

2018:00123 - Åpen

Rapport

Utredning av mulig framtidig organisering av Familie for første gang – Nurse Family Partnership i Norge

Forfatter(e)

Jan Wilhelm Lippestad, Eirin Pedersen,
Line Melby, Jannike Kaasbøll



Rapport

Utredning av mulig framtidig organisering av Familie for første gang – Nurse Family Partnership i Norge

Undertittel

EMNEORD:
EmneordVERSJON
1DATO
2018-01-31

FORFATTER(E)

Jan Wilhelm Lippestad,
Eirin Pedersen, Line Melby, Jannike Kaasbøll

OPPDRAGSGIVER(E)

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

OPPDRAGSGIVERS REF.

Elise Skarsaune

PROSJEKTNR

102016165

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

60

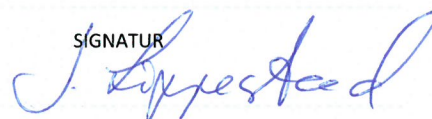
SAMMENDRAG

SINTEF Teknologi og samfunn Avdeling Helse, i samarbeid med Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), legger med dette fram en utredning av hvor Nurse Family Partnership (NFP) i Norge bør forankres og hvordan det bør organiseres, dersom programmet skal videreføres og implementeres som en del av det offentlige tjenestetilbudet i Norge etter utprøvningsfasen (2016-2019).

UTARBEIDET AV

Jan-W. Lippestad

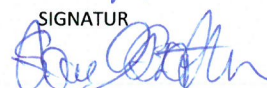
SIGNATUR



KONTROLLERT AV

Stine H. Braathen

SIGNATUR



GODKJENT AV

Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR



RAPPORTNR

2018:00123

ISBN

978-82-14-06668-5

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Innledning	5
3	Metoder for datainnsamling i utredningen	6
3.1	Innledning	6
3.2	Om valg av intervjuer som metode for datainnsamling	6
3.3	Informanter	6
4	Helse-Norge og den norske velferdsstaten	7
4.1	Noen generelle utfordringer og utviklingstrekk	7
4.2	Tilbudet på helsestasjonene – resultater av statlig tilsyn	8
4.3	Velferdsstaten – universalisme og ivaretagelse av utsatte grupper	9
5	Nurse Family Partnership (NFP)	10
5.1	NFP-programmets kjerneelementer	10
5.2	NFP i Norge	11
5.3	AFIs følgeevaluering av NFP i Norge – konklusjon i første delrapport	12
5.4	Utfordringer med utprøving av NFP i Norge – noen generelle betraktninger	13
5.4.1	Fra utprøving til ordinær drift – noen utfordringer for NFP i Norge	13
5.4.2	Læring, endringsarbeid og implementering – noen utfordringer for NFP i Norge	13
5.4.3	Om samhandling – noen utfordringer for NFP i Norge	14
5.4.4	NFP i Norge og relasjonen til kompetansesentrene	15
6	Erfaringer med og vurderinger av NFP i Norge – resultater av intervjuer med informantene	17
6.1	Innledning	17
6.2	Informantenes erfaringer med og vurderinger av organisering og finansiering av NFP i Norge	17
6.3	Informantenes erfaringer med og vurderinger av brukergrupper og rekruttering	24
6.4	Informantenes erfaringer med og vurderinger varig norsk lisenspart for NFP i Norge	26
6.5	Informantenes erfaringer med og vurderinger av opplæring og kompetanse	27
7	Drøfting, analyse og anbefalinger	30
7.1	Innledning	30
7.2	Analyse og anbefalinger	30
7.2.1	Innledning	30
7.2.2	NFP i Norge - et forslag til modell	31
7.2.3	Nasjonalt NFP-kontor. Fagstab, lisens- og programansvar	34
7.2.4	NFP i Norge – forslag til finansiering	35
7.2.5	NFP i Norge – forslag til organisering av opplæring av NFP-sykepleiere	35

