekkende kostbesparing og nytte i Norge enn i land med et mindre tjenestetilbud, sosiale rettigheter og hvor kvinner i mindre grad er yrkesaktive.

Metodiske begrensninger

Følgeevalueringen er ingen effektstudie, og har metodiske begrensninger. Uten en kontrollgruppe kan vi ikke utelukke at hverken positive eller negative effekter kan tilskrives andre forhold, eller ville skjedd uavhengig av programmets innhold. Resultatene fra følgeevalueringen gir likevel indikasjoner på måloppnåelse og nytte i norsk kontekst.

¹¹Datamaterialet følgeevalueringen baserer seg på, gir ikke mulighet til å måle effekten for forebygging av omsorgssvikt og omsorgsovertagelser. RBUP har tilgang til datamateriale som gir muligheten til å sammenligne antall omsorgsovertakelser hos familiene som deltar i NFP med nasjonale eller regionale tall. Det ville vært nyttig om disse dataene ble analysert og publisert for å gi en indikasjon på en forebyggende effekt av programmet.

10. Anbefalinger for videreføring og videre forskning

For å vurdere utpøvingen har vi i denne sluttrapporten sett på fire evalueringsområder: rekruttering og målgruppeavklaring, gjennomføring og levering, samarbeid og overlapp med andre tjenester, og potensiell effekt for andre familier i Norge. I dette kapitlet vil vi oppsummere funnene, og diskutere implikasjoner for en videreføring av NFP i Norge. Vi vil også gi noen anbefalinger knyttet til en eventuell videreføring av NFP og videre forskning.

10.1 Fordeler og ulemper ved å ta i bruk NFP i Norge

Fordeler

- Programmet er lisensbasert, noe som kan forhindre at det gjøres store endringer eller at det skjer en utvanning som kan redusere effekten av tiltaket.
- Programmet har god faglig kvalitet, og har faglig støtte fra det internasjonale kontoret. Pågående forskning på NFP i flere land bidrar også til at programmet er i kontinuerlig utvikling, med læringsstrukturer som sikrer oppdatert kunnskap.
- Programmet virker å være tilpasningsdyktig, ved at det klarer å samarbeide med ulike tjenester og finne løsninger på mange praktiske utfordringer i løpet av utpøvingen, uten å gå på bekostning av lisenskravene. Antallet hjemmebesøk kan justeres, så det er mulig å redusere antallet for familier som viser seg å ha mindre behov enn antatt ved inklusjonstidspunktet.
- NFP kan bidra til å avdekke sårbare familier tidlig, og muliggjør tidlig innsats i familier som ellers ikke ville blitt oppdaget. NFP tilbyr en type oppfølging som ikke finnes i kommunenes helsetilbud i dag, og komplementerer eksisterende tjenester.
- NFP kan styrke tidlig innsats mot sårbare familier, bidra til å forhindre omsorgssvikt, vold og overgrep, og til å styrke foreldreevnen. Det er få andre tiltak/programmer som gjør dette. Programmet gir mulighet til å forhindre omsorgsovertagelser, ved at det styrker foreldres omsorgskompetanse og psykiske helse. NFP viser potensielle til å øke livskvalitet, helse og omsorgsevne hos sårbare familier, og blir akseptert av familiene som mottar oppfølgingen.

Mulige ulemper

- Programmet vil ikke være like tilpasningsdyktig som et lokalt utarbeidet tilbud.
- NFP kan best leveres i tettbygde strøk, og kan ikke spres til hele landet. Organiseringen fordrer et visst antall fødsler, og modellen med hjemmebesøk legger begrensninger på utstrekningen teamet kan operere i. Selv om det er utført forsøk med NFP i rurale strøk (Campbell et al. 2019) medfører dette større utfordringer knyttet til faglig veiledning og tilknytning i teamene. NFP vil også i mange områder kreve nettverkssamarbeid i kommunene, for å finne en stor nok målgruppe til å ha et NFP-team.
- NFP er bare et tilbud for førstegangsfødende¹². Sårbare andregangs- og flergangsfødende ekskluderes, selv om de kunne hatt behov for ekstra oppfølging.
- Feilrekruttering kan redusere den samfunnsøkonomiske nytten av programmet. Programmet må nå en avgrenset målgruppe med omfattende problematikk, og deltagere må rekrutteres før uke 28 i graviditeten. Programmet fordrer krav til ressurser i førstelinjen for å lykkes med rekrutteringen.

