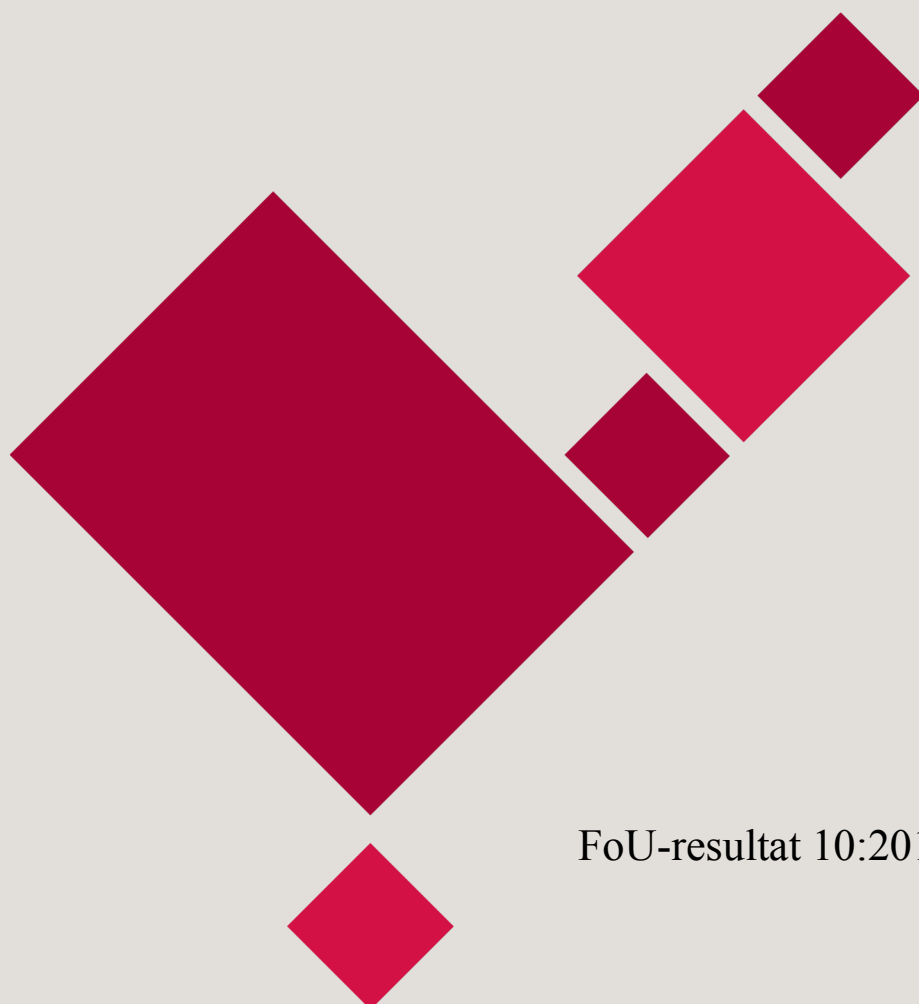


Følgeevaluering av «FAMILIE FOR FØRSTE GANG»

Delrapport 2: Prosjektfase 2017-2018

Eirin Pedersen og Wendy Nilsen



ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS FOU-RESULTAT
Work Research Institute's reserach & development (R&D) report

© Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet, 2018
© Work Research Institute (AFI), OsloMet – Oslo Metropolitan University, 2018
© 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 the written permission from the publisher.

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

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

Telefon: +47 23 36 92 00

E-post: postmottak-afi@oslomet.no

Publikasjonen kan lastes ned fra www.oslomet.no/om/afi

Publications are available for downloading from www.oslomet.no/om/afi

Forord

Dette er delrapport 2 fra følgeevalueringen av implementeringen av programmet «Nurse-Family Partnership» (NFP) i Norge. På norsk har programmet fått navnet «Familie for første gang». Evalueringen utføres av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved OsloMet av Eirin Pedersen og Wendy Nilsen. Evalueringen er bestilt på oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

Dette er den andre av to delrapporteringer fra prosessevalueringen. Den første delrapporten redegjorde for oppstartsfasen av prosjektet, mens denne delrapporten følger utprøvingen over i driftsfasen mellom sommer 2017 og våren 2018. Rapporten inneholder både kvalitative intervju samlet inn av AFI, samt deskriptive kvantitative data samlet inn som en del av utprøvingen. I tillegg til de to delrapportene, vil det januar 2020 publiseres en sluttrapport som inneholder en prosess- og resultatevaluering av hele prosjektperioden (våren 2016 til høsten 2019).

Vi vil takke alle som har blitt intervjuet i forbindelse med denne rapporten.

Eirin Pedersen og Wendy Nilsen

Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – Storbyuniversitetet

20. November 2018

Innhold

Forord.....	2
1 Introduksjon.....	6
1.1 Det overordnede oppdraget	6
1.2 Problemstillinger i delrapport 2	7
1.3 Rapportens oppbygging.....	8
2 Bakgrunn.....	9
2.1 Kort om Nurse-Family Partnership (NFP)	9
2.2 Hvordan foregår utprøvingen av NFP i Norge.....	11
3 Datainnsamlingsmetode.....	13
3.1 Kvalitative data.....	13
3.1.2 Intervju med deltagerne	13
3.1.3 Intervju med NFP-teamene.....	14
3.1.4 Intervju med teamledere	14
3.1.5 Nasjonalt fagkontor	15
3.1.6 De regionale NFP-rådene og samarbeidspartnere	15
3.1.7 utfordringer med de kvalitative dataene	15
3.2 Kvantitative data	16
3.2.1 Inklusjon, eksklusjon og frafall av deltagere	16
3.2.2 Demografiske karakteristika	16
3.2.3 Psykisk helse, mestringsfølelse og ensomhet	17
3.2.4 Gjennomføring av programmet	17
3.2.5 utfordringer med de kvantitative dataene	17
4 Utprøving av programmet – erfaringer 2017-2018	18
4.1 Bufdir	18
4.2 Nasjonalt fagkontor på RBUP.....	18
4.3 NFP-rådene	19
4.4 Samarbeid med andre tjenester	19
4.5 Erfaringer i teamene.....	20

4.5.1 Arbeidsbelastning.....	20
4.5.2 Reisetid	23
4.5.3 Å jobbe med programmet.....	23
4.5.4 Samarbeid med andre tjenester.....	24
4.5.5 Avgang og nyansettelser i teamene	25
4.6 Forebygging av omsorgsovertagelse	26
Sak 1	26
Sak 2	27
4.7 Oppsummering.....	27
5 Inklusjon av deltagere i programmet	29
5.1 Kriterier for inklusjon av deltagere.....	29
5.2 Henvisninger og utforskning	30
5.2.1 Kvalitativ oversikt over henvisninger og utforskning	30
5.2.2 Kvantitativ oversikt over henvisninger og inklusjon.....	32
5.3 Inklusjonsprosessen	36
5.4 Inklusjonskriterier/sårbarhetsfaktorer blant deltagerne	38
5.5 Beskrivelse av inkluderte deltagere	40
5.5.1 Kjennetegn ved inkluderte deltagere basert på de kvalitative intervjuene.....	40
5.5.2 Kjennetegn ved inkluderte deltagere basert på de kvantitative dataene	44
5.6 Eksklusjon	51
5.6.1 Kvantitativ beskrivelse av ekskluderte deltagere.....	52
5.6.2 Kvalitative diskusjoner rundt eksklusjon og eksklusjonskriterier.....	53
5.7 Frafall	55
5.8. Oppsummering.....	56
6 NFP-deltagernes erfaringer og aksept av programmet.....	58
6.1 Innsøkningsprosessen fra deltagerens perspektiv	58
6.2 Opplevelse av overlapp i tjenestene?	60
6.3 Ulik oppfølging fra NFP og andre tjenester	61
6.4 Type oppfølging fra familiesykepleierne	62
6.5 Opplevde mangler og utfordringer med programmet	64
6.7 Oppsummering av deltakernes perspektiv.....	64
7 Partners inklusjon og opplevelse av programmet	66
7.1 Oppsummering av partners inklusjon og opplevelse av programmet	68

8 Oppsummerende konklusjoner	69
8.1 Likheter og forskjeller mellom den norske utprøvingen og utprøvinger i andre land	69
8.2 Rekruttering av deltagere	69
8.3 Det norske utvalget	70
8.4 Forsinkelser i rekrutteringen.....	71
8.5 Arbeidsbelastning for familiesykepleierne - implikasjoner	71
8.6 Neste steg i programutprøvingen?.....	72
8.7 Muligheter for påvirkning/effekt	72
Vedlegg.....	78
Vedlegg 1. Fordeling av inklusjonskriterier i Oslo og Rogaland.....	78
Vedlegg 2. Målsetninger for programlevering.....	79
Vedlegg 3. Antall utførte hjemmebesøk per familie.....	80
Vedlegg 4. Oversikt over instrumenter	81
Vedlegg 5. Intervjutema	82

1 Introduksjon

NFP er et forebyggende tiltak for foreldre i særlig utfordrende livssituasjoner, med opptil 64 hjemmebesøk fra en familiesykepleier¹ fra tidlig i graviditeten til barnet er 2 år. Programmet er utviklet i USA i over 40 år av professor David Olds. NFP-programmet er faseinndelt. I fase 1 gjør man en tilpasning av programmet. I fase 2 er det pilotering og utprøving i den nye nasjonale konteksten. I fase 3 gjennomføres en randomisert effektstudie (RCT) før man i fase 4 kan gjøre en full utrulling av programmet. Programmet er lisensbasert, og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er lisenshaver i den norske utprøvingen av programmet som hittil omfatter 150 familier. NFP-programmet i Norge er per i dag i fase 2.

En sentral hensikt med NFP er å etablere et godt tilbud til foreldre med økt sårbarhet, og styrke deres kunnskap og utøvelse av eget foreldreskap. Det er viktig å tilby gode tiltak til familier med økt sårbarhet for å redusere potensielt negative konsekvenser og fremme god helse. I tillegg vil dette kunne begrense effekten av sosial arv, det vil si at foreldrenes levemåte, utdanningsnivå og arbeidsmarkedstilknytning gjenskapes av barna. Når man tilbyr nye tiltak er det viktig med gode evalueringer for å sikre at tiltaket gjennomføres på en riktig måte, er egnet i den norske konteksten og har en positiv effekt. NFP har vist seg å ha gode effekter i andre land, og man håper at programmet fungerer effektivt også i Norge. Dette er første gang programmet blir prøvd ut i den nordiske konteksten, som har et mer velfungerende velferdssamfunn og helsetjenester enn de tidligere utprøvingsarenaene.

1.1 Det overordnede oppdraget

Våren 2016 ga Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) et oppdrag om en følgeevaluering av utprøving av «Nurse-Family Partnership» (NFP) i Norge til Arbeidsforskningsinstituttet (AFI). Varigheten på følgeevalueringen var fra våren 2016 til høsten 2019.

Følgeevalueringen er todelt og består av en *prosess-* og en *resultatevaluering*. *Prosessevalueringen* er orientert mot de formative og prosessuelle aspektene i forsøket, dvs. den innsikt, forståelse og læring som foregår underveis. Denne delen av evalueringen skal gi en fremstilling av prosessen i utprøvingen av NFP i Norge, valgene som er tatt og hvordan programmet blir mottatt av alle involverte parter: utøvere, deltagere og systemet rundt. *Prosessevalueringen* har som mål å gi pekepinner på om programmet bør settes i gang i større skala, og hva som eventuelt bør endres før dette skjer. *Resultatevalueringen* skal gi pekepinner på om den overordnede målsetningen for prosjektet er oppnådd i form av kvantitative mål, for eksempel hvor mange hjemmebesøk man har klart å gi deltagerne og om deltagerne opplever økt mestringfølelse og psykisk helse fra starten til slutten av programmet- samt gi forslag på hva som eventuelt bør endres før man gjør en randomisert effektstudie (RCT) av NFP i fase 3 av programmet. Dette vil bli undersøkt i sluttrapporten.

¹ Familiesykepleier er ikke en formelt anerkjent tittel, men brukes i NFP-programmet som betegnelse på de sykepleierne som utøver oppfølging av sårbare familier.

Det er viktig å påpeke at denne følgeevalueringen har begrensede muligheter til å si noe om effekten av Familie for første gang/NFP. Piloteringen av programmet, fase 2 av implementeringen, er viktig for å teste og finne hvilke tilpasninger som må gjøres til en norsk kontekst for at programmet skal være gjennomførbart. Prosessevalueringen av piloten kan fortelle hvordan implementeringen av programmet fungerer i praksis og blir mottatt og akseptert blant deltagere og i velferdstjenestene, og si noe om kvaliteten av implementeringen. Selv om vi undersøker utvikling hos deltagerne og deres barn på viktige mål som psykisk helse, mestringsevne, økonomi og barns utvikling, kan vi ikke i denne evalueringen si noe om programmet har en effekt. For å få kunnskap om effekter trenger vi både *en tiltaksgruppe* (de som deltar i Familie for første gang) og *en kontrollgruppe*, slik at vi kan sammenligne endring over tid mellom disse gruppene. Siden vi ikke har en kontrollgruppe, kan vi ikke utelukke at hverken positive eller negative effekter kan tilskrives andre forhold eller ville skjedd uavhengig av programmets innhold. De kvantitative dataene i denne følgeevalueringen kan derimot gi en pekepinn på hvordan programmet mottas blant deltagerne og om det er positiv eller negativ utvikling på viktige mål over tid. Selv om det ikke betyr at programmet har en effekt hvis vi finner en positiv utvikling hos deltagerne, gir dette en gode indikatorer på hva som kan undersøkes videre i en RCT-studie.

1.2 Problemstillinger i delrapport 2

Dette er den andre av to delrapporteringer fra prosessevalueringen. Denne delrapporten følger utprøvingen i oppstartsfasen mellom våren 2017 og våren/sommeren 2018. Rapporten inneholder både kvalitative intervju samlet inn av AFI, samt deskriptive kvantitative data samlet inn som en del av utprøvingen av familiesykepleierne. I tillegg til de to delrapportene vil det januar 2020 publiseres en sluttrapport som inneholder en prosess- og resultatevaluering av hele prosjektperioden (våren 2016 til høsten 2019).

Overordnede problemstilling i delrapport 2:

- Dokumentere erfaringer av den videre utprøvingen av programmet i Norge (våren 2017 til vår/sommer 2018), med perspektivene fra deltagende familier, familiesykepleiere og systemet rundt (de lokale NFP-rådene, Bufdir, RBUP, helsestasjonstjenesten, NAV og barnevernet)
- Vurdere gjennomføringen av programmet, fra flere perspektiv – inkludert arbeidsbelastningen til familiesykepleierne, overlappende tilbud, mottakelse av programmet.
- Redegjøre og analysere inklusjons- og eksklusjonskriterier av deltagerne i rekrutteringsprosessen.
- Beskrive de inkluderte deltagerne og vurdere målgruppen.
- Redegjøre for deltagerens erfaringer med programmet.
- Redegjøre partners rolle, nærvær og mottakelse av programmet.

Problemstillingene i denne delrapporten belyses ved å oppsummere og drøfte informasjon fra intervjuer med deltagende familier, NFP-team og representanter fra de lokale rådene. I tillegg har vi innhentet informasjon fra andre kilder som NAV og Barnevernstjenesten. Vi benytter også deskriptive kvantitative data innhentet av familiesykepleierne som en del av programmet. Hovedparten av de

kvantitative dataene er fra graviditeten, da flere av deltagerne ikke enda har kommet til etter graviditetsfasen. Dermed unngår vi at slutninger blir basert på et veldig lite antall deltagere som deltar etter fødselen.

1.3 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 gir vi en kortfattet innføring av programmet generelt, og utprøvingen i Norge. Vi vil også kort presentere hvordan familiesykepleierne arbeider og hvilke verktøy som blir benyttet. I kapittel 3 redegjør vi for hvordan og hvilke data som er samlet inn til denne rapporten. Funnene blir presentert i kapitlene 4 til 8. Kapittel 4 inneholder erfaringer fra programmets utprøving fra perspektivet til familiesykepleierne, de lokale rådene, utøvende part og det nasjonale fagkontoret. I kapittel 5 redegjør vi for rekrutterings- og inklusjonsprosessen. I kapittel 6 beskriver vi deltagerne (mødrenes) opplevelser av deltagelse, mens vi i kapittel 7 beskriver partneres (fedrenes) opplevelse av deltagelse. I kapittel 8 gir vi en kort diskusjon og oppsummering av funnene som er beskrevet i kapitlene 4-7.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet gir vi en kortfattet innføring i Nurse-Family Partnership (NFP) generelt, og gir en presentasjon av den norske utprøvingen av programmet «Familie for Første Gang» (FFG).

2.1 Kort om Nurse-Family Partnership (NFP)

Nurse-Family Partnership-programmet (NFP) ble utviklet av professor David Olds ved Universitet i Colorado, Denver i 1970-årene. Programmet er beskrevet som et bredt tiltaksprogram som både fokuserer på det helsemessige og det sosiale for barnet og familien (Olds, 2002; Olds, Sadler, & Kitzman, 2007). Se tabell 2.1 for hovedmålene i NFP (Olds et al., 2002). Bakgrunnen til NFP trekker på teorier fra Bronfenbrenners økologiske teori, tilknytningsteori, og mestringsteorier («self-efficacy») (Bandura, 1977; Bowlby, 1982; Bronfenbrenner, 1977; Rollnick, Miller, & Butler, 2008). Programmet blir i dag brukt i 43 amerikanske stater og jomfruøyene (Nurse Family Partnership, 2017; Olds, 2002). NFP er implementert i Canada, England, Skottland, Australia, Nederland og Nord-Irland, og piloteres i Norge og Bulgaria. Programmet har tidligere blitt testet i Tyskland.

Tabell 2.1: Hovedmålene i NFP-programmet

Hovedmålene i NFP-programmet

- Redusere negative graviditetsutfall, ved å forbedre prenatal helse hos mødre
 - Forbedre og fremme barns helse og utvikling ved å øke foreldres kompetanse
 - Forberede foreldres fremtid ved strukturert familieplanlegging, fullføring av utdanning og tilknytning til jobb
-

Det finnes dokumenterte positive effekter av randomiserte kontrollerte studier av NFP som redusert forekomst av partnervold (Mejdoubi et al., 2013), tobakksbruk i graviditeten og i spedbarnsalderen (Mejdoubi et al., 2014) og foreldrestress (Sawyer et al., 2013), og økt forekomst av amming (Mejdoubi et al., 2014). Randomiserte kontrollerte studier har også indikert forbedring i flere barnerelaterte utfall som fysisk mishandling/forsømmelse av barnet (Mejdoubi et al., 2015), barns utvikling og problematferd (Mejdoubi et al., 2015; Robling et al., 2016; Sawyer et al., 2013) og fødselsutfall (Miller, 2015). 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, 2009; MacMillan et al., 2009; Williams et al., 2008). Programmet innebærer opptil 64 hjemmebesøk fra spesialtrente familiesykepleiere frem til barnet er 2 år. Familiesykepleierne er autorisert helsepersonell, med opplæring i NFP-programmet og andre relevante verktøy og metoder. At de representerer helsevesen og ikke barnevern kan også bidra til at de lettere får innpass hos familiene. Vanligvis tenker man at familiesykepleieren besøker familien ukentlig den første måneden i programmet for å etablere en god relasjon, og deretter besøk annenhver uke i resten av graviditeten.

Etter fødselen trappes det opp til ukentlige besøk de seks første ukene, før man fortsetter med besøk annenhver uke til barnet er 21 måneder gammelt. De siste månedene i programmet foregår en nedtrapping, der familiesykepleierne besøker familiene månedlig (O'Brien 2005). Antall besøk tilpasses foreldrenes behov – hvis de har lite ressurser eller opplever kriser, kan antallet besøk økes i perioder (Olds 2002, Olds et al. 2006). Under hjemmebesøkene samler familiesykepleierne inn data om barnas utvikling og helse, samt foreldrenes omsorgsutøvelse. Familiesykepleierne noterer også ned samtaletemaene, samt frekvens og lengde på besøkene (Jack et al. 2012).

Familiesykepleierne følger opp ca. 20 mødre hver. Antallet man følger opp varierer noe mellom land – i Norge er det blitt ca. 18 familier per familiesykepleier (Nilsen & Pedersen, 2018), i England 20 og i USA 25. Familiene som rekrutteres er særlig sårbare og har gjerne komplekse utfordringer. I Norge er antallet familier noe lavere enn i andre land. Dette skyldes at det kan være lang reisetid mellom hjemmebesøkene hos deltagerne i Norge, og fordi det i Norge er kortere arbeidsdag.

Familiesykepleierne har tre hovedoppgaver: 1) Hjelp/bistå mødre og andre familiemedlemmers til å endre atferd som kan ha negative konsekvenser for graviditeten, barnets utvikling, og foreldrenes livsløp. 2) Hjelp mødrene med å bygge relasjoner og nettverk med familie og venner som kan støtte opp under familien. 3) Opprette kontakt mellom familien og de helse- og velferdstjenester de trenger å benytte seg av.

Familiesykepleierne benytter «fasilitatorer» (manualer/retningslinjer som fasiliterer de ulike programområdene) som utgangspunkt for samtaler om de ulike temaene de er innom (Olds et al., 2006). Hvert besøk skal følge et fast oppsett for samtale. Samtidig skal «fasilitatorene» som tilbys være så varierte at det er stort rom for fleksibilitet for å imøtekomme familienes ulike behov. Sentrale elementer i dette er at det er deltagerens ønsker og agenda som styrer oppfølgingen, og ikke NFP-programmets manual. Familiesykepleieren må hele veien sørge for agenda-matching mellom deltager og sykepleier, der man blir enige om hva man skal jobbe med. Programmet er styrkebasert, og at deltagerens ressurser skal være utgangspunkt for oppfølgingen. Familiesykepleierne utfører også vurderinger av foreldreskap og barnets utvikling i ulike stadier, og kommer med forslag for å styrke disse der det er nødvendig (Olds 2002, Olds et al., 2006).

Under graviditeten følger familiesykepleieren opp mors helse og helseatferd. Særlig følger man opp bruk av tobakk, alkohol og ulovlige rusmidler, og jobber for reduksjon av bruken av disse gjennom atferdsendring. Familiesykepleierne følger også opp andre aspekter av mødres helse, som psykisk helse, urinveisinfeksjoner, blodtrykksforstyrrelser og seksuelt overførbare sykdommer. Mødrene får blant annet opplæring i å gjenkjenne symptomer på graviditetskomplikasjoner (Olds 2002, Olds et al., 2006).

Etter graviditeten jobber familiesykepleierne med å styrke foreldrenes fysiske og emosjonelle ivaretagelse av barna. Dette innebærer blant annet å gjenkjenne sykdomssymptomer, måle temperatur, og kommunisere med helsepersonell før man oppsøker hjelp. Det er egne opplegg for å styrke foreldre-barn interaksjon gjennom å gi foreldrene opplæring i spedbarns og småbarns kommunikative signaler, oppmuntre foreldrenes interesse i å leke med barna på måter som styrker emosjonell og kognitiv utvikling, og å lage hjemmemiljøer som er trygge for barn. Familiesykepleierne hjelper også mødre med å tydeliggjøre egne mål for utdanning og arbeid, og hvordan de kan gå frem for å oppnå målene sine (Olds et al 2006).

Familiesykepleierne mottar veiledning fra sin teamleder ukentlig – individuelt og i gruppe. Hver teamleder kan veilede opptil åtte familiesykepleiere. Veiledningen dreier seg både rundt refleksjon, innpassing av NFPs grunnlagsteorier i arbeidet og profesjonell utvikling, samt case-drøfting og observasjon av hjemmebesøk (Jack et al 2012, Olds et al 2006). Teamleder må ha egen erfaring med hjemmebesøk, denne har derfor også egne deltagere som den følger opp.

2.2 Hvordan foregår utprøvingen av NFP i Norge

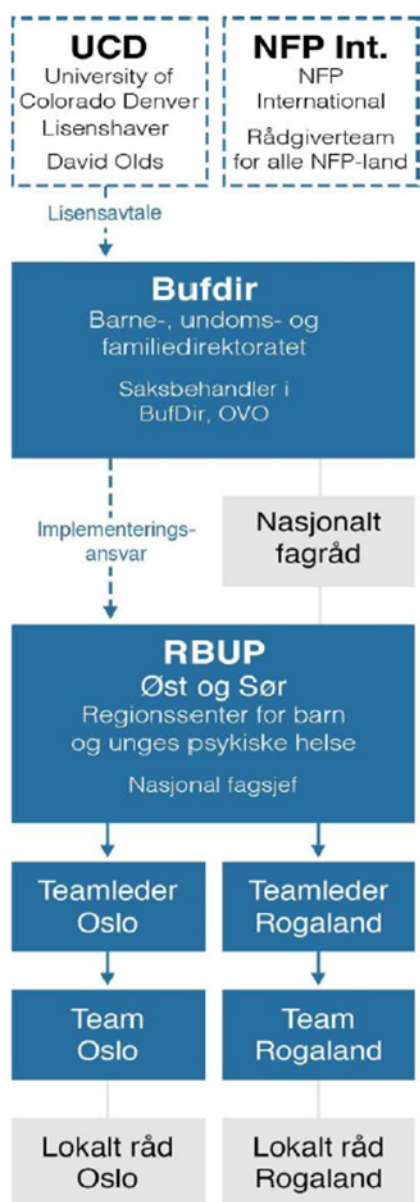
Nurse-Family Partnership prøves ut i Norge som et prosjekt² som opprinnelig løper fra 2014 til 2019³. Prosjektet har en kostnad på ca. 75 millioner NOK. Programlisensen eies av Professor David Olds ved University of Colorado, og NFP International er et rådgiverteam som driver faglig videreutvikling og implementeringsstøtte for regioner og nasjoner utenfor USA som benytter seg av programmet. Bufdir har den norske lisensavtalen, og har gitt implementeringsansvaret til RBUP Øst og Sør. Hos RBUP finner man det norske NFP-kontoret, med fagsjef, seniorrådgiver og forskningsstøtte. RBUP har ansvaret for opplæring i programmet, tilpasning til den norske konteksten, samt oppbevaring og analyser av innsamlet datamateriale. Fremtiden for den videre utprøvingen er per dags dato ikke klarlagt. Det går imidlertid frem av den nye Foreldrestøttestrategien 2018-2021 at NFP nevnes som tiltak 9 i denne strategien og at en videre utrulling av programmet vil vurderes på bakgrunn av programmets resultater. Se figur 2.1 for en forenklet organisering av NFP i Norge. NFP-programmet leveres via to NFP-team som holder til i Oslo og Rogaland. Hvert NFP-team består av fem familiesykepleiere, hvorav en har rollen som teamleder. Hver familiesykepleier følger opp ca. 18 deltagere hver, bortsett fra teamlederen som følger opp ca. 3 i tillegg til å ha veiledningsansvar. I hvert utprøvningsområde er det ca. 75 deltagere, til sammen er de 150 familier som mottar NFP i løpet av utprøvingen.

Utprøvingen har knyttet til seg tre råd. Et nasjonalt fagråd med representanter fra direktorater, fagforeninger og erfaringskonsulenter. Oslo og Rogaland har hvert sitt lokale råd, med representanter fra alle tjenester som er involvert i oppfølgingen av sårbare familier, for eksempel helsestasjoner, barnevern og NAV.

Se kapittel 3-6 i Nilsen og Pedersen (2018) for en grundigere gjennomgang av oppstartsprosessen av Familie for Første Gang i Norge fra 2014 til våren 2017.

² Nurse-Family Partnership-programmet har i den norske utprøvingen fått navnet «Familie for første gang», men vi velger i evalueringen å bruke betegnelsen NFP på programutprøvingen.

³ På grunn av forsinkelser i rekrutteringen av familier i innledende fase løper utprøvingen frem til medio 2021 når siste barnet fyller 2 år og familien uteksamineres av programmet. Dette kalles fase 2: Pilotering og utprøving.



Figur 2.1. Forenklet organisering av NFP i Norge (Tilpasset fra Brekke & Jakobsen, 2017)

2.3 Erfaringer fra delrapport 1

I delrapport 1 viste vi at utprøvingen har kommet godt i gang med rekruttering av NFP-team og gjennomføring av opplæring og kurs. Det var stor entusiasme i alle ledd, fra Bufdir og RBUP til familiesykepleiere og NFP-råd. Samtidig pekte vi på den forsinkede rekrutteringen som en utfordring med utprøvsprosessen (Nilsen & Pedersen, 2018). Fristen for å rekruttere det forhåndssette målet med 150 familier ble derfor utsatt, først fra 1. august 2017 til 31. desember 2017. Deretter besluttet prosjektet seg å ikke lenger operere med en frist. Teamene anslo da at det ville være rekruttert 150 deltagere innen høsten 2018, og rekrutteringen ble fullført i oktober 2018.

I delrapport 1 diskuterte vi også overlappende og konkurrerende tilbud gjennom tilgjengelige dokumenter, en nettbasert spørreskjemaundersøkelse og gjennom intervju med både NFP-teamet, familiene som deltar og systemet rundt (Nilsen & Pedersen, 2018). Her konkluderte vi med at det foreløpig var få indikasjoner fra både NFP-teamet, familier og de lokale NFP-rådene på at NFP overlapper med andre tiltak og tilbud. Siden det på daværende tidspunkt gjensto mye av rekrutteringen var det for tidlig å si noe om overlapp, og vi konkluderte med at det var viktig å trekke inn andre fra systemet rundt, som helsestasjonene og andre tilbud.

