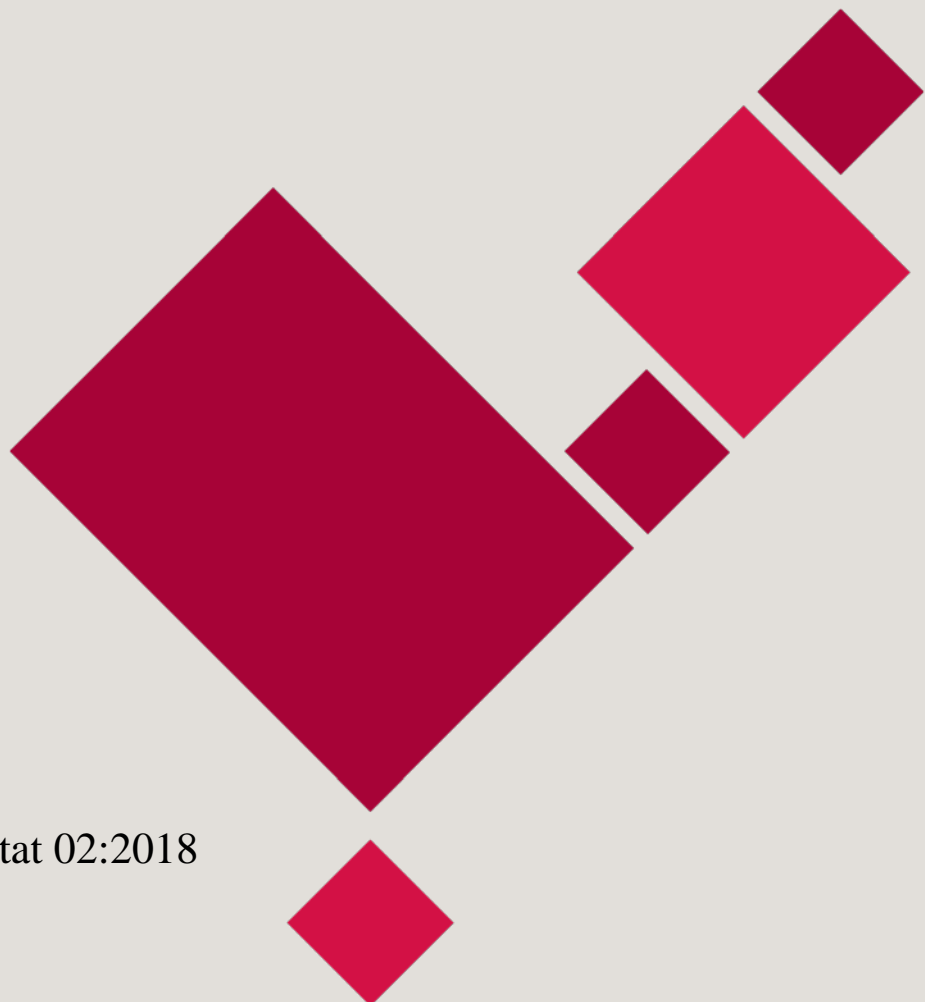


Følgeevaluering av Nurse-Family Partnership (NFP) i Norge

Familie for første gang

Delrapport 1: Oppstartsprosessen: 2016-2017

Wendy Nilsen og Eirin Pedersen



ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS FOU-RESULTAT

© 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.hioa.no
Webadresse: www.afi.no

Publikasjonen kan lastes ned fra <http://www.afi.no>.

Forord

Denne rapporten inneholder delrapport 1 av følgeevalueringen av programmet «Nurse-Family Partnership» (NFP) (på norsk: «Familie for første gang») i Norge. Evalueringen utføres av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved OsloMet – storbyuniversitetet, av Wendy Nilsen og Eirin Pedersen. Evalueringen er utført på oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

Dette er den første av to delrapporteringer fra prosessevalueringen. Denne delrapporten følger utprøvingen i oppstartsfasen mellom våren 2016 og våren/sommeren 2017, og inkluderer ikke en resultat-evaluering. Delrapport 2 vil ferdigstilles høsten 2018, og fokuserer på den videre prosessen mellom sommeren 2017 og sommeren 2018 med både en prosess- og en resultatevaluering. I tillegg til de to delrapportene vil det våren 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 rapporten.

Wendy Nilsen og Eirin Pedersen

Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet

Februar 2018

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	5
1.1. Det overordnede oppdraget	5
1.2. Problemstillinger i delrapport 1	6
1.3. Bakgrunn.....	7
1.4. Hvordan skiller Norge seg ut?	10
1.5. Rapportens oppbygging	12
2. Datainnsamlingsmetode	13
2.1. Implementeringspartner	13
2.2. Den første opplæringsuken.....	13
2.3. Teamene.....	14
2.4. Familiene	14
2.5. Lokale NFP-råd.....	15
2.6. Annen datainnhenting.....	15
3. Kartlegging av oppstartsprosessen av NFP i Norge	17
3.1. Valg av programmet.....	17
3.2. Oppstart av NFP 2014-2016	20
3.3. Føringer fra og samarbeid med lisens-eier	20
3.4. Rekruttering av implementerende part – RBUP	22
3.5. Rekruttering av kommuner og bydeler	22
3.6. Valg av leverandør for følgeevaluering	23
4. Faglig og lokal forankring	24
4.1. Lanseringskonferanser	24
5. Rekruttering av NFP-sykepleiere og team-veileder	25
5.1. Opplæring av sykepleierteamene	26
6. Rekrutteringsprosessen	27
6.1. Rekrutteringskriterier	27
6.2. Rekrutteringsprosessen i Norge	28

7. Konkurrerende tilbud.....	36
7.1. Universell oppfølging for gravide kvinner.	36
7.2. Universell oppfølging etter fødsel.....	36
7.3. Forsterkede tilbud/Selekterte tiltak for gravide kvinner og etter fødsel.....	38
7.4. Overlapper tilbudene?	39
8. Konklusjon.....	42
Referanser	43
Vedlegg	48
Vedlegg 1: Utlysning omkring pilotkommuner	48
Vedlegg 2: Forventninger til pilotkommuner.....	49
Vedlegg 3: Spørreskjema.....	51

1. Introduksjon

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. Tiltaket er blitt døpt «Familie for Første Gang» på norsk, men i denne rapporten vil vi bruke den engelske forkortelsen «NFP» for å beskrive tiltaket og utprøvingen.

NFP er et forebyggende tiltak for foreldre i særlig utfordrende livssituasjoner, med opptil 64 hjemmebesøk fra en sykepleier fra tidlig i svangerskapet til barnet er 2 år. Programmet er utviklet i USA i over 40 år av professor David Olds.

Med begrunnelse i tidligere prosjekt som Modellkommuneprosjektet (2007-2014) hvor psykisk syke og rusavhengige foreldre fra 26 kommuner ble fulgt fra graviditet til skolealder (Bufdir 2015), ser man hvor viktig det er med tidlig innsats for familier med økt sårbarhet. Redusering av negative effekter for barn og unge i slike familier er ellers forankret i tiltaksplanen for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom «En god barndom varer livet ut» (BLD, 2014) og NOU (2012:5) om å verne ufødte barn fra skader fra gravide kvinner. Av dette, ble utprøvingen av NFP vedtatt politisk i 2014, og samarbeid ble inngått mellom Bufdir og Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse - Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør).

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, utdannelsesnivå og arbeidsmarkedstilknypning 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 utprøvningsarenaene.

1.1. Det overordnede oppdraget

Evalueringen 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. *Resultatvalueringen* skal gi pekepinner på om den overordnede målsetningen for prosjektet er oppnådd i form av kvantitative mål - samt gi forslag på hva som bør endres i en eventuell større effektstudie av NFP.

Oppdragets overordnede hovedoppgaver er å utføre:

1. En følgeevaluering/prosessevaluering (kvalitativ metode)
2. En resultatvurdering (kvantitativ metode)

Delmålene i oppdraget er å:

- Dokumentere erfaringene fra deltagende familier, NFP-sykepleierne og systemet rundt med fokus på gjennomførbarhet, egnethet og nytteverdi i en norsk kontekst.
- Vurdere tilpasninger av programmet fra internasjonale standarder som er gjort for innpassing i norsk kontekst, samt diskutere hvorvidt ytterligere tilpasninger bør foretas før eventuell videreføring av programmet.
- Vurdere hvordan NFP fungerer i den norske velferdsstaten – med fokus på eventuelle overlappende eller konkurrerende velferdstilbud?
- Kartlegge og diskutere tegn på resultatoppgåelse/suksessindikatorer innen programmets identifiserte målområder for Norge.

Disse punktene vil legge grunnlag for direktoratets anbefalinger om hvorvidt og eventuelt hvordan programmet bør videreføres og videreutvikles for bruk i Norge etter gjennomført utprøvningsperiode.

1.2. Problemstillinger i delrapport 1

Dette er den første av to delrapporteringer fra prosessevalueringen. Denne delrapporten følger utprøvingen i oppstartsfasen mellom våren 2016 og våren/sommeren 2017, og inkluderer ikke en resultat-evaluering. Delrapport 2 vil ferdigstilles høsten 2018, og fokuserer på den videre prosessen mellom sommeren 2017 og sommeren 2018 med både en prosess- og en resultatevaluering. I tillegg til de to delrapportene vil det våren 2020 publiseres en sluttrapport som inneholder en prosess- og resultatevaluering av hele prosjektperioden (våren 2016 til høsten 2019).

Overordnede problemstilling i delrapport 1 er å:

- Dokumentere erfaringer fra den første delen av utprøvingen av programmet i Norge (vår 2016 til vår 2017), med perspektivene fra deltagende familier, NFP-sykepleiere og systemet rundt (de lokale NFP-rådene, utøvende part (Bufdir og RBUP)).
- Vurdere de tilpasninger av programmet som er gjort for innpassing i norsk kontekst så langt, samt hvorvidt ytterligere tilpasninger bør foretas før eventuelt videreføring av programmet

Problemstillingen belyses ved å oppsummere og drøfte informasjon innhentet fra dokumenter og nettsider, og intervju med deltagende familiene, NFP-sykepleiere, de lokale NFP-rådene og utøvende part (Bufdir og RBUP). I tillegg har vi innhentet informasjon fra andre kilder. Vi har blant annet innhentet informasjon om deltagerkommunene og bydelene fra tilgjengelige nasjonale data, og informasjon om konkurrerende tiltak fra et nettbasert spørreskjema. NFP-sykepleiernes evaluering av NFP-opplæringen er også hentet inn via et nettbasert spørreskjema.

På grunn av forsinkelser i rekrutteringsprosessen vil delrapport 1 dokumentere erfaringer og utfordringer som har dukket opp frem til vår 2017 på en beskrivende måte. Analysing og vurderinger av rekrutteringsprosessen som helhet vil bli diskutert når rekrutteringen er fullstendig i delrapport 2 og sluttrapporten. Slik unngår vi at slutninger om deltagerne som til slutt inkluderes i NFP-programmet i Norge foretas på feil grunnlag.

1.3. Bakgrunn

Hva er Nurse Family Partnership?

Nurse-Family Partnership-programmet (NFP) ble utviklet av professor David Olds ved Universitet i Colorado, Denver i 1970-årene. I de neste avsnittene presenteres NFP-programmet slik det fremkommer i artikler av Olds og annen foreliggende litteratur om implementering av NFP-programmet. Det norske NFP-programmet, og tilpasningene som er gjort, presenteres nærmere i kapittel 2-6.

Målet med NFP er å redusere negative graviditetsutfall ved å forbedre prenatal helse hos mødre, forbedre og fremme barns helse og utvikling ved å øke foreldres kompetanse, og forbedre foreldres fremtid ved strukturert familieplanlegging, fullføring av utdanning og tilknytning til jobb (Olds, 2002). Programmet er derfor beskrevet som et bredt tiltaksprogram som både fokuserer på det helsemessige og det sosiale for barnet og familien (Olds, 2002; Olds, Sadler, & Kitzman, 2007). 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).

I utgangspunktet var programmet for mødre i et avgrenset område med sosial nød, og ble tilbudt alle førstegangs fødende under 20 år. Mødrene rekrutteres til deltagelse frem til uke 28 i svangerskapet. Kriteriene for deltagelse i den norske NFP-utprøvingen er beskrevet nærmere i avsnitt 6.1 og 6.2. Programmet innebærer opptil 64 hjemmebesøk frem til barnet er 2 år, der gjennomsnittet i de amerikanske forsøkene har vært 41 hjemmebesøk per familie (O'Brien 2005). Besøkene varer fra 60 til 90 minutter. Frekvensen på besøkene er høyest i svangerskapet og i spedbarnsperioden, og færre fra barnet er ett til to år. 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). Vanligvis tenker man at sykepleieren besøker familien ukentlig den første måneden i programmet for å etablere en god relasjon, og deretter har besøk annenhver uke i resten av svangerskapet. 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 sykepleierne besøker familiene månedlig (O'Brien 2005).

Sykepleiere leverer programmet i form av hjemmebesøk. Sykepleierne er autorisert helsepersonell, med opplæring i NFP-programmet og andre relevante verktøy og metoder. Sykepleiere er valgt som utøvere av programmet fordi de har klinisk kompetanse om kvinne- og barnehelse, og kan gi helseråd

knyttet til svangerskap, fødsel og spedbarn. Den kliniske kompetansen gir sykepleierne en større grad av kredibilitet i møte med sårbare familier (Olds et al. 2006). At de representerer helsevesen og ikke barnevern kan også gjøre det lettere å få innpass hos familiene. Under hjemmebesøkene driver sykepleierne innsamling av data om barnas utvikling og helse, samt foreldrenes omsorgsutøvelse. Sykepleierne noterer også ned samtaletemaene, samt frekvens og lengde på besøkene (Jack et al. 2012).

Sykepleierne følger opp ca. 20 mødre hver. Antallet man følger opp varierer noe mellom land – i Norge er det maks 20 per NFP-sykepleier, i England 20 og i USA 25). I hjemmebesøkene utfører sykepleierne tre hovedoppgaver: 1) de søker å endre mødres og andre familiemedlemmers atferd som kan ha negative konsekvenser for svangerskapet, barnets utvikling, og foreldrenes livsløp. 2) De hjelper mødrene med å bygge relasjoner og nettverk med familie og venner som kan støtte opp under familien. 3) De oppretter kontakt mellom familien og de helse og velferdstjenester de trenger å benytte seg av. Sykepleierne benytter fasilitatorer som utgangspunkt for samtaler om de ulike temaene de er innom (Olds et al., 2006). Hvert besøk skal følge et fast oppsett for samtaler. 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. NFP-sykepleieren må hele veien sørge for agenda-matching mellom deltager og sykepleier, der man blir enige om hva man skal jobbe med. NFP's grunnlagsteorier innebærer at programmet er styrkebasert, og at deltagerens ressurser skal være utgangspunkt for oppfølgingen. Sykepleierne 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 sykepleieren 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. Sykepleierne følger også opp andre aspekter av mødre helse, som psykisk helse, urinveisinfeksjoner, blodtrykkforstyrrelser og seksuelt overførbare sykdommer. Mødrene får blant annet opplæring i å gjenkjenne symptomer på svangerskapskomplikasjoner (Olds 2002, Olds et al., 2006).

Etter graviditeten jobber sykepleierne 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 program for å styrke foreldre-barn interaksjon gjennom å gi foreldrene opplæring i spedbarn 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. Sykepleierne 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).

Sykepleierne mottar veiledning fra sin teamleder ukentlig – individuelt og i gruppe. Hver teamleder kan veilede opptil 8 sykepleiere. 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.

Hva gjør NFP?

Programmet er blitt testet med effektstudier i Elmira, New York i 1977 (Eckenrode et al., 2010; Eckenrode et al., 2000; Olds et al., 1998; Olds et al., 1997; Olds, Henderson, Chamberlin, & Tatelbaum, 1986; Olds, Henderson, & Kitzman, 1994; Olds, Henderson, Tatelbaum, & Chamberlin, 1986); Memphis, Tennessee i 1988 (Kitzman et al., 1997; Kitzman et al., 2000; Kitzman et al., 2010; Olds, Kitzman, et al.,

2004; Olds, Kitzman, et al., 2007; Olds, Kitzman, et al., 2014; Olds et al., 2010) og Denver, Colorado i 1994 (Olds, Holmberg, et al., 2014; Olds et al., 2002; Olds, Robinson, et al., 2004). Programmet har vist seg å ha en positiv effekt på utfall hos både barn og foreldre over kort og lang tid. Programmet ble dermed oppskalert fra 90-tallet av og blir i dag blant annet brukt i 43 amerikanske stater og jomfruøyene (Nurse Family Partnership, 2017; Olds, 2002). Siden 1996 har 256 751 familier deltatt i NFP, og i dag deltar totalt 33 476 familier i programmet (Nurse Family Partnership, 2017).