7.2.6	Organisering i kommunene – fremgangsmåte for lokal forankring av NFP-teamene	35
7.2.7	Organisering i kommunen – drøfting	36
7.2.8	Organisering av NFP i spesialisthelsetjenesten – drøfting	39
7.2.9	Organisering av NFP - hvordan sikre journaltilgang og informasjonsutveksling	40
7.2.10	Organisering av NFP i Norge - utfordringer, mer kunnskap og spørsmål som må avklares.....	42
8	Vedlegg	46
8.1	Vedlegg 1. Tilbudet på helsestasjonene – resultater av statlig tilsyn i perioden 2008-2013	46
8.2	Vedlegg 2. Om samhandling – eksempler på utfordringer	48
8.3	Vedlegg 3: Eksempler på tiltak og satsinger med relevans for NFP.....	52
9	Referanser.....	54

1 Sammendrag

SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling Helse, i samarbeid med Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), legger med dette fram en utredning av hvor programmet Nurse Family Partnership (NFP) i Norge bør forankres og hvordan det bør organiseres, dersom programmet skal videreføres og implementeres som en del av det offentlige tjenestetilbudet i Norge etter utprøvningsfasen. Utprøvingen foregår i perioden 2016-2019, i bydelene Gamle Oslo og Søndre Nordstrand i Oslo og kommunene Sandnes, Stavanger og Time i Rogaland, i samarbeid med Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør). I Norge har programmet fått navnet *Familie for første gang*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) forvalter i dag den norske lisensen for programmet. Oppdragsgiver for utredningen av organiseringen av NFP i Norge er Bufdir. Utredningen er basert på intervjuer med et bredt utvalg av informanter sentralt, lokalt og internasjonalt.

Basert på datainnsamlingen virker dagens organisering av programmet å ha mange styrker man kan bygge videre på. Samtidig krever overgangen fra prosjekt til linje noen tilpasninger for å finne frem til en modell for varig organisering. Etter vår vurdering fremstår følgende hovedstruktur som den modellen som best ivaretar de krav og hensyn som følger av NFP-programmet og de innspillene vi har fått i utredningen: Lisenskravene opprettholdes på det overordnede nivået, med et sentralt lisenskontor og en fagstab. Det sentralt plasserte kontoret vil være formell lisensholder (forutsatt at dette godkjennes av UCD) og være ansvarlig for at kommunene overholder lisenskravene. En fagstab vil ha ansvar for opplæring, fagutvikling, datainnsamling og –rapportering. Den største endringen fra utprøvningsperioden vil være at man, for å sikre forankring i førstelinje og kommunehelsetjenesten, vil ansette NFP-sykepleierne i en kommune, med tilhørighet til en eller flere helsestasjoner i den kommunen. NFP-teamene vil, utover storbyregionene, være sammensatt av NFP-sykepleiere fra flere nabokommuner som er sentrert som team i en vertskommune, men med tilhørighet til «egen» kommune. Å danne et NFP-team vil innebære et samarbeid mellom flere kommuner, der NFP-rådet (som er et lisenskrav) blir et nettverksstyre som sikrer interkommunalt samarbeid om NFP-programmet i kommunene, og som er ansvarlig for å sikre etterfølgelse av lisensen i kommunene.

Når det gjelder finansiering anbefaler vi at NFP-teamene ansettes på kommunalt nivå for å sikre nærhet til og samhandling med eksisterende tjenestetilbud. NFP-programmet er rettet mot en relativt marginal brukergruppe. For å sikre at kommunene viser interesse for implementering av NFP, mener vi derfor at programmet bør støttes med øremerkede statlige midler, kombinert med en viss kommunal egenfinansiering for å sikre eierskap og forankring (jf erfaringer fra Nederland og Skottland).

Når det gjelder nasjonal forankring og lisensansvar, anbefaler vi, i tråd med tilbakemeldingene fra informantene, at NFP i Norge knyttes til "helselinja", med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet som sentrale aktører. Helsedirektoratet står i dag ansvarlig for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer og veiledere, bl.a. for helsestasjonene. Det vil være naturlig at NFP settes inn i en slik kontekst.