2.4 Erfaringer fra SINTEFs utredning om videre organisering av NFP i Norge

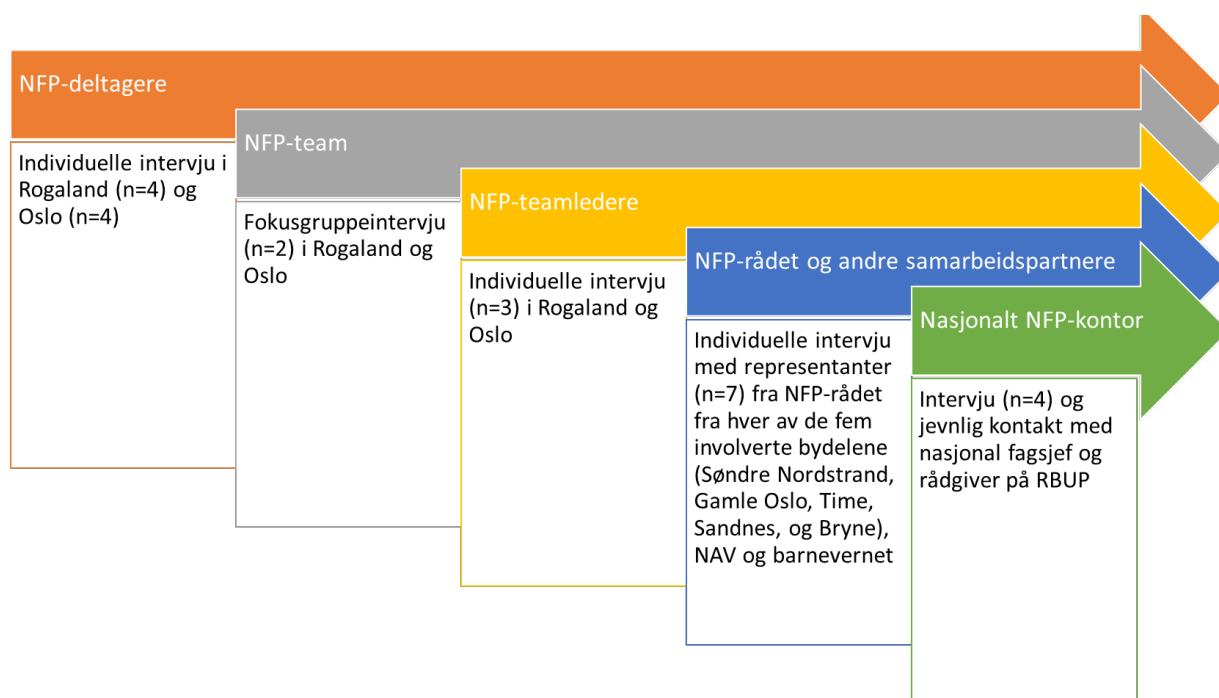
Høsten 2017 bestilte Bufdir en utredning om mulig videre organisering av NFP i Norge som ble utført av forskere fra Sintef og AFI (Lippestad et al. 2018). I rapporten kom det blant annet frem at organiseringen av utprøvingen skapte noen utfordringer i å få til samarbeidet med andre kommunale tjenester, og det ble anbefalt at man i en videreføring av programmet ansatte familiesykepleierne i kommunen. Det ble også anbefalt at man økte størrelse på teamene, fordi teamene ble sårbare for arbeidsbelastning, sykefravær og ferieavvikling når de består av fire familiesykepleiere og en teamleder.

3 Datainnsamlingsmetode

Til denne midtveisrapporten tar vi i bruk kvalitative og kvantitative data. De kvalitative dataene er samlet inn av AFI, og består av gruppe- og individuelle intervju med representanter for ulike grupper involvert i prosjektet. Det kvantitative datasettet i denne rapporten er samlet inn av familiesykepleierne om rekrutteringen (inkludering og eksklusjonskriterier), karakteristika av deltagerne og om gjennomføringen og mottakelsen av programmet.

3.1 Kvalitative data

Kvalitative individuelle og fokusgruppeintervju ble utført til denne delrapporten. Se figur 3.1 for oversikt, samt tekst under for mer inngående informasjon om intervjuprosessen. I alle intervjuer ble en semistrukturert intervjuguide benyttet.



Figur 3.1. Oversikt over kvalitativ datainnsamling utført 2017-2018 i forbindelse med denne delrapporten. N=antall intervjuer, ikke antall informanter

3.1.2 Intervju med deltagerne

Vi har intervjuet ti deltagerfamilier i prosjektet, fem i hvert utprøvningsområde. Fire familier ble intervjuet våren 2017, og 9 familier ble intervjuet våren 2018. Tre av familiene som ble intervjuet i 2017 ble også intervjuet i 2018. Vi har til sammen snakket med 10 familier, og har utført 13 intervjuer.

Deltagerne ble rekruttert av familiesykepleierne. I tre intervjuer har familiesykepleieren vært tilstede under intervjuet, etter ønske fra deltageren. Ved et par anledninger har familiesykepleieren vært tilstede og introdusert intervjuer og deltager, før hun har gått. De fleste intervjuene har blitt foretatt hjemme hos deltageren, bortsett fra tre intervjuer som har blitt gjort i et møterom hos NFP-teamet i Oslo sine kontorlokaler.

Blant de 10 familiene bodde 4 av mødrene sammen med partner. I tre av intervjuene var far tilstede under intervjuet. Intervjuene varte fra 30 til 90 minutter, med de fleste varte rundt 45 minutter. Intervjuene var sentrert rundt erfaringer med bruk av programmet, slik som inklusjon, innholdet i oppfølgingen, relasjonen til familiesykepleieren og eventuelt overlapp med andre tjenester. Variasjonen i lengde skyldtes at deltagerne i ulik grad valgte å dele sin egen personlige historie. Intervjuguiden åpner for at deltageren selv kan velge hvor mye av deres private informasjon de ønsker å dele, for å forhindre at deltagerne blir nødt til å snakke om og dele informasjon de ikke ønsker. Intervjuene med deltagerne har som hensikt å få frem deres erfaringer med programmet. Deres personlige historier er derfor ikke sentrale, selv om dette gir en viktig og interessant kontekstualisering av deres erfaringer med programmet.

3.1.3 Intervju med NFP-teamene

Vi har gjort gruppeintervjuer med de to *NFP-teamene*. Hvert intervju varte i cirka to timer, og hensikten med gruppeintervjuet var å få frem den erfaringen som er felles for familiesykepleierne, og å få frem hvor deres erfaringer møtes og hvor de deles. I forkant av intervjuene ble de tilsendt en liste over tema for intervjuet, som dreide seg rundt arbeidsbelastning, samarbeid med omkringliggende etater, samarbeid og oppfølging fra RBUP, samarbeid i teamet samt oppfølging og veiledning fra team-leder. I tillegg fikk familiesykepleierne spørsmål om erfaringer med rekruttering og inkludering av deltagere samt en beskrivelse av deltakerne og de utfordringene de jobber med sammen. I hvert team har det blitt ansatt en *ny jordmor*. Disse ble intervjuet i etterkant av gruppeintervjuet i ca. 30 minutter, for å høre om deres erfaringer med å jobbe med programmet, opplæringen de har vært med på i Skottland, samt opplevelsen av å bli med underveis i utprøvingen.

3.1.4 Intervju med teamledere

Vi har intervjuet hver av de to *NFP-teamlederne*, i intervjuer som varte i ca. 1 time. De fikk mange av de samme spørsmålene som teamet fikk, med fra perspektivet til teamleder, og deres erfaringer med å lede teamet, samarbeide med nasjonalt fagkontor og andre samarbeidspartnere. I tillegg har vi gjort et ekstra intervju med teamleder i Rogaland, for å få mer informasjon om to deltagere hos dem hvor man mente man hadde klart å avverge en omsorgsovertagelse.

3.1.5 Nasjonalt fagkontor

Vi har intervjuet fagsjef og rådgiver ved nasjonalt fagkontor hos RBUP. Intervjuet varte i omtrent 2,5 time. I tillegg har vi gjort et individuelt intervju med fagsjef som varte i ca. 1 time, for å få mer inngående kunnskap om utprøvingen og tanken bak noen av beslutningene som er tatt, slik som utsettelse av inklusjon i programmet, og nye ansettelser i prosjektet. I tillegg har vi gjort tre telefonintervjuer i løpet av høsten/våren, samt hatt jevnlig mailkontakt, for å få jevnlig oppdateringer om utprøvingen.

3.1.6 De regionale NFP-rådene og samarbeidspartnere

Vi har intervjuet syv representanter fra de to bydelene i Oslo og de tre kommunene i Rogaland, som alle er involvert i programmet gjennom de regionale NFP-rådene. Intervjuene ble utført individuelt, og varte i cirka en time hver. Vi har også intervjuet representanter fra samarbeidspartene i NAV og barnevernet i Gamle Oslo. Dette var individuelle telefonintervjuer som varte i ca. 30 minutter.

I etterkant av vårens datainnsamling ser vi at vi har fått mye informasjon, og fått innblikk i erfaringene til de aller fleste som er involvert i utprøvingen av programmet. Samtidig ser vi at vi mangler intervjuer med representanter som jobber med henvisning fra helsestasjonen. Vi har tenkt at dette perspektivet er dekket av representanter fra det nasjonale rådet, der flere har stillinger i bydelen som gir inngående kunnskap om arbeidet og samarbeidet med helsestasjonen. Likevel ser vi at de jordmødrene som jobber med å henvise gravide til programmet med fordel kunne blitt intervjuet om sine samarbeids erfaringer. Denne gruppen vil vi inkludere i siste runde med datainnsamling 2018-2019 for å videre belyse rekrutteringsprosessen samt hvordan programmet passer inn i øvrige tjenester.

3.1.7 Utfordringer med de kvalitative dataene

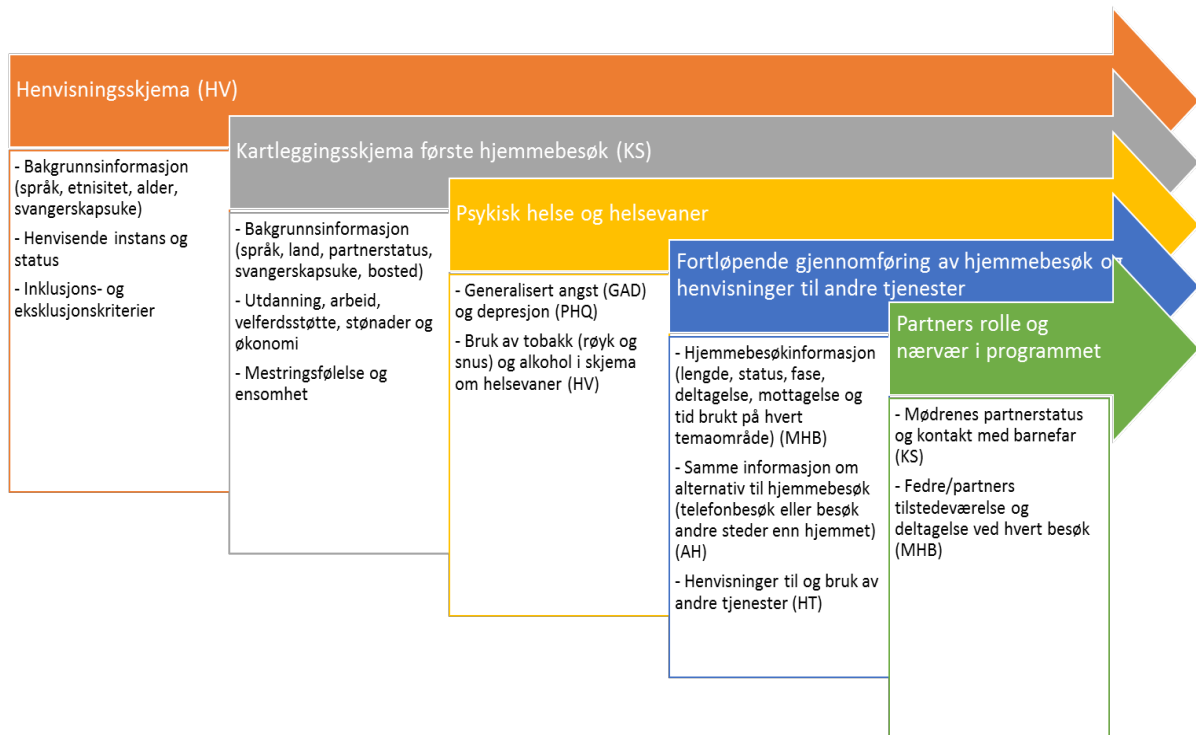
Rekrutteringen av deltagere til intervjuene har ikke blitt så systematisk som vi ønsket. Familiesykepleierne har stått for rekrutteringen, og har valgt ut deltagere som de tror er interessante for oss å snakke med, og som ønsker å snakke med oss. Av flere grunner har det ikke vært mulig for dem å sikre den representativiteten blant deltagerne som vi hadde planlagt. Dette skyldes både at det har vært forsinkelser i rekrutteringen som har gjort at det er få deltagere å spørre, og at forespurte deltagere ikke har ønsket å bli intervjuet. Dette fikk størst utslag i datainnsamlingen våren 2017, hvor det bare ble intervjuet fire deltagere, noe som skyldes at det var få deltagere inkludert i programmet, og at flere av de spurte ikke ønsket å bli intervjuet.

Vi har snakket med deltagere som varierer i alder, utdanning og sårbarhet. Vi har bare intervjuet tre partnere, og ingen med annen etnisk bakgrunn enn norsk, eller som ikke har norsk som morsmål. Det ville være interessant å intervju noen som har deltatt i programmet via tolk, og som har annen etnisk bakgrunn, for å se om de har noen andre erfaringer. En annen gruppe av deltagere som det ville være interessant å få i tale, er de som er inkludert i programmet og deretter har falt fra, for å høre hvorfor de har valgt å avbryte delttagelsen. Dette har vi heller ikke hatt mulighet til å gjennomføre. Formålet med intervjuene med deltagerne har vært å få vite noe om deres erfaringer med å være med i NFP, og

vi mener vi har fått frem relevante og varierte erfaringer med å delta i programmet. Da det ikke er mulig å drive en kartlegging av deltagere via denne typen kvalitative intervjuer, ser vi heller ikke at manglende representativitet i utvalget utgjør et stort problem.

3.2 Kvantitative data

Familiesykepleierne samler inn data på flere tidspunkt. Se figur 3.2 over for oversikt over kvantitative data og tidspunkt for innsamling av disse.



Figur 1.2: Oversikt over kvantitative data samlet inn av sykepleierne 2017-2018 som brukes i denne delrapporten

3.2.1 Inklusjon, eksklusjon og frafall av deltagere

Familiesykepleierne registrerer alder, språk, etnisitet, graviditetsuke, sted, henvisende instans, henvisningsstatus, inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier i den første samtalen med relevante deltagere i et henvisningsskjema (HV). Til denne rapporten henter vi ut informasjon fra dette skjemaet for å beskrive hvem som blir inkludert og ekskludert, og årsaker til inklusjon og eksklusjon.

3.2.2 Demografiske karakteristika

Familiesykepleierne registrerer demografiske bakgrunnsdata ved det første hjemmebesøket med et kartleggingsskjema (KS). Dette skjema inkluderer informasjon om deltagerne som fødeland, språk, etnisitet, partnerstatus, bosted, medlemmer i husstanden, utdanning, arbeid, og lønn, samt

sykefravær og sosiale stønader. Denne informasjonen vil brukes for å beskrive de som deltar i programmet.

3.2.3 Psykisk helse, mestringsfølelse og ensomhet

Familiesykepleierne registrerer informasjon om psykisk helse, mestringsfølelse og ensomhet. I denne delrapporten bruker vi kun data som er innsamlet i graviditetsperioden. Se vedlegg 4 for mer informasjon om hvilke spørsmål disse instrumentene inkluderer. Fordi få deltagere har vært inkludert i programmet over en lang nok periode, har vi i denne rapporten brukt disse dataene som en nullpunktsanalyse av hvordan deltagerne har det i den tidlige programfasen.

3.2.4 Gjennomføring av programmet

Familiesykepleierne registrerer informasjon om hvert hjemmebesøk i et eget skjema: Møteskjema for hjemmebesøk (MHB). Her registreres lengde, status (fullført, forsøkt, eller avlyst), programfase/tidspunkt for besøket, hvem som var tilstede/deltok i hjemmebesøket, årsaker og kilde til eventuell avlysning av møte og anbefalinger/henvisninger til andre tjenester. Familiesykepleierne samler også data om deltagerens engasjement, forståelse for og aksept av stoffet som ble gjennomgått, og prosentandelen av tid som blir brukt på hvert temaområde i hvert hjemmebesøk. Familiesykepleierne registrerer også dersom kontakt skjer utenfor hjemmet til deltageren, i et alternativ til hjemmebesøk-skjema (AH). Her registrere lignende data som i MHB, i tillegg til hvilket alternativ til hjemmebesøk som ble foretatt (for eksempel telefonkontakt). Dersom familiesykepleieren henviser eller anbefaler andre tjenester, eller oppdager at andre tjenester blir benyttet av deltageren, fylles et Henvisninger til andre Tjenester-skjema (HT). I dette skjemaet registreres programfase, type tjeneste og om deltageren mottar tjenesten og om denne tjenesten ble anbefalt av familiesykepleieren eller andre.

3.2.5 utfordringer med de kvantitative dataene

Det er flere utfordringer med å analysere de kvantitative dataene. På grunn av den forsinkede rekrutteringsprosessen er det per mai 2018 inkludert 133 antall familier. Av disse er det få som har fått barn, og få familier har fått mer enn ti hjemmebesøk av sin familiesykepleier. Det vil si at det er vanskelig å si noe om barnas utvikling og helse, om gjennomføringen av hjemmebesøk etter fødsel, eller om fars kontakt og lek med barnet. Det er dessuten få familier som har gjennomført mange nok hjemmebesøk i graviditeten til å diskutere modelltrofastheten for hele gruppen. De første familiene som deltar i programmet er noe annerledes enn de som blir rekruttert senere. Både ved at programmet opererer med noe videre inklusjonskriterier i starten (se kapittel 5.1), og at familiesykepleierne bruker vesentlig mer tid og har hatt en nærmere relasjon med familiene i starten (se kapittel 4.3). Det blir derfor utfordrende å generalisere noe ut i fra disse familiene. I tillegg er det vesentlige forskjeller mellom familiene i Oslo og Rogaland, for eksempel når det gjelder rekruttering (videre inklusjon i Oslo), og demografiske faktorer (alder og utdanning). Det er dermed veldig små grupper å analysere i dette stadiet. Det er også, som vi vil vise til i resultatene, mye manglende data på noen av variablene. Disse utfordringene vil være noe mindre til sluttrapporten, da programmet har

gått over noe lengre tid. Vi har derfor i denne delrapporten basert oss på deskriptive analyser av inklusjon, eksklusjon og frafall av deltagere, beskrivelse av utvalget som er inkludert, samt en generell beskrivelse av gjennomføringen av hjemmebesøkene. Vi har beskrevet de faktorene vi ser på under.

4 Utprøving av programmet – erfaringer 2017-2018

I dette kapitlet redegjør vi for erfaringer fra de sentrale aktørene involvert i utprøvingen. Det er korte oppsummeringer om arbeidet som gjøres i Bufdir (oppdragsgiver), RBUP (utøvende part) og NFP-rådene (lokal forankring og rådgivning). Deretter følger en mer omfattende del om familiesykepleiernes erfaringer med å jobbe i prosjektet og levere programmet. Deltagernes erfaringer er plassert i et eget kapittel (kapittel 6).

4.1 Bufdir

Bufdir er lisenshaver og har et overordnet ansvar for utprøvingen på oppdrag fra BLD. Direktoratet følger opp Nasjonalt fagkontor ved RBUP og innehar dialogen med NFP programmets lisensgiver og rapporterer på den norske utprøvingen til Prevention Research Center for Family and Child Health ved University of Colorado, Denver.

NFP omtales som tiltak i flere sentrale politiske strategier og planer på oppvekstfeltet som er kommet etter oppstarten av NFP utprøvingen i Norge. Blant disse er Barnefattigdomsstrategien (2015-2017), Opptrappingsplanen på vold og overgrep (2017-2021) og regjeringens nye Foreldrestøttestrategi (2018-2021). Bufdir er per dags dato i en fase der de undersøker mulighetene for videre organisering av NFP-utprøvingen i Norge i tråd med programmets 4 faser. Bufdir har også fått utarbeidet en utredning som har sett på mulig videre organisering av programmet dersom det skal ruller ut i Norge⁴. I tillegg har de fått utarbeidet en mindre samfunnsøkonomisk analyse av forventet samfunnsnytte og konsekvenser av NFP-programmet for kommunene av NFP (Oslo Economics 2018).

4.2 Nasjonalt fagkontor på RBUP

RBUP har det faglige ansvaret for utprøvingen, og har et tett samarbeid med NFP International. Kontoret har to ansatte; fagsjef og rådgiver, samt forskningsstøtte. I tillegg får kontoret hjelp av forskere på RBUP til innsamling, oppbevaring og analyse av de kvantitative dataene. I løpet av høsten 2017 og våren 2018 har fagsjef og rådgiver gjennomført de siste opplæringsmodulene i NFP-programmet, og gitt opplæring i Marte Meo, Pipe og NBO. RBUP har også personalansvar for NFP-teamene. De har i løpet av 2017 og 2018 vært ansvarlig for rekruttering og ansettelse av fire nye familiesykepleiere. I tillegg til drift, opplæring, forskning og personalansvar, har RBUP ansvaret for å tilpasse NFP-programmet. Dette er et løpende arbeid som pågår etter hvert som de gjør seg nye

⁴ For mer informasjon om resultater fra denne utredningen, se Lippestad et al. (2018) *Utredning av mulig fremtidig organisering av Familie for første gang – Nurse Family Partnership i Norge*. Sintef

erfaringer med programmet. Som støtte i dette arbeidet har de nedsatt en arbeidsgruppe med to representanter fra hvert team. Fagsjef er også tilstede på alle NFP-rådsmøter.

4.3 NFP-rådene

De lokale NFP-rådene var i oppstartsperioden sentrale støttespillere i rekrutteringen av deltagere, ved at de kunne informere og engasjere førstelinjen som henvisere og medspillere til programmet. Etter denne perioden har NFP-rådet gitt innspill og råd til teamleder og fagsjef på fremdrift, inkludering og målgruppe. Rådet har også representanter fra samarbeidstjenester, som helsestasjonen, NAV og barnevernet, og representanter fra disse har bidratt til å tilrettelegge for samarbeidet med NFP-teamet i sine respektive etater. I Rogaland blir det i Sandnes og Time kommune ytret et ønske om en mulig videreføring av NFP, hvis utprøvingen kan vise til gode resultater. Rådet har her vært involvert i diskusjonene om finansiering og videre organisering av programmet.

4.4 Samarbeid med andre tjenester

NFP er ment å være et program som samarbeider med omkringliggende tjenester, der familiesykepleieren skal hjelpe deltagerne til å finne frem til de hjelpeinstansene de har behov for. Samarbeidet med omkringliggende tjenester er også nødvendig fordi NFP baserer seg på henvisning av deltagere fra disse relevante tjenestene. Representanter fra helsestasjoner, barnevernet og NAV fra Rogaland og Oslo ble intervjuet om samarbeidet med NFP-teamene. Hovedsakelig opplever de at samarbeidet fungerer godt, men også at det kan være vanskelig å samarbeide systematisk rundt en deltager.

Familiesykepleierne oppgir at programmet nå er godt kjent blant jordmødrene og helsesøstrene på helsestasjonene. Helsestasjonstjenesten opplever at samarbeidet med familiesykepleierne rundt henvisninger fungerer godt, og at de ofte får til en god arbeidsdeling. Det tok tid å gjøre programmet kjent ute i tjenestene og spre informasjon om målgruppen. I Oslo var dette mer utfordrende, og i oppstarten kom det veldig få henvisninger. Dette har blitt løst ved hjelp av målrettet arbeid i teamet og assistanse fra NFP-rådene.

Helsestasjonstjenesten forteller at de i utgangspunktet trodde familiesykepleierne ville overta noe av oppfølgingen som blir gjort på helsestasjonen, men har forståelse for at det går mot programkravene – deltagere skal ikke miste noe ordinær oppfølging fordi de inngår i «Familie for første gang».

Helsestasjonstjenesten forteller at de savner systematikk i samarbeidet. Noe av dette skyldes at familiesykepleierne er ansatt i RBUP og at «Familie for første gang» er organisert på siden av velferdstjenestene uten felles journalsystem. Manglende deling av journaler gjør det vanskelig å vite hvilken oppfølging som gis til ulike personer, og hvem som har ansvar. Det har oppstått situasjoner der helsestasjonen og familiesykepleierne begge har trodd at den andre parten hadde kontakt med deltager i ferier, og hvor deltager ikke har fått oppfølging i perioden. Samtidig forteller familiesykepleiere om deltagere som ikke ønsker at deres deltagelse i «Familie for første gang» skal

være kjent i de andre tjenestene. Av hensyn til deltagerens ønsker vil de derfor ikke dele informasjon eller inngå i samarbeid med helsestasjonen om denne deltageren.

De fleste representantene for kommunale tjenester opplever at «Familie for første gang» er et tilbud som skiller seg fra andre hjelpetilbud og ikke overlapper med noe annet kommunen tilbyr. Ved helsestasjonstjenesten i Stavanger uttrykkes det likevel bekymring for overlapp, fordi de fleste deltagerne benytter seg av andre kommunale tjenester som forsterket helsestasjon, familiesenter/familiegrupper, åpen barnehage o.l. De opplever dermed ikke noen mindre pågang i andre tjenester ved å benytte «Familie for første gang». De opplever også at mange sårbare familier er flergangsfødende, slik at kravet om at deltageren må være førstegangsfødende ekskluderer mange som har behov for tett oppfølging.

Barnevernet i Gamle Oslo mener at programmet er av meget høy kvalitet og er svært godt utviklet. De skulle gjerne sett at kunnskapen fra programmet ble delt i kommune/bydel, slik at det var flere enn familiesykepleierne som kunne benytte seg av det. De opplever at programmet foreløpig er for lite til at de merker mye til det. De 150 barna i programmet er få i forhold til antallet barn som barnevernet følger opp. Barnevernstjenesten i Time opplever at programmet er et spisset hjelpetiltak og at helsesøstrene som leverer det har høy kompetanse. Barnevernstjenesten i Time trekker også frem at det er viktig at alle kommunens tjenester står samlet i oppfølgingen av sårbare familier, og at organiseringen av «Familie for første gang» på siden av de andre tjenestene gjør samarbeid mer utfordrende. Barnevernet i begge områder opplever at de må minne familiesykepleierne om meldeplikten.

NAV opplever det som svært positivt at gruppen av deltagere i «Familie for første gang» får tettere oppfølging. De opplever at NAVs veiledere kan ha store porteføljer og mye informasjon å forholde seg til når de skal gi oppfølging. Da kan samarbeidet med familiesykepleier rundt deltagere være med på å lette informasjonsflyt til saksbehandlingen. De opplever ofte at brukere i NAV mangler kunnskap om systemet, og har vanskeligheter for å hevde sine rettigheter i møtet med veileder. Familiesykepleiere kan avhjelpe denne situasjonen, ved å støtte deltagerne i møtesituasjonen og hjelpe dem med å orientere seg i NAV-systemet.

4.5 Erfaringer i teamene

Teamene av familiesykepleiere består av fire helsesøstre og en jordmor. Både jordmødre og helsesøstre kan fungere i rollen som familiesykepleier, og for Nasjonalt fagkontor er det viktig å fremheve at begge disse bidrar med viktig kompetanse inn i teamet.

4.5.1 Arbeidsbelastning

I tilpasningen til norsk kontekst er det interessant å utforske erfaringene til familiesykepleierne, og hvordan de vurderer sin egen arbeidsbelastning i utprøvsperioden. Det norske arbeidslivet skiller seg fra det amerikanske på mange måter. Helt konkret er arbeidsuken kortere, og de norske familiesykepleierne har ikke mulighet til å følge opp like mange som i det amerikanske programmet.

Dette er det tatt hensyn til ved at hver familiesykepleier følger opp ca. 18 deltagere hver, som er noe lavere enn i USA (25) og England (20). En av fordelene med programmet er at det gir mulighet for å gi tett oppfølging til relativt mange deltagere per familiesykepleier. I kommunene i Rogaland gir de uttrykk for at muligheten til å gi tett oppfølging til et høyt antall deltagere er viktig for deres vurdering av verdien til programmet, og mener det er viktig at antallet deltagere per familiesykepleier ikke senkes ytterligere. I dette avsnittet legger vi frem teamenes erfaringer knyttet til arbeidsbelastningen, og vurderingen av hvordan de klarer å følge opp 18 deltagere. Tre hovedtrekk skiller seg ut:

- 1) Det er mye tid som går med til reiser mellom deltagerne
- 2) Det er mye tid som går med til samarbeidsrelasjoner (med f.eks. Barnevern, NAV, helsestasjon)
- 3) Det krever mye arbeid å lære seg programmet og bidra til utprøvingen samtidig som man har full deltagerliste

Arbeidsdagen til familiesykepleierne er hektisk. Dette kommer tydeligst frem i intervjuet med teamet i Rogaland. Her har de kommet lengst i rekrutteringen og familiesykepleierne har over tid hatt full portefølje av deltagere. Problematikken kommer også opp i intervjuet med Oslo-teamet. Familiesykepleierne forteller at det er tidkrevende med forberedelse og etterarbeid. Eksempelvis går det mye tid til opplæring. Programmet har flere opplæringsmoduler, men familiesykepleierne forteller at de bruker mye tid på å sette seg inn i programmet utover den organiserte opplæringen. I tillegg får de opplæring i verktøy som Marte Meo (en kartlegging og samspillsintervensjon mellom foreldre og barn) og NBO, Newborn Behaviour Observation (et verktøy som hjelper foreldre å forstå barnas signaler), som de bruker tid på å lære seg, og som innebærer merarbeid før, under og etter et hjemmebesøk.

«Vi får ikke gjort alt det vi skal gjøre på en god nok måte, og så bruker vi mye mer timer enn arbeidstiden. Det kan gjerne gå ut over for eksempel noen skjemaer som du skulle fylt ut som du gjerne glemmer. Eller du får ikke gjort en god nok Marte Meo. Du får ikke forberedt deg på det du skal gjøre. Forberedelsestiden min er 5-10 minutter, og skulle vært en halvtime, ikke sant. Og så er det etterarbeidet, journalføring, det må jo gjøres, men da blir det jo gjort på ettermiddagen, det er fritid som du må skrive ekstratimer for». Familiesykepleier, Rogaland.

For å gjennomføre et godt hjemmebesøk, kreves det tid til forberedelser som det ikke alltid er tid til i en hektisk arbeidsdag. Mye av den ekstra arbeidsbelastningen forklares med at programmet er nytt for alle involverte, og at det er mye å sette seg inn i parallelt med at man følger opp deltagerne på en god måte.

«Hvis du har 18 [deltagere], når de skal møtes annenhver uke, i tillegg til at du har møter og andre ting, det går ikke helt opp. Det er ofte tre på en dag, og så er det noen få dager hvor du har to». Familiesykepleier, Rogaland

Familiesykepleierne beskriver at hvis de skal klare å gjennomføre alle hjemmebesøkene til riktig tid, må de ofte ha tre hjemmebesøk per dag. Ifølge familiesykepleierne tar et hjemmebesøk i snitt to timer, inkludert forberedelse, og gir lite tid til å fylle ut skjemaer i etterkant av besøket, og til annet forefallende papirarbeid, inntakssamtaler og selvstudier. Det kan også være en del reisetid mellom hver deltager. De fleste uker er det også veiledning, gruppemøter og andre typer av møteaktivitet som krever tid.