På tross av ulempene virker NFP å være et «høy-intenst» program som det er behov for i Norge, og det er per i dag ingen kommunale tilbud som kan tilby noe med tilsvarende faglig kvalitet til samme målgruppe.

¹² Programmet er for tiden under utpøving for flergangsførelde, og en eventuell fremtidig mulighet for å inkludere flergangsfødende inngår i dialogen mellom partene i den norske utpøvingen og NFP internasjonalt.

10.2 Anbefalinger for videre organisering

Fremtidig organisering

Det er et uttrykt ønske i utprøvingsområdene at NFP-teamene i en videreføring skal være ansatt i kommunen. Dette vil innebære nærhet til helsestasjonen, bedre samarbeidsmuligheter, gi kommunen rollen som pådriver og eier, og tilrettelegge for lokal forankring og motivasjon. Det vil også tilrettelegge for større kunnskapsutveksling mellom NFP og de andre kommunale tjenestene, med innsikt i programmets faglige grunnlag og arbeidsmåter.

Mulige risikoer ved en kommunal organisering av NFP er at fagmiljøet i kommunen kan bli lite, og det vil være viktig med et fagmiljø som NFP kan trekke på, for eksempel i RBUP. Sykepleierne har ikke mulighet til å gjøre oppgaver utenfor NFP-programmet, og trenger et tydelig vern mot å bli satt til andre oppgaver i kommunen.

I den norske utprøvingen har det ikke blitt testet hvilke utfordringer, fordeler eller ulemper en kommunal organisering av programmet vil innebære. Dette gir en begrensning ved tolkning av evalueringens resultater som det må tas høyde for hvis programmet videreføres med kommunalt ansatte NFP-team.

Vi foreslår at NFP blir organisert i tråd med forslagene fra Sintefs utredning om organiseringen av NFP, nærmere beskrevet av Lippestad et al. (2018). Her er NFP-teamet kommunalt ansatt, men med en tydelig team-organisering. Små kommuner kan ta i bruk programmet ved å samarbeide med nabokommuner om et delt NFP-team. For å få tilstrekkelig antall deltagere i et område der det er mulig å bevare teamstrukturen og levere hyppige hjemmebesøk, kan programmet bare leveres i relativt tettbygde strøk. RBUP fortsetter å ha nasjonalt fagkontor med ansvar for opplæring, fagstøtte og databehandling.

Hvor stor er målgruppen?

Det har blitt gitt ulike anslag for størrelsen på målgruppe i Norge. Ogden et al. (2015) anslå målgruppen til å være 1% av alle fødsler i Norge under 25 år. Oslo Economics (2018) anslå målgruppen til å utgjøre 350 personer i Norge per år, uten noen begrensning på alder. I utprøvingen indikerer likevel inkluderte deltagere at målgruppen kan være noe større. I Rogaland har cirka 2,5% av førstegangsfødende per år blitt inkludert i utprøvingen. I Oslo har cirka 5% av førstegangsfødende per år blitt rekruttert. Bydelene i Oslo har en befolkning med flere risikofaktorer enn landsgjennomsnittet. På bakgrunn av disse erfaringene vil vi anslå at målgruppen kan ligge et sted mellom 2 og 4% av alle førstegangsfødende, det vil si 400-800 familier¹³. Variasjon vil henge sammen med ulikhet i sosioøkonomiske variabler i rekrutteringsområdet. Noen familier vil bo i områder der det ikke er mulig å levere NFP.

Team-størrelse

Antallet sårbarhetsfaktorer blant deltagerne og graden av kompleksitet i oppfølgingsbehov medfører at det opprinnelige målet om 18 til 20 deltagere per sykepleiere kan måtte justeres. Å organisere programmet slik at arbeidsforholdene blir mer bærekraftige over tid vil være viktig i en videreføring. En potensiell konsekvens av høy arbeidsbelastning kan være at sykepleiere slutter i NFP-teamet. Man mister sykepleierens kompetanse, som det tar lang tid å opparbeide. Man risikerer også at flere av sykepleierens deltagere slutter. I nye utprøvingsområder vil antall fødsler gi føringer for hvor stort team det er relevant å benytte. I delrapport 2 (Pedersen og Nilsen 2018, s. 25) redegjøres det for at større team gir mer fleksibilitet og bærekraft. NFP-team kan variere i størrelse, fra minimum 4 til maksimalt 8 sykepleiere. Nasjonalt fagkontor ønsker større team i en videreføring. Samtidig er det flere steder hvor man kan benytte NFP, men uten tilstrekkelig antall fødsler for team. Det burde derfor også være mulig å benytte team av minimumsstørrelse.