NFP har blitt implementert i Canada, England, Skottland, Australia, Nederland og Nord-Irland, og piloteres i Norge og Bulgaria. Programmet har tidligere blitt testet i Tyskland. I 2003 ble NFP National Service Office etablert for å fasilitere og støtte god kvalitet når programmet benyttes i USA (Eisner et al. 2015; Nurse Family Partnership Website). I tillegg finnes NFP International Team for å fasilitere og støtte god kvalitet ved bruk av programmet i andre land. Det finnes dokumenterte resultat for de positive virkningene av NFP fra 1970-tallet til i dag (se for eksempel neste side). Flere kunnskapsoversikter har trukket frem NFP som ett av få tiltak som er effektive for å redusere en rekke negative utfall allerede fra svangerskapet (Aos et al., 2004; Ghate, 2016; MacMillan, 2009; MacMillan et al., 2009; Williams et al, 2008). En kunnskapsoversikt rapporterte at NFP er ett av to hjemmebesøksprogram som har vist seg å ha effekt på fysisk mishandling og forsømmelse av barn (MacMillan et al., 2009). MacMillan et al. (2009) foreslår at dette kan være på grunn av at programmet er utviklet som et forskningsprosjekt, at utøverne av programmet har høy kompetanse, og at det er lagt inn mye arbeid i å sikre modelltrofastheten («fidelity»).

Det er verdt å merke at NFP-utprøvingene i de ulike landene har en del variasjon i målgruppe og inklusjonskriterier. Noen inklusjonskriterier står fast: deltagerne må være førstegangsfødende 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 mødrene 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). I den norske utprøvingen er grensen uke 28 (se avsnitt 6.1 for de norske inklusjonskriteriene), og det internasjonale NFP-programmets kjernemelementer, som ble revidert i 2017, bruker nå uke 28 som inntaksgrense.

I USA, England og Skottland har man valgt målgruppe ved å se på områder og/eller alder. I Elmira-studien var målgruppen førstegangsfødende under 19 år i et geografisk avgrenset boområde med store sosiale utfordringer, og hvor mødrene 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 førstegangsfødende mødre i den økonomisk sårbare delen av innbyggerne i området (Olds et al. 2002). I det engelske FNP-prosjektet var målgruppen alle førstegangsfødende 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). NFP-teamet var her avhengig av at helsepersonell i første rekke

selekterte og rekrutterte potensielle deltagere som ble fanget opp i møte med helsetilbudet til gravide. Kriteriene i det første steget av seleksjon var at de førstegangsfødende var under 26 år, senest ble rekruttert i uke 28, hadde grunnleggende nederlandske språkkjennskap, og hadde lavt utdanningsnivå (grunnskole eller videregående uten studiekompetanse). Her ligner de nederlandske kriteriene på de brukt i USA og England. I den andre runden av seleksjon blir flere sårbarhetsfaktorer kartlagt: 1) Lite eller ingen sosial støtte, 2) Historie med vold eller overgrep, 3) Lever fremdeles i et voldsutsatt samliv, 4) Psykologiske utfordringer, 5) Økonomiske utfordringer, 6) Arbeidsledig, 7) Bostedsløs/Prekær bosituasjon, 8) Alkoholmisbruk, narkotikamisbruk og/eller røyking, eller 9) Å ha en lite realistisk tilnærming til hva foreldreskapet innebærer (Mejdoubi et al. 2011). Denne vurderingen av sårbarhetsfaktorer er også et resultat av at det nederlandske velferdsstaten er velfungerende, slik at sårbarhet blir vanskelig å vurdere ut ifra demografiske og geografiske avgrensninger, og i større grad krever en individuell vurdering. Den norske utprøvingen bruker mange av de samme sårbarhetsfaktorene i sin inklusjon (se avsnitt 6.1).

Randomiserte kontrollerte studier i flere av landene som har pilotert og/eller implementert NFP har vist forbedringer hos NFP-deltagere versus kontrolldeltagere på en rekke utfall, 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 barnrelaterte 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).

I tillegg har randomiserte kontrollerte studier i USA vist imponerende langtidseffekter på reproduktiv atferd, velferdstjenestebruk og kriminelle deltagelse hos unge kvinner som er fulgt over 19 år (Eckenrode et al., 2010). I en kost-nytte simulering ble det estimert at programmet vil forebygge blant annet 500 tilfeller av spedbarnsdød, 1000 tidlige fødsler, 42 000 tilfeller av barnemishandling, 360 000 tilfeller av partnervold og 36 000 arrestasjoner av unge innen 2031 hos programdeltagerne (Miller, 2015). Det ble i denne publikasjonen konkludert med at NFP er et kostnadseffektivt program. På den andre siden, fant en randomisert kontrollert studie i England ingen effekt på fødselsutfall, røyking i graviditet, ny graviditet eller sykehusinnleggelser for barn i NFP-gruppen sammenlignet med kontrollgruppen (Robling et al., 2016).

Det vil være særlig viktig å fokusere både på modelltrofastheten og lokale tilpasninger når programmet implementeres i ny kontekst, som NFP-utprøvingen vil være i Norge.

1.4. Hvordan skiller Norge seg ut?

Norge skiller seg ut fra de andre NFP-landene på flere måter. Det vil derfor være en viktig oppgave å undersøke hvordan et slikt program kan organiseres og innrettes i en norsk kontekst.

For det første er det norske velferdstilbudet mer omfangsrikt og utbygd enn land der NFP tidligere har vært utprøvd (bortsett fra Nederland), og programmet blir dermed vanskelig å overføre direkte. For eksempel kan ikke det amerikanske og engelske barnevernet sammenlignes direkte med det norske, hvor vi blant annet har lavere terskler for inngripen, og omfattende hjelpetiltak. Barn i Norge går også i større grad i barnehage fra tidlig alder, noe som for eksempel har blitt funnet å virke positivt inn for barn med økt sårbarhet (Brandlistuen et al., 2015). Fordi vi har bedre utbygde universelle helse- og

velferdstjenester enn mange land, vil både familier med og uten vansker ha et større tilbud av tiltak, og tjenester generelt. Helsestasjoner driver med lovpålagt oppfølging av barn mellom null og fem år, der individuelle- og gruppesamtaler tar opp temaer som ernæring, foreldre-barn-samspill og utvikling av språk og motoriske evner. Både fra barnevernet, helsestasjonene og andre instanser vil foreldre med økt sårbarhet kunne få flere tilbud om tiltak eller tjenester. Det vil derfor være en viktig oppgave for utprøvingen å undersøke i hvilken grad NFP overlapper med andre velferdstilbud rettet mot familier med økt sårbarhet, og om programmets virkning oppnås i sammenheng med, eller uavhengig av andre velferdstilbud. I denne rapporten innhenter vi derfor informasjon om konkurrerende tilbud gjennom tilgjengelige dokumenter, en nettbasert spørreskjemaundersøkelse og gjennom intervju med både NFP-teamet, familiene som deltar og systemet rundt.

For det andre har vi i Norge geografisk spredt befolkning og færre innbyggere, og dermed færre familier med økt sårbarhet samlet på samme sted. I tillegg er det stor kommunal variasjon i sammensetning og organisering av helse- og velferdstjenestene. Hvordan NFP skal inngå som en del av helsetilbudet til førstegangsfødende med økt sårbarhet må dermed ses i sammenheng med de kommunale og regionale helse- og velferdstjenestene, og variasjonen blant disse.

Rekruttering og valget av målgruppene er særlig viktig ved implementering av et program for familier med økt sårbarhet i Norge. Retningslinjene/sårbarhetsmarkørene som brukes for å identifisere deltakere i programmet, vil tilpasses norsk kontekst. I den engelske implementeringen ble mødres alder benyttet som viktigste kriterium. Tenåringsgraviditeter er et sterkt problematisert tema i politiske og offentlige debatter i USA og England, der denne typer graviditeter oppfattes som et alvorlig samfunnsproblem (Black et al. 2008). NFPutprøvingen i England var i utgangspunktet et tiltak for å støtte opp om denne gruppen. Erfaringene fra den engelske piloten tilsa at det ikke nødvendigvis er alder i seg selv som er problemet, men at lav alder ved førstefødsel kan være en indikasjon på andre sårbarhetsfaktorer, som lav sosioøkonomisk status og korte utdanningsløp, og at individuelle risikofaktorer burde bli en større del av inklusjonsprosessen i det engelske programmet (Hall & Hall 2007). I Skottland, som også fokuserte utelukkende på tenåringsgraviditeter, ble aldersgrensen hevet til 24 år i 2016; en anerkjennelse av at sårbarhet ikke er begrenset til tenåringsgraviditeter.

I Norge og skandinaviske land er ikke tenåringsgraviditeter utbredt. Bare ca. én prosent av alle fødsler i Norge i 2016 var blant tenåringer (SSB 2017e), og de er heller ikke problematisert på samme måte som i England og USA. Samtidig er det sterk grad av korrelasjon mellom høy alder for førstefødsel og lang utdanning og sterk tilknytning til arbeidslivet. Tilsvarende er det sterk sammenheng med lav alder for førstegangsfødende og lavt utdanningsnivå og lav tilknytning til arbeidslivet (Black et al. 2008). I Norge har snittalderen for førstegangsfødende passert 29 år for førstefødsel (SSB 2017e). Samtidig er det store geografiske variasjoner, der kvinner i storbyene, spesielt Oslo, har høyere gjennomsnittsalder, og Agder-fylkene og de nordlige fylkene har lavere gjennomsnittsalder (SSB 2017e). Å bruke alder som kriterium for inklusjon i NFP-programmet passer derfor dårlig med norske fruktbarhetsmønstre. Med én prosent av alle fødsler, mangler man rekrutteringsgrunnlag blant tenåringsmødre. Erfaringer fra andre NFP-program viser også at sårbarhetsfaktorer ikke er begrenset til denne gruppen.

Et annet 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 reproduktiv 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 o.l. 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 samspillet mellom foreldrene. I de neste rapportene av evalueringen vil NFP sin inkludering av fedre utforskes nærmere.

1.5. Rapportens oppbygging

Denne delrapporten (Delrapport 1) vil gå gjennom planleggingen og oppstarten av NFP som har foregått fra våren 2016 til våren 2017. Mens dette kapittelet gjør rede for bakgrunn og problemstillinger, inneholder kapittel 2 datainnsamlingsmetoden. Deretter i kapittel 3 presenterer vi en deskriptiv kartlegging av oppstartsprosessen av NFP i Norge. Her blir den praktiske NFP-prosessen i Norge, eksempler og erfaringer presentert kronologisk fra valget av NFP til rekrutteringen av kommunene. Kapittel 4 er viet den faglige og lokale forankringen, mens kapittel 5 presenterer rekrutteringen av NFP-teamene. Rekrutteringsprosessen av familiene i NFP og utfordringene som har oppstått her presenteres i kapittel 6. Kapittel 7 presenterer funn og diskusjon fra foreløpig kartlegging av konkurrerende tilbud. Kapittel 8 inkluderer konklusjon/sammenfatning av de viktigste funnene så langt i prosessen.

2. Datainnsamlingsmetode

AFI-forskere har innhentet informasjon til denne rapporten fra dokumenter, møter, fokusgruppe- og individuelle intervju, deltagende observasjon, nettbasert spørreskjema og bruk av tilgjengelige registre. I dette kapitlet kommer en kort redegjørelse for datainnsamling.

Målet med datainnsamlingen har vært å få ulike perspektiver og erfaringer fra oppstarten av NFP, og få grunnlag til å vurdere forankring og tilpasning av NFP i en norsk kontekst. Mellom våren 2016 og våren 2017 har AFI innhentet følgende informasjon fra følgende kilder og på følgende arenaer:

- **Utøvende part:** Kontinuerlig dokumentinnhenting, møter og intervju med lisens-eier Bufdir og utøvende part RBUP Øst og Sør
- **Den første opplæringsuken:** Deltagende observasjon på og nettbasert spørreundersøkelse etter den første opplæringsuken til NFP-sykepleierne våren 2016
- **Teamene:** Fokusgruppeintervju med de to NFP-teamene, individuelle intervju med hver av de to gruppelederne og NFP-sykepleierne.
- **Familiene:** Individuelle intervju med utvalgte familier
- **Lokale råd:** Deltagende observasjon, samt intervju i person og per telefon med lederne av de to lokale NFP-rådene, samt individuelle intervju med andre NFP-rådsmedlemmer
- **Annen datainnhenting:** Et spørsmål om konkurrerende tiltak i et nettbasert spørreskjemaundersøkelse om gruppetiltak og kurs for foreldre, samt innhenting av data fra det tilgjengelige registeret KOSTRA ("Kommune-Stat-Rapportering)

2.1. Implementeringspartner

AFI har hatt jevnlige samtaler med nasjonal klinisk fagsjef: Ett lengre intervju ved oppstart og to telefonintervju i 2016, og fem telefonintervju i 2017. Tema for samtalene er prosjektfremgang og eventuelle utfordringer, i tillegg til nasjonal klinisk fagsjefs arbeid og innspill til evalueringen. AFI har også gjort ett langt intervju med RBUP og Bufdir om oppstarten av prosjektet, samt to intervjuer med prosjektansvarlig i Bufdir, der tema særlig var samarbeidet med NFP sitt internasjonale kontor. Flere av intervjuene ble tatt opp på bånd, og deretter transkribert.

2.2. Den første opplæringsuken

AFI var tilstede to dager av den første opplæringsmodulen for NFP-teamene våren 2016. Observasjonen var todelt – først og fremst var det en observasjon av hvordan undervisningsopplegget var lagt opp og hvordan det ble gjennomført. For det andre var dette en mulighet til å bli bedre kjent med fagsjef og NFP-teamene for å forenkle videre kommunikasjon og oppfølging. I løpet av observasjonen

ble det tatt korte notater, og deler av observasjonen var også utgangspunkt for kartleggingen av den første opplæringsmodulen.

En nettbasert spørreskjemaundersøkelse ble sendt til alle NFP-sykepleierne etter opplæringsmodulen. Se vedlegg 3 for spørreskjemaet i sin helhet. Spørreskjemaet ble utarbeidet med det nettbaserte verktøyet SurveyMonkey, og spørsmålene ble planlagt i samarbeid med Bufdir og RBUP. AFI testet ut det nettbaserte spørreskjemaet på forhånd, og det ble estimert å skulle ta 10-15 minutter å besvare. Deltagerne fikk 25 spørsmål (et spørsmål til hver temabolk i opplæringsuken og generelle spørsmål om opplegget) og muligheten til å vurdere opplegget på en skala fra 1 til 6. Flere av spørsmålene hadde utvidet svarmulighet, der deltagerne kunne svare mer utdypende på spørsmålene. Ni av ti deltagere i NFP-teamene besvarte spørreskjemaundersøkelsen.

2.3. Teamene

Det ble avholdt fokusgruppeintervjuer med de to NFP-teamene i Oslo og Rogaland våren 2017. Alle de ti NFP-sykepleierne var tilstede. Fokusgruppeintervjuene hadde en varighet på to timer. Temaet for intervjuet var 1) Teamdeltagernes faglige bakgrunn og kompetanse, 2)

Erfaringer med NFP – manualbruk, tilpasning, oppgavefordeling, faglig innhold 3) Rekruttering av deltakere, 4) Hvem er deltagerne? 5) Samarbeid med andre velferdstjenester/overlappende tjenester, 6) Veiledning, 7) Datainnsamling og 8) Eventuelt. I Oslo var teamleder tilstede ved fokusgruppeintervjuet. Det ble derfor avholdt individuelle intervjuer med de fire NFP-sykepleierne i teamet i etterkant, for å gi teamet muligheten til å diskutere veiledning uten at teamleder var tilstede. I Rogaland ble NFP-teamet og teamleder intervjuet separat. Det ble derfor ikke sett som nødvendig å avholde individuelle intervju med NFP-teamet i etterkant. Begge teamledere ble intervjuet individuelt. I tillegg til temaene som ble tatt opp med NFP-teamet, fikk de spørsmål om samarbeid med NFP-rådet og implementeringspartner, samt organisatoriske aspekter ved utprøvingen. Alle intervju ble tatt opp med båndopptager og transkribert etterpå. Rapporten er i hovedsak utarbeidet på bakgrunn av disse intervjuene.

Ved flere anledninger ble det opplyst om at NFP-teamene kunne maile eller ringe AFI dersom det dukket opp spesielle utfordringer eller andre tilbakemeldinger av interesse.