I oppstarten av utprøvingen hadde familiesykepleierne færre deltagere, og mulighet til å følge opp de første deltagerne tettere. Etter hvert som det har blitt flere deltagere, erfarer familiesykepleierne at de i de første relasjonene har gått for tett inn, og at det ikke er mulig å opprettholde en slik kvalitet og kvantitet på veiledningen når man har full oppdekning med 18 deltagere.

«Den første deltageren, hun har spist meg opp og jeg har latt meg spise opp, fordi det var så gøy i starten. En erfaring som jeg har gjort meg er at sånn kan vi ikke ha det. Jeg kan ikke være tilgjengelige for alle sånn som jeg har vært for henne, det går ikke». Familiesykepleier Rogaland

Flere av familiesykepleierne forteller at de første deltagerne har fått en tettere oppfølging enn de som kom inn i programmet etter hvert. Denne tette oppfølgingen handlet om et ønske om å være tilgjengelig for deltageren. Familiesykepleierne har derfor besvart telefoner i kvelder og helger, selv om telefonsamtalene ikke handlet om særlig akutte problemstillinger. Familiesykepleierne forteller om en læringskurve i det å danne gode relasjoner med deltagerne, og samtidig klare å verne om seg selv og sitt eget privatliv. Derfor har de i økende grad begynt å lage rammer for samhandlingen, der de instruerer deltagerne i når det er greit å ringe utenfor arbeidstid, for eksempel hvis det er akutte situasjoner de trenger støtte i. Samtidig trekker flere frem at det hele veien er en balansegang mellom å gi god oppfølging og å unngå å bli utmattet:

«Den relasjonen som jeg og deltageren har fått, den er jo spesiell, vi er tette, vi er nære og det tenker jeg jo er en av suksessfaktorene. At det faktisk går så godt som det gjør med henne. Men jeg tenker for min egen del, og for at en ikke skal bli så vanvittig sliten, så tror jeg nok at det er viktig å være flinkere med å lage gode, tydeligere rammer». Familiesykepleier Rogaland

For familiesykepleierne har nødvendigheten av å sette grenser for egen tidsbruk blitt mer presserende etter hvert som de har fått flere deltagere. De erfarer at den oppfølgingen de kunne gi til de første, få deltagere, ikke er mulig å gjennomføre med full portefølje på 18 deltagere. Å finne en balanse mellom kvaliteten på oppfølgingen og bærekraften i arbeidsinnsatsen blir dermed en viktig erfaring familiesykepleierne tar med seg fra oppstartsfasen. Dette gjelder i både Rogaland og Oslo, men i Oslo hadde teamet en lengre periode der de hadde få deltagere, og erfarte at den oppfølgingen de leverte til de første deltagerne ble vanskelig å videreføre når porteføljen ble større. Dette innebar en endring i mengden av oppfølging til deltagerne, og at familiesykepleierne måtte justere sin egen oppfatning av hva som var tilstrekkelig, «god nok» oppfølging.

Samtidig ønsker familiesykepleierne å nyansere dette bildet – det er ikke nødvendigvis relasjonen og oppfølgingen av deltageren som er slitsom, men alt arbeidet som er rundt. Å ha en tett relasjon med deltageren trekker de frem som en verdifull del av arbeidet, mens det å drive med journalføring og opplæring kan være belastende i tillegg til oppfølgingsarbeidet.

«Jeg synes ikke relasjon med deltagerne er så krevende, det er ikke det som gir for mye arbeidsbelastning, den balansen synes jeg går veldig fint. Men det er alt ekstraarbeidet. Med journalføring og å sette seg inn i programmet samtidig som du lærer det. Det er det som tar mye tid». Familiesykepleier Rogaland

4.5.2 Reisetid

Det går med mye tid til reising mellom deltagerne. Familiesykepleierne opplever at mye reisetid går ut over muligheten til å forberede hjemmebesøkene, og antall besøk de har kapasitet til per dag. Mange av hjemmebesøkene involverer bruk av utstyr, som dukker, videokamera etc. Bruk av dette krever planlegging og må koordineres med resten av teamet.

«Det er veldig forskjell på å ha tre besøk i Gamle Oslo, hvor du bruker tjue minutter på reise, og du kan dra innom NFP-kontoret og legge fra deg ting, til å møte deltagerne i Søndre Nordstrand. I dag hadde jeg 45 minutter i effektiv reisetid, og det betyr at du akkurat må rekke det. Et par dager så går det ikke med to besøk engang, hvis jeg skal gå halv fire. Og da har du ikke inkludert forberedelser og etterarbeidet. [...] Hvis du har TRE besøk hver dag ganger fem, [...]det går jo ikke». Familiesykepleier, Oslo

For teamene er det viktig å ha tid til å møte resten av teamet. Familiesykepleierne tilbringer det meste av arbeidstiden sin ute hos deltagerne eller på reise mellom ulike besøk. Å ha tid til å møte teamet blir viktig for å dele erfaringer, og faglig utveksling. Med for høy arbeidsbelastning er det denne tiden som det kan bli for lite av.

«Vi trenger tid til å se hverandre og snakke faglig. Vi jobber så alene, at vi kan komme sammen og snakke om ting og drøfte ting, det er jo kjempeviktig». NFP-team Oslo

4.5.3 Å jobbe med programmet

Programmet er omfattende, så familiesykepleierne opplever at de har brukt mye tid på å sette seg inn i det, skaffe overblikk og skjønne hva de *må* bruke og hva de kan *velge* til eller fra. Å ha gjennomført all opplæringen er til stor hjelp, det samme er det å ha brukt programmet over lengre tid.

I de første intervjuene i 2017, uttrykte familiesykepleierne noen reservasjoner knyttet til å jobbe med programmet. De opplevde at det var vanskelig å få oversikt over de ulike fasilitatorene/programområdene, og at deler av innholdet ikke var tilpasset norske forhold og retningslinjer. I 2018 uttrykte familiesykepleierne en grunnleggende positiv holdning til programmet – de opplever at NFP tilbyr dem akkurat det de trenger for å følge opp deltagerne. Programmet er fleksibelt nok til å tilpasses de ulike deltagerne, og tilbyr dem materiale for de ulike typene av behov og situasjoner de står overfor. Familiesykepleierne har fullført de tre opplæringsmodulene som NFP inneholder, som følger fasene i oppfølgingen av deltagerne: graviditet, spedbarnsfase og småbarnsperioden.

I den amerikanske utprøvingen fant O'Brien et al. (2012) at de familiesykepleierne som klarte å rekruttere og beholde flest deltagerne i programmet, var de som hadde en fleksibel tilnærming, som klarte å tilpasse oppfølgingen til hver enkelt deltagers behov, var villig til å endre egen oppførsel, mottok veiledning, og som endret fremgangsmåte når de ikke lyktes med en strategi. Å kunne tilpasse programmet etter deltagerens behov kan være enda viktigere for særlig sårbare deltagerne, som har mindre stabilitet i hverdagslivet, og varierende behov.

For familiesykepleierne i den norske utprøvingen gjør fleksibiliteten i programmet at de kan overskride de vanlige grensene for ansvarsområder i tjenestene, og tilby deltagerne den oppfølgingen de trenger, uten å måtte henvise dem videre.

«En deltager som jeg har nå synes det er veldig skummelt å gå ut, fordi hun har mye angst og så kan vi øve på det, og gjøre de tingene sammen første gang. Så den fleksibiliteten er også helt spesiell i dette prosjektet, som gjør det veldig, det er ikke sånn, "nei, det kan vi ikke, vi kan ikke det". For sånn sitter man jo mye, "nei, det er liksom ikke en [mulighet]", "det er ikke innenfor mitt [ansvarsområde]", "da må du gå til NAV", "da må du gå til ...", ikke sant. Det også gjør det veldig nytt». FFG-team Oslo

4.5.4 Samarbeid med andre tjenester

Familiesykepleierne opplever at deres hovedoppgave er å følge opp deltageren. Samtidig er det mye av tiden deres som går med til andre oppgaver, som samarbeidsmøter med andre tjenester.

«Vi har en del avtaler med barnevernet og veiledning med psykolog. Og det også tar jo av den klienttiden på et vis, det spiser av den tida som vi egentlig kunne hatt med deltagerne, men det er jo VELDIG nødvendig. Jeg ønsker det jo ikke vekk. Og så er det alle disse samarbeidsmøtene også i tillegg, ikke sant, med ulike instanser som er inne i familiene. For eksempel helsestasjonen, psykiatri, barnevern». FFG-team Rogaland

Familiesykepleieren skal ikke dekke alle behov hos deltagerne, men hjelpe deltagerne med å finne andre hjelpere, eller også støtte dem i møtet med hjelpeapparatet, som NAV og barnevernet. Å hjelpe deltagerne å motta hjelp fra andre tjenester, som psykolog eller helsestasjonen, blir dermed en av oppgavene. Samtidig er samarbeid med andre tjenester tidkrevende, og kan gå på bekostning av annen oppfølging av deltagerne:

«I går så fulgte jeg et par til helsestasjonen, de skal ha barn om tre uker. Og det tar jo tid, for jeg måtte kjøre dit og hente de, og så måtte vi kjøre til helsestasjonen, og så var de på et møte en time, og så kjørte vi tilbake igjen, så jeg brukte to og en halv time. Og da sier de, "men skal du ikke komme inn og snakke med oss?" For da hadde de en forventning om at jeg da også skulle prate med de. Men det hadde jeg ikke mulighet til, ikke sant, for da har jeg brukt min tid hos dem.» NFP-team Rogaland

Samarbeidet med andre tjenester har flere aspekter. En av oppgavene deres er å hjelpe deltagerne å finne hjelp hos andre tjenester, for eksempel hos en psykolog eller hos barnevernet. De må ha oversikt over hvilken hjelp som er mulig å få hvor, og oppmuntre og støtte deltageren i å ta kontakt og skaffe seg hjelp selv.

Familiesykepleierne forteller at deres involvering også kan være viktig for å få riktig og tilstrekkelig hjelp fra tjenestene. For eksempel kan familiesykepleierne hjelpe til å fylle ut skjemaer, men også være med på møter hos NAV, og fungere som en «advokat» på vegne av deltageren. Deres kjennskap til systemet og deltagerens behov kan være avgjørende for at deltageren får den hjelpen de har behov for og krav på.

Familiesykepleierne kan bidra til å koordinere andre tjenestenes innsats mot deltageren, ved at de er med på møter, innkaller til møter og hjelper til med å formulere deltagerens behov overfor tjenesteapparatet.

«Det er jo mye ansvarsgruppemøter, spesielt hos de som har hatt det en del [tjenester] hos seg før de ble gravide. Det kan være helse og sosialkontor, det kan være fastlege, barnevernstjenesten, helsestasjon. Nå har vi prøvd å innarbeide at vi skal prøve å koble på helsestasjon før babyen er født. Jeg har også hatt flere møter med psykiatrien. Møtene jeg har vært på har dreid seg om arbeidsavklaring eller rolleavklaring. Hvem gjør hva, og hvilket signal skal vi se etter i forhold til psykisk helse, hvis [deltager] blir dårligere. En støtteplan eller kriseplan, eller utarbeiding av plan for videre samarbeid» NFP-team Oslo

Familiesykepleierne kan bidra til å avklare de ulike tjenestenes rolle og arbeidsdeling overfor deltageren, og kan hjelpe deltagerne i kontakt med de ulike tjenestene. Familiesykepleierne er ofte den som sitter på mest informasjon om deltagerens sårbarhet og behov, hun kan derfor få en sentral rolle i å koordinere samarbeid og involvere ulike tjenester.

4.5.5 Avgang og nyansettelser i teamene

Blant de ti familiesykepleierne som startet opp, er det fire som har sluttet per høsten 2018. I Oslo er det en helsesøster og en jordmor som har sluttet, i Rogaland er det en jordmor og teamleder som har sluttet. Fagsjef opplyser at grunnene til avgangene i ett tilfelle har handlet om at familiesykepleier ikke har trivdes med arbeidet, i de andre gangene er det personlige årsaker til avgangene.

De nyansatte familiesykepleierne har gjennomgått den første opplæringsuken i Skottland. De to vi har intervjuet forteller at de synes dette har fungert godt, både faglig og å få opplæringen på engelsk. NFP-kontoret planlegger å gjennomføre resten av opplæringen selv, da det nå er så mange nyansatte (nesten halvparten av teamet) at dette er hensiktsmessig. De nyansatte forteller ellers at de opplever at de kommer inn i et godt etablert prosjekt, hvor deres kolleger har mye erfaring de kan trekke på. De opplever at dette gjør det enklere for dem å raskt bli i stand til å levere programmet på et høyt nivå. Det er planlagt at de nyansatte skal få bygge seg opp sin egen portefølje av deltagere, og at de ikke nødvendigvis skal overta alle deltagerne til den avgåtte familiesykepleieren.

Avganger blant familiesykepleierne medfører stor risiko for frafall blant de deltagerne de har fulgt opp. Det er særlig de mest sårbare deltagerne som det er vanskeligst å opparbeide en relasjon til, som kan velge å avslutte programmet heller enn å bytte familiesykepleier.

For prosjektet kan det også medføre store kostnader når man mister den opparbeidede erfaringen blant familiesykepleierne, samt kostnader til rekruttering og opplæring av nye familiesykepleiere. Nasjonal fagsjef mener teamene blir veldig sårbare i den størrelsen de er nå, med fire familiesykepleiere og en teamleder i hvert team, noe som er minimumsstørrelsen for et NFP-team. Det blir få medarbeidere å spille på, og få som kan trå til ved for eksempel sykefravær. Fagsjef mener man ved en videreføring burde legge seg på maksimum størrelse, som er åtte familiesykepleiere og en teamleder.

4.6 Forebygging av omsorgsovertagelse

I løpet av prosjektet opplever teamet i Rogaland at de i to tilfeller har bidratt til å forebygge en omsorgsovertagelse. Et av hovedmålene med NFP er å styrke deltagernes foreldreevner slik at man forhindrer omsorgsovertagelser. Utprøvingen i Norge har ingen kontrollgruppe, og gir derfor ikke mulighet til å måle effekter. For å gjøre dette trenger man en randomisert kontrollert studie der man kan sammenligne endring over tid mellom familier som deltar med familier som ikke deltar.

Likevel kan erfaringene fra utprøvingen gi indikasjoner på om programmet gir denne muligheten til å forhindre omsorgsovertagelser i en norsk velferdskontekst.

Teamlederen i Rogaland mener at de har to tilfeller hvor NFP-programmet har bidratt til å avverge omsorgsovertagelse. Vi legger frem disse to sakene under som mulige eksempler på at utprøvingen kan ha en positiv virkning på omsorgsovertagelse. Gjenfortellingen av hendelsesforløpet og problematiseringen av disse sakene er basert på intervju med teamleder i Rogaland.

Sak 1

I deltagerparet kommer mor fra et annet land, og har lite kunnskap om Norge og lite sosialt nettverk. Hun mangler også norskkunnskaper, men kan kommunisere på engelsk. Far har psykiske problemer, spesielt har han utfordringer knyttet til depresjon. Han har hatt en utfordrende oppvekst som han fortsatt bærer med seg. Likevel vurderer familiesykepleieren av både mor og far også har mye ressurser i seg. Når barnet blir født er det allerede et apparat rundt foreldrepåret, der barnevernet, helsestasjonen og familiesykepleieren inngår. Foreldrene benytter også avlastningshjem i de første ukene etter at barnet er født. Familiesykepleieren har i denne perioden strukket seg langt, men fremdeles vært innenfor rammene programmet setter for oppfølging og kontakt. Hun har besøkt paret flere dager på rad, gitt mye støtte og vært tilgjengelig over telefon og SMS. Noe av arbeidet har innebåret å være en koordinator for hjelpetilbudet, men mesteparten av arbeidet har dreid seg rundt å støtte foreldrene og gi dem kunnskap og trygghet i foreldrerollen. Særlig kan familiesykepleieren hjelpe dem med å tyde barnets språk og signaler. Fordi far har utfordringer med depresjon, har han hatt ekstra problemer med å forstå barnets signaler. Ved hjelp av NBO-verktøyet har familiesykepleieren gitt dem opplæring i å tolke barnet og forstå hvilke signaler det sender. Familiesykepleieren opplever at paret i løpet av noen måneder blir trygge i foreldrerollen. De har ikke lenger behov for avlastningshjem og barnevernet er ikke lenger involvert.

I denne saken har foreldrene hatt flere utfordringer. Samtidig har de vist en veldig stor motivasjon for å bli gode foreldre for sitt barn. Gjennom familiesykepleieren har de fått den hjelpen de har hatt behov for, i det omfanget og på det tidspunktet de har hatt behov for det. Familiesykepleieren opplever at hun har hatt muligheten til å være tettere på familien enn barnevern og helsestasjonen. Helsestasjonen har hatt begrenset tid, og barnevernet har hatt avlastningsfamilie som fremste hjelpetiltak. Familiesykepleierens mulighet til å være i familien og tilby støtte og opplæring, har vært avgjørende for at familien i dag fungerer så godt.

Deltagerparet er unge. Mor har noen sårbarheter, mens far har vokst opp med alvorlig omsorgssvikt. Barnevernet ble involvert allerede tidlig i graviditeten, på bakgrunn av fars historie. Familiesykepleier jobber i denne saken tett med barnevernstjenesten, for å sikre tilstrekkelig oppfølging, og for rådgivning i vurderingene som ble gjort underveis. Familiesykepleieren mener også å se at foreldrene har en vanskelig relasjon. Far har vanskelig for å løse problemer og uenigheter på en god måte, og han oppfører seg på en måte som vil kunne få negative konsekvenser for mor og barn. Far har store problemer med sin egen historie, og hans framferd og væremåte bærer preg av dette. Det var åpenbart for familiesykepleier og barnevernet at dette kunne få meget negative konsekvenser for barnet. Til å begynne med var far tilstede ved møtene med familiesykepleier, men etter hvert ble han mer fraværende, og uttrykte misnøye med oppfølgingen. Mor og familiesykepleier fikk derimot en tett relasjon. Familiesykepleieren fremhever at hun hele veien har jobbet styrkebasert og med et ressursfokus. Hun har gitt mor veiledning i hva slags behov et barn har, og vært tydelig på at et barn trenger trygge, varme og stabile foreldre, som gir dem mye forutsigbarhet. Mor får gradvis mer selvtillit til at hun kan klare å være en god forelder. Samtidig får hun en forståelse for at det vil være vanskelig å gi barnet det det trenger hvis hun fortsetter relasjonen til far. Før barnet blir født bryter hun ut av relasjonen og etablerer seg på egen hånd. Når far ikke lenger skal bo sammen med barnet, har barnevernet ikke lenger noen bekymring. Selv om mor har med seg noen sårbarheter inn, viser hun stor vilje til endring og til å se barnets behov på en god måte, sterkest uttrykt ved å bryte ut av relasjonen med barnefar. Barnevernet i den aktuelle kommunen var ifølge teamleder klare på at dette ville vært et tilfelle hvor det ville vært aktuelt med en omsorgsovertagelse, hvis mor og far hadde forblitt sammen.

NFP-teamleder mener at denne historien viser hvordan NFP-programmet virker. Mor og familiesykepleier får mulighet til å danne en tett relasjon. Familiesykepleier kommer inn tidlig i graviditeten, slik at de har nok tid til å bygge opp en tillitsfull relasjon. Deretter handler det om å jobbe styrkebasert og ressursfokuset, og bygge opp mors selvtillit og forståelse av hva som er det beste for barnet. NFP-programmet benytter seg også av mulighetsvinduet som kan oppstå hos en kommende mor - graviditeten er et mulighetsvindu («window of opportunity»), hvor kvinner har styrken til å gjøre store endringer i livet sitt som vil være positivt for barnet i magen.

Felles for disse to sakene, er at familiesykepleieren har kommet tidlig inn i familien. Endringsarbeidet er basert på en trygg og sterk relasjon mellom familiesykepleier og familien, der familiesykepleieren har støttet mor (sak 2) i å ta viktige grep i eget liv, eller gjort familien i stand til å ta imot hjelp tidlig (sak 1), der barnets beste er fokus for endringene.

4.7 Oppsummering

Familiesykepleierne trives godt med å jobbe i utprøvingen. De har gjennomført all opplæringen, og opplever selv at de har fått en god forståelse for programmet. De mener programmet er veldig godt, og gir dem svært gode muligheter til å gi tett oppfølging til sårbare mødre. Det går med mye tid til reiser mellom hjemmebesøkene. Familiesykepleierne opplever også at de har knapt med tid til å forberede hjemmebesøk og gjøre papirarbeid. Å støtte deltagerne i møtet med hjelpeapparatet er en

tidkrevende oppgave som kan gå på bekostning av annen type oppfølging fra familiesykepleieren. Dette gjør at man kan stille spørsmål ved om familiesykepleierne har for stor portefølje. Samtidig er det en tilleggsbelastning å være en del av utprøvingen, så det er for tidlig å si hva erfaringene blir til slutt. Det har vært utskiftninger i teamene. Det oppgis at dette ikke hovedsakelig skyldes forhold ved programmet og utprøvingen. Nye familiesykepleiere er rekruttert.

Andre kommunale tjenester vurderer «Familie for første gang» som et godt tilbud. Samtidig opplever helsestasjon og barnevern at det kan være vanskelig å drive systematisk samarbeid rundt deltagere. Noe av dette er knyttet til organiseringen av «Familie for første gang» på siden av de kommunale tjenestene. Helsestasjonstjenesten i Stavanger trekker også frem at det kan bli overlapp av tjenester ved at deltagerne fortsatt benytter andre kommunale tilbud til sårbare familier.

Selv om utprøvingen ikke har en kontrollgruppe og vi ikke kan si noe om effekter, avdekker følgeevalueringen to saker i Rogaland som indikerer at deltagelse i «Familie for første gang» har bidratt til forebygging av omsorgsovertagelse.

5 Inklusjon av deltagere i programmet

Avgrensning av målgruppe og inklusjonskriterier har vært viktige spørsmål å avklare i løpet av utprøvingen. I NFP-programmet har man mulighet til å velge inklusjonskriterier som er flere og presise, eller få og enkle. I USA og England har man gått for få og enkle, der alder og nabolag har gitt nok indikasjon for sårbarhet til å inkludere deltagere i programmet. I Norge vil det være vanskelig å konkludere med sårbarhet basert på bosted og alder alene. Dermed har man gått for flere og brede inklusjonskriterier. I en utredning fra Atferdssenteret (Ogden et al. 2015) om utprøvingen av NFP i Norge, finner man en diskusjon av mulig målgruppe og inklusjonskriterier. Deres forslag til målgruppe var kvinner under 25 år, gravid med første barn, med risikopreget oppvekst, lav utdanning og lav yrkesdeltakelse, dårlig økonomi, manglende sosial støtte, helse-problemer og dårlige helsevaner. Kvinner over 25 år kunne inkluderes, men da etter vurdering av et eget panel. Utredningen anslo at denne målgruppen utgjør ca. 1 prosent av førstefødende kvinner per år. Utprøvingen har valgt inklusjonskriterier i tråd med anbefalingene, men har valgt å ikke sette noen aldersgrense for deltagelse.

5.1 Kriterier for inklusjon av deltagere

Utprøvingen av NFP i Norge opererer med en to-trinns inklusjonsmodell, basert på den nederlandske utprøvingen (Mejdoubi et al., 2015). Se tabell 5.1 for en oversikt over de to trinnene. Familiesykepleiere oppsøkte helseinstanser (for eksempel helsestasjoner, fastlegekontor) i området i oppstartsperioden og informerte dem om programmet (se også delrapport 1). Det første trinnet er laget for å være enkelt og for å begrense tiden til helsepersonell (Mejdoubi et al., 2015). Dette trinnet sees derfor på som en grovsortering av sårbare kvinner som passer til programmet. I motsetning til utprøvingen i Nederland, har den norske utprøvingen ingen øvre aldersgrense, utdanningsgrense eller språkkriterier i det første trinnet. Dermed ble det første norske seleksjonstrinnet enda grovere enn den nederlandske. I tillegg opererte utprøvingen i Oslo en periode uten kriterier for henvisningsinstanser, som ble bedt om å referere alle gravide kvinner uten å gjøre en vurdering med tanke på sårbarhetsfaktorer.

Det andre trinnet er mer tidkrevende enn det første trinnet. Familiesykepleierne utfører individuelle utforskningsamtaler med hver potensielle deltager, med utgangspunkt i forhåndssette inklusjonskriterier.

Disse inklusjonskriteriene er veldig sammenfallende med de i Nederland, med unntak av noen kriterier (eksempelvis å ikke inkludere boligproblematikk). For å bli inkludert i studien må man ha minst en av de forhåndssette inklusjonskriteriene i det andre trinnet. I tillegg til inklusjonskriteriene ble det tatt hensyn til familiesykepleierens profesjonelle bekymring og beskyttelsesfaktorer i det sosiale nettverket til kvinnen (Mejdoubi et al., 2015). Etter utforskningsamtalen hadde familiesykepleieren følgende valg:

1. Inkludere kvinnen i NFP-utprøvingen
2. Ekskludere kvinnen fra studien (basert på eksklusjonskriteriene eller at deltageren ikke ønsket å delta).

Tabell 5.1: To-trinns inklusjonsmodell for seleksjon av deltagere i den norske utprøvingen av Familie for Første Gang

Trinn 1

Fastleger, jordmødre og annet helsepersonell refererer relevante gravide kvinner med 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

Trinn 2

Familiesykepleiere inkluderer henviste gravide kvinner med minst en 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/eller lavt utdanningsnivå

Også relevant for inkludering:

- Vedvarende lav inntekt og utfordrende økonomisk situasjon
- Eneforsørger avhengig av sosial støtte

+ **Profesjonell basert bekymring** for graviditeten eller forestående foreldreskap, med bakgrunn i blant annet 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.

Ekskluderingskriterier:

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

5.2 Henvisninger og utforskning

5.2.1 Kvalitativ oversikt over henvisninger og utforskning

I Rogaland opplevde de i nesten hele utprøvsperioden å få en jevn strøm av henvisninger, både fra jordmødre og fra DPS. De opplever at henvisningene har vært veldig relevante, og at henviserne er godt informert om programmet. Deltagerne som blir henvist har allerede fått god informasjon om programmet, er motiverte for deltagelse og ser at de kan ha behov for ekstra støtte. Mange av de

henviste kommer inn i programmet tidlig i graviditeten, noen når de bare er noen uker på vei. De har derfor god tid til å utforske og ha oppstart med deltageren. Teamleder i Rogaland beskriver at de gradvis har blitt tryggere på utforsknings samtalen og inklusjonskriteriene, og at de har stadig mindre tvil om de inkluderer.

Tabell 5.2: Henvendelser til Rogalands-teamet

Hvordan kom henvendelsen til programmet	Sandnes	Stavanger	Time
Jordmor	17	30	18
Fastlege	3	10	
Barnevern	3	4	3
Psykatri/DPS	3	9	
Kvinnen selv	8	13	
Rusvern	6		1
Amathea		6	
Gyn. pol		3	
Helsesøster for ungdom		2	
NAV	1	4	
Politiet			
ATV		1	
Totalt	41	82	22

I Oslo var det i oppstarten veldig få henvisninger fra helsestasjonene. Oslo-teamet opplevde at jordmødrene syntes det var utfordrende å screene alle førstegangsfødende, i tillegg til alle de andre oppgavene de skulle utføre. For å få opp antallet henvisninger, bestemte teamleder og fagsjef at jordmødrene skulle henvise alle førstegangsfødende som kom til helsestasjonen før uke 28 til en utforsknings samtale, dvs. at de i en kort periode droppet tottrinnsmodellen for inklusjon.

Tabell 5.3: Henvendelser til Oslo-teamet

Hvordan kom henvendelse til programmet	Søndre Nordstrand	Gamle Oslo
Jordmor	38	115
Fastlege	14	5
Ullevålteam/Ahus-team		1
Barnevern	2	1
Psykatri/DPS	1	4
Kvinnen selv	3	12
Skolehelse-tjenesten	2	
NAV	5	3
Politiet	1	
Totalt	66	140

Deretter skulle Oslo-teamet gjennom utforskningsamtalene finne frem til hvem som kunne inkluderes i programmet. Dette førte til flere henvisninger, men også mye arbeid med ekstra utforskningsamtaler med førstegangsfødende som ikke skulle inkluderes i programmet. Etter hvert har jordmødrene fått mer kunnskap og erfaring med henvisning og målgruppe, og man har gått bort i fra å henvise alle. Oslo-teamet opplever også at det stadig kommer flere og mer relevante henvisninger fra helsestasjonene, og mener dette skyldes mye arbeid for å få på plass et godt samarbeid med henvisningsinstansene.

Teamet jobber ikke lenger aktivt ut med rekruttering, og får ifølge teamleder én til to henvisninger per uke. Det er et antall og et tempo de mener er hensiktsmessig. De opplever at mange henvendelser kommer veldig sent i graviditeten, opp mot uke 26. Da har de liten tid til å ta utforskningsamtale og komme i gang med oppfølging, så oppstarten kan bli veldig hektisk. Man får også mindre tid med oppfølging i graviditeten, og får ikke mulighet til å drive endringsarbeid og relasjonsbygging i denne fasen. NFP-programmet fordrer at 60 prosent av deltagerne skal rekrutteres før uke 16, og at alle skal rekrutteres innen uke 28. Dette har vært vanskelig i få til i Oslo.

Hva skyldes de sene henvisningene? I barselomsorgen i Oslo kommer konsultasjonene på helsestasjonene ofte for sent til at de førstegangsfødende kan inkluderes i programmet. Veldig mange går til legen ved 12 uker for å få stadfestet graviditeten. Den første konsultasjonen skal ordne mange praktiske hensyn, ta flere blodprøver og screeninger, og søke om fødeplass. Deretter følger ultralyd på sykehuset en gang mellom uke 18 og 22, og deretter er neste konsultasjon på helsestasjonen i uke 24. Ofte er dette første gang jordmor møter kvinnen, og kan gjøre vurderingen om hun burde inkluderes i NFP-programmet. I Oslo får mange kvinner mesteparten av oppfølgingen fra fastlegen sin, i Rogaland ser man at flere bruker jordmor på helsestasjonen. Det gjør at man kommer i kontakt med kvinnene tidligere, og at de tidligere kan bli inkludert i programmet. At antallet førstegangsfødende som bruker helsestasjonen er så mye høyere i Rogaland enn Oslo, ifølge teamlederne, kan være med å forklare at henvisningene har vært flere og mer presise i Rogaland.