Digitalisere datainnsamling

Vi vurderer at det er stort potensiale i å utvikle digitale løsninger for datainnsamling. Dette kan både være tidsbesparende for sykepleierne, og gi høyere kvalitet til de innsamlede dataene. Sykepleierne opplevde at det gikk med mye tid til datainnsamling og papirarbeid i etterkant av hvert hjemmebesøk.

¹³ Antallet førstegangsfødende var 23 500 i 2018 (FHI 2019).

En forenkling av disse arbeidsområdene har stort potensiale til å redusere arbeidsbelastningen, og sikre at sykepleierne bruker mest mulig av sin arbeidstid på å følge opp familiene.

Erfaringer fra den engelske og skotske NFP-utprøvingen viste at lokalt initiativ og engasjement var viktig for å lykkes med innføringen av NFP. I områder der NFP ble rullet ut på statlig initiativ, lyktes utprøvingene i mindre grad. I Nederland har man erfaringer der gode resultater fra utprøvinger ble viktig for å få andre områder til å ønske å ta i bruk NFP. Å ta i bruk NFP-programmet burde skje etter aktiv tilsøking fra kommuner for å sikre tilstrekkelig kommunal forankring. Søknadene bør gå gjennom en godkjennelsesprosess i fagstab for å sikre at det er grunnlag for å levere i henhold til programkravene (Lippestad et al, 2018, s. 38).

10.3 Anbefalinger for videre forskning

RCT for å måle effekter

NFPs lisenskrav fordrer en randomisert kontrollert effektstudie (randomized controlled trial - RCT) i en videreføring. I tråd med lisenskravene vil vi gi noen anbefalinger for en eventuell RCT-studie av NFP i Norge, med utgangspunkt i erfaringer fra følgeevalueringen.

En RCT-studie gir mulighet til å påvise eventuelle effekter av å benytte programmet, som vil være viktig om man vurderer å implementere et høy-intensivt hjemmebesøksprogram som kun retter seg mot de mest sårbare. I USA har flere RCT-studier påvist gode effekter. Spesielt imponerende er langtidseffektene, det vil si effekten av programmet over 20-30 år (Olds et al. 1997, Olds et al. 2004, Ball et al 2012). Disse longitudinelle studiene viser at barna i større grad gjennomførte videregående skole og brukte mindre rusmidler enn kontrollgruppen. I en norsk RCT vil man måtte skille mellom de kortsiktige og langsiktige effektene av tiltaket. På kort sikt kan nytten være færre skader blant barna, færre omsorgsovertagelser, og en økning i mødres arbeidsaktivitet. På lang sikt kan man se om programmet har potensiale til å endre disse familienes livsløp og forhindre overføring av sosial arv, ved at barna mestrer utdanningsløp, har mindre rusproblemer og psykiske helseproblemer. Registerdataene som vi har tilgang til i Norge, gir en unik mulighet til å utføre en mindre kostbar langtidsoppfølging av familier som deltar i NFP og familier som deltar i en kontrollgruppe. Her er det mulig å følge opp blant annet skoleprestasjoner, utdanning, arbeidsdeltagelse, og bruk av helse- og velferdstjenester. En norsk RCT-studie bør inkludere en kost-nytte-analyse, for å evaluere om tiltaket er økonomisk lønnsomt og om det er mer økonomisk lønnsomt enn et annet alternativ.

Denne type forskningsdesign har likevel noen ulemper. RCT-studier er ressurskrevende på midler og tid. NFP er en kompleks intervensjon som utføres i en sammensatt og dynamisk velferdskontekst. Dette kan bidra til at det kan være vanskelig å måle effekt, særlig på kort sikt. Nyten av NFP for deltagere og tjenester kan også påvises gjennom erfaringsdeling og ekspertkunnskap fra kommunene som benytter NFP.

Tidshorisont for etablering av nye NFP-områder

Det har tatt cirka ett år å etablere NFP-utprøvingen i de to utprøvsområdene, og nå et nivå der programmet er godt kjent i tjenestene som henviser deltagere, rekrutteringen går i et tilstrekkelig tempo og sykepleierne har fått oversikt over programelementene. Etablering av NFP i nye områder vil med stor sannsynlighet ha noenlunde samme tidshorisont som i utprøvingen, og være like arbeidskrevende med hensyn til etablering av en fysisk arbeidsplass, danne samarbeidsrelasjoner til flere ulike tjenester, opplæring, omfattende selvstudium og bratte læringskurver.