2.4. Familiene

I utgangspunktet skulle familiene intervjues for å få en oversikt over hvilke deltagere som ble rekruttert til programmet, opp mot inklusjonskriteriene i NFP. For å få størst mulig bredde i de inkluderte deltagerne, ville vi bruke en «maximum variation sampling» (Patton 2015:283), og plukke ut deltagere som var mest mulig ulike. Ved å se på sammenfallende mønstre hos et bredt utvalg av NFP-deltagere, får man mulighet til å si noe om hva som kan være felles på tvers av ulikheter ved deltagerne. Det vil si at ved å kartlegge bredden i rekrutterte deltagere, kan man si noe om helheten ved utvalget. Denne fremgangsmåten er best egnet når utvalgstørrelsen er så liten at det ikke er mulig å gjøre randomiserte utvalg, og når man ikke har nok informasjon om deltagerne til å gjøre et strategisk utvalg. NFP-teamet, som kjenner deltagerne best, skulle foreslå de mest relevante deltagerne til intervju. På grunn av forsinket rekrutteringen av deltagere, var det ikke mulig å få representativitet fordi for få deltagere var rekruttert per februar 2016. I følge NFP-sykepleierne i Rogaland var det i tillegg flere deltagere som ikke ønsket å snakke med forskere. For å beskytte tilliten og relasjonsbyggingen til familiene, mente

NFPsykepleierne at det var viktig at AFI ikke intervjuet deltagerne som nylig var rekruttert til programmet. AFI endte med å intervju fire deltagerne – to mødre og deres partnere i Rogaland og to mødre i Oslo. Intervjuene varte i ca. 30 minutter. NFP-deltagerne ble spurt om 1) Livssituasjon og bakgrunn, 2) Erfaringer knyttet til NFP - hvordan de ble rekruttert, relasjonen til NFP-sykepleier, 3) Innholdet i besøkene, 4) Frekvens og lengde av besøkene 5) Andre velferdstilbud de mottok, 6) Sosiale stigma og sosial støtte for NFP-deltagelsen.

Erfaringene fra disse intervjuene var at deltagerintervjuer er godt egnet til å hente inn brukererfaringer fra programmet. Intervjuene egner seg derimot dårlig til å kartlegge brukeren opp mot inklusjon i NFP-programmet, av tre grunner: 1) AFIs forskere har ikke klinisk kompetanse til å vurdere samsvar med inklusjonskriteriene basert på intervjuer med deltagerne. 2) En ekstra kartlegging av livshistorie og sårbar livssituasjon er en tilleggsbelastning som ikke skaper merverdi til evalueringen av NFP-programmet. Dette er spesielt gjeldende for et styrkebasert program. 3) En strategisk utvalg av deltagerne er ikke mulig før rekrutteringen er fullført.

For å kartlegge deltagerne i programmet, planlegger AFI at hver NFP-sykepleier fyller inn anonymiserte skjema med karakteristikker av deltagerne de følger opp, i etterkant av at rekrutteringen er fullført. Slik får man oversikt over deltagerens sårbarhetsfaktorer, demografiske kjennetegn og en mulighet til å vurdere rekruttering, inklusjonskriterier og utvalget av deltakere uten intervjuer. Deltagerintervjuer vil istedenfor benyttes for å innhente deltagerens erfaringer med programmet, samt innholdet i og frekvens av hjemmebesøkene.

2.5. Lokale NFP-råd

NFP-rådene er sammensatt av representanter fra relevante aktører i utprøvsområdene¹. Deltagende observasjon ble utført på et NFP-rådsmøte i Oslo og et i Rogaland. I tillegg utførte AFI individuelle intervjuer med lederne av de to lokale rådene, samt individuelle intervju med andre NFP-rådsmedlemmer i person og per telefon. Representanter fra alle bydeler/kommuner involvert i utprøvingen har blitt intervjuet. I intervjuene fikk de spørsmål om 1) Erfaringer med samarbeidet så langt, 2) Vurdering av den norske tilpasningen, 3) Arbeidet i NFP-rådet, 4) Fordeler og ulemper med organiseringen av utprøvingen, 5) Overlappende eller konkurrerende velferdstilbud?

2.6. Annen datainnhenting

Konkurrerende tiltak

For å kartlegge konkurrerende tiltak til NFP la vi inn spørsmål om konkurrerende tiltak i alle relevante intervju (fokusgruppeintervju med NFP-teamene, intervju med NFP-teamledere og de deltagende familier samt i intervju med lederne og medlemmene i NFP-rådene).

Vi la også inn et spørsmål i en allerede pågående nettbasert kartleggingsundersøkelse av gruppetilbud til blant annet kommuner, bydeler, familievernkontor og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), utført av Folkehelseinstituttet for å kartlegge gruppetiltak og -kurs for foreldre (Wesseltoft-Rao et al. 2017). Her ble 703 spørreskjemaer sendt ut til blant annet kommuner, bydeler, familievernkontor og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). AFI la inn spørsmålet: «Synes du tilbudet om

¹ Se avsnitt 4.1 for mer utførlig gjennomgang av NFP-rådene.

gruppeintervensjoner i din kommune er:», med svaralternativene «Passende», «Mangelfullt», «Overlappende» og «Vet ikke». Totalt 487 personer/instanser besvarte dette spørsmålet. Se grafisk fremstilling av disse svarene i figur 1.

Innhenting av registerdata

Registerdata ble innhentet om geografiske variasjoner i de involverte bydelene i Oslo (Gamle Oslo og Søndre Nordstrand) og kommunene i Rogaland (Sandnes, Stavanger og Time).

Informasjon ble innhentet fra det offentlig tilgjengelige registeret KOSTRA ("Kommune-StatRapportering) som gir informasjon om geografiske variasjoner i helse- og velferdstjenester fra 2002 på nøkkelindikatorer om kostnader og ressursbruk i bydeler og kommuner i Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2017d).

Databasen inneholder informasjon om blant annet antall innbyggere, karakteristika av innbyggere, antall jordmødre, hjemmebesøk etter fødsel, ressursbruk på tidlig intervensjon og lignende tjenester per bydel/kommune. Disse dataene blir brukt for å beskrive de involverte bydelene og kommunene i NFP.

3. Kartlegging av oppstartsprosessen av NFP i Norge

Her følger en beskrivelse av oppstartsprosessen i NFP, fra valget av program, den politiske forankringen av NFP og til rekrutteringsprosessen så langt den var kommet våren 2017. Kartleggingen av prosessen nedenfor er basert på dokumentinnhenting, møter og intervju med lisens-haver Bufdir og utøvende part RBUP Øst og Sør. Se figur 1 for forenklet organisering av NFP i Norge (Brekke & Jakobsen, 2017), og figur 2 for Bufdirs organisasjonskart.

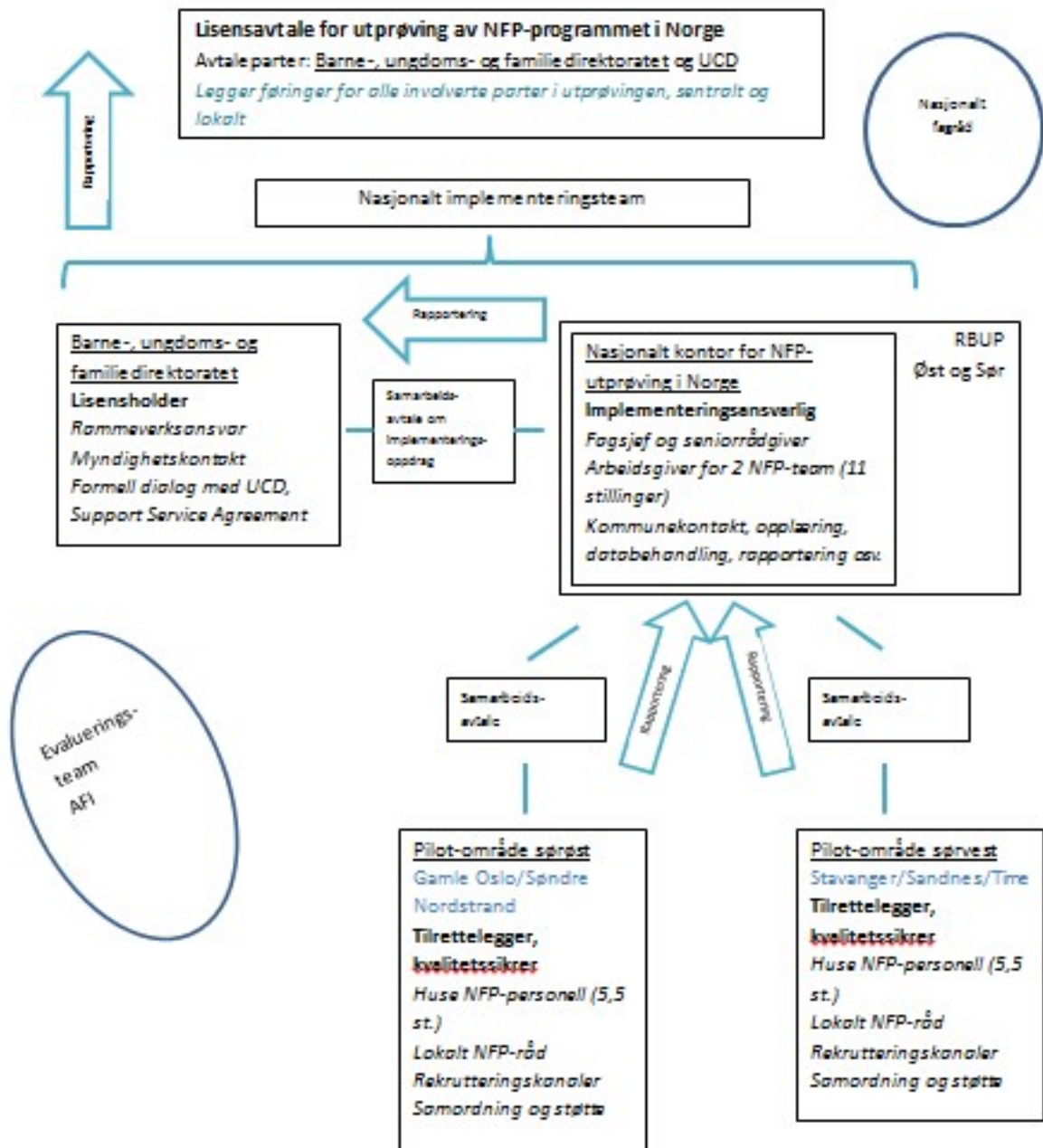
3.1. Valg av programmet

Valget om å starte opp NFP i Norge var en del av en prosess som hadde pågått over en periode, blant annet med utgangspunkt i vurderingene fra Raundalen-utvalget fra 2012 (NOU, 2012). Valget av NFP var også basert på tidligere prosjekt som Modellkommuneprosjektet (2007-2014) hvor psykisk syke og rusavhengige foreldre fra 26 kommuner ble fulgt fra graviditet til skolealder (Bufdir, 2015), hvor man så hvor viktig det var med tidlig innsats for familier med økt sårbarhet. Redusering av negative effekter for barn og unge i slike familier er ellers forankret i tiltaksplanen for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom, «En god barndom varer livet ut» (BLD, 2014) og NOU (2012) «Bedre beskyttelse av barns utvikling» om å verne ufødte barn. Spesielt i Raundalenutvalgets NOU trekkes NFP frem som det eneste tiltak som er graviditets- og spedbarnstøttende (NOU, 2012). Utvalget anbefaler deretter en videre utredning og forskning rundt evidensbaserte tiltak som har som mål å forbedre omsorgskompetansen til omsorgspersonene for barn i alle alderstrinn og utviklingsnivå (NOU 2012:5).



(Tilpasset fra Brekke & Jakobsen, 2017)

Figur 1 Forenklet organisering av NFP i Norge



Figur 2 Organisasjonskart NFP-utprøvingen i Norge (Tilpasset fra Skarsaune, Bufdir)

Det har vært stor interesse for NFP fra faglig hold i direktoratet. Daværende statsråd Inga Marte Thorkildsen (SV) var på studietur til England i 2014 for å se på forskjellige politiske tiltak og praksisinitiativer, og ble der introdusert for NFP. Dette skapte både faglig og politisk påtrykk for å gjennomføre en utprøving av NFP i norsk kontekst. Basert på dette, ble utprøvingen av NFP vedtatt politisk i 2014. Det politiske engasjementet for NFP ble videreført av sittende barne- og likestillingsminister Solveig Horne (FrP).

3.2. Oppstart av NFP 2014-2016

Bufdir fikk oppdraget om å gjennomføre NFP i tildelingsbrev i 2014. Programmet fikk en egen linje i statsbudsjettet, og med dette fulgte det også en tydelig politisk prosess, med regjeringsengasjement og stortingsforankring gjennom statsbudsjettet. I Bufdir brukte man første halvdel av 2014 på å gå de faglige rundene med å undersøke og vurdere om det fantes norske programmer som man burde vurdere i stedet for å importere et lisensiert amerikansk program. De sikret også den faglige forankringen i direktoratet. I juni 2014 fikk rådgiver Elise Skarsaune ansvaret for å starte NFP-utprøvingen. I juni 2014 dro et team til England for å ha første møte med den internasjonale rådgiveren i NFP, Kate Billingham, som var ansvarlig for å ta inn nye land i NFP-programmet. Det ble gjort en vurdering av om Norge var «klar» for å ta i bruk NFP. Sentrale spørsmål i denne vurderingen var utgangssituasjonen: hvordan NFP var tenkt å plasseres i det generelle velferdstilbudet, hvorvidt NFP-engasjementet var systemforankret, hvem som skulle brukes som partnere i utprøvingen, og en generell kartlegging av utgangspunktet for utprøvingen. Norge ble etter denne vurderingen anbefalt å gå videre med NFP.

Arbeidet med å få på plass en lisensavtale tok ca. ett år. Forhandlingene i lisensavtalen dreide seg om hvor stor utprøvingen skulle være, hva som var hensiktsmessig i norsk sammenheng, hvilket antall familier som skulle være med, rammene for faglige støttetjenester fra den internasjonale NFP-konsulentgruppen, og hvem som skulle være Bufdirs implementeringspartner. Bufdir måtte oversende en detaljert prosjektplan til lisensgiver, og gjennomføre et intervju. I 2015 fikk man tilslag på lisensen.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse - Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) ble valgt som implementeringspartner. Våren 2015 startet arbeidet med å fylle rollen som klinisk fagsjef. Dette blir beskrevet som en viktig prosess, da den kliniske fagsjefen har stor påvirkning på programmet og kan være premissgiver for pilot-prosjektet. Det var veldig ulike søkere fra ulike profesjonsretninger, og flere runder av intervjuer. Man ansatte jordmor Tine Gammelgaard Aaserud i stillingen. En viktig kompetanse hos Aaserud, i tillegg til faglig og personlig egnethet, var stor samarbeidserfaring på tvers av profesjongrensene. Dette ble trukket frem som viktig fordi NFP-programmet beveger seg på tvers av flere profesjoner og er avhengig av et samarbeid mellom disse.

I juni 2015 dro en representant fra Bufdir, en representant for spedbarnsnettverket ved Rbup og Nasjonal fagsjef til England på grunnopplæringen for NFP-sykepleiere, og i oktober dro Nasjonalt NFP-kontor til Skottland for opplæring og erfaringsutveksling. Skottland var særlig viktig som inspirasjon til utprøvingen i Norge på grunn av lignende geografisk og demografisk fordeling/størrelse. Det engelske NFP-programmet har også vært viktig for å skape rammene rundt undervisningsopplegget for de norske NFP-sykepleierne. I etterkant av disse besøkene startet prosessen med å rekruttere utprøvingsarenaer og NFP-team, frem mot prosjektstart i april 2016.

3.3. Føringer fra og samarbeid med lisens-eier

Utprøving av lisensbaserte program med sterke føringer og forventninger fra lisensgiver, med de behov for tett oppfølging dette medfører, er en atypisk arbeidsoppgave for Bufdir som fagdirektorat. Forventninger fra programmets lisens-eier er at utprøvingen i prøvefasen skal undersøke gjennomførbarehet («feasibility») og egnethet («acceptability»). I prøvefasen vil tilpasningen av programmet fra internasjonale standarder til norske forhold stå sentralt. Formålet for evalueringen av utprøvingen er derfor

en prosessevaluering som dokumenterer erfaringene fra deltagende familier og sykepleiere, med fokus på gjennomførbarhet, egnethet og nytteverdi i en norsk kontekst.

Kriteriene fra lisens-eier er:

- Utprøvingen må godkjennes
- Pilotutprøvingen må undersøke gjennomførbarheten og egnetheten til programmet
- En lisens per barn må betales
- En internasjonal NFP-konsulent må benyttes

Den norske oppstarten av NFP-programmet var den første etableringen av NFP i et ikkeengelsktalende land siden Nederland ble med i 2003. Å gjennomføre en pilot i Norge innebar en stor jobb med å tilpasse NFP-fasilitatorene til norsk kontekst – både språklig oversettelse, men også en tilpasning til norske helseråd. Mange av programmene og metodene som har vært benyttet i NFP måtte også vurderes opp mot hva som er vanlig å bruke i Norge. For eksempel ble det besluttet at Newborn Behavioral Observation (NBO) i kombinasjon med en tilpasset versjon av Marte Meo skulle benyttes for å observere foreldre-barn relasjonen, istedenfor NFPs egenutviklede verktøy DANCE (Dyadic Assessment of Naturalistic Caregiver-child Experiences), som kun forelå i engelskspråklig versjon og som ikke tidligere har vært utprøvd i Norge.