5.2.2 Kvantitativ oversikt over henvisninger og inklusjon

Basert på inklusjonskriteriene har det blitt utført 178 henvisninger innen mai 2018. Dette skiller seg fra tallene som fremgår i avsnitt 5.2.1 fordi disse er innhentet i september 2018. Totalt ble det rekruttert 61 deltagere i Oslo og 72 deltagere i Rogaland (n=133) innen medio-mai 2018. Se tabell 5.4. Av de henviste deltagerne oppfylte totalt 82 % kriteriene til inklusjon og 16% oppfylte ikke kriteriene. En liten andel deltagere (2%) fikk ikke familiesykepleierne kontakt med til henvisningssamtale. Det var litt flere som oppfylte kriteriene i Rogaland i motsetning til Oslo. Dette kan være fordi man i Oslo i en startperiode henviste alle gravide kvinner direkte til familiesykepleieren, uten at henvisningsinstansen gjorde en egen screening av den gravide først.

Totalt 83 % av de som oppfylte inklusjonskriteriene ble innmeldt i Rogaland, og 95 % av de som oppfylte inklusjonskriteriene ble innmeldt i Oslo. Hovedparten (88 %) av deltagere som oppfylte inklusjonskriteriene ble innmeldt i programmet – dette er innenfor NFP sitt «stretch»-mål om at 75% av alle som møter kriteriet deltar i programmet (se vedlegg 2).

Tabell 5:4: Henvisning, innmelding og ikke-innmelding i Oslo og Rogaland

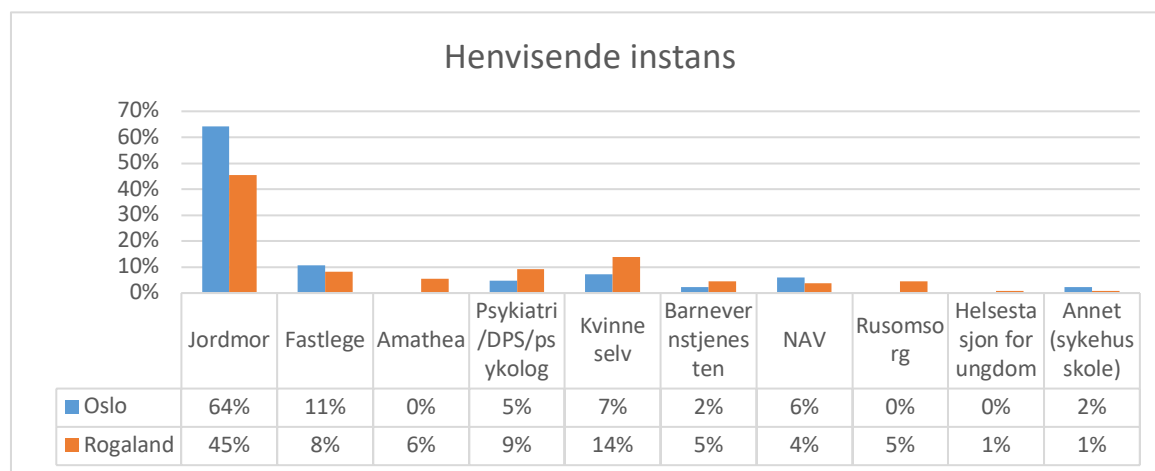
Status	Team Oslo		Team Rogaland		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Henvisningsstatus på innmeldte og ikke-innmeldte deltagere						
Oppfyller kriteriene	63	77%	83	86%	146	82%
Oppfyller ikke kriteriene	19	23%	10	10%	29	16%
Ukjent adresse/får ikke kontakt	0	0%	3	3%	3	2%
Totalt	82	100%	96	100%	178	100%
Innmeldte deltagere						
Innmeldte oppfyller kriteriene	60	98%	69	96%	129	97%
Innmeldte som ikke oppfyller kriteriene	1*	2%	3*	4%	4*	3%
Totalt innmeldte deltagere	61	100%	72	100%	133	100%
Ikke-innmeldte deltagere						
Oppfyller kriteriene - ønsker ikke delta	3	14%	14	67%	17	40%
Innmeldt i annet program	0	0%	0	0%	0	0%
Språkbarriere	0	0%	0	0%	0	0%
Oppfyller ikke kriteriene	18	86%	7	33%	25	60%
Totalt ikke-innmeldte deltagere	21	100%	21	100%	42	200%

Merknad: *Noen av disse deltagerne som ikke fyller kriteriene, men likevel er innmeldt skyldes feil i skjemaene.

Dette er også ganske likt tidligere utprøvinger (for eksempel 87 % i den britiske utprøvingen; Birkbeck, 2012). Alle de innmeldte var førstegangsmødre som er det andre stretchkriteriet. 60% av de gravide kvinnene skal være innmeldt før graviditetsuke 16. Det var to årsaker til at deltagere ikke ble innmeldt i programmet. Noen deltagere ønsket selv ikke å delta selv om de oppfylte inklusjonskriteriene (n=17) og andre deltagere oppfylte ikke inklusjonskriteriene (n=25). I tillegg var det 3 gravide kvinner som hadde ukjent adresse. Totalt var det en av fire som deltok i henvisningssamtalene som ikke ble inkludert i studien (45/178). Av deltagerne som oppfylte kriteriene til inklusjon (n=146), var det 11 % (n=17) som ikke ønsket å være med i programmet. Av de som ikke oppfylte kriteriene til inkludering var det ingen som ikke ble innmeldt på grunn av konkurrerende program eller språkbarriere.

Mesteparten (60%) av de som ikke ble med i programmet var fordi de ikke oppfylte kriteriene. Det var en liten forskjell mellom de to utprøvsstedene. I Rogaland var det flere (n=14) som selv valgte å ikke delta enn i Oslo (n=3), selv om de oppfylte kriteriene til deltagelse. Flere ulike instanser henviste de gravide kvinnene til NFP-programmet. Se figur 5.1. Over halvparten av familiene ble henvist av jordmor, 9 % av lege og 11% av kvinnen selv. I både Oslo og Rogaland ble det henvist flest gravide kvinner via jordmor. I Rogaland var det større spredning i type henvisningsinstans i motsetning til i Oslo. I Rogaland ble flere henvist fra psykiatrien/DPS, barnevernstjenesten og rusomsorgen, sammenlignet med Oslo. Det var også flere som henviste seg selv i Rogaland. I Rogaland ble også en

liten andel kvinner (6%) rekruttert via Amatheia, en stiftelse som tilbyr gratis veiledning til kvinner og par som er blitt gravide uten at det var planlagt.



Figur 5.1: Henvissende instanser i Oslo og Rogaland

5.2.2.1 Oversikt over inkluderte deltagere per August 2018

I den første evalueringsrapporten fra AFI redegjorde vi i stor grad for fremgangsmåte for rekruttering og inkludering av deltagerne, og hvordan rekrutteringen har gått langsommere enn planlagt. I Rogaland har det vært en ganske jevn rekruttering, mens det i Oslo var veldig få rekruttert i de første månedene av prosjektet. Rekrutteringen var planlagt avsluttet 1. august 2017, dette ble utsatt til 31. desember 2017. Når nasjonalt fagkontor så at man var et stykke unna å nå full rekruttering innen utgangen av året, gikk man bort i fra å operere med en frist. Foreløpig virker det som om rekrutteringen av 150 deltagere vil ta cirka ett år lengre enn planlagt, det vil si at rekrutteringen er ferdig høsten 2018 i stedet for høsten 2017.

Tabell 5.5: Inkluderte Rogaland per August 2018

Inkludert i programmet	80	Aktive i programmet	63
Sandnes	26		22
Stavanger	42		31
Time	12		10

De kvantitative dataene i denne rapporten ble hentet ut i mai 2018. Fra teamlederne har vi mottatt oppdaterte tall på antallet inkluderte deltagere, aktive deltagere i programmet og antall deltagere i utforskning i august 2018 (se også tabell 1 og 2 i avsnitt 5.2.1). Disse vises under i tabellene 5.5-5.8.

Tabell 5.6: Utforskning/venteliste Rogaland per August 2018

I utforskning	3	Avvist pga. kapasitet	17	Venteliste pga. kapasitet	0
Sandnes			5		
Stavanger	3		12		
Time					

Tabell 5.7: Inkluderte Oslo per August 2018

Inkludert i programmet	69	Aktive i programmet	55
Søndre Nordstrand	24		17
Gamle Oslo	45		38

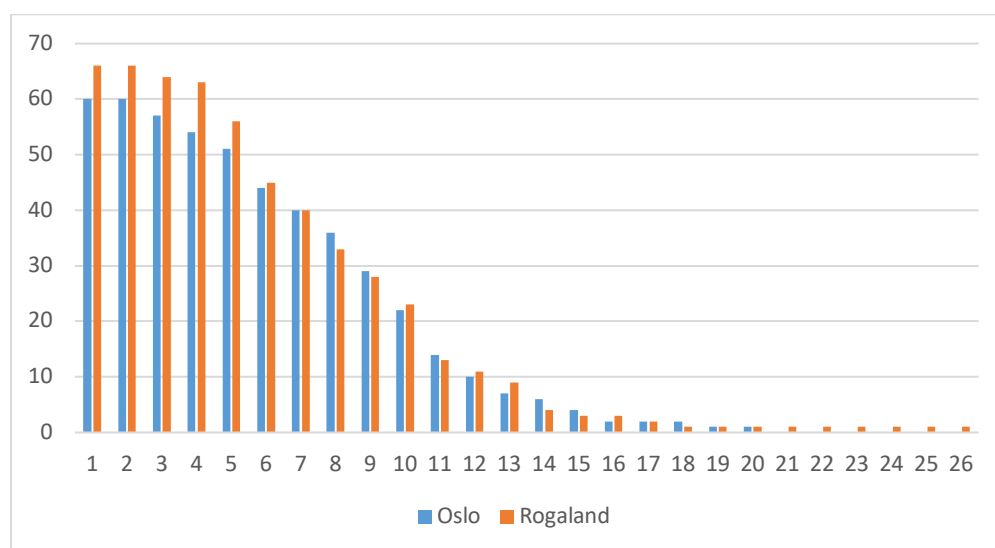
Tabell 5.8 Utforskning/venteliste Oslo per August 2018

I utforskning	1	Avvist pga. kapasitet	3	Venteliste pga. kapasitet	0
Søndre Nordstrand			2		
Gamle Oslo	1		1		

5.2.2.2 Gjennomføring av hjemmebesøk

Se figur 5.2 for antall hjemmebesøk i NFP i Oslo og Rogaland i programmets graviditetsfase. Den horisontale x-aksen representerer antall hjemmebesøk av en familiesykepleier, mens den vertikale y-aksen representerer antall familier. Se vedlegg 3 for en mer detaljert tabell over antall hjemmebesøk.

Fra starten av programmet til mai 2018 har det blitt rekruttert 133 familier, 61 familier i Oslo og 72 i Rogaland. Av disse har 126 familier hatt besøk av en familiesykepleier en gang i graviditeten. Totalt har familiesykepleierne utført 1040 hjemmebesøk (48% i Oslo; 52% i Rogaland). Omtrent 85-100% av disse familiene har hatt 1-5 besøk. En tredjedel har foreløpig bare mottatt 10 hjemmebesøk. Mindre enn en femtedel av familiene har hatt 11 eller fler hjemmebesøk. På tidspunktet for dataauthenting til denne delrapporten, var det også flere familier som ikke hadde hatt hjemmebesøk av en familiesykepleier. Av alle forsøkte hjemmebesøk med utfylte møteskjema for hjemmebesøk i perioden (n=1040), var det 89-90 % fullførte besøk, 1% forsøkte besøk og 10-9% avlyste besøk i Oslo og Rogaland.



Figur 5.2: Antall hjemmebesøk fra familiesykepleier per familie i Oslo og Rogaland i graviditeten

Av de avlyste besøkene (n=98) var hovedparten avlyst av deltageren (n=90) og en liten andel avlyst av familiesykepleieren (n=8). Gjennomsnittlig antall minutter for fullførte hjemmebesøk som varte i mer enn fem minutter (for de fem første møtene) var 87 (SD:12.7) minutter i Oslo, og 88.8 (SD:14.3) minutter i Rogaland. De fem første møtene varte fra 30-180 minutter. Siden det fremdeles er mange deltagere som fortsatt ikke har født, er det vanskelig å sammenligne med andre land når det gjelder forventede besøk under graviditeten og andre mål. En mer grundig analyse og sammenligning med målsetninger og resultat med andre utprøvningsland vil utføres i sluttrapporten.

5.3 Inklusjonsprosessen

Her undersøker vi gangen i familiesykepleiernes inklusjonsprosess med kvalitative data. Hva får man avdekket i inklusjonsprosessen? Hva får man ikke avdekket? NFP er en utprøving der det å kartlegge målgruppe har vært en viktig del av oppgaven, og hvor det har vært uklart hvor mange potensielle deltagere det er til programmet, og hvem det er som skal inkluderes. Etter henvisning starter utforskningsprosessen der potensielle deltagere blir intervjuet og sårbarhetsfaktorer kartlagt. I en utprøving er ikke denne prosessen bare en utforskning av om én førstegangsfødende kvinne passer inn i NFP-programmet, det er også en prosess som bidrar til å utforske *hvem* som skal inngå i målgruppen for NFP-programmet.

«Folk er forskjellige, og gravide kvinner er også forskjellige, så noen ganger får vi masse opplysninger fra henviser, der de forteller litt om bakgrunnen og historien og utfordringene. Vi får et bakteppe for det første møtet og utforsknings samtalen. Mens andre ganger så har vi kanskje bare noen stikkord. Og i utforsknings samtalen så får vi noen ganger mye informasjon, der vi blir helt sikre på, 'ja, du er midt i blinken for oss'. Og vi har også fått noen der vi har tenkt at, 'nei, du kan nyttiggjøre deg av andre tjenestetilbud', eller 'dette blir for lett'. Så vi har jo selvfølgelig noen som har endt med at vi har rådet dem til at de kan bruke andre tjenester».
NFP-teamleder Rogaland

NFP-teamene og rådene bruker gjerne begrepene «tung» og «lett» når de snakker om deltagerne og deres sårbarhetsfaktorer. Å være for «lett» innebærer at deltageren har for få/lite alvorlige sårbarhetsfaktorer og har for mange ressurser til at programmet vil ha stor innvirkning. Deltageren kan antageligvis selv ta kontakt med andre hjelpeinstanser og trenger ikke den tette, langvarige oppfølgingen NFP tilbyr. En deltager som er for «tung» har tilsvarende alvorlige sårbarhetsfaktorer, hvor det er usikkert om NFP vil være god nok oppfølging, og hvor familiesykepleierne vil ha en stor oppgave i å gi tilstrekkelig oppfølging. En deltager som er for «tung» vil trenge mer og tettere oppfølging enn NFP kan tilby.

«Det hadde også vært vanskelig å si om noen var for lette bare i løpet av utforsknings samtalen. Ta for eksempel noen som har flyttet hit, har veldig lite nettverk, som vi vet er en sårbarhet, vokst opp i en annen kultur, oppdratt med vold og sånn, og så hadde de et ønske om å bli med i programmet, fordi de ønsker å gjøre noe annerledes for sitt barn. Samtidig ser du etter hvert at deres refleksjon og kompetanse rundt det gjør at de nok hadde klart seg bra uansett, for de var så reflekterte rundt det i utgangspunktet. Men det var ikke lett å vite på en

utforskningsamtale, da hadde de en del av de kriteriene, så det å sile de ut allerede da, det er jeg usikker på om vi hadde klart». Teamleder Rogaland

«En av de første mine var jeg veldig usikker på, men vi tok henne med fordi hun hadde en del sårbarhet, hun hadde psykisk sykdom blant annet, men ellers hadde hun høy utdanning, var i et fast parforhold, eide bolig og alt lå til rette. Men vi tok henne med fordi hun hadde en del psykisk sykdom. Og hun er blant dem som har hatt størst behov». Familiesykepleier

For teamene virker det åpenbart at det i målgruppen vil være både tunge og lette saker – ikke alle som har behov for NFP vil ha like alvorlig problematikk, og man må ikke være blant de tyngste for å få utbytte av programmet. Å arbeide med deltagere som har en veldig omfattende problematikk kan være utfordrende, men disse kan ha god nytte av NFP i tillegg til annen oppfølging. I en portefølje med 17-18 deltagere kan ikke alle deltagerne ha like store utfordringer, og det vil være variasjon mellom deltagerne, hvilke utfordringer de har og hva slags oppfølging de mottar i programmet.

Noen av de som har blitt med i programmet, har vist seg å ha større ressurser enn man klarte å avdekke i utforskningsamtalen. Man ser at de har ressurser nok til å benytte seg av det ordinære tjenestetilbudet, og klarer å finne hjelp til sine utfordringer på egen hånd. Samtidig presiserer teamene at mange som man mistenkte var for ressurssterke til å ha nytte av NFP, har vist seg å ha store utfordringer som ikke kom tydelig frem i utforskningsamtalen. Sårbarhetsfaktorer og utfordringer kan være vanskelig å blottlegge i en utforskningsamtale, og sammensatte utfordringer kan tre frem etter hvert som familiesykepleier og deltager blir bedre kjent. Dette kan bidra til å gjøre inklusjonsprosessen mer komplisert. Samtidig mener begge team og team-ledere at de i løpet av utprøvingen har fått en mye bedre forståelse for hvem som burde inkluderes. Til å begynne med var teamene mer usikre når de inkluderte deltagerne, men etter hvert har de opparbeidet en god forståelse for hvem som kan få godt utbytte av å være med i programmet.

Teamleder i Oslo mener at alle inkluderte har hatt en viss sårbarhet, men åpner for at noen av de som ble inkludert i løpet av de første 10 månedene var utenfor målgruppen. Dette skyldes for det første at oppstarten var en periode med utforskning av hvem som passet for deltagelse, og hvem som har vært for «tunge» og «lette» for inklusjon. For det andre skyldes det at rekrutteringen gikk veldig tregt det første året i programmet, og at behovet for å inkludere nok deltagere innen fristen, 1. august 2017, førte til at man inkludert noen deltagere i denne perioden som muligens ikke hadde nok behov for NFP og kunne nyttiggjort seg de ordinære tjenestene. Etter at den opprinnelige fristen, som var 1. august 2017, ble utsatt, har ikke utprøvingen lenger en frist for å nå 150 inkluderte deltagere. Dette har fjernet utfordringer knyttet til å inkludere deltagere som man var usikker på om ville ha tilstrekkelig utbytte av programmet. En annen faktor i rekrutteringen av riktig målgruppe handler om bedre kommunikasjon med henvisningsinstansene. I løpet av utprøvsperioden opplever teamlederne at henvisningene som kommer blir stadig mer relevante.

«Det kommer mer og mer "riktige" familier i prosjektet. I begynnelsen var vi kanskje litt ivrige på å komme i gang, men jeg ser jo de at de damene som blir med nå passer bedre, og har noen komplekse situasjoner». NFP-teamleder Oslo

For tung, for lett? Har teamene inkludert noen som er for lette? Nei, heller erfarer de at de som ble inkluderte under tvil om å være for lette, viser seg å ha store utfordringer, og NFP har vært til stor hjelp. Det er ikke bare NFP-teamene som problematiserer inklusjonen av for «tunge» og «lette

deltagere. I intervjuene med representanter fra NFP-rådene kommer det frem at spørsmålet om «tunge» og «lette» deltagere har vært et viktig diskusjonstema i de omkringliggende tjenestene og i rådsmøtene. Noen har vært bekymret for at familiesykepleierne tar inn for tunge deltagere, det vil si familier som trenger mer omfattende tjenester og hvor deltagelse i NFP-programmet kan virke passiviserende for andre instanser. For eksempel at barnevernstjenesten oppfatter at en deltager i programmet allerede mottar tilstrekkelig oppfølging, og ikke går sterkt nok inn. For mange «tunge» deltagere kan også føre til for stor arbeidsbelastning blant familiesykepleierne. Majoriteten av representanter i NFP-rådene har derimot vært redde for at programmet skal inkludere deltagere som er for «lette», og at man ender opp med å gi en for tett oppfølging til familier med mindre behov. For mange i kommunene/bydelene blir Familie for første gang et godt tilbud fordi en familiesykepleier kan gi tett oppfølging til relativt mange deltagere av gangen. Hvis deltagerne ikke har behov for denne typen oppfølging, blir de økonomiske kostnadene ved programmet veldig høye.

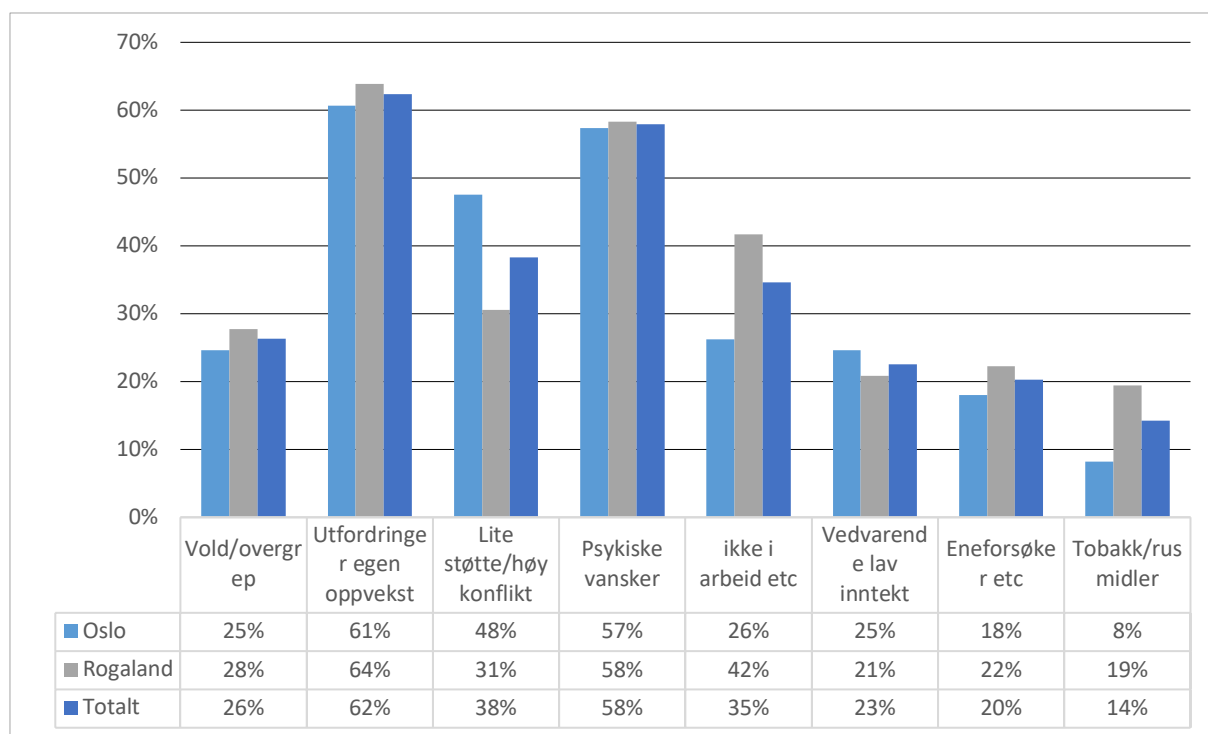
«Jeg tror vi alle har sittet med en liten angst for at når [potensielle deltagere ble ekskludert] skulle det være fordi de var for vanskelige. Men svaret har hele veien vært at de var for lette. Og da tror jeg vi alle har pustet lettet ut, med tanke på at her skal det ikke skytes spurv med kanoner». NFP-rådsleder, Rogaland

Mye av bekymringen rundt inklusjon av deltagere handler om at oppfølgingen varer over lang tid. Det er ikke mulig å gi deltagerne «litt» NFP; deltagelse fordrer et bestemt antall besøk over to og et halvt år og det gjøres i liten grad løpende vurderinger av når en deltager har fått «nok» oppfølging, slik det er med mange andre tiltak. Selv om deltagere kan avslutte deltagelsen, er inklusjon likevel en stor forpliktelse, og man skal treffe presist basert på en utprøvingssamtale. Inklusjonsprosessen blir derfor viktig for å sikre at programmet treffer riktig målgruppe.

I en utprøving vil man både kunne treffe for smalt og for bredt. I oppstartsfasen vil det være ekstra vanskelig å rekruttere deltagere, før tiltaket er godt kjent blant potensielle deltagere og hjelpeapparatet. I den engelske utprøvingen har man for eksempel funnet at det har vært vanskelig å rekruttere deltagere, men at de klarer å holde på de fleste deltagerne når de først er inkludert (Ogden et al. 2015). Derfor vil det ofte være mest praktisk å legge opp til en for bred rekruttering i denne perioden. At utprøvingen har gått bredt ut i oppstarten blir derfor ikke nødvendigvis problematisk, ei heller er det et ukjent problem. Heller betyr det at man må oppsummere erfaringene som er gjort i prosjektet, og bruke disse til å avgjøre hvem som skal inngå i målgruppen.

5.4 Inklusjonskriterier/sårbarhetsfaktorer blant deltagerne

De innmeldte deltagerne har flere risikofaktorer som gjør at de og det kommende barnet kan være sårbare. I de kvantitative dataene rapporterer over halvparten om utfordringer i egen oppvekst og psykiske vansker (se figur 5.3). I Rogaland var det en litt større andel (42%) som ikke var i arbeid, opplæring eller utdanning enn i Oslo (26%), mens det i Oslo var en litt større andel (48%) som rapporterte om lite sosial støtte/høy konflikt enn i Rogaland (31%). Se også vedlegg 1 for detaljert fordeling av inklusjonskriteriene i Oslo og Rogaland.



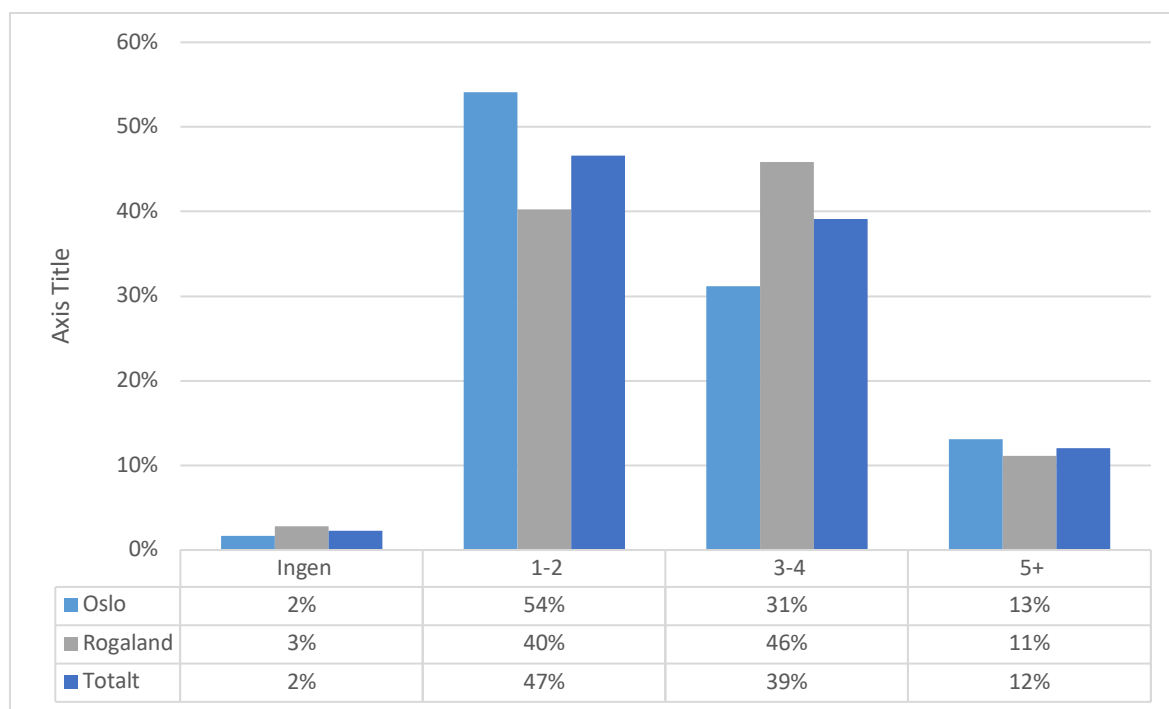
Figur 2.3: Fordelingen av inklusjonskriterier/sårbarhetsfaktorer blant de innmeldte deltagerne i Oslo (n=61) og Rogaland (n=72)

Se distribusjonen av antall sårbarhetsfaktorer som deltagerne har opplevd i figur 5.4. Gjennomsnitt(standardavvik) for antall sårbarhetsfaktorer per familie var 2.67 (1.70) i Oslo, og 2.85 (1.38) i Rogaland, og 2.77 (1.53) i hele utvalget. Det er en betydelig andel av deltagere som har opplevd flere sårbarhetsfaktorer samtidig.

Tidligere utprøvinger av NFP har benyttet en evidensbasert sårbarhetsindeks med åtte karakteristika som har blitt funnet å være risikofaktorer for negative konsekvenser for barnet (Barnes et al., 2010; Birkbeck et al., 2012). Disse karakteristikkene er:

- Ingen partner
- bor ikke med sin egen mor
- Svært lav inntekt
- Røyket de siste 48 timene?
- Ikke fullført videregående utdanning
- Erfaringer med vold/overgrep/misbruk
- Bostedsløs
- Mottar psykisk helsehjelp

I den norske utprøvingen blir alle disse karakteristikkene målt, utenom ett (bostedsløs). Selv om det er vanskelig å gjøre direkte sammenligninger (på grunn av ulike måter å måle dette på, litt ulikhet i valgte sårbarhetsfaktorer), ser det ut som om de norske deltagerne er mindre sårbare enn i den britiske utprøvingen. De norske inkluderte deltagerne ser også ut til å ha færre risikofaktorer enn i den nederlandske utprøvingen med disse risikofaktorene (Mejdoubi et al., 2015). Det kan se ut som om de norske deltagerne er mindre sårbare enn i den britiske og den nederlandske utprøvingen. Noe av dette kan skyldes at det norske velferdstilbudet forebygger det omfanget av sosial nød som finnes i USA og England.



Figur 5.4: Antall risikofaktorer blant de innmeldte deltagerne i Oslo (n=61) og Rogaland (n=72)

Vi har en høyt utdannet befolkning, høy alder for førstegangs fødende og relativt høy standard for sosial og økonomisk støtte. Det kommunale og statlige tjenestetilbudet er godt utbygd, og barnevernets grense for omsorgsovertagelse er svært mye lavere enn i USA og England. Den gruppen med størst utfordringer i foreldreskapet blir dermed ikke aktuell for inklusjon i Norge, fordi de havner inn under barnevernets omsorg. Når man i Norge ikke opererer med en aldersgrense, blir det flere deltagerer som er voksne førstegangsforeldre med ressurser knyttet til jobb og utdanning, enn det man har hatt i andre land. Det er også få av deltagerne som har store utfordringer knyttet til rusmidler og røyking. Disse deltagerne vil likevel ha sårbarhet knyttet til utøvelse av foreldreskap, tilknytning, relasjoner og sosialt nettverk, psykisk helse o.l.