I den nederlandske RCT-studien av NFP ble 460 deltagere inkludert i løpet av to år (Mejdoubi et al 2013). I den engelske RCT-studien av NFP ble ca. 1600 deltagere inkludert i løpet av 13 måneder (Robling et al 2016). Halvparten av RCT-deltagerne får oppfølging fra NFP-sykepleiere, mens den andre halvparten utgjør en kontrollgruppe som får ordinær oppfølging. I en RCT-studie er tidsrommet for rekruttering avgrenset. Samtidig må det tas hensyn til at etablering av nye NFP-team tar tid, og at man vil trenge flere områder for å klare å rekruttere tilstrekkelige antall deltagere.

Erfaringer fra følgeevalueringen som vil være viktige i planleggingen av en RCT:



- Ta høyde for at kommunale ansettelses er tidkrevende.
- Ta høyde for mulige forsinkelser i rekruttering av deltagere.
- Vurdere riktig arbeidsbelastning for NFP-teamene i oppstart og utpøving for å forhindre frafall.

Viktige elementer å avklare og vurdere før igangsettelsen av en RCT:



- Hvor mange deltagere skal hver sykepleier følge opp?
- Hvor store områder trenger man for å klare å rekruttere både intervensjons- og kontrollgruppe til RCT-en?
- Hvor stort team kan man ha i et område hvis man skal rekruttere til både intervensjons- og kontrollgruppe?

Hvis man tar som utgangspunkt at en norsk RCT bør inkludere 500 deltagere, vil 250 motta oppfølging. Hvis hver sykepleier følger opp ca. 15 deltagere, vil dette bety at man trenger om lag 16 sykepleiere, i tillegg til teamledere. Per i dag er det 8 sykepleiere og to teamledere med NFP-kompetanse i Norge.

NFP-teamene må rekruttere fra områder som har høyt nok antall førstegangs fødende, og med flere årlige fødsler enn bydelene i Oslo og kommunene i Rogaland. Man kunne for eksempel utvidet NFP med to utpøvingsområder i tettbygde strøk, med potensiale til å rekruttere dobbelt antall deltagere til intervensjon- og kontrollgruppe. I en RCT kan forsinkelser i rekruttering bety en økning i kostnader og utfordringer i tolkningen av data. Det må derfor settes av tilstrekkelig tid til rekruttering.

Disse erfaringene er ikke basert på utpøving med ansettelses i kommunen. Det kan derfor oppstå utfordringer ved å gjøre en RCT i en kommunal kontekst, noe denne evalueringen ikke har hatt mulighet til å forespeile.

11. Konklusjon

Den fireårige evalueringen finner at Nurse-Family Partnership er mulig å benytte i norske kommunale velferds- og helsetjenester. Utprøvingen viser at det er mulig å levere NFP i henhold til programkravene, og at programmet er mulig å tilpasse en norsk kontekst. Antallet inkluderte deltagere indikerer at målgruppen er større enn tidligere anslått.

Evalueringen konkluderer med at det er behov og høy aksept for et «høy-intensivt» program som NFP i Norge. Programmet tilbyr tett og strukturert oppfølging til en målgruppe som ikke har tilsvarende tilbud. Informanter trekker særlig frem den nære relasjonen og helhetlige oppfølgingen med en omsorgsfull fagperson, samt det tverrfaglige samarbeidet som settes i spill rundt deltagerfamilien og teamene, som «suksesskriterier». Selv om det ikke er mulig å måle effekt, indikerer følgeevalueringen det som sannsynlig at dette programmet har mulighet til å forebygge omsorgssvikt og omsorgsovertagelser.