Opplæringsmodellen benyttet i utprøvningsperioden, hvor undervisningen i hovedsak gis i et samarbeid mellom nasjonal fagsjef og internasjonal NFP-rådgiver, fungerer godt, men på sikt vil det av praktiske og økonomiske årsaker være hensiktsmessig å ha et nasjonalt kontor med ansvar for og kompetanse til opplæring. Vår anbefaling er at ansvar for opplæring av NFP-teamene utføres nasjonalt (nasjonal fagkompetanse/forelesere). Kontakten med NFP-internasjonalt legges til nasjonal kjernegruppe (fagstaben til nasjonalt NFP-kontor). Ved behov for faglig påfyll, kobles internasjonalt fagmiljø til en opplæring av denne nasjonale kjernegruppen som så står ansvarlig for videre opplæring nasjonalt. NFP-internasjonalt har et kvalitetssikringsansvar overfor ivaretagelsen og opplæring og faglig utvikling nasjonalt.

2 Innledning

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) fikk i 2014 i oppdrag å prøve ut det evidensbaserte forebyggende programmet Nurse Family Partnership (NFP) i Norge. Utprøvingen foregår i samarbeid med Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør). I Norge har programmet fått navnet *Familie for første gang*.¹ Bufdir forvalter i dag den norske lisensen for programmet, og utprøvingen foregår i perioden 2016-2019. Oslo og Rogaland er valgt som utprøvningsområder, med bydelene Gamle Oslo og Søndre Nordstrand i Oslo og kommunene Sandnes, Stavanger og Time i Rogaland.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har gitt SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling Helse, i samarbeid med Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), i oppdrag å gjennomføre en utredning av hvor NFP i Norge bør forankres og hvordan det bør organiseres, dersom programmet skal videreføres og implementeres som en del av det offentlige tjenestetilbudet i Norge etter utprøvningsfasen. Resultatene fra utredningen skal inngå i det samlede kunnskapsgrunnlaget for en beslutning om en eventuell videreføring og *hvordan* en slik implementering kan gjennomføres på lang sikt, og danne grunnlag for "en rekke strukturelle veivalg".

Det er grunn til å presisere at utredningen av organiseringen bygger på erfaringsgrunnlaget etter vel ett år av utprøvningsperioden av NFP i Norge (vår 2016 – høst 2017), dels gjennom egen datainnsamling og dels basert på resultater presentert av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) i første delrapport fra følgeevalueringen som omfatter oppstartsfasen i utprøvningsperioden (vår 2016 – vår/sommer 2017). Det begrensede erfaringsgrunnlaget gjør at vi i utredningen skisserer mulige svar på hovedspørsmålene i utredningen, dels basert på tilbakemeldinger fra våre informanter, og dels ut fra en generell kunnskap om norske organisasjons- og styringssystemer. Den mer generelle kunnskapen vil stå sentralt i og med at vi i utredningen skal gi en vurdering av NFP-programmet satt inn i en norsk kontekst, på et noe begrenset erfaringsgrunnlag.

Utredningen er gjennomført i perioden 15.august 2017 – 31. januar 2018 av følgende forskergruppe:

Prosjektleder	Seniorrådgiver Jan-W. Lippestad	SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling Helse
Kvalitetssikrer	Forskningsleder Stine H. Braathen	SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling Helse
Prosjektmedarbeider	Seniorforsker Eirin Pedersen	Arbeidsforskningsinstituttet (AFI)
Prosjektmedarbeider	Seniorforsker Line Melby	SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling Helse
Prosjektmedarbeider	Forsker Jannike Kaasbøll	SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling Helse

Prosjektansvarlig har vært forskningssjef Jon Harald Kaspersen, SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling Helse.

Prosjektet er godkjent gjennomført av Norsk senter for Forskningsdata (NSD), som er SINTEFs personvernombud (ref 55389). Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

¹ I denne rapporten bruker vi forkortelsen NFP om Familie for første gang.