5.5 Beskrivelse av inkluderte deltagerer

5.5.1 Kjennetegn ved inkluderte deltagerer basert på de kvalitative intervjuene

Med utgangspunkt i inklusjonskriteriene, hva kjennetegner deltagerne som ha blitt inkludert i programmet, og hvilke utfordringer er det de trenger hjelp med? I intervjuene våre med NFP-teamene og teamlederne kommer det frem at de synes det er vanskelig å lage kategoriseringer over hvem som er målgruppen, og hvem som er en typisk deltager i programmet. Familiesykepleierne mener at kategoriseringer kan være stigmatiserende og uhensiktsmessig, og at bildet av hver deltager er sammensatt og vanskelig kan kategoriseres. Samtidig er det, for evalueringen og en eventuell videreføring av programmet, viktig å kartlegge hvilke sårbarhetsfaktorer deltagerne har med seg inn i programmet, og hvem som har blitt inkludert i utprøvingen. I intervjuene har teamene på oppfordring

fortalt om deltagerne, deres utfordringer og hvordan de arbeider sammen med deltagerne for å få til endring. Vi har deretter forsøkt å systematisere og sette opp disse som en oversikt.

- Flere av deltagerne har *psykiske helseutfordringer* som spenner fra angst og depresjon til personlighetsforstyrrelser og lang psykiatrihistorie.
- Flere deltagere har *negative erfaringer fra hjelpeapparatet*, spesielt barnevernet, lav tillit til representanter fra det offentlige og kan ha vanskelig for å ta imot hjelp.
- Flere deltagere har *utfordringer med å få til samspill* med barnet, knytte seg til det, tolke signaler og forstå barnets behov.
- Flere av deltagerne kan *mangle emosjonell, sosial og praktisk støtte*, med få nære venner, lite nettverk og foreldre som ikke har mulighet til å hjelpe til.
- Flere av deltagerne har hatt en *vanskelig oppvekst*
- Noen deltagere lever i *ustabile samliv* med høyt konfliktnivå, rus og vold.
- Noen deltagere kan mangle kunnskap om kropp, prevensjon, graviditet og barnestell.
- Noen deltagere har *lite struktur* i livet – de kan mangle bolig, inntekt og arbeid.
- Noen deltagere *mangler kunnskap om tjenestetilbudet* og hvilke rettigheter og muligheter de har, for eksempel med helsestasjon, barnehage, permisjonsordninger, NAV, barnevern, BUP og psykolog.

Vi ser at beskrivelsene i stor grad står i overensstemmelse med kriteriene i inklusjonsmodellen. Samtidig gir de en innsikt i variasjonen i disse problemene, og sammensetningen av disse. Nummereringen av utfordringene i gruppen er i liten grad en rangering av de ulike typene av sårbarhet blant deltagerne. Samtidig sier rekkefølgen noe om hva teamene i intervjuene har vektlagt, og hva slags sårbarhet de oftest ser blant deltagerne.

1. Psykisk helseutfordringer

Familiesykepleierne beskriver deltagere som kan ha store utfordringer med egen psykisk helse, som kan påvirke de fleste aspekter av hverdagsliv og relasjoner. Utfordringene varierer, fra perioder med angst og depresjon til personlighetsforstyrrelser og lang psykiatrihistorie. Familiesykepleierne er ikke behandlere, og deltagerne har som regel en psykolog eller psykiater, hvis ikke vil familiesykepleierne sette deltageren i kontakt med en behandler. Men med psykisk sykdom følger det gjerne en del problemer med inn i hverdagsliv, relasjoner og foreldreskapet, som familiesykepleierne hjelper deltagerne med å håndtere. For eksempel i parforholdet, der lite overskudd til å håndtere følelser og forventninger til partner kan skape stort konfliktnivå og mye misforståelser. Deltagerne kan også ha angst knyttet til den forestående foreldrerollen som familiesykepleierne kan være med å dempe. Familiesykepleierne beskriver at de psykiske problemene kan føre til at deltagerne har et kaotisk hverdagsliv, der manglende regularitet i søvn, næring og sosialisering før barnet kommer gir dem et dårlig utgangspunkt for å håndtere barnets behov etter fødselen.

«Psykisk helse vil jeg si er en stor del av bildet, at de har en psykisk lidelse eller psykisk utfordring. Og det er jo ikke den vi jobber med, fordi de har kanskje en psykolog eller en psykiater. Men med

den psykiske sykdommen, følger det en del andre ting med. For eksempel angst i forhold til det de nå skal inn i, det kan påvirke parforholdet. Så om vi ikke hjelper direkte med den psykiske lidelsen, så kan vi bidra mye med støtte og hjelp i forhold til håndteringen av denne i det hverdagslige, enten det er far eller jobb eller barnet». Familiesykepleier

2. Dårlig tilknytning til egne foreldre / samspill med barnet

Mange av deltagerne har ikke gode rollemodeller i sine egne foreldre som de kan ta utgangspunkt i når de skal forme sin egen foreldrerolle. Foreldrene kan ha store utfordringer med å få til samspill med barnet, knytte seg til det, tolke signaler og forstå dets behov. Manglende tillit til at de skal klare å være gode foreldre, gjør dem sårbare og med stort behov for støtte og veiledning.

«Samspill er jo det viktigste jeg jobber med i hvert fall. Å få dem til å oppdage barnet. Samspill begynner allerede i graviditeten, å knytte seg til barnet, å forberede seg på at barnet kommer. Og så lytte til å se hva barnet trenger, forstå barnet, og få en god og trygg tilknytning. Og prøve å hjelpe, for jeg har nok mange som har psykiske problemer, rus og spiseforstyrrelser. Og det forstyrrende, først kan man snakke om det og så roe ned det, og så at man liksom flytte fokus da mot samspillet og barnet». Familiesykepleier

«De har en vilje til å bli bedre mammaer enn de hadde selv, å gi barna en sånn trygghet som de ikke fikk selv. Når vi kommer hjem igjen og igjen over så lang tid, så får du en sterk relasjon, de kan de snakke om ting som egentlig er veldig sårbart og vanskelig. Familiesykepleier

3. Vanskelig oppvekst/barndom

Deltagerne kan ha hatt en vanskelig oppvekst, og ha opplevd omsorgssvikt. Noen har vært i fosterhjem eller på institusjoner. De har lite førstehåndserfaring til hvordan de skal være gode foreldre og gi egne barn en trygg og god barndom. Mange av deres andre utfordringer stammer fra en vanskelig oppvekst.

«Jeg har en gruppe der nesten alle har opplevd mishandling på et eller annet vis, i barndommen selv. Og det har jeg brukt veldig mye tid på, 'hvordan var barndommen din', 'hva vil jeg ta videre', 'hva vil jeg ikke ta videre'? Og så kan vi snakke om det, hva er det de ikke har opplevd selv?» Familiesykepleier

«Mange av de diagnosene tenker jeg kommer på grunn av det de har opplevd i barndommen. Det kommer hvert fall mer og mer fram, det er tydelig, alle er det noe som ligger fra barndommen. Mange har ikke hatt gode rollemodeller i egen oppvekst. Enten de har vært i fosterhjem eller de har vært utsatt for omsorgssvikt, så vet de ikke vet hvordan gode foreldre er. 'Hva er min rolle som mor?' 'Hvordan skal jeg være god mor?' Det er også noe vi snakker veldig mye om når de ikke har noen referanser». Familiesykepleier

4. Manglende emosjonell, sosial og praktisk støtte

Flere av deltagerne kan ha få nære venner og lite nettverk Mange kan også ha få ressurser i nettverket, og de kan ikke lene seg på støtte fra de nærmeste. Årsakene til manglende relasjoner er ulike. Noen deltagere har nylig kommet til Norge på familiegjennomføring, og har lite nettverk og kontaktflate utenom partner og svigerfamilie. Andre deltagere kan ha hatt en oppvekst som gjør det vanskelig for dem å danne nære relasjoner, de har en historie med rus og bakgrunn i et belastet miljø, eller de har psykiske utfordringer som gjør at de har utfordringer med å danne og beholde gode relasjoner.

«De kan ha liten erfaring i å komme opp i en konflikt og så reparere etterpå. Det er en del som har mye brutte kontakter. Som ikke klarer å stå i det, har få lange relasjoner». Familiesykepleier

«Det er jenter med litt større problematikk, både med litt rus, mye barnevernsinstitusjoner, opprør, hvor de ikke har etnisk norsk bakgrunn da, eller litt blanding. Og så en gruppe med innvandrere som har lite nettverk, ingen rundt seg som støtte». NFP-teamleder

«Vi blir viktige, noen har nesten ikke nettverk. Vi har noe som heter min støtte, der deltagerne kan tegne opp [nettverket sitt], så plutselig havner du selv i den innerste sirkelen nesten, i forhold til hvor viktig du er. Det synes jeg er ganske sterkt, at vi blir så viktige for mange av disse kvinnene som har få gode støttespillere rundt seg». Familiesykepleier

5. Manglende foreldrestøtte

Mange av deltagerne har få muligheter til å hente støtte hos sine foreldre, enten fordi foreldrene har gått bort, ikke bor i samme land, at man ikke lenger har kontakt, eller at foreldrene selv har lite ressurser. Manglende foreldreressurser betyr at deltagerne har få å spørre om råd og praktisk hjelp, og at de mangler sentrale støttespillere når de skal bli foreldre for første gang.

«Jeg har deltagere hvor foreldrebitten er borte eller ikke tilstede, altså de er ikke nødvendigvis døde, men det jeg har ofte en del som ikke har forelder. Som foreldrene er døde, eller de har kommet hit som mindreårige asylsøkere». Familiesykepleier

6. Manglende kunnskap om kropp, graviditet og barnestell

Noen deltagere mangler grunnleggende kunnskap om hvordan graviditeten forløper, og trenger veiledning på riktig kosthold o.l. De trenger også informasjon om hvordan barnet utvikler seg i magen, og hvordan de skal stelle og ta vare på barnet etter fødsel. Noen mangler også kunnskap om prevensjon og hvordan denne fungerer.

«Mange av dem har jo ingen kunnskap om kropp og vet ikke helt hva som skjer, 'Kan jeg snakke med babyen i magen?'». Familiesykepleier

7. Problemer i parforholdet, rus og vold

Blant deltagerne som har partner, kan det være et høyt konfliktnivå. Paret kan ha utfordringer med å kommunisere, og trenger hjelp til å forstå hverandre og utfordringene de står i. Mange par har ikke vært sammen lenge, og har lite stabilitet i forholdet. Noen par har gjort det slutt, og har et høyt konfliktnivå som blir belastende for mor i graviditet og barsel. Noen deltagere har også en partner med store utfordringer knyttet til psykisk helse, barnevernsbakgrunn, rus og kriminalitet.

«Det er mye kriser og mye på paret, jeg synes det er veldig mye samtaler i forhold til partneren, om han enten er der eller ikke er der. Skal han bo der eller ikke bo der, skal de flytte fra hverandre eller ikke flytte fra hverandre, skal han være med på fødselen, skal han ikke være med. I begynnelsen for de som da har det litt kaotisk, da svinger det fort». NFP-teamleder Oslo

8. Manglende struktur

Noen deltagere har lite struktur i livet, for eksempel kan de mangle bolig, inntekt og arbeid. Familiesykepleierne beskriver deltagere som lever i kaos, med rot, ubetalte regninger og ingen fast bopel. For disse er det viktig å skape struktur, slik at de klarer å ta vare på barnet på en god måte. Noen har manglende forståelse for hva et barn trenger, og hva slags omstilling de vil være nødt til å gjøre.

Noe av dette handler også om å hjelpe deltagerne om å tenke på fremtiden, sette seg mål og drømmer og lære seg å planlegge.

«Noen foreldre er jeg veldig bekymret for, for barnet som skal komme og hvordan det skal gå med samspill. Og hos andre tenker jeg at 'deg er jeg ikke bekymret for i det hele tatt', men du bor jo ikke noe sted». Team Oslo

«At du er vant til å skyve ting under teppet og at du ikke ser at dette må jeg ordne. Vanskeligheter med å skape struktur i eget liv, og det er greit nok når det ikke er noen barn der, da kan det få lov å ordne seg. Men når det barnet kommer, er det lurt å bestemme seg om du skal være sammen med han kjæresten eller ei, hvor skal du bo, hvordan skal du få penger, hvilke papirer må du fylle ut». Teamleder Oslo

9. Mangler kunnskap om tjenestetilbudet

Noen deltagerer mangler kunnskap om det eksisterende tjenestetilbudet, for eksempel helsestasjon, åpen barnehage, permisjonsordninger, NAV, barnevernet, BUP, psykolog.

De vet ikke hva de har krav på, eller vet hvordan de skal gå frem for å få tilbudet. Andre har problemer med å kommunisere sine behov og krav på en adekvat måte, slik at tjenestene skjønner hvilke behov familien egentlig har. Deltagerer kan ha problemer med å fylle ut skjemaer fra NAV, eller å forstå saksgangen i barnehageopptaket.

10. Negative erfaringer med hjelpeapparatet

Flere deltagerer har erfaringer fra hjelpeapparatet, særlig fra barnevernet, som gjør det vanskelig for dem å ta imot hjelp og ha tillit til representanter fra det offentlige. De har opplevelser av å bli stigmatisert, og har erfart å få lite støtte og mye motgang. De er svært skeptiske til å motta støtte fra barnevernet, og til å ta imot råd fra jordmor og helsesøster ved helsestasjonen.

«Mange av deltagerne har jo en opplevelse av at fortiden deres blir brukt mot dem. At folk ikke tror på dem, fordi de har en så urolig eller vanskelig fortid, vanskelig oppvekst. De har ruset seg, de har vært inn og ut av psykiatri, og så er det ingen som tror at dette kan du få til. Og det tror jeg er forskjellen på sånn som vi jobber, for vi jobber ressursorientert, vi jobber med at vi faktisk tror på det de sier og prøver å støtte dem i det». Familiesykepleier

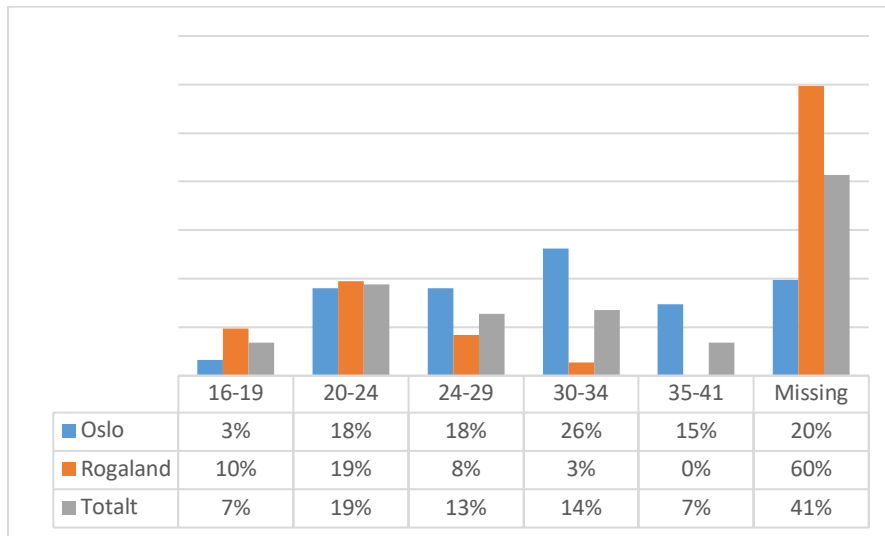
5.5.2 Kjennetegn ved inkluderte deltagerer basert på de kvantitative dataene

Familiesykepleieren fyller ut et kartleggingsskjema det første hjemmemøte med deltagerne. I de neste avsnittene følger informasjon om de 133 deltagerne som var inkludert per mai 2018, basert på informasjon fra henvisnings- og kartleggingsskjema.

1. Alder

Alderen på de innmeldte deltagerne varierte fra 16 til 41 år, med et gjennomsnitt på 28,98 (SD=7,67) i Oslo, og 21,74 (SD=5,21) i Rogaland. Se figur 5.5. Det er flere yngre deltagerer i Rogaland, og flere eldre deltagerer i Oslo. Aldersforskjellene er betydelige og når statistisk signifikans ($t=6.45$; $p<0.0001$). Dessverre var det veldig mye manglende informasjon om alder, opptil 60% av deltagerne manglet informasjon om alder i Rogaland, så det er usikkert på om distribusjonen som vises her er korrekt.

Samtidig har man også i de kvalitative intervjuene med NFP-teamene kommet frem til det samme – at deltagerne er yngre i Rogaland.

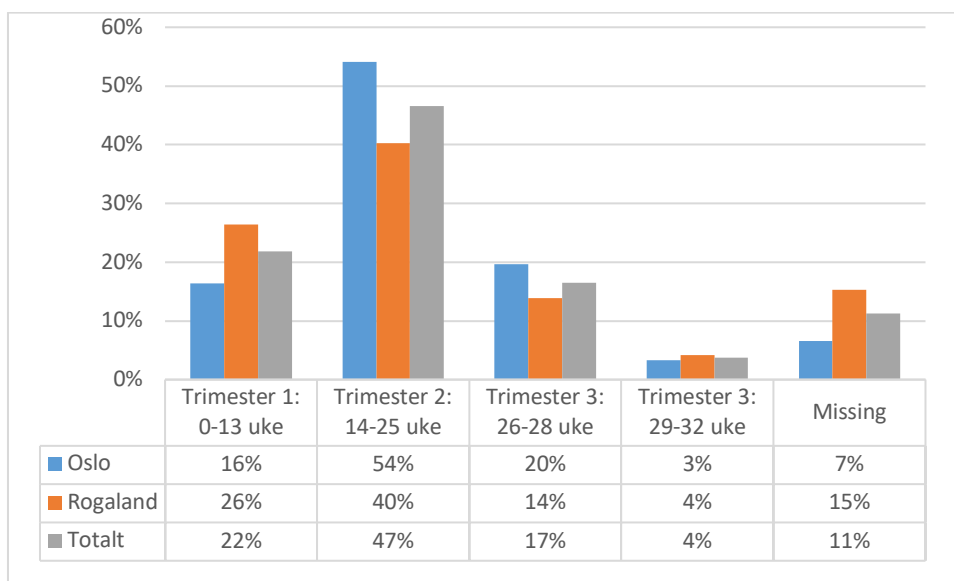


Figur 5.5: Alder på innmeldte deltagere i Oslo og Rogaland

I utprøvingene av NFP i andre land har man aktivt inkludert deltagere under en viss alder. Det norske utvalget skiller seg dermed ut fra de andre utprøvingene. I den kanadiske utprøvingen var 77% var under 19 år (Jack et al., 2012; 2015).

2. Graviditetsuke

Det er visse utfordringer med å oppnå kriteriet om «optimal» graviditetsalder ved innmeldelse til NFP-programmet. Totalt 37% av det norske utvalget ble rekruttert i graviditetsuke 16 eller før, noe som ikke imøtekommer kriteriet i NFP om at minst 60% av deltagerne skal være rekruttert i uke 16 eller før. Se figur 5.6 for distribusjonen av graviditetsuke ved innmeldelse. Gjennomsnittet var lavere i Rogaland ($X=19,5$; $SD=6,29$) enn i Oslo ($X=20,14$; $SD=6,29$).



Figur 5.6: Graviditetsuke ved innmeldelse i programmet i Oslo og Rogaland

Nesten halvparten av de deltagende gravide kvinnene ble rekruttert i andre trimester (uke 14 til 25). En liten andel kvinner (n=5) ble også rekruttert etter graviditetsuke 28, som er utenfor inklusjonskriteriene til studien.

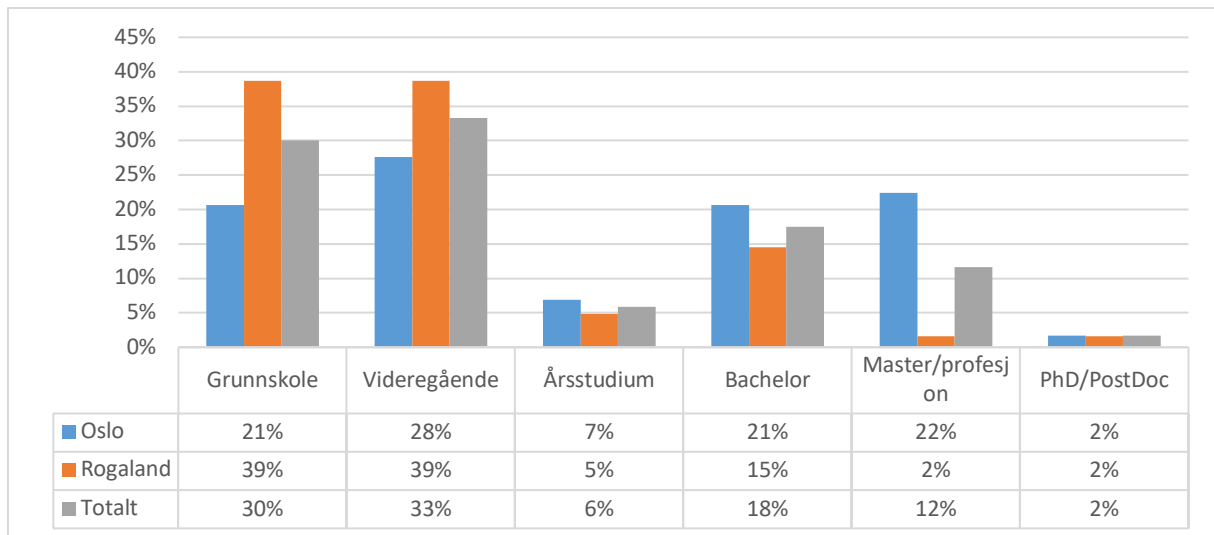
Basert på tidligere utprøvinger av NFP er det blitt foreslått at programmet er mest effektivt desto tidligere man blir rekruttert i graviditeten (Olds et al., 1986). Dette antar man er fordi man har et «mulighetsvindu» hvor gravide kvinner er villige til å endre seg for det ufødte barnet. Hvis man rekrutterer deltagere tidlig i graviditeten har familiesykepleieren dessuten mer tid på å etablere en god relasjon mellom deltageren og familiesykepleieren før fødselen, endre risikofylte helsevaner og dermed øke sannsynligheten for positive helseeffekter for mor og barn. Selv om det vil finnes et mulighetsvindu senere i graviditeten også, er det viktig å identifisere og inkludere kvinner så tidlig som mulig i graviditeten.

Også i den britiske utprøvingen ble det nevnt som et problem i de første utprøvingssområdene at man ikke klarte å rekruttere >60% av deltagerne før graviditetsuke 16 (Birkbeck et al., 2012). I den britiske piloteringen av NFP var gjennomsnittsgraviditetsuke 17.9 uke (fra 3 til 35), og de rekrutterte også kandidater etter graviditetsuke 28 (n=6). I denne piloteringen ble geografiske forskjeller (med 28-73% rekruttering før graviditetsuke 16) tolket som å reflektere forskjeller i henvisningsdetaljer, tilgang til jordmødres registre over gravide og relasjonen mellom NFP-teamet og jordmødrene i området.

I den kanadiske pilotutprøvingen ble de fleste kvinnene (87%) rekruttert til programmet før eller ved 25 graviditetsuke (Jack et al., 2012; 2015). Utprøvingen i Canada og England står i samsvar med den norske utprøvingen. Dette kan bety at det er vanskelig å nå målet om å rekruttere tidlig i graviditeten i oppstarten av programmet. Økt rekrutteringshastighet i Norge kan tyde på at det vil være mer gjennomførbart ved senere oppskalering eller implementering, når velferds- og helsesystemet har mer kjennskap til programmet og teamene har kommet i gang.

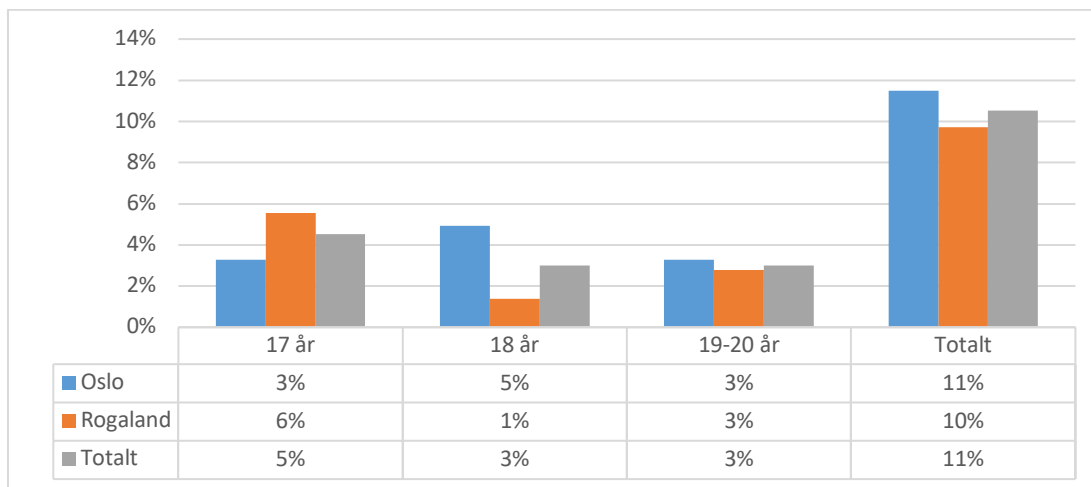
3. Utdanning og skolefravall

Utdannelsesnivået varierer hos deltagerne. Se figur 5.7 for fordelingen av høyest fullførte utdanning i Oslo, Rogaland og totalt for utvalget.



Figur 5.7: Utdannelsesnivå blant deltagerne i Oslo og i Rogaland

I Rogaland er det vesentlig flere som kun har grunnskoleutdanning og videregåendeutdanning, mens det i Oslo er flere som har høyere utdanning. Dette gjenspeiler også aldersforskjellene i de to ulike utprøvningsområdene. Flere av de i Rogaland (n=21) er i utdanning sammenlignet med Oslo (n=14). Omtrent halvparten av utvalget går på ungdomskolen eller videregående (n=14), mens resten tar voksenopplæring (n=3), eller går på universitet/høyskole eller annet (n=15). (Tre personer av de som sa de er innmeldt på en skole/yrkesskole har ikke svart).

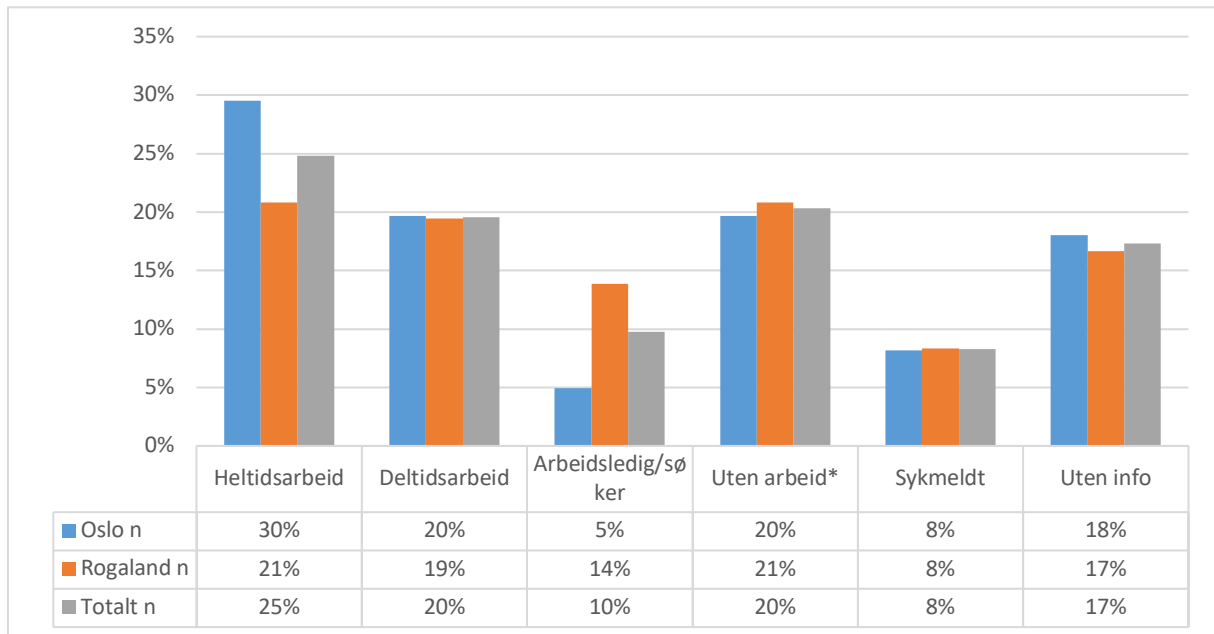


Figur 5.8: Alder hos deltagere som har falt fra videregående opplæring (i prosent av alle)

Det er totalt 11 % som har falt fra videregående skole. Se figur 5.8. Frafall fra videregående skole er omtrentlig like høyt ved begge utprøvningsområdene, selv om det ser ut til at flere faller fra av de som er yngst (17 år) i Rogaland sammenlignet med i Oslo. Denne forskjellen er likevel ikke signifikant forskjellig.

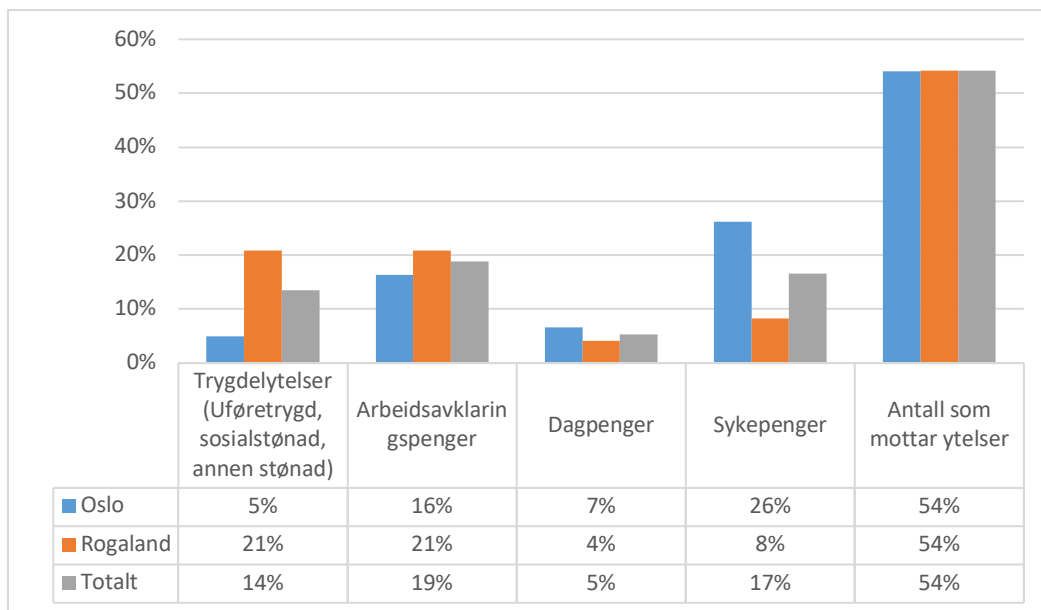
4. Arbeidsstatus og bruk av velferdstjenester

Se figurer 5.9 for arbeidsstatus og bruk av velferdstjenester hos de innmeldte deltagerne. Omtrent halvparten er i arbeid, enten heltid (25%) eller deltid (20%), en litt større andel i Oslo enn i Rogaland.