Referanser

- Aos, S., Lieb R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004) *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Retrieved from Washington:
- Ball, M, Barnes, J, Meadows, P (2012) Issues emerging from the first 10 pilot sites implementing the Nurse-Family Partnership home-visiting programme in England. *Department of Health*.
- Campbell et al. (2019) Weathering the rural reality: delivery of the Nurse-Family Partnership home visitation program in rural British Columbia, Canada. *BMC Nursing* 18:17
- Ferguson, H. og P. Gates (2015) Early Intervention and holistic, relationship-based practice with fathers: Evidence from the work of the Family Nurse Partnership. *Child and Family Social Work* 20, pp 96–105.
- FHI (2019) *Medisinsk fødselsregister*. [database]. Oslo: Folkehelseinstituttet. <http://statistikk.fhi.no/mfr/>
- Ghate, D. (2016). From Programs to Systems: Deploying Implementation Science and Practice for Sustained Real World Effectiveness in Services for Children and Families. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 45(6), 812-826. doi:10.1080/15374416.2015.1077449
- Kroenke, K. et al (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. Sep; 16(9):606-13.
- Kroenke, K. et al. (2007) Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. Mar 6; 146(5):317-25.
- Lande, B. og Helleve, A. (2014) Amming og spedbarns kosthold - Landsomfattende undersøkelse 2013. Oslo: Helsedirektoratet.
- Lippestad et al. (2018) *Utredning av mulig fremtidig organisering av Familie for første gang – Nurse Family Partnership i Norge*. Sintef
- MacMillan, H. L., Wathen, C., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. N. (2009) Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373(9659), 250-266.
- Mejdoubi, J., S. C. van der Heijkant, E. Struijf, F. van Leerdam, R. HiraSing & A. Crijnen (2011) Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a randomised controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care". *BMC Public Health*, 11:823
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C., van Leerdam, F. J., Crone, M., Crijnen, A., & HiraSing, R. A. (2014) Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: a randomized controlled trial. *Midwifery*, 30(6), 688-695.
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C., van Leerdam, F. J., Heymans, M. W., Crijnen, A., & HiraSing, R. A. (2015) The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 10(4), e0120182.
- Miller, T. R. (2015) Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, USA. *Prevention Science*, 16(6), 765-777.
- Nilsen, W og Pedersen, E. (2018) Familie for første gang. Delrapport 1: Oppstartsprosessen 2016-2017. FoU-resultat 02:2018, Arbeidsforskningsinstituttet
- Norsk Helseinformatikk (2019). For tidlig fødsel – prematuritet. <https://nhi.no/sykdommer/barn/nyfodtmedisin/for-tidlig-fodsel-prematuritet/>
- NOU (2012:5). *Bedre beskyttelse av barns utvikling— Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*.
- Ogden, T., Kjøbli, J., Nærde, A., Olseth, A., & Frønes, I. (2015) *Utredning om målgrupper, inklusjonskriterier og forskningsdesign for utprøving av Nurse-Family Partnership i Norge*. Retrieved from Oslo:
- Olds, D. L. (2002) Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prev Sci*, 3(3), 153-172.

- Olds, D (2006) "The Nurse-Family Partnership: an evidence-based preventive intervention". *Infant Mental Health Journal* 27(1): 5-25.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., . . . Luckey, D. (1997) Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 278(8), 637-643.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., . . . Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559. doi:10.1542/peds.2004-0962
- Olds, D. L., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007a) Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(3-4), 355-391. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01702.x
- Olds D. L. et al. (2007b) Effects of Nurse Home Visiting on Maternal and Child Functioning: Age-9 Follow-up of a Randomized Trial. *Pediatrics*; 120(4): e832–e845. doi:10.1542/peds.2006-2111.
- Ormston, R., S. McConville og J. Gordon (2014) *Evaluation of the Family Nurse Partnership Programme in NHS Lothian Scotland: Summary of Key Learning and Implications*. Scottish Government Social Research 2014.
- Oslo Economics: Forventet samfunnsnytte og konsekvenser for kommunene av Familie for første gang (2018, upublisert).
- Pearlin, L.I., og C. Schooler (1978) "The structure of coping". *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pedersen, E. og W. Nilsen (2018) Følgeevaluering av «Familie før første gang». Delrapport 2 prosjektfase 2017-2018. FoU-resultat 10:2018, Arbeidsforskningsinstituttet
- Robling, M., Bekkers, M.-J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., . . . Torgerson, D. (2016) Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 387(10014), 146-155.
- Sawyer, M. G., Frost, L., Bowering, K., & Lynch, J. (2013) Effectiveness of nurse homevisiting for disadvantaged families: results of a natural experiment. *BMJ Open*, 3(4).
- Williams, D. R., Costa, M. V., Odunlami, A. O., & Mohammed, S. A. (2008) Moving upstream: how interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. *J Public Health Manag Pract*, 14 Suppl, S8-17.