Jobben med tilpasning i forkant av programstart har blitt gjort i RBUP, i etterkant av programstart har NFP-sykepleierne bidratt inn til revisjon av materialet. Det har blitt opprettet en arbeidsgruppe på tvers av de to NFP-teamene, som i samarbeid med seniorrådgiver ved nasjonal NFP-kontor gjennomgår fasilitatorene, og tilpasser programmet til norske retningslinjer og oppdatert kunnskap etter hvert som NFP-teamene tar i bruk fasilitatorene. Samtidig med oppstarten i Norge, har det internasjonale NFP-kontoret benyttet anledningen til å starte en gjennomgang av NFP-programmet og fasilitatorene, og oppdatere disse til gjeldende forskning/standard. De ønsker også å inkorporere kunnskap og erfaringer opparbeidet gjennom nye lands utprøving og tilpasning av programmet. Det internasjonale NFP-kontoret bruker også den norske NFPpilotingen som en anledning til å lage en ny, internasjonal modell for oppstart av NFPprosjekter i andre land. For den norske pilotingen har dette innebåret at data-skjema, retningslinjer for hjemmebesøk etc. har vært ferdig rett før det trengs, fordi de gjennomgår bearbeiding og oppdateringer. Dette har gjort at oppstarten av den norske NFP-piloten har blitt opplevd som litt hektisk for NFP-sykepleierne, og ført til at NFP-teamene noen ganger ikke har hatt materialet når de hadde forventet eller hatt behov for det. Samtidig trekker prosjektansvarlige i Bufdir og RBUP frem at materialet er omfattende, og at det er gjort en stor jobb med oversettelse og tilpasning til norsk kontekst, men at denne oppgaven vil være pågående gjennom prosjektet. Nasjonalt NFP-kontor fremhever også at samarbeidet med internasjonalt NFP-kontor fungerer veldig godt, og at de inviteres til å komme med spørsmål og innspill til videreutviklingen av programmet.

3.4. Rekruttering av implementerende part – RBUP

En avtale om utprøvingen av programmet ble inngått mellom Bufdir med Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør sommeren 2014. Det er etablert et nasjonalt kontor på RBUP med fagsjef, seniorrådgiver og forskerteam, som trekker stor nytte av støtte fra Spedbarnsnettverket. NFP-team har også ansettelse i RBUP.

I juni 2015 holdt RBUP kurs i Familie for første gang i Oslo, med programskaper David Olds og representant Kate Billingham fra NFP International (rådgiver for den norske utprøvingen på det tidspunkt), som hadde ledet utprøvingen i England. Målgruppen for kurset var enhetsledere, ledende helsesøstre, og faglige ansvarlige i helsestasjonstjeneste, for å spre nyheten og skape interesse for den kommende NFPpiloteringen. Kommuner med erfaring fra modellkommuneprosjekt og Tidlig inn-tiltak hadde førsteprioritet.

3.5. Rekruttering av kommuner og bydeler

RBUP og Bufdir søkte etter kommuner som ville være med i pilotutprøvingen av NFP/Familie for første gang i september 2015. Basert på erfaringer fra andre NFP-prosjekter, var kommunenes motivasjon viktig for pilotens suksess, og dette ble sterkt vektlagt i søknadsvurderingene. Dette for å sikre optimalt engasjement, forankring og eierskap hos de deltagende kommunene. Se Vedlegg 1 og 2 for annonsen som ble lagt ut på RBUP sine hjemmesider og utlysningsteksten. Det ble også søkt via Norsk Sykepleierforbund. Kommuner og regioner ble bedt om å sende en kort beskrivelse av seg selv og hvordan en gjennomføring av programmet skulle foregå, med en beskrivelse av befolkningen, tjenesteapparatet i kommunen, hvordan NFP vil inngå med andre tilbud/prosjekter i kommunen, og hvor mange familier som vil kunne inngå i NFP-programmet.

I overkant av 200 kommuner ble sendt en oppfordring om deltagelse. Av disse var det 12 kommuner som valgte å søke. To bydeler fra Oslo og tre kommuner i Rogaland ble valgt ut til deltagelse; Gamle Oslo og Søndre Nordstrand i Oslo og Sandnes, Time og Stavanger i Rogaland. Samarbeidet mellom bydeler/kommuner ble pålagt i tildelingen – bortsett fra Sandnes og Time kommune var det ikke planlagt samarbeid i søknadsprosessen. I Oslo er Gamle Oslo vertskommune, i Rogaland er Sandnes vertskommune. Rollen som vert innebærer at denne stiller med lokaler. Gjennom først intensjonsavtaler og senere samarbeidsavtaler har kommunene og bydelene forpliktet seg til å sørge for den lokale implementeringen av programmet. Dette var sentralt i rekrutteringsprosessen, og er grunnlaget for dialog og samarbeid mellom Bufdir, RBUP og bydelene/kommunene.

I utgangspunktet var det tenkt at sykepleierne skulle ansettes kommunalt. Flerkommunale/flerbydels-samarbeid er krevende, og det var mange praktiske forhold som måtte avklares omkring hvordan en skulle organisere kommunale ansettelser i programmet. Tid- og ressurskrevende flerpartsforhandlinger om flere praktiske forhold førte til at kommunene og bydelene foreslo at RBUP heller skulle fungere som arbeidsgiver i utprøvingfasen, og NFP-teamene ble derfor ansatt i RBUP. NFP-teamet har lokaler i vertskommune/bydel, men har ellers ingen plass i kommuneorganisasjonen. Dette har noen fortrinn, ved at utprøvingen er organisert for tett oppfølging og samarbeid internt (i RBUP). Det har også noen baksider: blant annet har Nasjonal fagsjef fått personalansvar, noe som ikke var tenkt å være en del av dennes ansvarsområder, og bydel/kommuner opplever at utprøvingen skjer noe løsrevet fra det kommunale helsetilbudet, og at de ikke får testet ut programmet «i linja».

Selv om ansettelsesforholdene til slutt ble hos RBUP, er det kommunene og bydelene som har implementeringsansvar. Teamene skal innplasseres på passende sted i lokal struktur, og rådet sørge for integrering med lokale tjenester, henvisning av potensielle deltakere, nødvendige beslutninger og støtte. Nasjonal fagsjef deltar på rådsmøtene, slik at samarbeidsavtalen aktivt følges opp fortløpende.

3.6. Valg av leverandør for følgeevaluering

Oppdraget ble lagt ut på Doffin, nasjonal kunngjøringsdatabase for offentlige anskaffelser, i februar 2016, og tilbudet ble gitt til Arbeidsforskningsinstituttet i mars 2016. Følgeevalueringen startet i april 2016.

4. Faglig og lokal forankring

Nasjonale og lokale fagråd er en del av kjerneelementene i NFP, som skal sikre forankring i alle instanser og nivå som er involvert i oppfølgingen av sårbare mødre. Et nasjonalt fagråd ble tidlig etablert, med deltakelse fra blant annet Helsedirektoratet, Arbeids- og Velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, KS, Allmennlegeforeningen, Norsk sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre, Jordmorforbundet (NSF), Den Norske Jordmorforening og erfaringskonsulent. Etter hvert ønsker Bufdir og RBUP også å inkludere andre relevante deltagere. Nasjonalt fagråd har som mål å ha en rådgivende og støttende funksjon, ved tilpasningsarbeid og utfordringer som rekrutteringsvansker.

To lokale NFP-råd ble etablert i henholdsvis Oslo og Rogaland med representanter fra begge bydelene i Oslo og fra alle tre kommunene i Rogaland. Rådene ble dannet i løpet av våren 2016, og fant sin form og ramme i løpet av høsten 2016. Målet var at alle som er involvert i oppfølgingen av de sårbare mødrene skal være med, og man har rekruttert ledere for hver type tjeneste som er av betydning: helsestasjonene i området, barnevern, fastlege, erfaringskonsulenter, NAV, kommunaldirektør, jordmødre, og politikere. Sammensettingen av deltagerne i rådet var ønsket å være så bred som mulig med alle berørte tjenester – for å kunne få hjelp og støtte til alle de ulike problemene som kan dukke opp underveis. Rådenes funksjon er å være «lokale lokomotiver» i kommunene, og den brede sammensettingen er gjort med tanke på forankring i berørte tjenester og i det lokale utprøvningsområdet. En viktig funksjon er også å bidra med støtte og hjelp til rekruttering av deltakere gjennom å spre kunnskap og kjennskap om NFP i sine tjenester. Det var ønskelig at hvert råd bestod av både deltagere med politisk og faglig/administrativ erfaring og kompetanse. Hvert råd har en rådsleder. I Rogaland er dette Birthe Holm, rådgiver i fagstab barn og unge i Sandnes, og pådriver i søknadsprosessen fra Sandes kommune. I Oslo er dette Ann-Louise Gustafsson, enhetsleder i Helseseksjon for barn og unge i Gamle Oslo, og som også var bydelens pådriver i søknadsprosessen.

Nasjonal klinisk fagsjef og en ansatt fra direktoratet holdt en oppstart-workshop for hvert råd, med sikte på å gi innblikk i programmet og skape entusiasme og emosjonell forankring. Denne workshopen ble gjort etter modell fra Skottlands NFP-program.

4.1. Lanseringskonferanser

For å skape oppmerksomhet rundt oppstarten av prosjektet, ble det avholdt to lanseringskonferanser, en i Oslo og en i Rogaland. Konferansene hadde ca. 70 påmeldte hver, og man hadde særlig et ønske om å nå engasjerte medarbeidere fra tjenestene berørt av NFP. Konferansen inneholdt en åpning fra den lokale lederen av NFP-rådet, en hilsen ved statsråd Solveig Horne, og en introduksjon til NFP fra fagsjef Tine G. Aaserud og forskningsdirektør Terje Ogden ved NUBU. De nyansatte NFP-teamene ble også presentert.

5. Rekruttering av NFP-sykepleiere og team-veileder

Totalt ti sykepleiere skulle bli rekruttert: én veileder og fire sykepleiere (tre helsesøstre og én jordmor) til hvert team i de to utprøvningsområdene. Rekrutteringsprosessen var preget av gode kandidater. Intervjukomiteen bestod av Elise Skarsaune fra Bufdir, nasjonal klinisk fagsjef, og en lokal representant som representerte utprøvningsområdet. I Oslo var det lederen for en av helsestasjonene i Gamle Oslo, og i Sandnes var det lederen for NFP-rådet.

I intervjuet ble det vektlagt relasjonelle og empatiske egenskaper hos kandidaten, samt fleksibilitet og tilpasningsevne, som Bufdir og RBUP mente var godt egnet til å få frem hvem som passer inn i NFP-programmet. Intervjuet tok 1,5 time, og den første halvtimen var satt av til at kandidaten forberedte svar på en oppgave rundt «Styrker og utfordringer med å bruke hjemmebesøk som metode». Det ble også brukt rollespill som metode i intervjuet, som ble spilt ut av og med intervjukomiteen. Det ble også benyttet speed-dating med erfaringskonsulenter, noe som ble beskrevet som veldig nyttig i utvelgesprosessen. Erfaringskonsulentene var unge mødre med små barn, som begge var mottakere av ulike hjelpetilbud på helsestasjonen der intervjuet fant sted. Erfaringskonsulentene møtte hver sykepleier i noen minutter, og vurderte hvem de trodde de ville få tillit til, hvem de ville være komfortable med å få på hjemmebesøk og hvem de instinktivt fikk en god følelse for. Målet var å få frem deres intuitive opplevelse av kandidatene i en hjelpesituasjon.

Bufdir og RBUP opplever at de har rekruttert meget kompetente folk til stillingene. Samtidig var det noen utfordringer. Mens rekrutteringen av sykepleiere i bydelene i Oslo gikk som planlagt med flere interesserte og relevante søkere, måtte rekrutteringen i Rogaland bli forlenget grunnet for få egnede søkere. Bufdir forklarer dette med at arbeidsmarkedet i Rogaland var påvirket av krisen i oljeindustrien, der mange av de aktuelle kandidatene opplevde å bli hovedforsørgere for familien og derfor lite motiverte til å gå over i et midlertidig, treårig engasjement. Den utvidede søknadsrunden gjorde likevel at flere gode kandidater søkte, og at man endte opp med et faglig sterkt og personlig egnet NFP-team.

Hvert NFP-team består av fire helsesøstre og en jordmor. I tillegg er det ansatt en helsesekretær i 50 prosent stilling i hvert team, som har ansvaret for å overføre innsamlet data til SPSS-programmet. Alle NFP-sykepleierne i utprøvingen har lang yrkeserfaring og en eller flere etterutdannelse innenfor feltet. Hvert team har en veileder, denne har rollen både som teamleder og som individuell veileder av NFP-sykepleierne. Teamleder jobber tettere mot klinisk fagsjef, og teamlederne i Oslo og Rogaland har også tett samarbeid. Veilederansvaret innebærer veiledning av resten av teamet på utfordringer og styrker i NFP-arbeidet. I tillegg følger også teamlederne opp noen egne familier i NFP-programmet, for å holde koblingen til praksis.

I Oslo har en av de ansatte i teamet vært delvis sykemeldt i store deler av oppstartsperioden, og denne fratrådte stillingen våren 2017. I Rogaland slutter en i teamet i løpet av høsten 2017. Begge steder har man fått ansatt to nye NFP-sykepleiere, som skal få opplæring i England. NFP-teamene blir sårbare fordi de er få personer i hvert team, med tidvis høy arbeidsbelastning og en kompetanse som er vanskelig å erstatte. Tidlig i utprøvingen har arbeidsmengden vært noe mindre enn den vil bli senere, når alle NFP-sykepleierne har et maksimum antall familier hver. Dette er også en problemstilling som har gått igjen i andre evalueringer av NFP. I den tyske evalueringen av NFP («ProKind») forlot for eksempel 20 prosent (13 av 62) av NFP-teamet før ansettelsesperioden deres var ferdig på grunn av eget svangerskap, helseproblemer eller konflikter i teamet (Jungmann et al., 2015).

5.1. Opplæring av sykepleierteamene

Opplæringen i NFP-programmet består av tre moduler som hver varer i 5 dager. Én modul for graviditet, én for spedbarnsalder (0-1 år) og én for småbarnsalder (1-2 år). Opplæringsbolkene er tilpasset hvilken fase oppfølgingen av familiene foregår i – svangerskap, spedbarn og småbarn, og blir tidsmessig lagt opp til hvilken periode sykepleierne nå driver oppfølging i. Familiesykepleierne har gjennomgått de to første modulene, og den tredje er planlagt gjennomført i løpet av siste kvartal av 2017.

Den første opplæringsmodulen ble gjennomført i april 2016, og ga en innføring i NFP, teoriene som ligger til grunn for programmet, rekruttering av deltagere, MI (motiverende intervju), morsrolle i svangerskapet og oppfølging i hjemmebesøk. Opplæringsuken ble holdt på et lite konferansehotell, der deltagerne bodde mens de deltok i undervisningen. Den andre opplæringsmodulen er også gjennomført, med fokus på spedbarnsperioden. I tillegg til opplæring i NFP-programmet har teamene fått opplæring i ASQ, ASQ:SE og andre kartleggingsverktøy. Det gis også opplæring i ulike typer samspillverktøy, som NBO (Newborn Behavioral Observation), Marte Meo og PIPE (Partners in Parenting Education). Undervisningen ble i hovedsak gitt av fagsjef Tine G. Aaserud og internasjonal NFP-rådgiver Ann Rowe. I tillegg hadde man hentet inn gjesteforelesere med spesialkompetanse på sine tema, som Tom Barth (MI), Ragnhild Onsøyen (Marte Meo), Unni T. Vannebo (NBO), Astri Lindberg og Gro Vatne Brean (psykisk helse og tilknytning) og seniorrådgiver Kristin Lund og Hanne Holme (ASQ, ASQ:SE).

Rett i etterkant av den første opplæringsmodulen, ble en elektronisk spørreundersøkelse sendt til begge sykepleierteamene. Undersøkelsen viste at sykepleierne i hovedsak var fornøyde med opplæringsopplegget. Det ble trukket særlig frem at foreleserne var dyktige, engasjerende og kunnskapsrike, og at man fikk grundig innsikt i NFP-programmets teoretiske rammeverk og relevant teori og forskning. De mente opplæringsuken var sosialt stimulerende, og en god måte å bli kjent med sine nye kolleger på. Samtidig trekker alle NFP-sykepleierne frem at det var krevende dager med for stort faglig og sosialt program, slik at det var vanskelig å fordøye all informasjon. Mye av arbeidet i grupper gikk for fort, og for de fleste av deltagerne var det mye ny informasjon å sette seg inn i. Noen påpekte også at fordi mye av undervisningen gikk på engelsk, ble det vanskelig å formulere seg slik en ønsket, og at man ikke fikk frem sine synspunkter og spørsmål i samtalen på en god måte.