Figur 5.9: Arbeidsstatus hos deltagere i Oslo og Rogaland. De uten arbeid er studenter, jobbsøkere eller hjemmевærende.

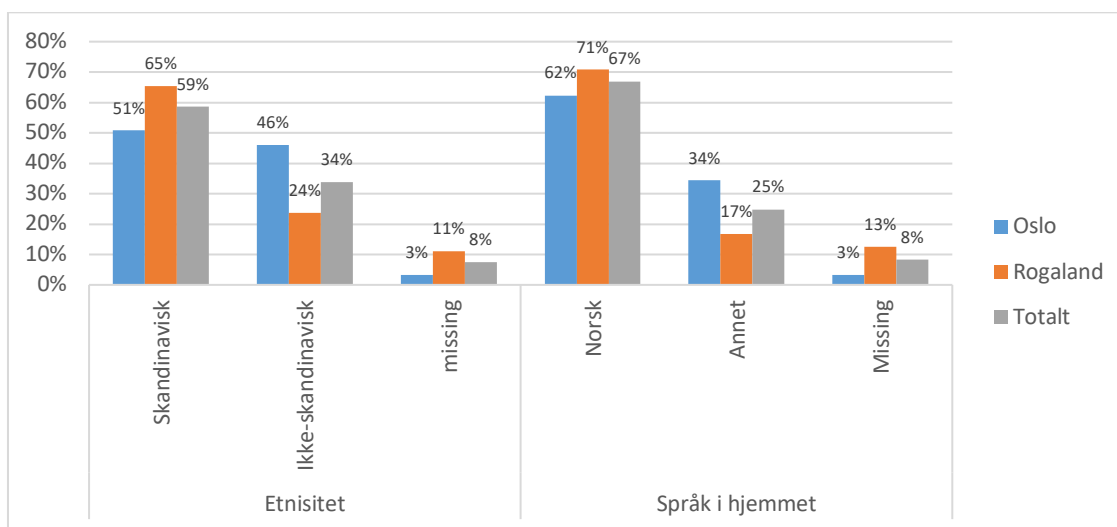
Det er en høyere andel arbeidsledige/arbeidssøkere i Rogaland (14%) enn i Oslo (5%), som kanskje gjenspeiler de økonomiske krisene som Rogaland har gjennomgått de siste årene, eller ulikhet i rekrutteringen. Over halvparten av deltagerne (54%) oppgir at de mottar sosiale stønader i form av enten trygdeytelser, arbeidsavklaringspenger, dagpenger eller sykepenger. Det er en betraktelig større andel deltagere som mottar trygdeytelser i Rogaland (21%) enn i Oslo (5%), og betraktelig større andel i Oslo (26%) enn Rogaland (8%) som mottar sykepenger. Det er like mange i Oslo og Rogaland som ikke har inntekt (13%), og det er totalt sett 17% som har inntekt under 144 000 kroner i året.



Figur 5.10: Deltagernes sosiale stønader i form av enten trygdelytelse, arbeidsavklaringspenger, dagpenger eller sykepenger, og totale antall som mottar ytelse

5. Språk, etnisitet og tolk

I Oslo (34-46%) var det vesentlig flere med ikke-skandinaviske bakgrunn og som ikke snakket norsk hjemme enn i Rogaland (17-24%). Se figur 5.11. Det ble i Oslo benyttet tolketjenester ved 24 hjemmebesøk i fire familier, og 1 gang i Rogaland.

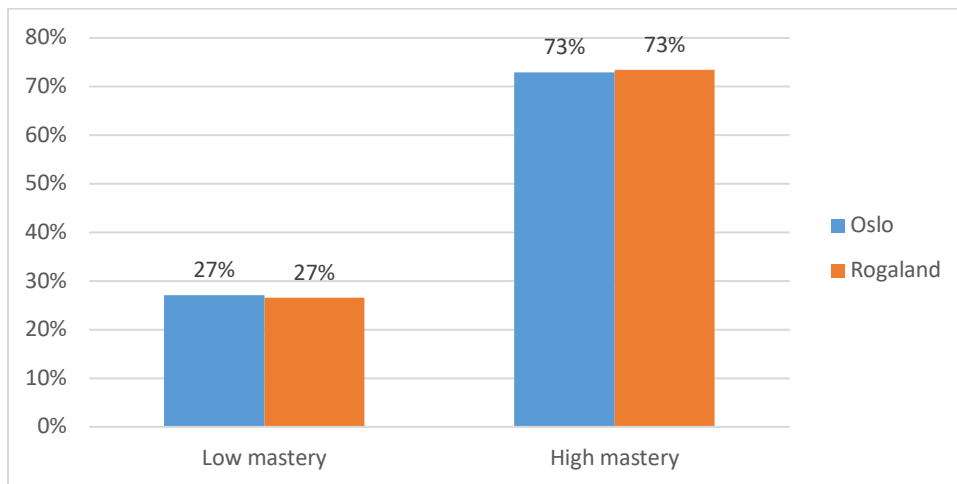


Figur 5.11: Etnisitet og språkbruk i hjemmet

I den nederlandske utprøvingen blir det understreket at et veldig lavt antall tyrkiske og marokkanske kvinner ble inkludert selv om de potensielt utgjør en stor andel av målgruppen (Mejdoubi et al., 2015). De refererer til tidligere forskning som viser at etniske minoriteter er mindre åpne for støtte og innvirkning utenfor hjemmet (De Graaff et al., 2003), og at de også kan ha sterkere sosialt nettverk rundt seg (Vauce, et al., 2002, JCCP i Mejdoubi).

6. Mestringsfølelse

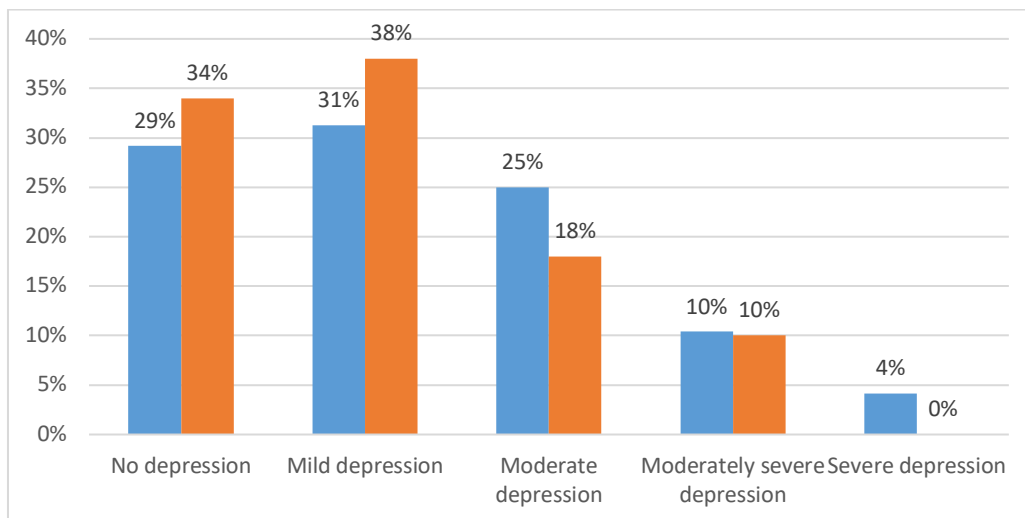
Det har blitt samlet inn informasjon om mestringsfølelse fra 53 deltagere i Oslo og 60 deltagere i Rogaland. Se figur 5.12. 27% blir kategorisert som lave på mestringsfølelse og 73% blir kategorisert som høye på mestringsfølelse.



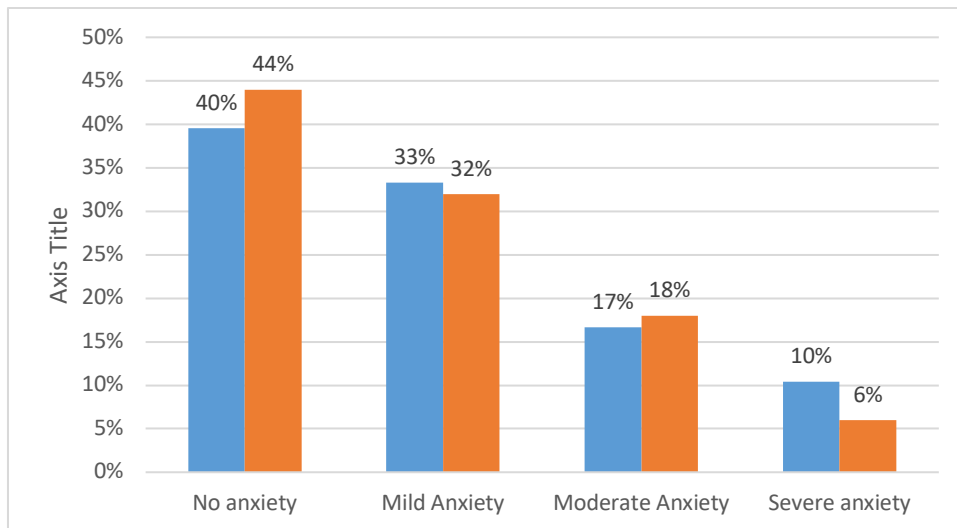
Figur 5.12: Mestringsfølelse hos deltagerne.

7. Psykisk helse og ensomhet

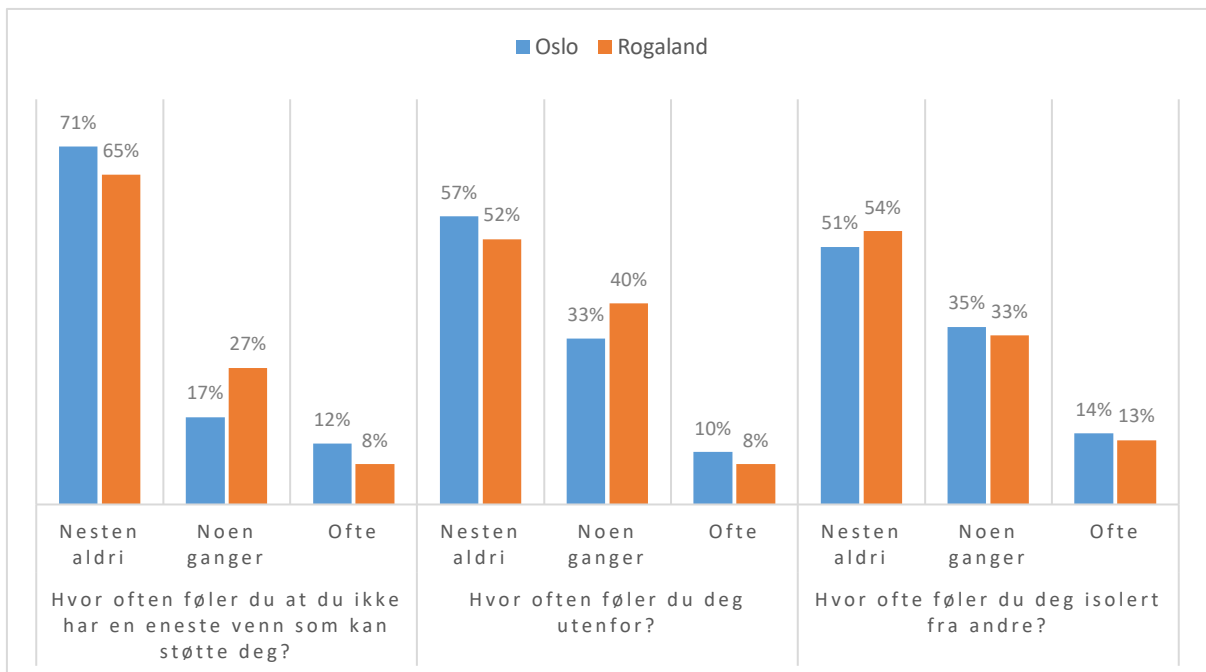
Totalt 48 deltagere i Oslo, og 50 i Rogaland besvarte spørsmål om psykisk helse. Se figur 5.13-5.15 for fordelingen av depresjon, angst og ensomhet hos deltagerne. Det er vesentlig flere i Oslo (40%) som oppfyller kriteriene om å ha moderat, moderat alvorlig og alvorlig depresjon enn i Rogaland (28%). Dette er likevel høye tall hos deltagerne ved begge utprøvningsområder. Det er også flere i Oslo (27%) som oppfyller kriteriene om å ha moderat eller alvorlig angst enn i Rogaland (24%). I tillegg oppgir 8-14 % at de ofte føler seg isolert, utenfor og ensomme (ikke har en eneste venn som kan støtte dem).



Figur 5.13: Depresjonssymptom hos deltagerne målt med «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9)



Figur 5.14: Angstssymptom hos deltagerne målt med «Generalized Anxiety Disorder-scale» (GAD-7)



Figur 5.15: Ensomhet og isolasjon hos deltagerne målt med tre enkeltpørsmål

Oppsummert finner vi i de kvantitative dataene at deltageres *alder* varierer fra 16 til 41 år. Aldersgjennomsnittet i Oslo var 29 år og i Rogaland 22 år. Deltagerne har *gjennomsnittlig lavere utdanningsnivå* enn resten av befolkningen. 30 prosent av deltagerne har fullført grunnskole, 33 prosent har fullført videregående og 33 prosent har utdanning fra høyskole eller universitet. Deltagerne har *lav tilknytning til arbeidslivet*. 54 prosent av deltagerne er mottagere av noen form for trygdeytelser (sosialpenger, uføretrygd, dagpenger, arbeidsavklaringspenger, sykepenger). 59 prosent av deltagerne hadde *inntekt* under 345000 kr. 32 prosent av deltagerne hadde *ikke-skandinavisk bakgrunn*, og 22 prosent *snakket ikke norsk* hjemme. Cirka 70 prosent av deltagerne har fra *milde til alvorlige depresjonssymptom*, og ca. 50 prosent har symptomer på *angst*. 10 prosent oppgir at de ofte føler seg *isolert og ensomme*.

5.6 Eksklusjon

5.6.1 Kvantitativ beskrivelse av ekskluderte deltagere

Det var totalt 18 deltagere i Oslo, og 7 i Rogaland (n= 25) som ikke oppfylte kriteriene til å delta i programmet.

Tabell 5.9: Årsaker for ikke-deltagere i Oslo (n=21) og Rogaland (n=24)

Inklusjonskriterier	Oslo	Rogaland	Totalt	
	n	n	n	%
Eksklusjonskriterier				
Planer om å flytte ut av pilotområdet	5	1	6	15 %
Intensjon om å adoptere bort barnet	0	0	0	0 %
Ønsker ikke delta	4	3	7	18 %
Ønsket ikke å delta				
Programmet er for omfattende	4	0	4	10 %
Misfornøyd med programmet	0	0	0	0 %
Behov dekkes av et annet program	1	1	2	5 %
Ikke tid til besøk	2	1	3	8 %
Nok kunnskap eller støtte	4	5	9	23 %
Vil ikke ha nytte av programmet	4	0	4	10 %
Familie ønsker ikke deltagelse	0	0	0	0 %
Ønsker ikke delta - annet	1	1	2	5 %
Andre årsaker*				
	1	2	3	8 %
Totalt antall svar	26	14	40	

* n=1 ønsker å delta, men oppfyller ikke kriteriene, n=1 tror det kan bli mye, er usikker og har god støtte, n=1 mannen har utfordringer men ikke kvinnen

I tillegg var det 3 i Oslo og 14 i Rogaland, totalt 17 som ikke ønsket å delta selv om de oppfylte kriteriene til å delta. Det er dermed totalt 42, 21 deltagere ved hvert utprøvningsområde som ikke ble innmeldt i programmet etter henvisningssamtalen. 40 av disse er representert under i tabell 5.9 med årsaker for eksklusjon eller årsaken til at de ikke ønsket å delta i programmet.

Årsaker til at ikke-deltagelse var for eksempel programmets omfang, for lite tid til hjemmebesøk, nok kunnskap/støtte, ingen nytte av programmet og at behovet ble dekket av et annet program. Det var ingen som oppga misnøye med programmet eller at familien ikke ønsket deltagelse som årsaker for å ikke delta. Det var heller ingen som ble ekskludert på grunn av intensjoner om å adoptere bort barnet etter fødsel.

Se tabell 5.10 for forskjeller mellom de inkluderte og ekskluderte deltagerne i alder, språk, etnisitet. Det er vanskelig å undersøke forskjeller mellom disse fordi det mangler noe informasjon. Men hvis man legger til grunn informasjonen fra de med tilgjengelig informasjon fra henvisningsskjema, er det ingen signifikante forskjeller mellom de inkluderte og ekskluderte deltagerne på noen av de ulike karakteristene i tabellen.

Tabell 5.10: Inkluderte versus ekskluderte-deltagere

Karakteristika	Inkludert		Ekskludert	
	n	%	n	%
Mors alder				
16-19	9	7%	1	2%
20-24	25	19%	4	10%
24-29	17	13%	4	10%
30-34	18	14%	8	19%
35-39	6	5%	1	2%
40-41	3	2%	1	2%
manglende info	55	41%	23	55%
Språk				
Norsk/Skandinavisk	100	75%	31	74%
Annet	25	19%	6	14%
manglende info	8	6%	5	12%
Etnisitet				
Norsk	78	59%	25	60%
Andre europeiske land	11	8%	3	7%
Ikke-europeiske land	39	29%	9	21%
manglende info	5	4%	5	12%
Totalt	133		42	

5.6.2 Kvalitative diskusjoner rundt eksklusjon og eksklusjonskriterier

Blant familier som ikke blir inkludert i programmet kan man skille mellom de som er ekskludert, og potensielle målgrupper for programmet som *ikke* har blitt inkludert.

Kvinner med innvandrerbakgrunn er en del av gruppen deltagere man trodde ville utgjøre en stor andel, men hvor få er inkludert. Dette gjelder særlig i Oslo, hvor denne gruppen utgjør en stor gruppe av befolkningen i de inkluderte bydelene. I utgangspunktet lurte Teamet og NFP-rådet på om dette var fordi de var en gruppe det var vanskeligere å nå, og gjorde en ekstra innsats for å få nå ut til denne gruppen. Blant annet tok teamet kontakt med somalisk kvinnegruppe, og var i møter i den største moskeen. Ifølge rådsleder i Oslo fant de etter hvert ut at gruppen med innvandrerbakgrunn var annerledes enn de hadde trodd, og at kvinner som er født i Norge av innvandrede foreldre ikke hadde et større omfang av sårbarhetsfaktorer enn majoriteten, og derfor ikke utgjorde en stor gruppe av potensielle deltagere.

«Førstegangsfødende innvandrerkvinner er noe helt annet enn førstegangsfødende innvandrerkvinner for ti år siden. De er flinke, de har jobb, de har utdanning, de har ikke den ryggsekken som vi har trodd. Så det er en hypotese som vi hadde og trodde var helt bankers.»

At det var flere innvandrerkvinner som hadde masse utfordringer. Men de som er førstegangs fødende i dag, de er så integrerte i Norge. Man blir bare stolt når man ser dem».
NFP-rådsleder Oslo

Blant inkluderte deltagere med annen etnisk bakgrunn er det derimot flere nyankomne kvinner som har kommet til Norge gjennom familiegjenforening, ifølge NFP-teamet i Oslo. Disse kan ha utfordringer knyttet til lite nettverk, lite oversikt over tjenester, lavt kunnskapsnivå og utfordringer med språk.

Begge NFP-teamene trekker frem deltakere med kognitive utfordringer som en gruppe som ikke klarer å nyttiggjøre seg programmet, og som en gruppe de mener man må vurdere om skal inkluderes i programmet.

«Det står jo i inkluderingskriteriene at de skal kunne nyttiggjøre seg av veiledningen. og jeg tenker at det er det det skorter på, de klarer ikke nyttiggjøre seg av veiledningen. De blir kanskje en for tung gruppe, de trenger mye mer, vi er der en gang hver fjortende dag, det er altfor lite. De kunne trengt en miljøterapeut som er der i situasjonen, eller de trenger tettere oppfølging enn vi kan gi». Familiesykepleier

Familiesykepleierne definerer gruppen av kognitivt svake til å være personer i nedre sjikt av normal intelligens, som kan ha problemer med læring, internalisering av kunnskap og mentalisering av andre menneskers sinn og sinnstilstand. I utprøvingen skiller denne gruppen deltagere seg ut ved at de trenger mer oppfølging enn det er rom for i programmet, og at de har behov for tett oppfølging fra de ordinære tjenestene. Familiesykepleierne forteller at det er andre tjenester inne i familiene, men at dette fremdeles ikke er nok til å styrke deltagerens foreldreevner, og at de kunne trengt mer en- til en-veiledning og oppfølging. Den viktigste grunnen til at de ikke passer til deltagelse i programmet er ikke nødvendigvis at de trenger mer oppfølging, men at de ikke klarer å benytte seg av veiledning. Familiesykepleierne opplever at det er vanskelig å få til en selvutvikling hos deltageren gjennom refleksjon rundt ulike situasjoner med barnet.

«Jeg synes det er den tøffeste gruppa, fordi vi bruker veldig mye refleksjon i vårt arbeid. Vi snakker om et tema, også reflekterer vi rundt det og knytter det inn i situasjoner med barnet. Mange av de erfaringene jeg har med den gruppa er at refleksjon er kjempevanskelig. De klarer ikke ta til seg den informasjonen du gir, for de klarer ikke reflektere og resonere. For mye av det NFP handler om er selvutvikling, å ta situasjoner og prøve å jobbe seg til en ny og bedre forståelse». Familiesykepleier

Den manglende evnen til mentalisering gjør at det kan bli vanskelig å jobbe styrkebasert. Å jobbe styrkebasert innebærer å trekke frem de positive, gode elementene i foreldrepraksisen, for så å jobbe videre med disse. Familiesykepleierne trekker frem utfordringer med å jobbe styrkebasert med de som er kognitivt svake. En av årsakene er at denne gruppen kan tolke positiv tilbakemelding som et tegn på at det de gjør er riktig, istedenfor et utgangspunkt for forbedring.

«Det kan være vanskelig i forhold til det styrkefokus som vi har i NFP, at vi skal styrke dem og være ressursorientert. Og når du ser at du ikke klarer å styrke dem, de tar det ikke til seg, det blir ikke noen utvikling. Familiesykepleier

I den nederlandske utprøvingen (se for eksempel Mejdoubi et al. 2015), ble kognitivt svake gravide kvinner ekskludert fra studien. Det finnes ingen oversikt over hvor mange deltagere som faller inn under denne kategorien, men det virker ikke å være et stort antall det gjelder.

Familiesykepleierne trekker frem Pipe-verktøyet som sentralt for å jobbe med denne gruppen. De opplever likevel at de ikke har hatt mye tid til å sette seg inn i verktøyet slik at de kan bruke det på en skikkelig måte. De mener også at verktøyet fordrer at man jobber veldig konkret med veldig små mål. Dette arbeidet tar mye tid – både å finne ut av hva målene skal være, lage et opplegg og jobbe aktivt med deltageren, og det er mulig at dette er en for stor oppgave å gjennomføre innen rammene av NFP-programmet.

Et par familiesykepleiere forteller at det er noen deltagere de vurderer å avslutte samarbeidet med, fordi de ikke opplever noen fremgang i å skape endring, og at de opplever at deltageren trenger mer oppfølging enn det er mulig å gi i NFP. En avslutning skjer i samarbeid med deltageren og andre tjenester, som for eksempel barnevernstjenesten.

5.7 Frafall

Teamlederne fører en oversikt over deltagere som har avsluttet programmet eller falt fra. Se tabellene 5.11 og 5.12. Det er noe variasjon over årsaker til frafall i Rogaland og Oslo. I Rogaland er det et sammensatt bilde, der det er dødsfall blant deltagerens barn, aborter og omsorgsovertagelse.

I Oslo er hovedårsakene til frafall at deltagerne har flyttet, eller at de har falt fra i forbindelse med bytte av familiesykepleier. Det er også noen som oppgir at de er misfornøyd med programmet, men dette er ikke hovedårsaken til frafall blant deltagerne. I Rogaland er hovedårsakene at fosteret har abortert, dødsfall hos spedbarnet eller at familiesykepleier har sendt bekymringsmelding til barnevernet.

Tabell 5.11: Årsaker til frafall Rogaland

Årsak:	Frafall:
Oppnår ikke kontakt med deltakeren	1
Flyttet	2
Abort	4
Dødsfall	4
Bytte av familiesykepleier	1
Bekymringsmelding til barnevernet	3
Omsorgsovertakelse	1
Behov dekket av andre tjenester	1
Misfornøyd med programmet	1
Annet	
Totalt	18

Tabell 5.12: Årsaker til frafall Oslo

Årsak:	Frafall:
Oppnår ikke kontakt med deltakeren	2
Flyttet	5
Abort	
Dødsfall	
Bytte av familiesykepleier	5
Bekymringsmelding til barnevernet	
Omsorgsovertakelse	
Behov dekket av andre tjenester	
Misfornøyd med programmet	2
Annet	
Totalt	14

5.8. Oppsummering

Totrinnsmodellen for rekruttering har krevd et tett samarbeid mellom familiesykepleiere og førstelinjen som henviser deltagere, og dette samarbeidet har vært arbeidskrevende å etablere. Likevel har dette i løpet av utprøvingen blitt stadig bedre, og det ser ut til at totrinnsmodellen nå fungerer godt. Selv om det i oppstarten har vært noe feilrekruttering både i Oslo og Rogaland, har stadig flere «riktige» deltagere blir rekruttert. Dette står i tråd med tidligere utprøvinger, og vil være naturlig siden man i Norge har mindre og mer spredt befolkning enn i andre land. Feilrekrutteringen innebærer i noen tilfeller at deltagerne har så store ressurser at de ville klart å benytte seg av andre velferdstjenester. I andre tilfeller dreier det seg om deltagere med kognitive begrensninger, som ikke klarer å benytte seg av oppfølgingen. Dette er noe å ta med seg til videre oppskalering av programmet.

Til sammen viser de kvantitative og de kvalitative dataene at deltagerne i den norske utprøvingen er en mer variert gruppe enn i utprøvinger av NFP i andre land. Selv om deltagerne har flere sårbarhetsfaktorer enn den generelle befolkningen (over halvparten rapporterer om utfordringer i egen oppvekst og psykiske vansker, 40-50% er i arbeid, mer enn 50% mottar sosiale stønader), ser det ut til at deltagerne i Norge har flere materielle ressurser.

Familiene som blir innmeldt i programmet har høyere alder (flere er i 30-årene), og flere som har jobb og egen bolig, enn tidligere utprøvinger. På tross av dette, har disse deltagerne likevel utfordringer knyttet til psykisk helse, ustabile parforhold/partnere som forlater dem, og manglende foreldremodellering i barndommen.

De kvantitative dataene viser at cirka 70 prosent av deltagerne har fra milde til alvorlige depresjonssymptomer, og ca. 50 prosent har symptomer på angst. At flere av deltagerne har psykisk helseutfordringer med lang psykiatrihistorie kommer også frem i intervju med familiesykepleierne. I tillegg, har flere deltagere utfordringer med å få til samspill med barnet, knytte seg til han/henne, tolke og forstå barnets behov. Familiesykepleierne mener derfor deltagende familiene trenger den typen oppfølging som NFP gir.

På den ene siden, er målgruppen i Norge blitt annerledes enn i andre utprøvinger (med eldre og mer ressurssterke deltagere), så det er mer usikkert om programmet vil bidra med like mye positiv endring hos deltagerne som er vist i andre utprøvinger. På den andre siden mener familiesykepleierne og

deltagerne selv at de trenger programmet på grunn av utfordringene de har. På grunn av den brede inkluderte deltagergruppen i Norge vil det være vanskelig å finne en sammenligningsgruppe for denne følgeevalueringen. Dersom programmet videreføres vil derfor være viktig å utføre en godt planlagt randomiserte kontrollstudie for å undersøke om programmet har en effekt i Norge.

6 NFP-deltagernes erfaringer og aksept av programmet

I dette kapitlet redegjør vi for noen av erfaringene blant et utvalg av deltagerne i NFP-utprøvingen, basert på kvalitative intervjuer med deltagerne. Vi beskriver innsøkningsprosessen fra deres perspektiv, hvordan de har blitt introdusert for programmet og hvorfor de valgte å bli med. Vi undersøker deltagerens opplevelse av oppfølgingen fra familiesykepleierne, og redegjør for om de opplever overlapp og eventuelle forskjeller mellom NFP og andre tjenester (som barnevernstjenesten og helsestasjonen). Vi redegjør for hvordan deltagerne opplever det er å være med i programmet, hva de finner positivt og negativt.

6.1 Innsøkningsprosessen fra deltagerens perspektiv

Deltagerne oppgir tre hovedårsaker til at de var usikre på om de ville delta i programmet:

1. De har negative erfaringer fra eget møte med barnevernet.
2. De kvier seg for å gå inn i strukturert program som går over flere år.
3. De oppfatter ikke seg selv som en «type» som ber om hjelp, og i hvert fall ikke så tett oppfølging.