Vedlegg

Vedlegg 1: Supplementstabeller

Tabell 11 Supplementstabell a: Henvisende instanser

<i>Henvisende instans</i>	<i>Oslo</i>	<i>%</i>	<i>Rogaland</i>	<i>%</i>	<i>Totalt</i>	<i>%</i>
<i>Jordmor</i>	75	64 %	76	48 %	151	55 %
<i>Fastlege</i>	12	10 %	14	9 %	26	9 %
<i>Amathea</i>	0	0 %	6	4 %	6	2 %
<i>Psykatri/DPS</i>	4	3 %	12	8 %	16	6 %
<i>Kvinne selv</i>	11	9 %	20	13 %	31	11 %
<i>Barnevernstjenesten</i>	3	3 %	11	7 %	14	5 %
<i>NAV</i>	7	6 %	4	3 %	11	4 %
<i>Psykolog/terapeut</i>	2	2 %	1	1 %	3	1 %
<i>Rus</i>	0	0 %	5	3 %	5	2 %
<i>Helsestasjon for ungdom</i>	0	0 %	1	1 %	1	0 %
<i>Sykehus</i>	2	2 %	1	1 %	3	1 %
<i>Skole</i>	1	1 %	0	0 %	1	0 %
<i>Annet</i>	0	0 %	3	2 %	3	1 %
<i>Missing</i>	0	0 %	4	3 %	4	1 %
<i>Totalt</i>	117	100 %	158	100 %	275	100 %

Tabell 12 Supplementstabell b: Inkluderte versus ekskluderte-deltagere

Karakteristika	Inkludert		Ekskludert	
	n	%	n	%
Mors alder				
16-19	19	10%	5	6%
20-24	45	24%	11	12%
24-29	35	19%	11	12%
30-34	35	19%	9	10%
35-39	10	5%	3	3%
40-41	5	3%	1	1%
manglende info	36	20%	50	55%
Språk				
Norsk/Skandinavisk	134	72%	54	60%
Annet	27	15%	8	9%
manglende info	24	13%	28	31%
Etnisitet				
Norsk	106	57%	43	48%
Andre europeiske land	13	7%	6	7%
Ikke-europeiske land	44	24%	11	12%
manglende info	22	12%	60	33%
Totalt	185		90	

Tabell 13 Supplementstabell c: Innmeldinger og frafall i Oslo, Rogaland og totalt (i antall og prosent)

	Oslo			Rogaland			Totalt		
	Innmeldte	Frafall	%	Innmeldte	Frafall	%	Innmeldte	Frafall	%
Totalt innmeldte	84	0	0 %	101	0	0 %	185	0	0 %
Graviditet	81	3	4 %	96	5	5 %	177	8	4 %
Spedbarnsalder	69	12	14 %	78	18	18 %	147	30	16 %
Småbarnsalder	62	7	8 %	71	7	7 %	133	14	8 %
Totale tall	62	22	26 %	71	30	30 %	133	52	28 %

Tabell 14 supplementstabell d. Innmeldte deltakere i Oslo og Rogaland

Karakteristika	Verdi	Oslo		Rogaland		Total	
		N	%	N	%	N	%
Mors alder	16-19	5	6%	14	14%	19	10%
	20-24	14	17%	31	31%	45	24%
	24-29	16	19%	19	19%	35	19%
	30-34	26	31%	9	9%	30	19%
	35-41	12	14%	3	3%	15	8%
Språk	Manglende info	11	13%	25	25%	36	19%
	Norsk/Skandinavisk	38	45%	66	65%	104	56%
	Annet	21	25%	14	14%	35	19%
Etnisitet	Manglende info	25	30%	21	21%	46	25%
	Norsk	39	46%	67	66%	106	57%
	Andre europeiske land	5	6%	8	8%	13	7%
	Ikke-europeiske land	29	35%	15	15%	44	24%
Partnerstatus	Manglende info	11	13%	11	11%	22	12%
	Gift/samboer med barnets biologiske far	60	71%	64	63%	124	67%
	Kjæreste med barnets biologiske far	2	2%	5	5%	7	4%
	Gift/samboer (ikke biofar)	0	0%	2	2%	2	1%
	Separert, enke, skilt, eller enslig	2	2%	1	1%	3	2%
Arbeid	Manglende info	20	24%	29	29%	49	26%
	Heltidsarbeid	26	31%	22	22%	48	26%
	Deltidsarbeid	16	19%	17	17%	33	18%
	Arbeidsledig/arbeidssøker	5	6%	14	14%	19	10%
	Studenter/hjemmeværende	13	15%	23	23%	36	19%
	Sykemeldt	6	7%	7	7%	13	7%
Høyest fullførte utdanning	Manglende info	18	21%	18	18%	36	19%
	Grunnskole	15	18%	36	36%	51	28%
	Videregående	18	21%	35	35%	53	29%
	Årsstudium	6	7%	5	5%	11	6%
	Bachelor	17	20%	11	11%	28	15%
	Master/profesjon	17	20%	3	3%	20	11%
	PhD/PostDoc	1	1%	1	1%	2	1%
Stønader (er flere som mottar andre typer ytelser)	Manglende info	18	21%	18	18%	36	19%
	Trygdeytelser*	5	6%	26	26%	31	17%
	Arbeidsavklaringspenger	12	14%	18	18%	30	16%
	Dagpenger	4	5%	3	3%	7	4%
	Sykepenger	3	4%	3	3%	6	3%
Frafall videregående skole	Antall som mottar ytelser	24	29%	50	50%	74	40%
	17 år	2	2%	4	4%	6	3%
	18 år	3	4%	1	1%	4	2%
	19-20 år	3	4%	3	3%	6	3%
	Antall med frafall	8	10%	8	8%	16	9%
Totalt		84	100%	101	100%	185	100%