I etterkant av opplæringsuken oppstod det en pause før rekrutteringen kunne begynne, i forbindelse med behandlingstid for søknad om konsesjon til å samle inn og behandle data om programmets deltakere. Denne perioden trekker NFP-teamene frem som en viktig periode de brukte til opplæring lokalt, der de fikk muligheten til å lese seg opp på materialet og sette seg inn i de ulike fasilitatorene før de skulle i gang med rekruttering og oppfølging.

6. Rekrutteringsprosessen

6.1. Rekrutteringskriterier

Det ble bestemt at rekrutteringsprosessen skulle foregå som en to-steps prosess etter modell fra nederlandsk NFP (Voorzorg). Bufdir og RBUP, samt en rådgiver fra NFP sitt internasjonale kontor dro til Nederland på studietur, der rekrutteringsprosessen var et av hovedtemaene. Tostegsprosessen innebærer at 1) Fastleger, jordmødre eller andre tjenester som treffer gravide i målgruppen henviser egnede førstegangsgravide kvinner til «Familie for første gang», og 2) En helsesøster eller jordmor fra NFP-teamet tar kontakt med kvinnen for å diskutere passende tiltak for henne. Gravide kvinner kan også selv henvende seg direkte til NFP-teamet. Seleksjon av deltagerne skjer i to steg:

Seleksjonskriteriene for steg 1:

- Frivillig (interessert i å høre mer om tilbudet)
- Første (planlagt gjennomførte) svangerskap
- Rekrutteres innen 28. svangerskapsuke
- Bosted innen NFP-utprøvningsområdet

Videre vurderes en profesjonelt basert bekymring for svangerskapet 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).

Inklusjonskriterier for trinn 2:

- Erfaringer med vold/overgrep i hjemmet
- Utfordrende erfaringer fra egen oppvekst (omsorgssvikt, barnevern)
- Lite sosial støtte og/eller alvorlige konflikter mellom vordende foreldre
- Psykiske helseproblemer hos vordende foreldre
- Ikke i arbeid, opplæring eller utdanning og lavt utdanningsnivå

Forhold som også vurderes i inklusjonsøyemed er:

- Vedvarende lav inntekt og vanskelig økonomi
- Eneforsørger og avhengig av sosial stønad
- Bruk av tobakk og rusmidler

Deltagere kan ekskluderes fra programmet, selv om de oppfyller andre krav til inklusjon.

Eksklusjonskriterier:

- Planer om å flytte ut av pilotområdet i 3 måneder eller lengre i løpet av programperioden
- Intensjon om å adoptere bort barnet ved fødsel

Valget av seleksjonskriteriene har vært en prosess som har pågått siden oppstarten av prosjektet. I utgangspunktet skulle det være unge gravide kvinner under en viss alder (for eksempel 25), noe som senere ble droppet og fokuset dreiet mot førstegangsgravide kvinner i alle aldre som er i risiko. Dette var basert på en vurdering der høy alder blant førstegangsfødende gjør at man potensielt ekskluderer mange sårbare mødre fra programmet, og at alder ikke reduserer sårbarhet knyttet til morsrolle, psykisk helse og grad av tro på mulighet til å påvirke sin egen situasjon og fremtid. Dermed skiller Norge seg fra de andre NFP-utprøvingene, som enten har aldersbegrenset deltagelse til tenåringer (USA, England, Canada) eller midten av 20-årene (Nederland, Skottland).

Budfir bestilte i 2015 en utredning om målgrupper, inklusjonskriterier og forskningsdesign for utprøving av NFP av NUBU (tidligere Atferdssenteret) (Ogden et al 2015). I denne rapporten ble det estimert, basert på norske registerdata og forskning på risikofaktorer tidlig i livet, at blant alle som hadde fått barn før fylte 26 år var det omtrent én prosent som befant seg i en «høyrisikogruppe». Denne gruppen var blant annet kjennetegnet av lav utdanning og lav inntekt hos seg selv og sine foreldre. I Elmira-forsøket fant man at kost-nytte effekt av tiltaket avhenger av hvor sårbare deltagerne er – de mest sårbare deltagerne ga en svært høy kost-nytte effekt, mens de minst sårbare deltagerne hadde negativ kost-nytte effekt (Karoly et al. 1998, Hall & Hall 2007). For at NFP-programmet skal være økonomisk gunstig og ha den ønskede effekten, er man avhengig av at rekrutteringen fanger opp kvinner med høy grad av sårbarhet. Ifølge beregninger av Hall & Hall (2007), burde minimum 80 prosent av de rekrutterte være i en «høyrisikogruppe».

Håndteringen av førstehåndsseleksjon har ikke vært gjort av NFP-teamene, men via henvisninger fra tredjeparter i førstelinja som møter sårbare mødre før uke 28 i graviditeten. NFP-teamene må videreformidle seleksjonskriteriene til et stort antall personer, etater og organisasjoner, som deretter bruker sitt kliniske blikk for å selekere deltagere. I andre NFP-utprøvinger har selektering av deltagere i stor grad blitt gjort på bakgrunn av alder og bosted – unge førstegangsfødende i belastede nabolag (Olds et al. 2002, Hall & Hall 2007). I den norske utprøvingen er ikke alder og nabolag avgjørende, og seleksjonskriteriene krever dermed utøvelse av profesjonelt skjønn fra (møtende) tjenester i førstelinja. NFP-teamene har brukt mye tid på å formidle seleksjonskriteriene til henvisningspartnere, gjennom opptrykket materiell, besøk til tjenestene, informasjonsmøter og telefonsamtaler. Riktig rekruttering av deltagere blir avhengig av god kommunikasjon mellom NFP-teamene og førstelinjetjenestene, men utfordringer med rekruttering knytter seg også i stor grad til førstelinjas innsats inn mot programmet.

6.2. Rekrutteringprosessen i Norge

Rekrutteringen av deltagere startet 1. august 2016, og tidsrommet for rekrutteringen skulle vare til 1. august 2017 eller til 150 familier var rekruttert. I løpet av våren 2017 ble det vurdert dithen at man

ikke ville nå målet om å rekruttere alle familiene innen 1. august, og fristen har derfor blitt utvidet tidsmessig, tentativt til utgangen av 2017.

Per august 2017 er det 34 rekrutterte i Oslo, hvorav 31 er inkludert i programmet og 3 er til utforskning. I Rogaland er det 53 inkluderte deltagere. Utfordringer knyttet til rekrutteringen har vært ulik i Oslo og Rogaland. Rekrutteringen av deltagere har gått ganske jevnt i Rogaland, der har det vært et jevnt tilsig av deltakere i løpet av perioden. I Oslo har det derimot blitt rekruttert svært få i løpet av 2016.

Rekrutteringsarbeidet i Oslo

I Oslo har rekrutteringen gått veldig sakte. Teamet fikk de første månedene etter oppstart svært få henvisninger fra førstelinjen. Teamet i Oslo jobbet målrettet og la ned stor innsats i å formidle kunnskap om programmet, men dette resulterte likevel ikke i det antallet henvisninger man kunne forvente i forhold til innsatsen. Strategier teamet har benyttet seg av er: Flere besøk og lunsjmøter ved helsestasjonene i bydelene, besøk på alle fastlegekontor i Søndre Nordstrand og Gamle Oslo, besøk ved NAV, Ullevålsteamet, barne- og voksenpsykiatri, politi, barnevernet, kvinnegrupper i innvandremiljøer, studenthelsetjenesten, Amatheia, LAR-programmet o.l. Av disse var det helsestasjonene og fastlegene som ble opplevd å være de viktigste rekrutteringsarenaene. NFP-teamet opplevde at det var utfordrende å få til samarbeid med helsestasjonene, der flere jordmødre ga uttrykk for at det var utfordrende å skulle «screene» mødre de møter opp mot alle seleksjonskriteriene, i en konsultasjon som i utgangspunktet er kort og fylt opp med mye informasjonsutveksling. Teamet opplevde også at det var en «trettethet» og «resignasjon» ved helsestasjonene, der lav bemanning og høyt arbeidspress ga lite mulighet til å bruke mye tid på å rekruttere deltagere til et program med store ressurser utenfor førstelinja. Fra januar 2017 gjorde dermed NFP-rådet en endring i strategien overfor helsestasjonene, der de bestemte at jordmødrene ikke lenger skal selektere, men informere om NFP til alle førstegangsfødende de møter før uke 28. Den gravide får informasjon og en informasjonsbrosjyre med kontaktinfo. Jordmødrene gir deretter kontaktinformasjonen for alle førstegangsfødende til NFP-teamet, som tok kontakt med dem. Den første kontakten var en telefonsamtale. Der NFP-sykepleier og den gravide begge opplevde at NFP kunne være relevant, avtalte de et møte for en videre utforskning, der man ser om den gravide møter seleksjonskriteriene, og om hun er interessert i å delta i programmet. Denne strategien har ført til at NFP-teamet har brukt mye tid på å kontakte gravide kvinner som ikke er i målgruppen for programmet – de har mottatt kontaktinformasjon og henvendt seg til 104 kvinner som ikke har blitt inkludert. I løpet av perioden har NFP-teamet rekruttert 34 og inkludert 31 kvinner i programmet. Samtidig er de usikre på om denne strategien er årsaken til at de har rekruttert flere, eller om det er andre aspekter ved rekrutteringsarbeidet som har ført frem, for eksempel at programmet gradvis blir mer kjent ved helsestasjonene.

I tillegg til å oppsøke åpenbart relevante førstelinjetjenester, har NFP-teamet også lagt ned en jobb i å kartlegge andre tjenester som kan benyttes i rekrutteringsarbeidet, og opparbeidet seg kontakt med disse tjenestene. Teamet opplevde at det i liten grad fantes en «infrastruktur» for rekruttering, og at de måtte bygge opp strategier for rekruttering i førstelinja underveis i prosjektet. Det har vært tenkt at helsestasjonene vil være særlig viktige for rekruttering. I Oslo har det vært vanskelig av flere grunner. En grunn er at det i bydel Søndre Nordstrand bare er 80 prosent jordmorstilling, slik at jordmordekningen er liten. For det andre er det tilsynelatende færre førstegangsfødende som får oppfølging på helsestasjonen før uke 28 i svangerskapet, da få kvinner kjenner til tilbudet og heller får oppfølging fra fastlegen sin. I bydel Gamle Oslo er det 5,2 prosent jordmorstillinger. Jordmordekningen ser man gjenspeilt i rekrutteringen – det er dobbelt så mange deltagere inkludert fra Gamle Oslo som fra Søndre

Nordstrand. Bydelsgrensene i Oslo har liten betydning for valg av fastlege, og fastlegene blir vanskeligere å benytte seg av som rekrutteringsarena, selv om deres rolle i svangerskapsoppfølgingen tilsier at de burde være desto viktigere. Amatheia og DPS har vært viktige rekrutteringsarenaer i Rogaland. I Oslo er ikke disse tjenestene bydelsspesifikke, og har ikke fungert som rekrutteringsarena.

NFP-teamet har i utgangspunktet hatt problemer med å rekruttere kvinner med ikke-etnisk norsk bakgrunn. De tror noe av dette skyldes fordommer mot barnevern i noen etniske miljøer, der NFP kan bli forstått som et barnevernstiltak. NFP-teamet har jobbet målrettet mot å gi informasjon og skape tillit i et somalisk kvinnemiljø. De mener dette er arbeid som på sikt kan være viktig for rekrutteringen, men fremhever at tilgang til miljøet har vært arbeidskrevende og tatt lang tid. Rekruttering i gruppen av ikke-etnisk norske sårbare mødre kan derfor være vanskelig å få til i en pilotutprøving med kort tid til å finne og skape rekrutteringsarenaer.

NFP-teamet opplever at store deler av ansvaret for rekrutteringen har ligget hos dem, og i mindre grad hos bydelene, selv om disse har det formelle ansvaret for å sikre implementeringen. At førstelinjetjenesten ikke var ansvarlig for rekrutteringen, men samtidig hadde avgjørende betydning, kan ha vært med på å gjøre arbeidssituasjonen for teamet vanskeligere. Teamet opplevde at det i liten grad forelå en strategi for fremgangsmåte når de satte i gang, og at det har vært et eget arbeid å bygge opp strategi overfor rekrutteringsarenaene og skape et samarbeid med disse. NFP-teamet forteller at de var uforberedt på hvor utfordrende det ville være å rekruttere. I utgangspunktet trodde de pågangen ville bli vanskelig å håndtere, og i de første møtene med førstelinjetjenestene la de mye vekt på inklusjonskriteriene for å unngå feilhenvisninger. Dette står i kontrast til strategien man endte opp med, der inklusjonskriteriene måtte nedtones i førstelinjerekrutteringen for å øke antall henvendelser.

Rekruttering i Rogaland

Rekrutteringsarbeidet i Rogaland har gått raskere enn i Oslo, og har vært mindre problematisert internt i teamet. Teamet i Rogaland har, som teamet i Oslo, jobbet målrettet ut mot samtlige tjenester som er i kontakt med gravide kvinner, helsestasjoner, fastleger, rusomsorg, NAV, psykiatri, politi og Amatheia. Teamet opplever en jevn tilstrømning av henvendelser fra hele førstelinjetjenesten, per august 2017 har de mottatt 82 henvendelser, hvorav 53 er inkludert i programmet. De fleste henvisningene kommer fra jordmødre på helsestasjonene, men også flere fra fastleger, Amatheia og DPS/psykiatri. Flere kvinner har også henvendt seg direkte til teamet. Høy grad av henvisninger og høy grad av relevante henvisninger indikerer at kommunikasjon og samarbeid mellom NFP-teamet og førstelinja fungerer godt i Rogaland – både ved at man når målgruppa, og at de kommer fra flere ulike kommunale instanser. Sandnes og Time kommune har tidligere deltatt i modellkommuneprosjektet, og har gjennom dette etablert samarbeid og kommunikasjonslinjer som av flere involverte blir trukket frem som å gjøre rekrutteringsarbeidet enklere.

I Rogaland sitter også NFP-teamet med inntrykk av at oppfølgingen av førstegangsfødende i større grad skjer i helsestasjonene, og at de får flere henvisninger av unge gravide som bare er noen uker på vei i svangerskapet. Dette står i motsetning til Oslo, hvor det har vært en større utfordring å rekruttere gravide innenfor fristen av svangerskapsuke 28. NFP-teamet i Rogaland mener at gravide førstegangsfødende tidligere oppsøker jordmor på helsestasjonene, og at dette gir jordmødrene bedre tid til å kartlegge, informere om og motivere til deltagelse i programmet. Samtidig virker det som om kommunikasjonen rundt NFP har fungert veldig godt i Rogaland – en deltager i programmet forteller at hun ble oppfordret til deltagelse i NFP av både fastlegen og jordmor.

Beskrivelse av demografi og tjenestetilbud i utprøvningsarenaene

Arbeidet med rekrutteringen tilsier at det finnes ulike forutsetninger for å rekruttere deltagere i de to utprøvningsområdene.

Informasjon fra offentlige tilgjengelige registre kan gi noen pekepinner på hvorfor, slik som antall innbyggere, fødselstall, og sårbarhetsfaktorer. Se tabell 1-3 for informasjon om demografisk sammensetning og tjenestetilbud i de to utprøvningsarenaene. De involverte stedene varierer stort i størrelse fra 18 572 (Time kommune) til 132 644 innbyggere (Stavanger kommune). I de deltagende bydelene i Oslo utgjør antallet innbyggere tilsammen 90 000, mens det i de deltagende kommunene i Rogaland er 225 000, over dobbelt så mange. Alle stedene har omtrent lik distribusjon i andel kvinner og barn. Det er lik variasjon i antall fødte per 1000 innbyggere, men Gamle Oslo skiller seg ut med høyere andel fødte. Likevel er det dobbelt så mange fødsler per år i utprøvningsområde Rogaland (n=3012) som i utprøvningsområde Oslo (n=1477), det vil si at de i Rogaland har potensielt flere deltagere enn i Oslo.

Det at det generelt er få familier (ca. én prosent) som kan karakteriseres som å ha høy sårbarhet eller risiko i Norge på landsbasis (Ogden et al., 2015), kan gjøre det vanskelig å finne familiene som trenger NFP over et kort tidsspenn. Det er likevel viktig å ikke bare se på fødselstall, men også tall på faktorer som kan være tegn på sårbarhet. Oslo-bydelene skiller seg for eksempel ut med større andel innvandringspopulasjon (40-54 prosent) i forskjell fra kommunene i Rogaland (12-22 prosent). Oslo-teamet oppgir at det er utfordrende å rekruttere kvinner med ikke-etnisk norsk bakgrunn (avsnitt 6.2.1), noe som bidrar til å redusere rekrutteringsgrunnlaget ytterligere. Oslo-teamet forteller også at mange av de førstegangs fødende med innvandrerbakgrunn de har møtt, ikke har sårbarhetsfaktorer som tilsier at de skal inkluderes i programmet.