Deltagerne blir oftest henvist fra jordmor på helsestasjonen eller fastlege, som informerer om programmet. Jordmor og fastlege gir enten kontaktinformasjon til teamleder, eller gir deltageren informasjon slik at de selv kan ta kontakt. Deltagerne får deretter en telefon fra en familiesykepleier som forteller kort om programmet og inviterer til en samtale. Denne «utforskningssamtalen» skal kartlegge deltagerens behov for oppfølging, og skjer som regel på NFP-teamets kontor, hjemme hos deltageren eller på kafé. For mange av deltagerne ble dette møtet viktig fordi det ble enklere å vurdere om programmet var noe for dem. Det viktigste de trekker frem er likevel familiesykepleieren. De fleste beskriver at familiesykepleierne var trygge og tillitsvekkende, og noen de ønsket å få hjelp av. De skilte seg ut fra andre ansatte i offentlige tjenester, og var «varme, kjekke, fantastiske». Det er altså ofte at det er familiesykepleierens personlighet og fremtreden som kan være avgjørende for ønsket om å delta i programmet, at de «gir det en sjanse»:

«Jeg var litt skeptisk og tenkte, to år, trenger jeg virkelig det? Men så tenkte jeg, jeg møter [familiesykepleier], for jeg ville ha et åpent sinn. Og da jeg møtte henne, så synes jeg hun var helt fantastisk. Hun har vært et veldig godt støtteapparat for meg gjennom graviditeten, for det har jo vært litt vanskelig til tider da. Superglad for at jeg ble med, at man gir ting en sjanse, det er veldig viktig». Deltager 3

Mange av deltagerne forteller at de ikke hadde et umiddelbart ønske om å delta i programmet. Noen hadde lest om det amerikanske NFP-programmet på nett og opplevde at de falt utenfor målgruppen. Førsteintrykket kunne være preget av stigmatisering av deltagerne, og noen ytrer at de ble fornærmet.

«Jeg var veldig ambivalent til det når [fastlegen] anbefalte meg å være med, fordi jeg leste om det på nett, så jeg var egentlig veldig negativt innstilt, for jeg opplevde det som at det var for narkomane omtrent liksom, så jeg ble egentlig veldig fornærmet. Men så ble jeg sakte sjarmert!

Nei, altså [jeg og Familiesykepleier] fikk så god tone på telefonen, så jeg følte at dette måtte jeg si ja til, og sjekke hva det var for noe». Deltager 10

Sårbarhetsfaktorene (for eksempel lav alder, utrygg bosituasjon, barnevernsbakgrunn) blant deltagerne i det amerikanske programmet gjorde det vanskelig for noen av de norske deltagerne å forstå at programmet også kunne være relevant for en godt voksen førstegangsmor i jobb og med egen leilighet. Derfor var det viktig at familiesykepleieren kunne fortelle mer inngående om programmet. For deltageren var det avgjørende å få god kontakt med familiesykepleieren, og det var denne relasjonen som ble viktig for om de ønsket å delta i programmet.

Andre deltagere har erfaringer fra barnevern og oppfølging fra det offentlige som har gjort dem skeptiske til å motta tett oppfølging med hjemmebesøk. Noen uttrykker sterk misnøye med deres møte med andre tjenestetilbud, som helsestasjonen. Derfor ble møtet med familiesykepleieren viktig for å oppklare hva slags oppfølging programmet innebærer, samt at programmet ikke er en del av helsestasjonen eller barnevernstjenesten.

«Jeg var veldig motvillig faktisk, for jeg er veldig skeptisk til barnevernet. Jeg var helt negativ, for det ble nevnt veldig tidlig når jeg var på helsestasjonen, så sa jeg bare nei takk. For jeg syntes [helsestasjonen] ble bare innblanding, folk som kunne misforstå meg. For det er mye rart der altså. Men etter hvert diskuterte jeg det med flere andre da, at jeg faktisk kunne ta [Familie for første gang] som en opplæring, fordi de har jo fokus på barn og psykisk helse og så videre. Så da tenkte jeg at kanskje det er en god ting, for jeg har jo ikke så mange andre til å speile meg eller spørre. Ganske skummelt å stå alene i det». Deltager 1

Det første møtet med Familiesykepleieren virker å være avgjørende for deltagerens valg om å være med i programmet, ved at familiesykepleierne er tillitsvekkende og klarer å skape en personlig relasjon. Noen av deltagerne trekker frem at det var viktig for dem at programmet ikke er en del av barnevernet eller helsestasjonen som viktig, fordi de har negative erfaringer med institusjoner og ansatte som gjør at de forventer uønsket innblanding og mistenksomhet i stedet for støtte og hjelp.

Det var vel det at det var et strengt opplegg, ting som skulle følges. Men jeg valgte jo å si ja uansett, og jeg har sett at det er ikke sånn, at man slavisk følger opplegget, det er jo sånne planer og temaer man skal gå gjennom, men vi har faktisk ikke gått gjennom så veldig mye, for jeg kunne veldig mye på forhånd. Så har det vært ting som har oppstått underveis, vært litt mye stress, og da har det heller vært det som vi har snakket om da. Deltager 8

At programmet har en tydelig struktur, ble for deltageren et varsel om at det ikke var fleksibelt, og lite plass til hennes individuelle behov. Erfaringen hennes viste derimot at dette ikke var tilfelle, og at oppfølgingen fra familiesykepleier lot seg tilpasse hennes utfordringer underveis i graviditet og barseltid.

Familiesykepleieren blir viktig for rekrutteringsprosessen fordi mange av de som er henvist til programmet fra jordmor eller fastlege ikke i utgangspunktet ønsker å delta. Familiesykepleierens kan gi mer inngående informasjon om programmet, som øker motivasjonen for å delta. En viktig motivasjon for å delta, er ønsket om å gjøre det beste for barnet, og at deltagerne ser at det vil være et gode for barnet de bærer å ta imot den hjelpen Familie for første gang tilbyr.

«Jeg var jo veldig skeptisk da. Jeg liker ikke sånne ting i det hele tatt. Synes det er veldig spesielt å sitte å dele livet ditt med noen, og folk skal komme å fortelle deg ting, og ... men så var det jo en usikker ting da, med en unge, og du skulle elske denne og ta deg av den, og du vil jo at noen skal ta seg av deg og. Så da gikk jeg litt fram og tilbake med meg selv, også ville jeg være med. Meg som person ville jo aldri gjort dette. Men så dreide det seg plutselig om en annen person også, om ungen, så da tenkte jeg at jeg kan jo ikke gjøre dette, jeg kan jo ikke gamble».

Deltager 6

At familiesykepleieren har barnet i sentrum for oppfølgingen, gjør det lettere å takke ja til tilbudet. Deltagerne motiveres sterkt av ønsket om å gjøre det beste for sitt ufødte barn, og for å få noen inn i livet som de opplever kan ivareta dem begge. Årsaker til å ikke ønske å delta/ønske å delta er manglende tillit til velferdstjenestene. Deltagerne trekker frem egne erfaringer med helsetjenester (tidligere misnøye og dårlig erfaring med barnevern/helsestasjon), og programmets egenskaper (stigmatiserende, rigiditet), som årsaker til at de er usikre i å delta, mens de trekker frem familiesykepleierens egenskaper (relasjonsbyggende, tryggende og støttende) samt ytterligere informasjon om programmet (fleksibilitet) og et ønske om å gjøre det beste for det ufødte barnet som årsaker til at de velger å delta.

6.2 Opplevelse av overlapp i tjenestene?

En problemstilling i utprøvingen av NFP i Norge er hvorvidt programmet overlapper med andre tjenestetilbud. Flere av deltagerne vi snakker med, mottar hjelp fra psykolog. Noen har avlastning fra barnevernet. Blant deltagerne i Oslo er det flere som har fått hjelp fra Ullevålsteamet. Alle går til helsestasjonen for ordinær oppfølging. Opplever deltagerne at disse tilbudene overlapper?

Jevnt over opplever deltagerne familiesykepleierne som noe annet enn psykologen, helsestasjonen og barnevernet. Familiesykepleieren kommer på hjemmebesøk til familiene, og selv om hun er en kilde til kunnskap, representerer hun ikke offentlige myndigheter. Familiesykepleieren er dessuten tilgjengelig på mobiltelefon. For noen deltagere blir hun veldig sentral som emosjonell trygghet og støtte, og kan gå inn i skoene til en fraværende forelder eller partner. For andre er det større emosjonell distanse, men de setter pris på besøkene, en trygg relasjon og kunnskapsoverføringen. Å bli fulgt opp av en familiesykepleier virker å være annerledes enn oppfølgingen fra andre tjenester, og mange av deltagerne virker å bruke litt tid på å finne ut av hva familiesykepleieren skal hjelpe dem med. Den støttende rollen til familiesykepleieren kan spenne fra å gi emosjonell støtte til praktisk/informativ støtte (som hjelp til å fylle ut skjema). Det kan i noen grad være opp til deltagerne å velge om det er emosjonell støtte, praktisk støtte eller informativ støtte som skal være i sentrum for oppfølgingen, men en sterk relasjon ligger til grunn for all type oppfølging. For de som også mottar annen oppfølging, lager de et tydelig skille mellom oppfølgingen fra andre tjenester og det å få besøk av en familiesykepleier.

Deltager 8: - Det [familiesykepleieren] er opptatt av er jo ungen, mens psykologen er opptatt av meg først, sant. Så hun [familiesykepleieren] som liksom er inne i familien, de kan vurdere mer ut fra barnet, at de er med og ser på utviklingen. Så det er en stor forskjell tenker jeg, det er vel egentlig hovedforskjellen

Intervjuer: - *Du sier du kan ringe [familiesykepleieren], men kan du ringe psykologen også?*

Deltager 8: - *Nei, han jobber jo, og har telefontid liksom, en halvtime hver dag, så det blir jo ikke det samme. Jeg tror nok kanskje [familiesykepleieren] gjør mer enn hun skal sånn sett. Jeg setter jo veldig, veldig pris på det. Det er ikke sikkert alle hadde gjort det. Men det er jo det som betyr noe da, når de gjør det lille ekstra. Jeg aldri følt at hun er på jobb når hun kommer hjem til oss.*

Selv om deltageren vet at familiesykepleieren er ansatt i NFP-programmet og har som jobb å gi oppfølging, er relasjonen annerledes og mer innholdsrik. Deltageren opplever ikke at familiesykepleieren er på jobb når hun kommer på hjemmebesøk, noe som står i motsetning til for eksempel oppfølgingen fra behandler. Hun vektlegger den sterke relasjonen, og at familiesykepleieren også retter mer oppmerksomhet mot barnet mens andre tjenester er rettet mot henne.

Flere deltagere forteller at familiesykepleieren har hjulpet dem i kommunikasjonen med andre tjenester. For eksempel kan de være med i møter med NAV og fastlegen, og forklare rundt deltagerens utfordringer både for fastlegen og deltageren. For noen deltagere er familiesykepleieren en som kan hjelpe dem å håndtere barnevernet, for andre har familiesykepleieren vært en støtte i møtet med barnevernet som det lettere for dem å ta imot hjelp.

6.3 Ulik oppfølging fra NFP og andre tjenester

Det er flere av deltagerne som har tidligere negative erfaringer fra hjelpeapparatet. De beskriver NFP-programmet som annerledes enn andre deler av hjelpeapparatet (barnevern/helsestasjon), og at familiesykepleiernes styrkefokus, gode relasjoner og manglende «kritiske vurderinger» gjør at NFP skiller seg fra andre typer oppfølging.

For deltagere med negative erfaringer med hjelpeapparatet, kan familiesykepleieren være en støtte i samarbeidet med disse tjenestene. Familiesykepleierne jobber styrkebasert og er opptatt av å trygge og støtte mødrene i deres omsorgspraksis. Noen av deltagerne forteller at de opplever dette som en kontrast til barnevernet, som de opplever som kritiske og vurderende.

«Jeg tror ikke jeg hadde vært like god mor hvis det ikke var for [familiesykepleier] altså. Og så trygg som jeg er. Hun betrygger meg. Hun klarer å få meg til å roe meg ned, hvis det er noe jeg stresser med, for eksempel barnevern, så kan hun si: det går fint, du er så flink, du gjør det rette, du må bare tro på deg selv og ha troen på deg selv. Jeg spør om jeg gjør ting rett, om jeg kunne gjort ting bedre, hva kan jeg gjøre, og da sier hun liksom: det går fint, det er ikke noe som er feil. Det er jo motsatt i barnevernet. De vil jo prøve å lure deg i barnevernet, som regel, si forskjellige ting, og så prøve å finne ting som ikke stemmer». Deltager 9

Familiesykepleieren er trygg, men direkte og tydelig i tilbakemeldingene. Slik skiller hun seg fra barnevernet, som beskrives som å være støttende i det ene øyeblikket, for så å bruke feil de gjør «mot dem» i det neste. Barnevernet blir av de deltagerne som har vært i kontakt med barnevernet, betegnet som kritiske, dømmende og tvetydige, og stilles gjerne opp som en negativ motsats til

familiesykepleieren. Med slike erfaringer kan det blant deltagerne være vanskelig å åpne seg og invitere noen tett inn i omsorgspraksis og hverdagsliv. Familiesykepleieren oppleves likevel ikke på denne måten, at hun er direkte blir istedenfor en trygghet i at tilbakemeldingen er reell og at deltageren lærer seg god foreldrepraksis.

Flere av deltagerne forteller også at de opplever å få lite støtte på helsestasjonen. Rådgivningen er sjelden tilpasset deres behov, de kan bli stresset av at helsesøsteren er vurderende, og opplever at det er lite tid til å snakke om både barnets utvikling og deres egne behov.

«På helsestasjonen bare ser de på [barnet], og ser hvordan det er, også kan hun jo snakke med meg også, men det er mer med [familiesykepleier], hun har bedre tid». Deltager 9

Deltagerne uttrykker at de opplever et viktig skille mellom barnevernet og helsestasjonen, som deltagerne opplever som instruerende, kontrollerende og kritiske, og familiesykepleieren, som er mer omsorgsfull og støttende. Noen av deltagerne forteller også at de opplever at familiesykepleieren kan være et vitne på deres omsorgsevne om det skulle bli en barnevernssak. Betydningen av en hjelpeinstans utenfor barnevernet virker å være ekstra viktig for denne gruppen av deltagere, som har negative erfaringer med barnevernet i egen oppvekst, og dertil manglende tillit til at barnevernet kan være til hjelp. Helsestasjonen kan også bli utilstrekkelig hjelp for noen deltagere, fordi de trenger en sterk og trygg relasjon for å kunne uttrykke behovet for og motta hjelp, og fordi de opplever at informasjonen og opplæringen de får i liten grad er tilpasset deres situasjon.

6.4 Type oppfølging fra familiesykepleierne

Det som vektlegges mest blant deltagerne er den unike emosjonell støtten de har tilgang på fra familiesykepleieren. Familiesykepleierne er lette å spørre om hjelp og råd, og er tilgjengelige på telefon. Familiesykepleieren er en de kan hente styrke fra når ting er vanskelig, og som kan gi tilbakemelding og bekreftelse på hvordan de utøver omsorg for barna sine.

«[Familiesykepleier] har trygget meg i at dette skal jeg klare, og speilet meg, og bare det at hun var tilgjengelig på telefon de første månedene etter at jeg hadde født, det kan ikke beskrives ... Det er helt sånn, herregud ... Jeg kom jo hjem med et lite liv som var så stort. Jeg følte det som så overveldende, og det har jo med min barndom å gjøre, at jeg har ansvar, og jeg syntes ikke at det barnet skulle ha bare én forelder, jeg syntes det var så uverdlig. Så jeg hadde ingen trygghet på at dette kommer jeg til å takle. Og det er jo det [familiesykepleier] hele veien har gjort da, jeg vet ikke hva jeg skulle gjort uten. Deltager 1

Noen deltagere beskriver at de har følt seg veldig alene – de kan ha blitt forlatt av partner, ha få nære relasjoner, lite nettverk og manglende foreldrestøtte. I de første månedene etter fødsel har muligheten til å ringe familiesykepleieren blitt veldig viktig, fordi de ikke har hatt noen andre å vende seg til. Uten familiesykepleieren hadde de ikke hatt noen å be om avlastning, stille spørsmål eller dele små gleder og seire i hverdagen.

«Jeg har null familie. Og i den tøffeste perioden i hele livet, aldri vært så sårbar, det har vært så tøft å ikke ha familie. Bare det at hun har besvart meg, har hele tiden skapt en følelse av at: åh, jeg får besøk. For det å være så alene i den rollen, det er den ensomheten jeg ikke har taklet.

Og hun har kommet med oppmuntrende ord hele veien. Herregud, jeg kan ikke si hvor mye det har betydd altså». Deltager 1

For førstegangsfødende som står med lite nettverk og sosial støtte, kan familiesykepleieren fylle en viktig rolle. Ved å være tilgjengelig, engasjert og investert forhindrer hun at sårbare familier opplever å stå alene i en av de mest sårbare livsfasene. Familiesykepleieren blir for mange av deltagerne ikke en representant for en etat, men en venn som står dem nær og stiller opp for dem.

Intervjuer: Har du tenkt i løpet av programmet at du ikke vil være med mer, at det ikke er for deg?

Deltager 6: - Nei, aldri faktisk. Det er det snåleste, for jeg gir jo sånt veldig liten sjanse. Men det ble egentlig litt spesielt, jeg tror det var kjemi med en gang, og det ble ikke det der med at du må sitte og svare, vet ikke, det ble mer at vi spilte på lag da, at hun ikke var ute etter, hvordan gjør du det, er det feil eller rett. Det var mer at hun ville være der for meg, på en måte. Hun var mer en person som ville være der for meg. Og det var jo det jeg trengte, kanskje. Uten at jeg visste det».

Flere av deltagerne beskriver at familiesykepleieren kan bli som en del av familien, og at de blir en del av hverdagen i hjemmet. Man trenger ikke rydde før familiesykepleieren kommer, og du kan snakke med dem som man ville gjort med en venninne. Dette står i motsetning til andre erfaringer. Der veiledningen fra barnevern og helsestasjonen har vært preget av kritisk vurdering, har veiledningen fra familiesykepleieren vært uformell og preget av jevnbyrdighet og emosjonell nærhet.

«Jeg hadde sett for meg mer som en skole, at du skulle bli fortalt hvordan du skulle gjøre ting, få karakter på dette, hvis du forstår meg rett da. [At familiesykepleier kommer hjem] tror jeg er det beste med hele opplegget, det er jo at hun kommer, akkurat som det er der og da, det er ikke noe sånn, du må løpe ned og rydde, du må være ferdig med å spise, sitte klar, så da kommer hun inn i hverdagen på en måte, også tar vi det derfra. Det er derfor hun blir litt familie».

Deltager 6

Familiesykepleieren blir invitert inn «backstage», og får se et usminket hverdagsliv med barnet. Hun blir dermed en man ikke trenger å forstille seg for og som kommer inn i familien på familiens premisser.

Flere av deltagerne trekker først frem praktiske ting når vi spør hva de snakker med familiesykepleierne om – hvordan få barnet til å sove, hvordan fylle ut disse papirene, hva skal man putte i bagen når man skal på fødeavdelingen? Å snakke med familiesykepleierne er «fint og nyttig», fordi de kan så mye, og fordi de har så mye erfaring. Deltagerne forteller også at de setter stor pris på veiledning rundt samspill med barnet, og at de blir veiledet og styrket i egen foreldrepraksis.

Noen av deltagerne opplevde at det kunne være utfordrende å innhente kunnskap om graviditet, barn og barnestell. Andre opplever at det kan være skummelt å lete etter informasjon på internett, fordi det er så mye motstridende og gal informasjon. Da var det bedre å få svar på spørsmål fra familiesykepleierne, som hjelper dem med alt fra hva slags utstyr man trenger å kjøpe, til å tolke sykdomstegn hos barnet.

«Jeg er jo veldig glad for at jeg har hatt [familiesykepleier] hele veien. Å kunne ta kontakt med henne når jeg ble veldig redd eller usikker på hvordan ting skal være, og få den bekreftelsen hele veien. At jeg gjør ting riktig, og få mye råd på ting jeg er usikker på». Deltager 2

Flere av deltagerne trekker også frem at programmet burde være et universelt tiltak – alle burde få tilgang på den oppfølgingen de har mottatt, for dette er ting som alle nybakte mødre burde få vite, og de opplever at den informasjonen de sitter på ikke er allmennkunnskap blant andre mødre i bekjentskapskretsen. De forteller at på helsestasjonene blir barnet veid og målt, og man får noen formaninger, men ikke nok emosjonell støtte eller informasjon. Dette kan man tolke både som et ønske om å normalisere et ekstraordinært tilbud, men også som en anerkjennelse av at familiesykepleierne klarer å formidle kunnskap som de ikke har fått andre steder.

6.5 Opplevde mangler og utfordringer med programmet

Alle deltagerne fikk spørsmål om det var noe de savnet hjelp med, eller om det var noe de var misfornøyd med. Deltagerne som ble intervjuet var gjennomgående veldig fornøyde og positive til sin egen deltagelse. Et par svar dreide seg om at de kunne ønsket seg mer praktisk hjelp, men dette ble lagt frem i en spøkefull tone.

Deltagernes tilfredshet med programmet ble gjenspeilt i deres tanker om programmets avslutning. For noen av deltagerne begynte programmets avslutning å nærme seg om noen måneder da vi snakket med dem. De forteller at de synes det er vanskelig å måtte avslutte oppfølgingen, og skulle ønske at familiesykepleieren kunne fortsette å følge dem fremover.

«Det er jo sånn at når hen er to år, så er det liksom ferdig. Men det har jeg sagt til [familiesykepleier], det blir helt rart. Hun kan jo ikke bare forsvinne, hun sier også hun føler seg knyttet til oss, så det at hun bare skal forsvinne...» Deltager 8

At oppfølgingen er basert på en tett relasjon, gjør avslutningen vanskelig for noen deltagere. Mens noen har fått den oppfølgingen de har behov for, har andre i familiesykepleieren fått en sentral støttespiller i livet. Behovet for en slik støttespiller tar ikke slutt fordi barnet fyller to år, og gjør avslutningen utfordrende. Hvilke utfordringer som vil kunne oppstå rundt avslutningen, og hvor mange dette vil være utfordrende opp, vil man se når flere av deltagerne har vært gjennom denne delen av prosessen. Foreløpig gjelder dette for veldig få.

6.7 Oppsummering av deltakernes perspektiv

Blant deltagerne vi har snakket med, er de aller fleste veldig fornøyde med programmet. De mener programmet skiller seg markant fra annen oppfølging de mottar/har mottatt, og trekker frem relasjonen til familiesykepleier som det viktigste momentet. De aller fleste trekker frem programmet som avgjørende støtte i en vanskelig periode av livet. Et mindretall legger ikke like stor vekt på at oppfølgingen oppleves uunnværlig, men mener likevel at programmet har vært støttende og lærerikt.

Ingen av deltagerne som ble intervjuet nevner noe om utfordringer/mangler ved oppfølgingen. Mange var skeptiske i starten, men opplevde at programmet ble tilpasset deres behov og timeplan. Mange forteller at programmet skiller seg vesentlig fra andre hjelpetilbud, og det er særlig relasjonen til familiesykepleieren som gjør at de opplever programmet som så sentralt og viktig i overgangen til å bli forelder. Familiesykepleieren har for alle deltagerne vært en trygg person, som har vært tilgjengelig og støttende. Oppfølgingen oppleves ikke, til motsetning fra helsestasjonen og barnevernet, som vurderende, men støttende og utviklende. For de deltagerne som har negative opplevelser fra barnevernet gjør dette NFP-oppfølgingen enda viktigere, fordi de gjennom en trygg relasjon til familiesykepleieren kan bli åpne for å motta annen oppfølging.

Den positive erfaringen av å være deltager i den norske utprøvingen av NFP gjenspeiles i erfaringer fra andre land. I den kanadiske utprøvingen finner de lignende erfaringer (Landy et al. 2012). Her dukket eksempelvis tre lignende hovedtema opp fra intervju med deltagerne: Deltagelse i programmet, at familiesykepleierne både er en ekspert og en støttende venn, og at NFP har gjort deltageren til en bedre forelder.

7 Partners inklusjon og opplevelse av programmet

Et punkt der Norge skiller seg ut fra andre land med NFP-tilbud, er den store likedelingen av foreldreskapet. Tidligere foreldretiltak og generell familieforskning har tradisjonelt hatt et ensidig fokus på mødre. Det har lenge vært en tendens til å se på mødre som den viktigste omsorgspersonen (Phares & Compas, 1992; Phares et al., 2005), og det har blitt etterlyst et større fokus på fedre innenfor utviklingspsykologi (Ramchandani & Psychogiou, 2009; Løchen, 2015) og reprodutiv forskning (Ellingsæter og Pedersen 2013). Norge skiller seg også fra andre land ved å ha høy grad av likestilling, noe som gjenspeiles i norsk pappapermisjon og stadig større deltagelse fra fedre i daglig omsorg for barnet (Kitterød & Rønsen, 2013). Norske fedre har en involvert foreldrerolle, og har også rettigheter til foreldrepermisjon, sykefravær ved sykt barn og lignende. I både den skotske og den britiske evalueringen ble fedres opplevelse og utfall undersøkt (Ferguson & Gates, 2015; Hall og Hall, 2007; Wimbush et al., 2015). De fant at fedres inklusjon i programmet var viktig, men utfordrende, og at NFP kunne ha særlig betydning for samspeillet mellom foreldrene. I denne rapporten har vi inkludert et avsnitt hvor vi redegjør for fedres opplevelse av å delta i programmet.

Blant deltagerne som er sammen med barnets far (n=102) har mesteparten (98%) kontakt med barnets far hver dag. Hovedparten av deltagerne bor sammen med barnets biologiske far – og er enten gift, samboer eller kjæreste. Dette står i kontrast med andre studier av NFP, der majoriteten av deltagerne har vært alenemødre. Det høye antallet av fedre i programmet er interessant å utforske videre. Det er ikke samlet inn nok informasjon i de kvantitative dataene så langt i programmet, disse vil bli utforsket videre i sluttrapporten.

I de kvalitative intervjuene er det fire deltagerne som bor sammen med partner. Vi utførte tre intervju med både deltageren og partneren til stede, og tre intervju om partners involvering med en deltager uten partners tilstedeværelse. På spørsmål om partners involvering, forteller deltageren at det er hun som møter familiesykepleieren, og at partner har vært med et par ganger når han har vært i permisjon etter fødsel. Grunnen til at han ikke er med oftere er fordi resten av møtene skjer i hans arbeidstid. Deltageren pleier å bringe videre informasjonen hun får fra familiesykepleier og leser informasjonsmateriell sammen med partner, slik at de begge lærer det samme. Deltageren opplever at partner er interessert i oppfølgingen.

«[Partner] hadde jo fjorten dager etter fødsel, og da kom [familiesykepleier] hjem til oss mens han var hjemme. Jeg får jo alltid brosjyrer av [familiesykepleier], og så sitter vi og leser dem sammen etterpå, og snakker om det hjemme. Det er jo på en måte litt mer min prat enn [partner] sin. Men han har nok litt eierfølelse i forhold til det han også, for han spør jo, 'hvordan gikk det med [familiesykepleier] i dag', og 'hva lærte dere', 'hva snakket dere om', og sånne ting. Så det er jo veldig bra. Men jo, han føler nok kanskje at det er litt mer min greie. Men det er litt hans også». Deltager 2

Noen partnere har hatt muligheten til å være med på det meste av oppfølgingen fra familiesykepleier, fordi de for tiden ikke er i arbeid. De gir også uttrykk for at de har et stort ønske om å lære, og at de også har mange spørsmål om graviditeten og forestående fødsel og barsel.

«I begynnelsen var jeg til stede hver gang, for da var jeg permittert fra jobb; nå i det siste så er det ... Jeg prøver jo hver gang, men er det en gang jeg mister, så er hun alene om det. Men det

er ikke mange ganger hvor jeg ikke har vært der. To-tre ganger kanskje. Jeg synes det er veldig greit. Jeg har en del spørsmål og ting. Det har vært ganske betryggende å ha henne her som kan svare oss på ting». Partner, Deltager 4

For partner til deltager 6 hender det at han er med når familiesykepleieren er der, men det er ikke planlagt og skjer oftest hvis familiesykepleieren kommer sent på dagen.

«Første gangen jeg møtte [familiesykepleier] var første dagen min i pappapermen, rett etter fødselen, at jeg var med når hun var her. Men det har vært flere ganger jeg har kommet rett fra jobb, at hun har vært her, så da har jeg vært med litt da». Partner, Deltager 6

For deltager 6 er det naturlig å inkludere partner i oppfølgingen, og hun ønsker å dele

«Av og til repeterer jeg det jeg har lært, for jeg er så opptatt av at han også skal vite alt som har blitt sagt (ler), nye ting, jeg tror for han så blir det som en annen venninne som er her hjemme. [snakker til partner] Du hører jo etter og svarer, og spør om det du lurer på, men jeg tror ikke du tenker på at oi, nå er hun der, nå må vi stresse litt, eller, du gjør jo akkurat det du pleier å gjøre når du kommer hjem». Deltager 6

«Jeg tror nesten det er jeg som er mer opptatt av at [partner] skal få med seg alt som blir sagt. Jeg vil dele det med noen, jeg vet ikke. Det er jo vår unge». Deltager 6

Det virker å være ulikt eierskap til programmet blant partnere. For noen er det selvsagt at de skal være med på møtene med familiesykepleier. For andre oppleves det ikke som like relevant. Det er uklart om dette skyldes at disse partnerne er i arbeid og ikke har muligheten til å delta i arbeidstiden. Det kan virke som om de partnerne som deltar ofte, ikke har noe arbeidsforhold og derfor har muligheten til å være med hver gang. Flere av deltagerne gir uttrykk for at de ønsker at partner skal lære det samme som de gjør, og at de går gjennom materiell fra familiesykepleieren sammen i etterkant av møtene. Partnerne gir ikke på samme måte som deltagerne uttrykk for at familiesykepleier er en viktig støtte.

Parrelasjonen er et viktig tema for mange av deltagerne, også når partner er tilstede under hjemmebesøkene. For deltager 7 og hennes partner har de ofte møtt til samtalene med familiesykepleier sammen. Forholdet blir gjerne et av temaene under besøk, og familiesykepleieren hjelper dem å kommunisere og snakke ut om utfordringer i parforholdet, endringer i livssituasjonen og hvordan de ønsker å gjøre det når barnet kommer.

«Det beste med å være med er det at vi får snakke ut, fordi det er noe vi ikke gjør. Det er temaer mellom oss, og om babyen på en måte. Vi snakker ikke generelt om det, eller hva vi skal gjøre eller noen ting sånt. Så da er det litt greit når [familiesykepleier] kommer for da handler det bare om det. Hva vi skal gjøre, og ikke råd eller meninger fra familiene våre. Da er det bare våre meninger og hva vi vil gjøre, og det synes jeg er ganske greit». Deltager 7

For deltager 7 blir familiesykepleier en støtte i kommunikasjonen med partner, som tar informasjon mer på alvor når det kommer fra familiesykepleier enn fra henne.

Deltager 7: Jeg har merka at det er voldsomt ofte sånn at mannfolk, de tror ikke på sånne ting. Da er det litt greit at en annen person kommer og forteller det på en måte,

for da blir det ikke sånn 'jeg tror ikke på det du sier'. Da får han høre det fra en annen person og.