*uføretrygd, sosialstønad, annen stønad

Tabell 15 Supplementstabell e. Gjennomsnittlig tidsbruk Oslo

		N	Personlig helse %	Miljø %	Livssituasjon%	Foreldrerolle %	
<i>Graviditet</i>	NFP-mål		35-40	7-10	10-15	23-25	10-15
	Gjennnitt (min-max)	65	31 (18-65)	10 (0-31)	15 (1-39)	28 (7-66)	16 (2-32)
<i>Spedbarn</i>	NFP-mål		14-20	7-10	10-15	45-50	10-15
	Gjennnitt (min-max)	37	18 (4-30)	9 (3-20)	12 (0-32)	44 (21-74)	16 (8-24)

Tabell 16 Supplementstabell f. Gjennomsnittlig tidsbruk Rogaland

			Personlig helse %	Miljø %	Livssituasjon %	Foreldrerolle %	
<i>Graviditet</i>	NFP-mål		35-40	7-10	10-15	23-25	10-15
	Gjennnitt (min-max)	66	26 (9-48)	14 (4-23)	14 (3-32)	28 (16-43)	17 (7-29)
<i>Spedbarn</i>	NFP-mål		14-20	7-10	10-15	45-50	10-15
	Gjennnitt (min-max)	29	16 (5-33)	10 (3-19)	11 (3-21)	49 (32-73)	15 (7-22)

Tabell 17 Supplementstabell g. Engasjement, forståelse, aksept

<i>Mødre Oslo</i>				
		Engasjement	Forståelse	Aksept
	N	Gjennitt (maks-min)	Gjennitt (maks-min)	Gjennitt (maks-min)
Graviditet				
<i>Møte 1-10</i>	65	4.5 (3.3-5)	4.3 (2.5-5)	4.4 (2.9-5)
<i>Møte 11-28</i>	21	4.6 (3-5)	4.3 (2.7-5)	4.3 (2.3-5)
Spedbarnsfasen				
<i>Møte 1-10</i>	36	4.6 (3.1-5)	4.3 (2.9-5)	4.4 (3.1-5)
<i>Møte 11-20</i>	36	4.6 (3.6-5)	4.4 (3.4-5)	4.6 (3.7-5)
<i>Møte 20-32</i>	27	4.7 (3.3-5)	4.3 (3.3-5)	4.5 (3.4-5)
<i>Mødre Rogaland</i>				
		Engasjement	Forståelse	Aksept
	N	Gjennitt (maks-min)	Gjennitt (maks-min)	Gjennitt (maks-min)
Graviditet				
<i>Møte 1-10</i>	67	4.5 (2.3-5)	4.4 (2.5-5)	4.5 (2.5-5)
<i>Møte 11-28</i>	15	4.3 (2-5)	4.2 (2-5)	4.5 (2-5)
Spedbarnsfasen				
<i>Møte 1-10</i>	29	4.5 (3.6-5)	4.5 (3.5-5)	4.6 (3.5-5)
<i>Møte 11-20</i>	29	4.5 (3.4-5)	4.5 (3.5-5)	4.6 (3.4-5)
<i>Møte 20-32</i>	12	4.5 (3.3-5)	4.6 (4-5)	4.8 (3.7-5)
<i>Fedre Oslo</i>				
		Engasjement	Forståelse	Aksept
	N	Gjennitt (maks-min)	Gjennitt (maks-min)	Gjennitt (maks-min)
Graviditet				
<i>Møte 1-10</i>	31	4.3 (3-5)	4.3 (2.5-5)	4.4 (3-5)
<i>Møte 11-28</i>	7	4.2 (3-5)	3.8 (3-5)	4.4 (3.7-5)
Spedbarnsfasen				
<i>Møte 1-10</i>	24	4.2 (2-5)	4.1 (2-5)	4.2 (2-5)
<i>Møte 11-20</i>	22	4.4 (2-5)	4.1 (2-5)	4.2 (2-5)
<i>Møte 20-32</i>	13	4.3 (2-5)	4.5 (1.7-5)	4.5 (2.7-5)
<i>Fedre Rogaland</i>				
		Engasjement	Forståelse	Aksept
	N	Gjennitt (maks-min)	Gjennitt (maks-min)	Gjennitt (maks-min)
Graviditet				
<i>Møte 1-10</i>	43	4.3 (1-5)	4.4 (1-5)	4.5 (1-5)
<i>Møte 11-28</i>	5	4.3 (3-5)	4.3 (4-5)	4.7 (4-5)
Spedbarnsfasen				
<i>Møte 1-10</i>	22	4.4 (3-5)	4.5 (3.7-5)	4.5 (3.7-5)
<i>Møte 11-20</i>	19	4.1 (3-5)	4.3 (3.6-5)	4.3 (3.6-5)
<i>Møte 20-32</i>	3	4.3 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)