Tabell 1 Beskrivels over befolkningen i deltagerbydelene og kommunene

	Gamle Oslo	Oslo Søndre Nordstrand	Sandnes	Rogaland Stavanger	Time
Demografisk informasjon					
Innbyggerantall	51444	38446	74 820	132 644	18 572
Kvinner	47,9%	50,0%	48,9%	49,7%	48,8%
Levende fødte per 1000 innbygger***	19	13	14	13	13
Estimert antall levende fødte***	977	500	1047	1724	241
0-åringer	1,8%	1,4%	1,4%	1,3%	1,4%
1-5 åringer	7,0%	7,6%	7,6%	6,5%	7,9%
Innvandrerbakgrunn	39,5%	53,5%	21,1%	22,1%	12,0%
Sårbarhetsfaktorer					
Skilte/separerte	10,9%	11,9%	10,0%	9,9%	9,8%
Enslige forsørgere med stønad	1,7%	1,6%	1,6%	1,3%	1,2%
Uførepensjonister	5,1%	8,0%	6,2%	6,1%	7,7%
Sosialhjelpsmottakere*	5,5%	3,8%	2,4%	2,6%	2,4%
Barn med barnevernstiltak (0-17 år)**	7,0%	7,8%	3,9%	4,5%	5,2%

NOTE: Alle tall er fra Behovsprofil for 2015 (SSB, 2016), utenom * som er fra Sosialtjenesten - nøkkeltall

** er fra H. Barnevern - nøkkeltall

Informasjon om midler som brukes innenfor kommunehelsetjenesten kan gi en pekepinn på hvorfor rekrutteringen går bedre i Rogaland. Kommunene i Rogaland har eksempelvis omtrent dobbelt så høye utgifter per innbygger (1801-2098 kr) innenfor kommunehelsetjenesten, sammenlignet med de to bydelene i Oslo (919-1074). Kommunene i Rogaland bruker også en større andel (3.7 prosent-4.1 prosent) av deres samlede driftsutgifter på kommunehelsetjenesten enn Oslo (3.1-3.6 prosent). Eksempelvis har Stavanger forsterket helsestasjon, noe som muligens kan gi større mulighet til å fange opp og rekruttere sårbare mødre. På den andre siden er det Gamle Oslo som bruker mest på barn når det gjelder forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste per innbygger. Søndre Nordstrand bruker minst. Dette kan være med på å forklare noe av variasjonen mellom rekruttering fra Gamle Oslo og Søndre Nordstrand i Osloutprøvingen.

Tabell 2 Driftsutgifter kommunehelse i deltagerbydelene og kommunene

	Oslo		Sandnes	Rogaland	Time
	Gamle Oslo	Søndre Nordstrand		Stavanger	
Netto driftsutgifter i kroner per innbygger					
Kommunehelsetjenesten	1 074	919	1 801	2 098	1 996
Forebygging, helsestasj.- og skolehelsetj. (0-5 år)	8949	5907	6 562	7 347	6 354
Forebygging, helsestasj.- og skolehelsetj. (0-20 år)	4044	1704	2 035	2 192	1 987
Forebyggende arbeid, helse	86	151	90	239	93
Diagnose, behandling og rehabilitering	226	295	1 122	1 289	1 316
Brutto driftskostnader per innbygger					
Alle aldre	1589	1052	2083	2437	2206
Helsestasjon og skolehelsetjenesten (0-5 år)	9939	6328	6715	7492	6926

Tabell 3 Årsverk og andel velferdstiltak i deltagerbydelene og kommunene

	Oslo		Sandnes	Rogaland	Time
	Gamle Oslo	Søndre Nordstrand		Stavanger	
Årsverk per 10 000 innbyggere					
Legeårsverk, kommunehelsetjenesten	5,5	6,3	8,1	9,3	9,2
Totale årsverk - innbyggere 0-5 år	6,5	4	101,1	89,8	124,6
Helsesøstre - innbyggere 0-5 år	58,5	52,2	63,8
Jordmødre - pr 10 000 fødte	39,2	36,2	76,9
Legeårsverk	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1
Andel nyfødte/barn som får					
Hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst	67 %	49 %	97 %	82 %	98 %
Fullført helseundersøkelse innen 8. leveuke	89 %	98 %	99 %	96 %	94 %
Fullført helseundersøkelse ved 2-3 års alder	86 %	91 %	103 %	97 %	99 %

Fra Kommunehelse for 2015

.. Betyr at det ikke fantes data 2015, eller tidligere år.

I Rogaland er det tilsynelatende et større tilbud til førstegangsgravide på helsestasjonene, og helsestasjonene fungerer i større grad som rekrutteringsarena enn de gjør i Oslo. I tabell 3 viser vi en oversikt over tjenestetilbudet i kommunene/bydelene.

Alle tre av de deltagende kommunene i Rogaland hadde bedre dekningsgrad av legeårsverk, høyere andel nyfødte med hjemmebesøk, flere årsverk innen forebygging, helse, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og høyere andel barn som hadde fullført helseundersøkelser ved 2-3 års alderen. Ikke overraskende har de tre Rogalandskommunene også høyere brutto driftsutgifter og lønnsutgifter for kommunehelse per innbygger sammenlignet med de to Oslo bydelene, generelt.

På den andre siden, hadde Gamle Oslo høyest brutto driftsutgifter per innbygger mellom 0-5 år for helsestasjon og skolehelsetjenesten sammenlignet med alle de andre deltagende områdene. At førstelinjen i Rogaland er bedre finansiert og også møter flere førstegangsfødende tidlig, kan være med på å forklare hvorfor rekrutteringen i Rogaland har gått raskere enn i Oslo, og at samarbeidet med førstelinja har fungert bedre for NFP-teamet i Rogaland.

I Rogaland gjør tidligere samarbeidserfaring fra modellkommuneforsøket at det foreligger bedre forutsetninger for å samarbeide på tvers av kommuner og tjenester. I Rogaland er det tre kommuner som deltar i utprøvingen, med alt det innebærer av kommunale tjenester. I Oslo forsvinner noen av de kommunale rekrutteringsarenaene fordi utprøvingen er på bydelsnivå, mens en del aktører og/eller tjenester opererer på kommunalt nivå, som Amatheia og LAR-tilbudet.

I NFP-rådet i Oslo er det flere som har problemer med å forstå problemet med å rekruttere deltagere, fordi man møter så mange sårbare familier ute på helsestasjonene og i de sosiale tjenestene. Problemet virker å være å fange opp disse sårbare familiene før uke 28 i svangerskapet. Et annet problem med å skulle fange opp kvinner før uke 28, har vært spørsmålet om man klarer å fange opp de mest sårbare så tidlig, eller om sårbarheten vil kunne medføre at man ikke oppsøker hjelpeapparatet før senere i svangerskapet. Rekrutteringsproblemene viser at rekruttering via tredjepart krever en godt utbygd førstelinje, som har muligheten til å ta på seg rekruttering som en ekstra oppgave. At Oslo har større problemer enn Rogaland, kan også i noen grad knyttes til størrelsen på utprøvsområdet, der Oslo-bydelene har en befolkning å rekruttere fra som er halvparten så stor som i kommunene i Rogaland. På den andre siden er det flere familier som kan kategoriseres som sårbare i Oslo.

Rekrutteringsvansker og frafallsproblematikk er blitt påpekt i flere av de tidligere NFP-evalueringene. En systematisk kunnskapsoversikt over 114 tiltaksstudier utført av britiske direktorater/finanseringsinstanser oppgir at over 70 prosent av utprøvingene ikke hadde suksessfull rekruttering (McDonald et al., 2006). Over en tredjedel av studiene måtte revidere rekrutteringsmålet underveis og over halvparten måtte utvide rekrutteringsprosessen, slik som utprøvingen i Norge. En av årsakene som gikk igjen var at det var mindre relevante pasienter enn det som var antatt i planleggingen av studien. Dette kalles gjerne «Lasagnas' Law» (van der Wouden et al. 2007), der forskere opplever at tilgangen på deltagere reduseres fra forventet nivå når en utprøving begynner, og så går tilbake til forventet nivå når utprøvingen er avsluttet. En annen utfordring som ofte oppstår med rekruttering generelt, er beskrevet i den engelske NFP-utprøvingen, der de opplevde at de ikke klarte å få tak i de mest sårbare mødrene (Hall & Hall 2007). Det er viktig å merke seg at noe feilrekruttering må påregnes i utprøvinger og i oppstarten av et tiltak, fordi man i denne fasen har lite tid, mangler erfaring med rekruttering av målgruppen, og enda ikke har fått på plass fungerende samarbeidsrelasjoner med relevante samarbeidspartnere (Hall & Hall 2007).

En utfordring for en utprøving som NFP vil også være å holde på de deltagerne som er rekruttert og sikre minst mulig frafall. NFP, som andre hjemmebesøksprogram, kan involvere noen spesifikke utfordringer knyttet til utvalget som består av førstegangsgravide kvinner med økt sårbarhet. Disse er valgt på bakgrunn av en del risikofaktorer, som også kan gi utfordringer og virke inn på tiltaket på ulike måter, for eksempel ved høy risiko for frafall. Basert på kvantitative data av mer enn 10 000 NFP-deltagere og semi-strukturerte intervju med NFP-sykepleiere og veiledere, rapporterte O'Brien et al. (2012) at deltagere som ble fulgt opp av en NFP-sykepleiere som sluttet i stillingen, hadde høyere grad av frafall. Ugifte, unge, afrikanskamerikanske mødre hadde høyere grad av frafall og mottok færre

besøk, mens mødre som hadde samboer, og som var i jobb ved prosjektoppstart, hadde flere besøk og lavere grad av frafall. Tiltaksstedene som hadde lavest grad av frafall hadde sykepleiere som tilpasset programmet mer til sine klienters behov og var mer samarbeidsorienterte. O'Brien et al. (2012) foreslår at man kan øke sykepleieres fleksibilitet for å minske frafall av deltagere og øke antall hjemmebesøk. Det er særdeles viktig å ha strategier for å redusere og overvåke deltagerfrafall for å finne årsakene bak dem (O'Brien et al., 2012).

På grunn av den utsatte fristen for rekruttering er det foreløpig usikkert hvem som ender opp med å utgjøre gruppen av 150 førstegangsfødende kvinner. En ytterligere beskrivelse av deltagerne i utprøvingen av NFP vil gjøres i delrapport 2 når rekrutteringsprosessen er fullført.

7. Konkurrerende tilbud.

Selv om utprøvingen av NFP i Norge er i startfasen, har vi noen pekepinne på om tiltaket overlapper med andre tilbud. De «konkurrerende» tilbudene vil gjelde både universelle og indikerte tiltak og program som tilbydes gravide kvinner og deres partnere før og etter fødsel.

7.1. Universell oppfølging for gravide kvinner.

Svangerskapsomsorgen har lang og sterk tradisjon i Norge (Klovning, Backe, & Roland, 2005; NOU, 1998). Formålet med svangerskapsomsorgen i Norge er «å sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, og hennes sosiale velvære, blir best mulig, sikre fosterets helse, slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret, oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet” (NOU, 1998). Dette er målsetninger som i stor grad samsvarer med målsetninger i NFP.

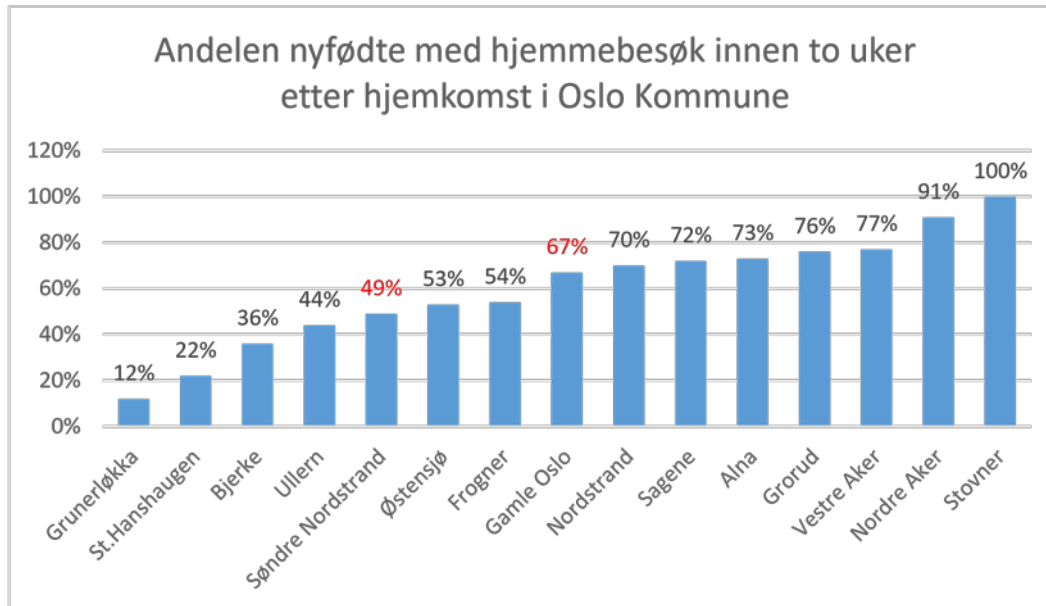
Alle gravide har rett til gratis svangerskapsomsorg hos jordmor på helsestasjon og/eller hos fastlege. Man kan også velge privatpraktiserende jordmor (ikke tilknyttet helsestasjon) om man ønsker dette. Et basisprogram med åtte kontroller til og med svangerskapsuke 40 er dagens anbefalinger, med en ultralyd i uke 17-19 inkludert. Den gravide kvinnen velger selv om hun ønsker å gå til jordmor, fastlege eller begge i løpet av svangerskapet. Barnefar, medmor eller annen ledsager er velkommen til å bli med. Den første kontrollen skjer vanligvis mellom svangerskapsuke 8 til 12, hvor blodprøver, blodtrykk og urinprøve undersøkes. I tillegg er hensikten med det første møte å gi råd og anbefalinger, og samtale om kosthold, helse- og arbeidssituasjon og annet for å best mulig tilrettelegge videre oppfølging. Her vil også jordmor/fastlege ta opp psykisk helse, fødselsangst, spiseproblemer, partnervold, og andre vanskelige temaer. Videre kontroller tilbys i uke 18 (ultralydundersøkelse på poliklinikken der man skal føde), fire ganger mellom uke 24 og 36, og i uke 38, 40 og 41. En nylig oppdatert Cochrane-kunnskaps-oversikt viser at oppfølging av jordmor har positiv effekt på en rekke utfall. Kvinner som får kontinuerlig oppfølging fra jordmor har blant annet færre fødselskomplikasjoner, flere naturlige fødsler og lavere spedbarnsdødelighet (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016). Tilgangen på svangerskapskontroll hos fastleger, helsestasjoner og poliklinikk er et universelt tilbud som gir alle norske kvinner effekten av systematisk kontroll og oppfølging i svangerskapet.

7.2. Universell oppfølging etter fødsel.

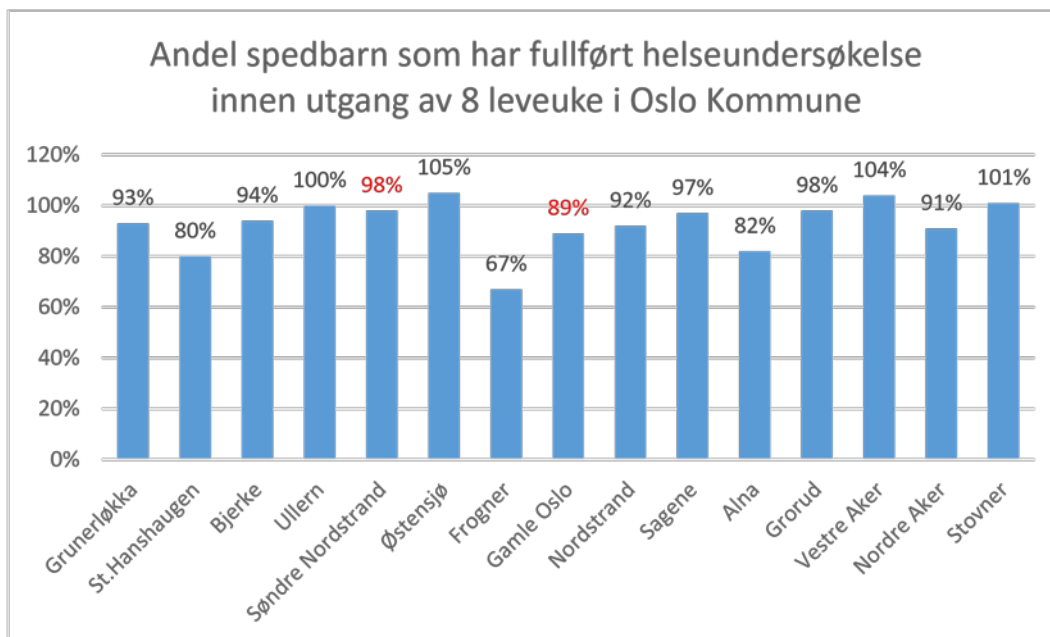
Tilbudet i helsestasjonstjenesten skal omfatte hjemmebesøk til nyfødte (Hdir, 2003) (§ 2-3 i forskrift nr. 450, 2003). Hjemmebesøket er en anerkjent metode for å etablere kontakt tidlig, støtte og gi foreldrene individuell og nødvendig informasjon samt gi grunnlag for videre oppfølging av barnet (Hdir, 2003). Det varierer allikevel hvor stor andel nyfødte som har hjemmebesøk av helsesøster i dag. Bare i Oslo kommune varierer dekningen fra 12-100 prosent i ulike bydeler (Statistisk Sentralbyrå, 2017a). Se figur 1.