Partner: Ja, men jeg vet ikke jeg. Det er ikke så lett å være bevisst på det likevel. Av og til så tenker jeg at hun kan overdrive på visse ting. Spesielt hvis jeg sier til henne; slapp av, sett deg ned, ta det med ro. Og hun ikke hører etter, så er det litt sånn; er hun egentlig så sliten som hun skal ha det til». Partner og deltager 7

Noen av familiesykepleierne forteller at de synes det kan være vanskelig om partner ønsker å være med hver gang. Både fordi partner innimellom kan ta stor plass, slik at det blir mindre tid til å snakke om mor og barnet. Men også fordi det er noen temaer, særlig om vold, som kan bli vanskelig å jobbe med. Dette innebærer at for mye deltagelse fra partner kan bli problematisk. Familiesykepleierne har ikke problematisert manglende deltagelse fra partner.

7.1 Oppsummering av partners inklusjon og opplevelse av programmet

Det er ikke mulig å gjøre noen generaliseringer fra de få kvalitative intervjuene. Likevel ser vi noen tendenser som det kan være interessant å utforske videre i de kvantitative dataene. For eksempel virker det som om partner enten er med veldig ofte, eller veldig sjelden. Involveringen av partner er avhengig av dennes arbeidsforhold, slik at fedre som er i arbeid i mindre grad er med i programmet. Deltagerne forteller at de ofte deler kunnskapen de har fått fra programmet med partner, slik at de har samme kunnskapsnivå i oppfølgingen av barnet. Samtidig virker det som at det er deltageren som møter familiesykepleier og opparbeider en relasjon, og i mindre grad partner. Det ville vært interessant å undersøke om partners tilstedeværelse påvirker innholdet i oppfølgingen, for eksempel at oppfølging med partner gir fokus til andre temaer enn hjemmebesøk uten partner tilstede. Dette vil være også være interessant å se om fedrene deltar mer og er mer positive til programmet når familiene går inn i småbarnsfasen.

8 Oppsummerende konklusjoner

8.1 Likheter og forskjeller mellom den norske utprøvingen og utprøvinger i andre land

De tilpasningene som er gjort for å tilpasse inklusjonskriteriene til norske forhold, virker å fungere godt (se kap. 5.1). Å ikke benytte seg av en aldersgrense gjør at man får inn eldre deltagere som likevel har flere sårbarhetsfaktorer. En utfordring det kan bli vanskelig å tilpasse, er tidspunkt for inklusjon i programmet, der 60 prosent av deltagerne skal inkluderes før uke 16. Majoriteten har blitt inkludert en gang mellom uke 14 og 25. Det er få oppfølginger fra helsestasjonene før uke 16, det blir dermed opp til andre førstelinjetjenester om deltagerne skal inkluderes så tidlig.

Det er verdt å merke at NFP-utprøvinger i ulike land har en del variasjon i målgruppe og inklusjonskriterier. Noen inklusjonskriterier er ikke fleksible og kan ikke endres: deltagerne må være førstegangs fødende og uten planer om å flytte ut av NFP-området for lenger enn tre måneder. Man kan ikke planlegge å gi opp barnet for adopsjon. Deltagelse er frivillig, og ingen kan pålegges eller idømmes deltagelse. Alle NFP-utprøvingene har en grense for hvor langt i graviditeten deltagerne kan ha kommet når de rekrutteres, men her opererer man med noe variasjon. I de første amerikanske utprøvingene oppgis det at de fleste burde rekrutteres innen 15 uker, og senest innen uke 26 (Olds et al. 2002). I den engelske utprøvingen oppgis det at de fleste mødre burde rekrutteres innen uke 16, mens grensen går ved 24 uker (Robling et al. 2016). I den nederlandske har de brukt både uke 26 og 28 som grense for inntak i programmet (Mejdoubi et al. 2011).

Andre inklusjonskriterier er fleksible. I USA, England og Skottland har man valgt målgruppe ved å se på områder og/eller alder. I Elmira-studien var målgruppen førstegangs fødende under 19 år i et geografisk avgrenset boområde med store sosiale utfordringer, og hvor mødre enten var enslig forelder og/eller opplevde sosioøkonomiske utfordringer. Majoriteten av deltagerne var afro-amerikanske, og den geografiske avgrensningen gjorde at man i en periode hadde inkludert nesten alle førstegangs fødende mødre i den økonomisk sårbare delen av innbyggerne i området (Olds et al. 2002). I det engelske FNP-prosjektet var målgruppen alle førstegangs fødende under 19 år i prosjektområdene, med samtykkekompetanse og grunnleggende engelskkunnskaper (Robling et al. 2016). I det nederlandske VoorZorg-programmet var ikke rekrutteringen knyttet til et spesifikt boligområde med sosiale utfordringer, som i USA og Canada. Dette fordi at potensielle deltagere ikke nødvendigvis kunne avgrenses geografisk og demografisk, men heller måtte vurderes ut ifra individuelle vurderinger av sårbarhet, med en to-stegsmodell for inkludering (Mejdoubi et al. 2011).

8.2 Rekruttering av deltagere

Rekruttering- og inklusjonsprosessen er basert på et sett av kriterier i en to-trinnsmodell. I teamene virker det som om denne måten å inkludere deltagere på fungerer godt. De opplever modellen som arbeidskrevende, ved at de må ha et tett samarbeid med førstelinjen som henviser deltagere. Denne delen av prosessen har gått lettere i løpet av utprøvingen, når førstelinjen har fått erfaring i hvem som utgjør målgruppen. I utforskningsamtalene møter familiesykepleierne deltagerne og kartlegger deres

utfordringer og sårbarhet. Her forholder familiesykepleierne seg til kriteriene, men opplever at de etter hvert har fått en erfaring og en «magefølelse» for hvem programmet passer for.

I begge teamene, særlig i Oslo, ser man at det har blitt noe feilrekruttering i oppstartsfasen. Dette er vanlig i utprøvinger, og det er vanlig å operere med brede inklusjonskriterier i denne fasen. Feilrekrutteringen innebærer i noen tilfeller at deltagerne har så store ressurser at de ville klart å benytte seg av andre velferdstjenester. I andre tilfeller dreier det seg om deltagere med kognitive begrensninger, som ikke klarer å benytte seg av oppfølgingen. Feilrekrutteringer vil kunne gi viktige erfaringer i hvem programmet passer for, og hvem det ikke passer for.

8.3 Det norske utvalget

De norske deltagerne skiller seg vesentlig fra deltagere i de tidligere utprøvsområdene. Gjennomsnittsalderen er høyere, og de har færre sårbarhetsfaktorer enn tidligere utprøvinger. Likevel er det flere som oppgir fra moderat til alvorlige psykisk helse-vansker. I den tyske utprøvingen av NFP ble det funnet at de med flest risikofaktorer falt fra programmet (lav alder og lav sosioøkonomisk status) (Jungmann et al., 2015). Dette var også tilfelle i de amerikanske utprøvingene. Fordi de norske deltagerne har færre sårbarhetsfaktorer, er det mulig at det blir mindre frafall her enn i andre utprøvsområder.

Det er også vesentlige forskjeller mellom de to utprøvsområdene Oslo og Rogaland. I Rogaland er det flere yngre førstegangsgravide kvinner som deltar, med lavt utdanningsnivå og færre er i arbeid. I Oslo det flere eldre førstegangsgravide kvinner med høyere utdanningsnivå som er i arbeid, men samtidig flere som oppgir psykisk helsevansker, har sykefravær eller mottar arbeidsavklaringspenger.

Det kan være flere årsaker til at utvalget er blitt ulikt i de to utprøvsområdene. Eksempelvis representerer områdene ulike demografiske populasjoner (se delrapport 1), samtidig som det i Rogaland har vært bedre utbygde helsetjenester (se delrapport 1) som gjør at det har vært enklere å rekruttere deltagere generelt, og muligens fange opp mer sårbare deltagere. De ulike karakteristikene ved utvalgene vil kunne gi utslag i hvordan tiltaket fungerer. For eksempel har det i de fleste NFP-utprøvinger vært vesentlig lavere gjennomsnittlig alder, slik at man ikke vet om man får en like god effekt av tiltaket hos eldre førstegangsfødende kvinner.

De norske deltagerne er eldre, flere er i jobb, flere er i et etablert forhold, og de har færre sårbarhetsfaktorer enn i utprøvingene i andre land. Dermed oppstår et dilemma om programmet har en positiv effekt, eller om disse familiene og barna ville klart seg relativt bra i møte med det «vanlige» norske tjenestetilbudet. En effektevaluering av programmet i Norge vil derfor være viktig. Noen pekepinner fra utsagnene og analysene i denne delrapporten tilsier likevel at flere av deltagerne har stort behov og utbytte av oppfølgingen i Familie for første gang. For eksempel blir det trukket frem av teamene at det i to situasjoner kan ha blitt forebygget omsorgsovertagelse. Blant deltagerne som er intervjuet kommer det og tydelig frem at oppfølgingen fra familiesykepleiere er annerledes enn all annen støtte de mottar, og av stor verdi for mestring og utøvelse av foreldreskapet.

8.4 Forsinkelser i rekrutteringen

Det har vært store forsinkelser i rekrutteringen. Rekruttering av 150 deltagere ble oppnådd cirka ett år på overtid, i september 2018. Det er flere grunner til at rekrutteringen er forsinket. Det er store forskjeller i tempoet av rekruttering i Rogaland og Oslo. Som vi redegjorde for i delrapport 1, henger dette trolig sammen med at det er nesten dobbelt så mange fødsler i de tre kommunene i Rogaland enn i de to bydelene i Oslo. Det kan også virke som om gode samarbeidsrelasjoner i Rogalandkommunene har gjort rekrutteringsarbeidet der lettere.

Forsinkelser i rekrutteringen vil føre til en utsettelse av prosjektet og nåværende fase 2 i programmet. Hvis siste deltager blir rekruttert i desember 2018 når hun er 12 uker på vei, vil denne deltageren først fullføre programmet i juni 2021.

8.5 Arbeidsbelastning for familiesykepleierne - implikasjoner

Familiesykepleierne forteller om en høy arbeidsbelastning. Utprøvingen medfører mye tilleggsarbeid samt opplæring i NFP og programmer som Pipe, Marte Meo og NBO. Dette kan gjøre at arbeidsbelastningen i utprøvingen er høyere enn hvis programmet blir videreført i en driftsfase, fordi det har tatt mye tid å etablere samarbeid med andre tjenester og bygge opp struktur og organisering av Familie for første gang-kontorene. Opplæringen som gis i NFP oppleves som meget viktig, og flere av familiesykepleierne opplever at NFP gir tilstrekkelig med verktøy. Pipe og NBO er også nyttig, mens de opplever at det er vanskelig å ha tid til å utføre en god Marte Meo oppfølging. Familiesykepleierne som har kommet til i programmet underveis, forteller at det er lettere å sette seg inn i programmet fordi de kan få mye opplæring og støtte fra kollegene. De som var med fra oppstarten har i liten grad hatt slike erfaringer å lene seg på, og det har vært mer arbeidskrevende for disse å lære seg NFP.

Familiesykepleierne i utprøvingen har høy kompetanse, lang arbeidserfaring og stor personlig egnethet til stillingen. Ved oppstart hadde de svært høy entusiasme for programmet. Underveis i utprøvingen har denne entusiasmen naturlig blitt noe redusert, og flere av familiesykepleierne opplever at arbeidsbelastningen blir stor, både på grunn av mye tid brukt på reise, deltagere har ulike behov for oppfølging, tid brukt på opplæring/samlinger, samarbeid og møter med andre etater. Selve oppfølgingen av deltagerne oppleves ikke som en belastning, men det er arbeidet rundt som kan gi lite tid igjen til møter med deltageren. På sikt familiesykepleiernes sterke entusiasme for NFP ikke lenger veie opp for utfordringene knyttet til arbeidsmåten i Familie for første gang.

Det er en risiko at en høy arbeidsbelastning gjøre at man ikke klarer å holde på familiesykepleierne. Programmet er særlig sårbart for utskiftninger, både ved at utprøvingen mister verdifull kompetanse, og fordi relasjonsbasert oppfølging gjør at utskiftninger kan føre til stort frafall blant deltagerne.

I en kvalitativ studie av frafall i en NFP-utprøving, ble det rapportert av flere mødre at de falt fra etter at de fikk ny familiesykepleier (Holland et al., 2014). Dette kunne ha flere årsaker, både at de ikke likte den nye familiesykepleieren, men også at de ikke orket å gå inn i relasjon med en ny familiesykepleier i tilfelle hun også ville slutte. Familiesykepleiere som overtok deltagerne til kolleger som sluttet, opplevde også at relasjonen til disse var annerledes enn til dem som de selv hadde fulgt opp hele veien.

Det har vært en relativ stor utskiftning av familiesykepleiere i den norske utprøvingen, og det virker som om det allerede har ført til noe frafall blant noen deltagere. Det gjenstår å se omfanget av dette i utprøvingen sett under ett.

8.6 Neste steg i programutprøvingen?

Utprøvingen går inn i en sårbar fase. Når de siste deltagerne er rekruttert, vil henvisninger fra førstelinjen bli avvist. Det arbeidet som er lagt ned i å bygge opp kunnskap og erfaring hos førstelinjen kan forsvinne. Det foreligger per dags dato ingen konkrete beslutninger for videreføring utover fase 2, men det er en målsetning å gjennomføre en RCT. NFP International krever også at man gjennomfører en RCT hvis man ønsker å benytte NFP videre. En RCT vil bety en økning i antall utprøvsområder, og vil antagelig være relativt kostbar. Planene for videreføring gjennom en mulig RCT (fase 3) vil være en av de viktigste momentene i tiden fremover, og for den neste fasen i utprøvingen.

Det er en stor belastning for prosjektdeltagerne at de ikke vet om den arbeidsinnsatsen de legger ned vil bli videreført. Det er også flere av familiesykepleierne som har permisjon fra sine opprinnelige stillinger for å kunne delta i utprøvingen. Denne permisjonen vil snart gå ut, og de må da velge om de vil fortsette i prosjektet og si opp en fast stilling, eller slutte i utprøvingen.

8.7 Muligheter for påvirkning/effekt

Denne delrapporten har kun sett på perioden fra høsten 2017 til våren 2018, og det gjenstår å undersøke prosessen når barnet er blitt større. Den har ikke benyttet seg av et randomisert kontrollert design, men de kvalitative og kvantitative dataene som er gjennomgått her gir visse indikasjoner på at:

- På tross av at inklusjonskriteriene er annerledes i Norge, er de aller fleste deltagerne som er rekruttert sårbare og virker å ha behov for dette programmet, både ut i fra de kvalitative og kvantitative dataene.
- Programmet overlapper i liten grad med ordinære tjenester eller konkurrerende tiltak
- Tiltaket ses på som verdifullt blant deltagerne, og ulik annen oppfølging de mottar.
- Kvaliteten i NFP-programmet anerkjennes av familiesykepleiere og andre involverte faginstanser.
- Både deltagere og familiesykepleierne opplever at programmet har stor betydning for utvikling av foreldrekunnskap og andre områder av livet, som parforhold, bolig og psykisk helse.

Basert på våre kvalitative data om deltagerfamilier, samt erfaringene fra familiesykepleierne, er det neppe noen tvil om at programmet sørger for god og støttende oppfølging av de deltagende familiene i en sårbar og krevende periode. Tiltaket virker å være akseptert og verdsatt av deltagerne. Også instansene rundt, representert av deltagere i de lokale rådene, NAV og helsestasjonene omtaler NFP som et tilbud det er behov for. Helsestasjonstjenesten i noen kommuner/bydeler uttrykker at det er overlapp ved at deltagerne fremdeles benytter kommunale tjenester, og at NFP i liten grad avlaster de andre tjenestetilbudene. De kvantitative dataene peker også på at programmet blir akseptert, forstått

og skaper engasjement hos deltagerne. Det kan derfor se ut som om programmet passer inn og blir akseptert i den norske konteksten på flere ulike nivå. Det som gjenstår er å se om den positive mottagelsen forsetter når familiene går inn i småbarnsfasen, hvordan det går med arbeidsbelastningen til familiesykepleierne med større porteføljer og mindre tid til oppfølging enn i oppstarten, og om de positive erfaringene fra følgeevalueringen av utprøvingen gir positive effekter i eventuelle fremtidige randomiserte kontrollerte forsøk.

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:
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss, vol1: Attachment*. New York: US: Basic Books.
- Brekke, E., & Jakobsen, A. (2017). *En tidlig implementeringsstudie av Nurse-Family Partnership i Norge*. (Hovedfagoppgave), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi:10.1037/0003-066X.32.7.513
- Cameron et al. (2008) Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract* 2008; 58 (546): 32-36
- Ellingsæter, A. L. & E. Pedersen (2013) "Fruktbarhetens fundament i den norske velferdsstaten". *Tidsskrift for samfunnsforskning* 3-29
- Ferguson, H. & 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* 20:96-105
- 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
- Holland et al. (2014) "Women's Reasons for Attrition from a Nurse Home Visiting Program", *JOGNN*, 43, 61-70
- Jack et al. (2012) "Adaptation and Implementation of the Nurse-Family Partnership in Canada" *Canadian Journal of Public Health* 2012:103(Suppl. 1):S42-S48.
- Jungmann et al. (2015) "Comprehensive evaluation of the Pro Kind home visiting program: A summary of results". *Mental Health and Prevention*, 3(3), 89-97.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. (2007) Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Ann Intern Med.* ;146:317–325. doi: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Kroenke, K. et al. (2001) The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 16:9
- Kurtz Landy et al. (2012) "Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: a qualitative case study" *BMC Nursing*, 11:15
- Lippestad et al. (2018) *Utredning av mulig fremtidig organisering av Familie for første gang – Nurse Family Partnership i Norge*. Sintef
- Løchen, K., (2015). *Intergenerational Transmission of Depressive Symptoms from Fathers to their Adolescent Offspring: Findings from a Multi-Informant Two-Wave Study*. (Master Thesis, University of Oslo, Department of Psychology). Oslo: University of Oslo.

- MacMillan, H. L. (2009). New insights into prevention of depression and disruptive behaviour disorders in childhood: Where do we go from here? *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(4), 209-211.
- 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.
- McDonald, A. M. et al. (2006) "What influences recruitment to randomised controlled trials? A review of trials funded by two UK funding agencies". *Trials*, 7:9
- 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.
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C. C. M., van Leerdam, F. J. M., Heymans, M. W., HiraSing,
- 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
- O'Brien, R. A. (2005) "Translating a Research Intervention into Community Practice: The Nurse Family Partnership". *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 26, No. 3. DOI: 10.1007/s10935-005-3599-z
- O'Brien, R. A., Moritz, P., Luckey, D. W., McClatchey, M. W., Ingoldsby, E. M., & Olds, D. L. (2012). Mixed Methods Analysis of Participant Attrition in the Nurse-Family Partnership. *Prevention Science*, 13(3), 219-228.
- 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., Henderson, C. R., Jr., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., . . . Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 280(14), 1238-1244.
- 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. 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., Henderson, C. R., Jr., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78(1), 65-78.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., & Kitzman, H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*, 93(1), 89-98.

- Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, *77*(1), 16-28.
- Olds, D. L., Holmberg, J. R., Donelan-McCall, N., Luckey, D. W., Knudtson, M. D., & Robinson, J. (2014). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses on children follow-up of a randomized trial at ages 6 and 9 years. *JAMA Pediatrics*, *168*(2), 114-121.
- 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., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., . . . Bondy, J. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 followup of a randomized trial. *Pediatrics*, *120*(4), e832-845. doi:10.1542/peds.2006-2111
- Olds, D. L., Kitzman, H., Knudtson, M. D., Anson, E., Smith, J. A., & Cole, R. (2014). Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade followup of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*, *168*(9), 800-806. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.472
- Olds, D. L., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Hanks, C. A., Arcoleo, K. J., Anson, E. A., . . . Stevenson, A. J. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *164*(5), 419-424. doi:10.1001/archpediatrics.2010.49
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R., Jr., . . . Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, *110*(3), 486-496.
- Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K., . . . Henderson, C. R., Jr. (2004). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, *114*(6), 1560-1568. doi:10.1542/peds.2004-0961
- Olds, D. L., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). 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
- Oslo Economics: Forventet samfunnsnytte og konsekvenser for kommunene av Familie for første gang (2018, upublisert).
- Pearlin L, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav* 1978;19;2-21.
- Pearlin, LI, Lieberman, M, Menaghan, E et al. The stress process. *J Health Soc Behav* 22: 337-56, 1981
- Phares, V., & Compas, B. E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology - Make room for Daddy. *Psychological Bulletin*, *111*(3), 387-412. DOI:10.1037/0033-2909.111.3.387.
- Phares, V., Fields, S., Kamboukos, D., & Lopez, E. (2005). Still looking for Poppa. *American Psychologist*, *60*(7), 735-736. doi:10.1037/0003-066x.60.7.735.
- Ramchandani, P., & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet*, *374* (9690), 646-653. DOI:10.1016/S01406736(09)60238-5.
- 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.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational Interviewing*. New York: US: Guilford Press.

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). doi:10.1136/bmjopen-2013-002720

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety DisorderThe GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092–1097.

Swinson, R. P. (2006) The GAD-7 scale was accurate for diagnosing generalised anxiety disorder. *Evid. Based Med*. 11:184

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. doi:10.1097/01.PHH.0000338382.36695.42

Wimbush, E. et al. (2015) *Evaluability Assessment of the Family Nurse Partnership in Scotland*. NSH Health Scotland

Vedlegg

Vedlegg 1. Fordeling av inklusjonskriterier i Oslo og Rogaland

Tabell: Fordelingen av inklusjonskriterier blant deltagerne i Oslo (n=61) og Rogaland (n=72)

Inklusjonskriterier	Team Oslo		Team Rogaland		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Inklusjonskriterier						
Vold/overgrep	15	25%	20	28%	35	26%
Utfordringer egen oppvekst	37	61%	46	64%	83	62%
Lite støtte/høy konflikt	29	48%	22	31%	51	38%
Psykiske vansker	35	57%	42	58%	77	58%
ikke i arbeid etc	16	26%	30	42%	46	35%
Vedvarende lav inntekt	15	25%	15	21%	30	23%
Eneforsøker etc	11	18%	16	22%	27	20%
Tobakk/rusmidler	5	8%	14	19%	19	14%
Antall inklusjonskriterier						
Ingen	1	2%	2	3%	3	2%
1-2	33	54%	29	40%	62	47%
3-4	19	31%	33	46%	52	39%
5+	8	13%	8	11%	16	12%
Totalt antall deltagere	61	100%	72	100%	133	100%
Gjennomsnitt	2.67		2.85		2.77	
Standardavvik	1.70		1.38		1.53	

Family Nurse Partnership stretch objectives for pregnancy and infancy programme delivery

Programme reaches the intended population

1. 75% of eligible referrals are enrolled in the programme.
2. 100% of clients enrolled are first-time mothers (no previous live birth).
3. 60% of pregnant women are enrolled by 16 weeks gestation.

Programme attains enrolment goal and recommended caseload

4. A caseload of 25 for a full-time family nurse within 8-9 months of programme operation.

Programmes successfully retains participants through the child's second birthday

5. Cumulative attrition is 40% or less through to the child's second birthday.
6. Attrition 10% or less for the pregnancy phase.
7. Attrition 20% or less for the infancy phase.
8. Attrition is 10% or less for the toddler phase.

Home visitors maintain established frequency, length, and content of visits with families

9. Percentage of expected visits completed is 80% or greater for the pregnancy phase.
10. Percentage of expected visits completed is 65% or greater for the infancy phase.
11. Percentage of expected visits completed is 60% or greater for the toddler phase.
12. On average, length of home visits with participants \geq 60 minutes.
13. Content of home visits reflects variation in developmental needs of participants across programme phases.

	Pregnancy	Infancy	Toddlerhood
Personal health	35-40%	14-20%	10-15%
Environmental health	5-7%	7-10%	7-10%
Life course development	10-15%	10-15%	18-20%
Maternal role	23-25%	45-50%	40-45%
Family and friends	10-15%	10-15%	10-15%

Vedlegg 3. Antall utførte hjemmebesøk per familie

Tabell: Antall utførte hjemmebesøk per familie i mai 2018

Antall besøk	Team Oslo		Team Rogaland		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
1	60	100%	66	100%	126	100%
2	60	100%	66	100%	126	100%
3	57	95%	64	97%	121	96%
4	54	90%	63	95%	117	93%
5	51	85%	56	85%	107	85%
6	44	73%	45	68%	89	71%
7	40	67%	40	61%	80	63%
8	36	60%	33	50%	69	55%
9	29	48%	28	42%	57	45%
10	22	37%	23	35%	45	36%
11	14	23%	13	20%	27	21%
12	10	17%	11	17%	21	17%
13	7	12%	9	14%	16	13%
14	6	10%	4	6%	10	8%
15	4	7%	3	5%	7	6%
16	2	3%	3	5%	5	4%
17	2	3%	2	3%	4	3%
18	2	3%	1	2%	3	2%
19	1	2%	1	2%	2	2%
20	1	2%	1	2%	2	2%
21	0	0%	1	2%	1	1%
22	0	0%	1	2%	1	1%
23	0	0%	1	2%	1	1%
24	0	0%	1	2%	1	1%
25	0	0%	1	2%	1	1%
26	0	0%	1	2%	1	1%
Antall	502		538		1040	

*n=61 rekruttert i Oslo; n=72 rekruttert i Rogaland

Vedlegg 4. 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, deprimert 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.

Ensomhet/Isolasjon

Hvor ofte føler du at du ikke har en eneste venn som kan støtte deg?
Hvor ofte føle du deg utenfor?
Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Vedlegg 5. Intervjutema

Intervjutema deltagerer

Om å bli med i Familie for første gang

Fortell litt om deg selv – alder, utdanning/job, interesser?

Hvem fortalte deg først om familie for første gang, og anbefalte deg å være med i prosjektet?

Hvor langt er du i graviditeten, eventuelt barnets alder?

Cirka hvor mange besøk fra familiesykepleier har du hatt?

Hvorfor ville du være med i familie for første gang?

Dine erfaringer med programmet

Hva skjer når familiesykepleieren er på besøk? Beskriv gjerne et vanlig besøk!

Hva tenker du er bra med å delta i prosjektet? Er det noe du ikke liker med det?

Hva synes du besøkene hjelper med? For eksempel amming, parforholdet, informasjon om småbarnsstell, sosial støtte?

Er det noe du tenker at du kunne trengt mer hjelp med, som NFP ikke bidrar med?

Hva hadde vært annerledes om du ikke fikk besøk av familiesykepleier?

Besøk fra familiesykepleieren din

Er besøkene for ofte/ikke ofte nok?

Hvor lenge varer vanligvis et besøk?

Skjer det ofte at besøkene blir utsatt eller avlyst? Av hvem?

Er det noe du kan se for deg som kan få deg til å slutte i programmet?

NFP-partnere (eventuelt)

Hva tenker far/medmor om å være med i NFP? Pleier han/hun å være tilstede samtidig som familiesykepleieren er her?

Synes far/medmor at han/hun blir nok involvert i programmet?

Er det viktige personer i ditt nettverk som du skulle ønske var mer involvert i NFP, feks nære venner eller familie?

Til slutt: Er det noen av dine erfaringer du ikke har blitt spurt om, men som du synes det er viktig at vi får vite om?

Intervjutema Familiesykepleiere

Arbeidsbelastning – hvordan er arbeidsbelastningen? Arbeidets lengde, tidspunkt for arbeid. Er det noen uforutsette belastninger/fordeler ved å være Familiesykepleier?

Samarbeid med omkringliggende etater – hvem samarbeider dere med? Hvordan fungerer samarbeidet? Er samarbeid/kommunikasjonsarbeid en stor del av jobben?

Arbeidsform – fungerer denne måten å jobbe på i en norsk kontekst for deg som helsesøster/jordmor?

Samarbeid og oppfølging fra RBUP – styrker og utfordringer ved samarbeidet med RBUP?

Samarbeid i teamet – hvordan fungerer samarbeidet? Er team-strukturen viktig for arbeidet?

Oppfølging fra team-leder – hvordan fungerer veiledning/oppfølging?

Rekruttering – hvordan går rekrutteringen? Hvilke fremgangsmåter har dere benyttet?

Deltakerne – hvem er deltagerne? Ulike problemer? Noen som trenger hjelpen mer enn andre?

Opplæring – hvordan er deres erfaringer med opplæringsmodulene dere har vært gjennom? Tilstrekkelig opplæring? Nok tid?

Hva jobber dere mest med ute hos deltagerne? Hovedproblematikk? Er det noen områder av programmet som er mer relevante? Variasjon blant deltagerne?

Hva bidrar programmet med? – Etter snart to år i NFP-programmet – hva bidrar programmet med som man ikke finner i andre helsetjenester?

Ett år siden siste intervju – hva har dere lært, viktigste erfaringer?

Intervjutema NFP-råd

Nå har NFP-teamet vært i gang i halvannet år– hva tenker du om prosjektet så langt?

Behovet i kommunen – dekker det opp et behov?

Hva er din vurdering av målgruppen? Finner man den målgruppen dere var forespeilet? Er det noen grupper NFP ikke når?

Muligheter for videreføring? Ønske om videreføring? Konkrete planer for videreføring hos dere?

Familiesykepleierne som familiekoordinator av andre velferdstjenester – viser at dette er et behov?

Organisasjonsmodellen SINTEF-rapporten foreslår? Mulighet for dette?

Forlengelse pga forsinket rekruttering? Greit for dere at prosjektet videreføres utover planlagt tid?

Avventing av et effektmål – hva slags kunnskapsgrunnlag trenger dere for å ta i bruk NFP?

Er det oppslutning om prosjektet i kommunene? Variasjon?

Hvordan synes dere samarbeidet med RBUP og Bufdir fungerer?

Hvordan fungerer samarbeidet mellom de tre kommunene?

Er NFP den beste løsningen på deres utfordringer?

Arbeidsforskningsinstituttet er et
tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt.

Sentrale forskningstema er:

- ♦ Inkluderende arbeidsliv
- ♦ Utsatte grupper i arbeidslivet
- ♦ Konflikthåndtering og medvirkning
- ♦ Sykefravær og helse
- ♦ Innovasjon
- ♦ Organisasjonsutvikling
- ♦ Velferdsforskning
- ♦ Bedriftsutvikling
- ♦ Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside
eller bestilles direkte fra instituttet.

Arbeidsforskningsinstituttet

OsloMet – storbyuniversitetet

Postboks 4 St. Olavs plass
0130 Oslo
Telefon 23 36 92 00
www.oslomet.no/afi