Tabell 18 Supplementstabell h: Graviditetsutfall i Oslo, Rogaland og totalt.

Graviditetsutfall	Oslo		Rogaland		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
<i>Gestasjonsalder ved fødsel</i>						
<37 uke (prematuro)	4	6%	3	4%	7	5%
37-42 uke	58	91%	63	94%	121	92%
>42 uke	2	3%	0	0%	2	2%
Manglende info	0	0%	1	2%	1	1%
Totalt	64	100%	67	100%	131	100%
<i>Fødselsvekt</i>						
Svært lav (<1500g)	0	0%	0	0%	0	0%
Lav (<2500g)	5	8%	6	9%	11	8%
Normal (2500-4500g)	58	90%	60	91%	118	91%
Høy (>4500g)	0	0%	0	0%	0	0%
Manglende info	1	2%	0	0%	1	1%
Totalt	64	100%	66	100%	130	100%
<i>Innleggelse på nyfødtintensiv, antall dager</i>						
0,5-3 dager	9	56%	4	50%	13	54%
5-9 dager	4	25%	1	12,5%	5	21%
11-17 dager	0	0%	2	25%	2	8%
20-28 dager	3	19%	1	12,5%	4	17%
Totalt innlagte på nyfødtintensiv	16	100%	8	100%	24	100%
<i>Fullamming</i>						
Ja	32	50%	43	64%	75	57%
Nei	32	50%	23	34%	55	42%
Manglende info	0	0%	1	2%	1	1%
Totalt	64	100%	67	100%	130	100%

Vedlegg 2. Oversikt over instrumenter

Oversikt over instrumentene som blir brukt for å måle psykisk helse, mestring og ensomhet

Generalisert angst målt med «Generalized Anxiety Disorder-scale» (GAD-7)

Følt deg nervøs, engstelig eller veldig stresset
Ikke klart å slutte å bekymre deg eller kontrollere bekymringene dine
Bekymret deg for mye om ulike ting
Vansker med å slappe av
Vært så rastløs at det har vært vanskelig å sitte stille
Blitt lett sint eller irritert
Følt deg redd som om noe forferdelig kunne komme til å skje

Depresjonssymptom målt med «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9)

Liten interesse for eller glede over å gjøre ting
Følt deg nedfor, deprimeret eller fylt av håpløshet
Vansker med å sovne eller med å sove natten gjennom uten å våkne – eller med at du sover for mye
Følt deg trett eller slapp
Dårlig appetitt eller å spise for mye
Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket - eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din
Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på TV
Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har vært mye mer i bevegelse enn vanlig
Tanker om at du like gjerne kunne vært død eller på annen måte ville skade deg selv

Mestring målt med «Sense of Mastery scale»

Jeg har liten kontroll over hva som skjer med meg.
Jeg har virkelig ingen mulighet til å løse de problemene jeg har.
Det er lite jeg kan gjøre for å forandre mange av de viktige tingene i livet mitt.
Jeg føler meg ofte hjelpeløs i forhold til problemer i livet.
Av og til føler jeg at jeg ikke har noen innflytelse over hva som skjer med meg.
Det er for det meste jeg selv som bestemmer hva som skjer med meg i fremtiden.
Jeg kan klare nesten alt, hvis jeg bare går inn for det.

POSTADRESSE:

Arbeidsforskningsinstituttet AFI
OsloMet – storbyuniversitetet
Stensberggata 26
Postboks 4, St. Olavs Plass
0130 Oslo

TELEFON:

93 29 80 30

E-POST:

postmottak-afi@oslomet.no