De to bydelene som deltar i NFP har lav (49 prosent i Søndre Nordstrand) og middels dekning (67 prosent i Gamle Oslo) sammenlignet med de andre bydelene i Oslo. For barn under 8 uker (se figur 2) er dekningen av helseundersøkelser på helsestasjonen mindre variert (67-100 prosent) (Statistisk Sentralbyrå, 2017b). Her ligger deltagerbydelene på henholdsvis 89 prosent og 98 prosent i Gamle Oslo og

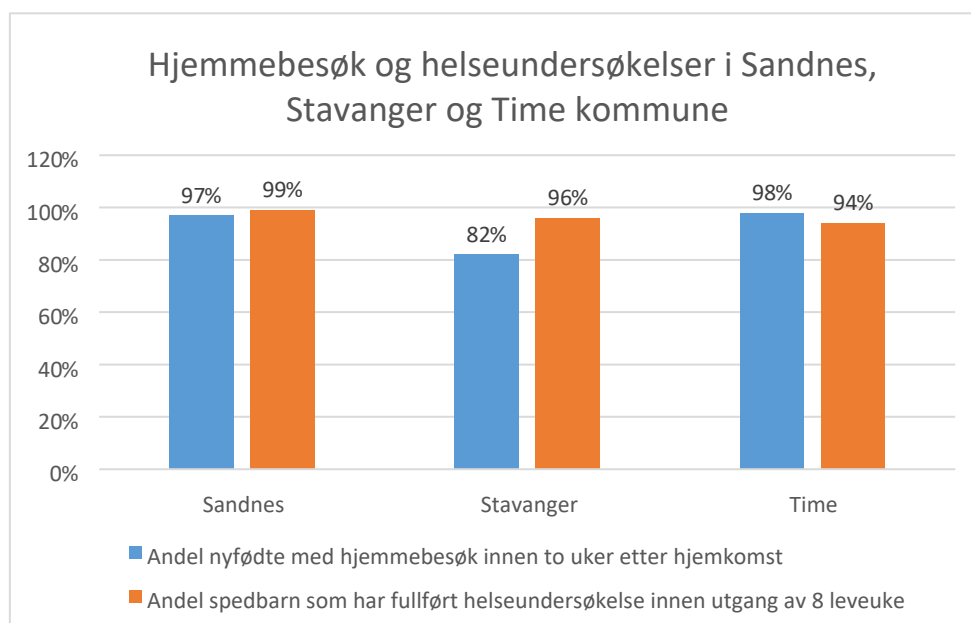
Søndre Nordstrand. Tilsvarende tall for Sandnes, Stavanger og Time kommune (se figur 3) er henholdsvis 99, 96 og 94 prosent (Statistisk Sentralbyrå, 2017c). Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst er høyere i disse tre kommunene (82-98 prosent) enn bydelene som deltar i NFP i Oslo. Tallene for helseundersøkelser innen utgang av den åttende leveuke er noenlunde likt de to stedene.



Figur 3 Andel hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst, og andel helseundersøkelse av nyfødte barn i Oslo Kommune 2015 (Statistisk Sentralbyrå, 2017a). De to deltagerbydelene i Oslo er markert med rødt.



Figur 4 Andel spedbarn som har fullført helseundersøkelse innen utgang av 8 leveuke i Oslo Kommune 2015 (Statistisk Sentralbyrå, 2017b). De to deltagerbydelene i Oslo er markert med rødt.



Figur 5 Hjemmebesøk og helseundersøkelsesdeltagelse for nyfødte og spedbarn i Sandnes, Stavanger og Time kommune i 2015 (Statistisk Sentralbyrå, 2017c).

7.3. Forsterkede tilbud/Selekterte tiltak for gravide kvinner og etter fødsel.

Flere steder i Norge finnes det i tillegg forsterkede eller selekterte tilbud til gravide med spesielle behov, som rusmiddelavhengighet eller psykiske helsevansker (Helsebiblioteket, 2011). Tilbudene varierer fra forankring i spesialisthelsetjenesten (for eksempel Ullevålsteamet i Oslo) til kommunehelsetjenesten (for eksempel forsterket helsestasjon i Stavanger eller Kristiansand). Tilbudet med forsterket

helsestasjon i Stavanger er rettet mot gravide og småbarnsforeldre med rusproblemer og ble startet opp i november 2011 (Stavanger Kommune, 2015). I forsterket helsestasjon inngår samarbeid med helse- og sosialkontorene, legetjenesten, jordmortjenesten, barnevernstjenesten og helsestasjonen. Forsterket helsestasjon er et lavterskeltilbud i førstelinjetjenesten. Det innebærer økt antall ansatte, som jordmødre, helsesøstre, sosialarbeidere og andre med spesialkompetanse innenfor tema som rusmidler, psykisk helse og avhengighet i graviditet. For forskning på forsterket helsestasjon i Norge se for eksempel Hjerkin, Lindbaek, & Rosvold, 2007 og 2013; Hjerkin, Lindbaek, Skogmo, & Rosvold, 2010; Hjerkin, Rosvold, & Lindbaek, 2009. Lignende tilbud finnes også i andre land (se for eksempel Day et al., 2003).

I Oslo kan gravide henvises til Ullevålsteamet. Teamet består av jordmor og sosionom fra Kvinnekliniken, barnevernspedagog fra Aline barnevernsenter og en fra barneavdelingen på Ullevål sykehus. Teamet tar inn ca. 180 gravide per år. Teamet gir tilbud til risikogravide med psykiske vansker, rusproblematikk, LAR-gravide, vanskelige psykososiale forhold, svært unge gravide med ulike belastninger og utviklingshemmede. De tilbyr også konsultasjon/rådgivning til gravide, bydeler, leger og helsestasjoner.

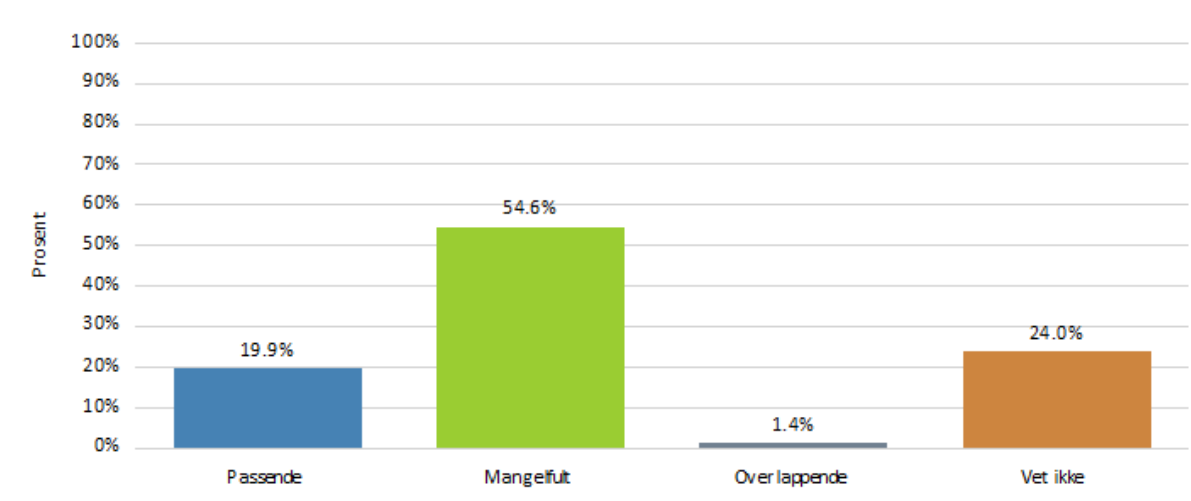
7.4. Overlapper tilbudene?

På tross av det velutbygde velferdssystemet med et omfangsrikt universelt helse- og velferdstilbud, er det ulik dekning av både fastleger og jordmødre i Norge. Det er også stor variasjon av grad av dekning av hjemmebesøk etter fødsel. Bare i Oslo kommune varierer dekningen fra 12 til 100 prosent i ulike bydeler for hjemmebesøk etter fødsel. Familier med økt sårbarhet vil også i større grad kunne være blant de som ikke selv oppsøker velferds- og helsetjenester av ulike årsaker, slik at det kan være en skjev dekning av hvem som får tak i velferds- og helsegodene. Eksempelvis blir det nevnt i et av intervjuene med NFP-sykepleierne at mange kvinner med minoritetsbakgrunn ikke kommer til helsestasjonen når de er gravide med sitt første barn fordi de ikke er klar over tilbudet. Dette tyder på at det er et behov for indikerte tiltak som fanger opp de som trenger det mest og støtter opp om disse så tidlig som mulig. I NOU 2012-5 påpekes det dessuten at det ikke finnes noen tiltak for gravide med økt sårbarhet, eller i spedbarnsperioden.

Resultat fra intervju med både NFP-sykepleiere, teamledere og NFP-rådsmedlemmer tyder på at det er behov og rom for NFP i det øvrige systemet. Et NFP-rådsmedlem i Rogaland uttaler at selv med forsterket helsestasjon har de ikke mulighet til å tilby det samme som NFP. Rådsmedlemmet trekker frem fordelene ved å komme inn tidlig, bygge relasjoner og være tilstede i hverdagen for og med familien på deres premisser over lengre tid. NFP-sykepleierne opplever også at de gjennom NFP-programmet gis muligheten til å følge opp de mest sårbare mødrene helhetlig, på en mye bedre måte enn gjennom korte besøk på helsestasjonen, som ofte blir preget av standardisert oppfølging som vaksinasjoner, måling og veiing.

Med bakgrunn i intervjuer med NFP-team, lederne i NFP-rådene og deltagere i NFP-rådene, virker det som at selv om det universelle helsetilbudet gir et godt tilbud til gravide, er ikke dette tilstrekkelig for oppfølging for sårbare førstegangsfødende med behov utover hva den universelle oppfølgingen tilbyr. Siden NFP-utprøvingen i Norge er i startfasen og de fleste av familiene ikke enda hadde gjennomgått fødselen, vil disse funnene gjelde for svangerskapet. Vi vil ved senere tidspunkt, når flere av barna i NFP-piloten er blitt født, undersøke videre om overlapping av tilbud etter fødsel.

Det er mulig at etter fødselen og med et barn, vil det oppleves annerledes å skulle delta i NFP og samtidig delta i det ordinære helsestasjonstilbudet for barn, og kanskje andre tjenester/tilbud. Det finnes likevel noen pekepinner fra en nyere studie om gruppetiltak- og kurs etter fødsel. At det er rom for flere tiltak av ulik art og at de ikke er overlappende er også i tråd med funn fra en kartlegging av gruppetiltak- og kurs for foreldre. En nylig publisert rapport fra Folkehelseinstituttet kartla gruppetiltak- og kurs for foreldre ved å sende ut spørreskjema til over 700 kommuner, bydeler, familievernkontor og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (Wesseltoft-Rao et al., 2017). Rapporten finner at de gruppetiltakene som ble brukt innenfor helse og velferdstjenesten i Norge er Circle of Security (COS), International Child Development Programme (ICDP), De Utrolige årene (DUÅ), Parent Management Training-Oregonmodellen (PMTO), Fortsatt Foreldre, og samlivskurset Godt Samliv. Dette er tiltak som kunne ha blitt tilbudt familiene i NFP-programmet etter fødsel. Spesielt er det COS, DUÅ og PMTO som tilbys som selektive tiltak. Folkehelseinstituttet evaluerer alle disse tiltakene som gode og evidensbaserte tiltak (det vil si at de bygger på faglige og teoretiske grunnprinsipper) med effekter som er påvist via kontrollerte effektstudier.



Figur 6 Meninger om tilbudet av gruppeintervensjoner for foreldre i din kommune (n=487)

I et tilleggsspørsmål som AFI la inn i FHI sin kartleggingsundersøkelse, ble det funnet at de færreste mente at gruppetiltak og kurs for foreldre var overlappende i deres kommune (1.4 prosent). Se figur 4. Faktisk viste det seg at over halvparten (54.6prosent) mente at tilbudet i deres kommune var mangelfullt.

Selv om dette ikke spesifikt omhandler hvordan deltakere, NFP-teamet eller det øvrige systemet opplever at NFP-programmet overlapper med andre program, gir det en pekepinn på at det ikke er et overlapp i familie-rettete tiltak på gruppenivå. Det er likevel mulig at siden NFP fortsatt er i utprøvningsfasen, har deltakere, NFP-teamet og det øvrige systemet rundt ikke enda opplevd utfordringer med overlappende tilbud. Kartlegging av konkurrerende og overlappende tilbud vil derfor være særlig viktig å følge videre i prosessen, med særlig innspill fra systemet rundt. Tiltak og tjenester for barn og deres foreldre opererer ikke isolert, og det er viktig å ha et helhetlig systemfokus (Ghate, 2016).

Systemet rundt kan for eksempel både bli positivt (for eksempel ved at NFP gjør at tid frigjøres på helsestasjoner eller andre tjenester til andre familier) eller negativt (for eksempel ved at screeningsprosessen til FNP tar bort tid fra jordmødre eller fastleger som kunne gått til andre pasienter/familier). Det er derfor viktig å få innspill fra andre interessenter enn de som arbeider direkte med NFP-tiltaket, slik som helsestasjonene.

8. Konklusjon

- NFP-utprøvingen i Norge har god politisk og faglig forankring og interesse, og er drevet frem av kompetente og engasjerte medarbeidere, lokale og nasjonale råd
- Utprøvingen var tenkt å gjøres i kommuneorganisasjonen, men av ulike årsaker ble NFP-teamene ansatt i RBUP og utenfor kommunal linje. At arbeidsgiveransvaret ligger hos RBUP har tilsynelatende ikke stor betydning for utprøvingen, men kan få praktiske konsekvenser ved en eventuell senere oppskalering av NFP, fordi man ikke har erfaringer med NFP i kommuneorganisasjonen.
- Oppstarten av prosjektet har forløpt som planlagt i forhold til opplæring av sykepleiere og start av rekruttering. Oppstarten har likevel vært noe preget av at nødvendig materiell har kommet sent fra NFP sitt internasjonale kontor, og nødvendig tilpasning av materialet til den norske konteksten.
- Rekrutteringen har blitt forsinket, særlig i Oslo. Man har per september 2017 rekruttert 85 deltagere – 31 i Oslo og 54 i Rogaland. Man håper at man med utsatt frist skal rekke å rekruttere de siste deltagerne i løpet av høsten. Variasjonen i rekrutteringstempo mellom Oslo og Rogaland indikerer at antall fødsler (jfr. antall relevante familier) i utprøvingsområdet har betydning for hvor mange som kan rekrutteres. Det er også indikasjoner på at rekrutteringen er avhengig av en allerede godt utbygd førstelinje.
- Det er foreløpig få indikasjoner fra både NFP-teamet, familier og de lokale NFP-rådene på at NFP overlapper med andre tiltak og tilbud i særlig grad. Det kan likevel være for tidlig til å si noe om dette på nåværende stadium, og det vil være viktig å trekke inn andre interessenter i prosessevalueringen fra systemet rundt, slik som helsestasjonene eller andre «konkurrerende» tilbud/tjenester.

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: <http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/881>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- BLD, B.-., likestillings- og inkluderingsdepartementet). (2014). *En god barndom varer livet ut. Til-taksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014– 2017)*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_over-grep_web.pdf.
- Black, S., P. J. Deveraux & K. Salvanes (2008) "Staying in the Classroom and Out of the Maternity Ward? The Effect of Compulsory Schooling Laws on Teenage Births". *The Economic Journal*, Volume 118, Issue 530:1025-1054.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss, vol1: Attachment*. New York: US: Basic Books.
- Brandlistuen, R. E., S.S., H., Evensen, L., Schjølberg, S., Tambs, K., Aase, H., & Wang, M. V. (2015). *Sårbare barn i barnehagen – betydningen av kvalitet*. Retrieved from Oslo, Norge:
- 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
- Buudir (2015) Evaluering av Modellkommuneforsøket. Sluttrapport 2015
- Day, E., Porter, L., Clarke, A., Allen, D., Moselhy, H., & Copello, A. (2003). Drug misuse in pregnancy: the impact of a specialist treatment service. *Psychiatric Bulletin*, 27(3), 99101. doi:10.1192/pb.27.3.99
- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., Henderson Jr, C. R., Cole, R., Kitzman, H., . . . Olds, D. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-Year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(1), 9-15.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C. R., Jr., Smith, E., Olds, D. L., Powers, J., . . . Sidora, K. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA*, 284(11), 1385-1391.
- Eisner, M., Humphreys, D. K., Wilson, P., & Gardner, F. (2015). Disclosure of Financial Conflicts of Interests in Interventions to Improve Child Psychosocial Health: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 10(11), e0142803. doi:10.1371/journal.pone.0142803
- Ellingsæter, A. L. & E. Pedersen (2013) "Fruktbarhetens fundament i den norske velferdsstaten". *Tidsskrift for samfunnsforskning* 3-29
- 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
- Hdir, H. (2003). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom Helsestasjon 0–5 år Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-ogskolehelsetjenesten/sek-sjon?Tittel=helsestasjon-05-ar-3952#hjemmebesøk:hjemmebesøk-av-helsesøster-bør-væren-den-første-konsultasjonen-ihelsestasjonsprogrammet>

- Helsebiblioteket. (2011). Norske spesialtiltak for gravide og familier. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/gravide-i-lar/norske-spesialtiltak-forgravide>
- Hjerkinn, B., Lindbaek, M., & Rosvold, E. O. (2007). Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway. *BMC Public Health, 7*, 322. doi:10.1186/1471-2458-7-322
- Hjerkinn, B., Lindbaek, M., & Rosvold, E. O. (2013). Behaviour among children of substanceabusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway, as assessed by Child Behavior Checklist (CBCL). *Scand J Caring Sci, 27*(2), 285-294. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01030.x
- Hjerkinn, B., Lindbaek, M., Skogmo, I., & Rosvold, E. O. (2010). Neuropsychological screening of children of substance-abusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway. *Subst Abuse Treat Prev Policy, 5*, 17. doi:10.1186/1747-597X-5-17
- Hjerkinn, B., Rosvold, E. O., & Lindbaek, M. (2009). Neonatal findings among children of substance-abusing women attending a special child welfare clinic in Norway. *Scand J Public Health, 37*(7), 751-757. doi:10.1177/1403494809342310
- 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
- Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter (St.meld.nr. 19 2014-2015, (2015).
- 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.
- Karoly, L. A. et al. (1998) *Investing in Our Children - What We Know and Don't Know About the Cost and Benefits of Early Childhood Interventions*. RAND Corporation.
- Kitterød, R. H., & Rønsen, M. (2013). *Yrkes- og familiearbeid i barnefasen: Endring og variasjon i foreldres tidsbruk 1970-2010*. Oslo, SSB.
- Kitzman, H., Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., . . . Barnard, K. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA, 278*(8), 644-652.
- Kitzman, H., Olds, D. L., Sidora, K., Henderson, C. R., Jr., Hanks, C., Cole, R., . . . Glazner, J. (2000). Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA, 283*(15), 1983-1989.
- Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoletto, K. J., . . . Holmberg, J. R. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med, 164*(5), 412-418. doi:10.1001/archpediatrics.2010.76
- Klovning, A., Backe, B., & Roland, B. e. a. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Retrieved from Oslo, Norge:
- Kurtz Landy et al. (2012) "Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: a qualitative case study" *BMC Nursing, 11*:15
- 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, R. A., & Crijnen, A. A. M. (2013). Effect of Nurse Home Visits vs. Usual Care on Reducing Intimate Partner Violence in Young High-Risk Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 8 (10) (no pagination)(e78185).
- Miller, T. R. (2015). Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, USA. *Prevention Science*, 16(6), 765-777.
- NOU. (1998). *Perinatal omsorg i Norge (1984:3)*. Retrieved from Oslo, Norge:
- NOU. (2012:5). *Bedre beskyttelse av barns utvikling— Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/?q=&ch=12>.
- Nurse Family Partnership. (2017). Nurse-Family Partnership Snapshot. Retrieved from http://www.nursefamilypartnership.org/getattachment/about/factsheets/NFP_Snapshot_Mar2017.pdf.aspx
- Nurse Family Partnership Website. Program History. Retrieved from <http://www.nursefamilypartnership.org/About/Program-history>
- 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, inkludjonskriterier 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
- 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.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5
- 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
- Statistisk Sentralbyrå. (2017a). Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst. Retrieved from <https://www.ssb.no/a/kostra/stt/varia-bel.cgi?f=1077885677284028&m=1077885677284028&r=EAB&r=030101a&r=030115a&t=2015&std=checked&v=K1172244451P0 0002627>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017b). Andel spedbarn som har fullført helseundersøkelse innen utg. av 8. leveuke. Retrieved from <https://www.ssb.no/a/kostra/stt/varia-bel.cgi?f=1077885677284028&m=1077885677284028&r=EAB&r=030101a&r=030115a&t=2015&std=checked&v=98223649630237>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017c). E. Kommunehelse - nøkkeltall, Reviderte tall per 15.06.2017.
- Statistisk Sentralbyrå. (2017d). KOMMUNE-STAT-RAPPORTERING (KOSTRA). Retrieved from <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra>
- Statistisk Sentralbyrå (2017e) Fødte, 2016. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar/>
- Stavanger Kommune. (2015). Forsterket helsestasjon for gravide. Retrieved from <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Rus/RusVoksne/Forsterket-helsestasjon-for-gravide/>
- Wesseltuft-Rao, N., Holt, T., & Helland, M. S. (2017). *Gruppetiltak og kurs for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer* (ISBN: 978-82-8082-844-6). Retrieved from Oslo, Norge:
- 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
- Wouden, van der J. C. et al. (2007) "Survey among 78 studies showed that Lasagna's law holds in Dutch primary care research". *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(8):819-24.

Vedlegg

Vedlegg 1: Utlysning omkring pilotkommuner



Regionsenter for barn og unges psykiske helse
Helseregion Øst og Sør

[Startsiden](#) [Om RBUP](#) [Forskning](#) [Sped & små](#) [Undervisning](#) [Biblioteket](#) [Vis alt innhold](#) In English

Du er her: [Hjem](#)

Vil dere bli med å teste ut Nurse family partnership-programmet?

Nurse family partnership-programmet (NFP) for tidlig intervensjon blant førstegangsforeldre med særlige utfordringer har vist svært lovende resultater i flere land og skal nå prøves ut i Norge for aller første gang.

RBUP/Spedbarnsnettverket søker nå kommuner som er motiverte for å være med i pilotutprøvingen, se [UTLYSNINGSTEKST](#).


Dette er en unik mulighet for å jobbe systematisk og langsiktig med gravide som har behov for ekstra støtte, og til å samarbeide tett med et nasjonalt/internasjonalt team av forskere og klinikere. Utprøvingen finansieres i hele pilotperioden.

Interesserte kommuner og/ eller regioner bes om å sammenfatte en kort beskrivelse av hvem dere er og hvordan dere ser for dere at programmet kan gjennomføres hos dere.

Fristen for å melde interesse er 15. september. Se også [Spedbarnsnettverkets nettsider](#).

Ta gjerne kontakt med Hanne Holme, hho@r-bup.no eller Elise Skarsaune, elise.skarsaune@bufdir.no ved eventuelle spørsmål.

Denne siden ble sist oppdatert: 3.9.2015



Nurse family partnership-programmet (NFP) skal nå prøves ut i Norge. Er deres kommune interessert og motivert til å bli med?

[Del på Facebook](#) [Del på Twitter](#)
[Tips en venn](#) [Nyhetsbrev](#)
[Skriv ut](#)

Kontaktinformasjon

Kontakt oss
Sentralbord: 22 58 60 00
E-post: mail@r-bup.no

Besøksadresse
Gullhaugveien 1-3
0484 Oslo

Om RBUP

Ledige stillinger
Utgivelser
Ansvarlig redaktør: Direktør Arild Bjørndal
Webredaktør: Solveig Espeland Ertresvaag

Sosialt

Følg oss på [facebook](#)

RBUP © 2016

Vedlegg 2: Forventninger til pilotkommuner

FORVENTNINGER TIL PILOTKOMMUNER I NFP-UTPRØVINGEN I NORGE

Det godt dokumenterte Nurse Family Partnership-programmet for tidlig intervensjon blant førstegangsforeldre med særlige utfordringer skal prøves ut i Norge. I den anledning søkes høymotiverte, egnede kommuner til et samarbeid om utprøvingen av programmet i norsk kontekst. Utprøvingen av programmet er statlig finansiert, men det ligger en rekke forventninger til kommuner som ønsker å inngå som pilotkommuner i denne første fasen. Det er stor faglig og politisk interesse knyttet til utprøvingen av metoden, og valgte kommuner vil få muligheten til å både dra nytte av og bidra til viktig nybrottsarbeid innen forebyggende helse og oppvekst. Et dedikert team vil støtte og veilede i arbeidet med den lokale utprøvingen, og erfaringer fra pilotkommunene vil løftes opp for videre diskusjon både på nasjonalt og internasjonalt nivå.

150 familier fordelt på 2 geografiske områder skal rekrutteres i utprøvingen. Et område kan i denne fasen bestå av flere kommuner, så lenge et solid forankret interkommunalt samarbeid etableres omkring NFP- utprøvingen. Hvert område vil være vertskap for et mindre NFP-team med 4 NFP-sykepleiere og 1 veiledende sykepleier (teamleder), samt en helsesekretær for teamet i 50 % stilling. Alle stillinger dekkes av statlige midler. Hvert pilotområde forventes å rekruttere ca. 75 deltakerfamilier innen 8-12 måneder fra oppstart (ultimo 2015/primus 2016).

Pilotområdene forventes å sette opp en struktur for administrasjon og støtte rundt NFP-utprøvingen, nærmere bestemt nedsette et lokalt NFP-råd. Rådene skal bestå av administrative og politiske representanter for relevante (inter)kommunale organer, fortrinnsvis representanter med beslutningsansvar og i tillegg ha med representanter for deltakergruppen (førstegangsforeldre i risiko). Gjennom NFP-rådet ønsker vi å sikre nødvendig samordning og støtte for NFP-teamet, god innpassning med øvrige tjenester og tiltak, målgruppedeltakelse og medbestemmelse, trygg forankring (faglig, politisk og administrativt) og effektive beslutninger i utprøvingen. NFP-teamene tilbys lokal forankring og kontorplass i pilotområdet, med mindre annet blir avtalt. Deltakerkommuner forventes også å bidra i form av arbeidstid for involverte i NFP-rådet, samt nødvendig innsats knyttet til oppstart, administrasjon og utvikling av selve utprøvingen utover de oppgaver som tilligger selve NFP-teamet. Detaljene omkring dette avtales i en spesifikk samarbeidsavtale.

Programmet tilbys til sårbare førstegangsforeldre/førstegangsforeldre i risiko. Rekruttering av familier foregår før svangerskapsuke 28, og minimum 60% av familiene må rekrutteres innen 16. svangerskapsuke. Tolkning av «sårbarhet» og «risiko» i denne sammenhengen bør basere seg på egne befolkningsdata, men som en del av selve programmet ligger kriterier om at det skal være førstegangsforeldre (kvinnens første gjennomførte svangerskap) og at deltakelsen er frivillig. I Norge tenker vi at en rekke sårbarhetskriterier kan være relevante i bestemmelse av målgruppen. Eksempler på slike kriterier er kontakt med barnevernet i egen oppvekst, psykiske vansker, rusproblematikk, manglende eller ikke gjennomført skolegang, vedvarende lavinntekt eller uførhet, aleneforsørger o.l. Programmet har vist å utgjøre størst forskjell i familier der mor har svake psykologiske ressurser, slik at dette vil være et svært relevant perspektiv i videre arbeid med inkluderingskriterier for utprøvingen.

For å kunne velge kommuner til pilotutprøvingen av NFP i Norge, inviteres dere herved til å sende inn en beskrivelse av hvordan en slik utprøving kan se ut i deres kommune eller region. Beskrivelsen vil gi et grunnlag for nærmere dialog med særlig egnede og motiverte kommuner eller regioner, og blir vurdert av en komité bestående bl.a. av representanter for lisensholder for utprøvingen i Norge (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet), implementeringspartner (Regionssenter for barn og unges psykiske helse Sør og Øst v/Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse), med innspill fra representant for det internasjonale NFP-teamet.

I interessebeskrivelsen ønsker vi at dere særlig belyser følgende momenter:

Befolkning/ målgruppe, eksisterende nedslag og organisering av NFP-utprøving

- Kommunen(e)s befolkningssammensetning, med særlig henblikk på årlige fødselstall og (anslag) sårbare og aktuelle familier for deltakelse i programmet?
- Har kommunen/regionen eksisterende tilbud til samme målgruppe i dag, eventuelt hvilke tilbud?
- Hvordan kan de tidligere nevnte generelle sårbarhetsvurderinger/inklusionskriterier anvendes eller tilpasses lokalt i deres kommune/region?
- Ønsker dere å delta som enkeltkommune eller kommunesamarbeid (interkommunalt samarbeid), og hvordan vil organiseringen rundt NFP-utprøvingen kunne se ut?

Kort sagt; vil dere nå 75 familier (med sikkerhetsmargin) innen 8-12 måneder?

Rekruttering av deltakere til piloten og organisering av NFP-team

- Eksisterende samarbeidsrutiner i svangerskapsomsorgen lokalt (fastleger, jordmødre, helsestasjon, sykehus)?
- Hvordan førstegangsgravide i risiko vil fanges opp og henvises i tidlig svangerskap (videreutvikling av samarbeid)?
- Samarbeid med andre relevante tjenester (i dag og i NFP-utprøvingen)?
- Tanker om innplassering av NFP-teamet og fagstøtte rundt disse?
- Hvilke barrierer/utfordringer ser dere for dere i kommune(ne) i arbeidet med (svært) tidlig rekruttering av familier til programmet, og hvilke løsningsforslag har dere?

Kort sagt; hvordan vil dere nå 75 familier innen 8-12 måneder?

Ytterligere informasjon om Nurse Family Partnership-programmet finnes på programmets nettsider <http://www.nursefamilypartnership.org/> (amerikanske/internasjonale) eller <http://fnp.nhs.uk/> (britiske), og informasjon om implementering av programmet i Norge finnes på <http://www.r-bup.no/pages/nurse-family-partnership>.

Frist for å melde interesse er 15.september og dokumentasjon sendes til saksbehandlere Hanne Holme (hho@r-bup.no) og/eller Elise Skarsaune (elise.skarsaune@bufdir.no). Spørsmål kan rettes samme sted, eller per telefon (Hanne nås på 90 62 66 90 og Elise på 46 61 55 04).

Vi håper på stor interesse for et viktig og spennende arbeid, og ser fram til videre dialog!

Mvh

Wenche Mobråten

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Avdelingsdirektør

Eyvind Elgesem

Regionsenter for barn og unges
psykiske helse Øst og Sør

Ass. Direktør

Vedlegg 3: Spørreskjema

Spørreskjema om opplæringsmodul 1 til NFP-teamene

På en skala fra 1-6, hvordan vil du vurdere undervisningen i:

Motivational Interviewing?

Inklusjonskriterier?

Deltakerrekruttering?

Relasjonsbygging og engasjement over tid?

Informasjon og kommunikasjonsstiler?

Morsrolle i svangerskapet og tilknytningsteori?

Agendamatching og samarbeid?

Økologisk utviklingsarbeid i NFP?

Reflekterende veiledning i NFP?

Å jobbe med vanskelige situasjoner?

Å bruke vurderingene i NFP?

NFP-STAR Rammeverket?

NFP-Graviditetsretningslinjer?

I hvor stor grad er du fornøyd med nivået hos foreleserne/kursholderne?

Hva synes du om å få undervisning på et annet språk enn ditt morsmål?

Var det god balanse mellom "tavleundervisning" og praktiske øvelser/gruppearbeid?

Hva synes du om lengden/omfanget på opplæringen?

Hva synes du om kursmaterialet dere brukte?

I hvor stor grad opplevde du at det var rom for tilbakemeldinger og diskusjon underveis?

I hvor stor grad opplever du at du er rustet til å jobbe videre med NFP-opplæring i teamet?

Opplever du at det var rom for tilbakemelding og innvendinger?

I hvor stor grad tror du NFP vil være lett å tilpasse til en norsk kontekst?

Hva synes du har vært det viktigst å lære på kort og lang sikt for å kunne jobbe som NFPsykepleier?

Hva var spesielt nyttig med NFP-opplæringen?

Var det noe du savnet/ønsket hadde vært gjort annerledes i løpet av opplæringsuken?

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

Publikasjonen kan lastes ned fra www.afi.no
Ved større opptrykk, ta kontakt med AFI.

Arbeidsforskningsinstituttet
OsloMet – storbyuniversitetet

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