3 Metoder for datainnsamling i utredningen

3.1 Innledning

Vi har i hovedsak benyttet to metoder for innsamling av data til utredningen: Dokumentstudier og intervjuer (individuellt og i gruppe). Forskerne har høstet erfaringer underveis i datainnsamlingen og justert planen med hensyn til intervjuform og utvalg av informanter basert på innsamlede erfaringer og diskusjoner i forskergruppa. Oppdragsgiver (Bufdir) er holdt orientert om framdriften i utredningsarbeidet gjennom statusmøter. I datainnsamlingen inngår også vår deltakelse på "*«Storsamling» for lokale og nasjonale krefter i Familie for første gang, Nurse Family Partnership i Norge 25.- 26. september 2017*" i regi av RBUP og Bufdir. SINTEF og AFI var tilstede med forskere, dels som observatører og dels som aktive deltakere i plenums- og gruppediskusjoner. Vi benyttet også anledningen til å intervjuer et utvalg aktører og deltakere, i forkant og etterkant av samlingen.

3.2 Om valg av intervjuer som metode for datainnsamling

En sentral del av utredningsarbeidet har vært innhenting av aktørenes erfaringer med prosess og implementering, og deres refleksjoner om disse erfaringene. Dette er vesentlige kilder til kunnskap. Kvalitative intervju er egnet til å få tak i personers erfaringer og den meningen og de refleksjonene de knytter til disse (Malterud 2003). Intervjuene som inngår i utredningen er gjennomført semistrukturert hvor vi har fulgt en intervjuguide, men hvor guidene er blitt brukt fleksibelt ved at det er gitt rom for å ta opp andre tema enn de i guiden, og hvor vi har lagt til rette for at ulike tema er blitt utdypet ulikt i de forskjellige intervjuene (Kvale mfl. 2015). Vi har også gjort en løpende vurdering av om noen intervjuer burde organiseres som gruppeintervju. Gruppeintervjuer er velegnet for å stimulere erfaringsutveksling og diskusjon, noe som kan få fram andre perspektiver enn i individuelle intervjuer (Malterud 2012). Antall intervjuer er blitt justert underveis, avhengig av hvor mye ny informasjon som har kommet fram. Det såkalte metningspunktet angir når ytterligere intervjuer ikke lenger bidrar med ny informasjon eller nye perspektiver (Tjora, 2010). I og med at erfaringsgrunnlaget var relativt begrenset på intervjutidspunktet for å kunne si noe om NFP i Norge, er vårt inntrykk at en del av tilbakemeldingene fra informantene i større grad var basert på generell fagkunnskap og antakelser om hvilken rolle NFP vil kunne ha i en norsk kontekst.

3.3 Informanter

Av hensyn til anonymiseringen vil vi ikke gå i detalj med hensyn til hvem vi har intervjuet, men hovedtrekkene er som følger:

- I Oslo har vi gjort intervjuer i begge de aktuelle bydelene, samt intervjuer i Oslo kommune sentralt. Blant informantene inngår representanter både for NFP-teamet og det lokale NFP-rådet.
- I Rogaland inngår representanter fra alle de tre involverte kommunene, samt representanter for NFP-teamet og lokalt NFP-råd.
- Blant de intervjuede inngår RBUP, et utvalg representanter i nasjonalt fagråd, samt på avdelingsdirektørnivå både i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (oppdragsgiver) og Helsedirektoratet.
- NFP Internasjonalt – erfaringer fra Nederland og Skottland.
- For å bringe inn noen perspektiver på NFP i Norge sett fra aktører som ikke direkte er involvert i utprøvingen av NFP i Norge, har vi gjennomført intervjuer i Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) og Ullevålteamet ved Oslo Universitetssykehus.

4 Helse-Norge og den norske velferdsstaten

4.1 Noen generelle utfordringer og utviklingstrekk

Kommunene spiller en sentral rolle i å løse befolkningens helseutfordringer. Det overordnede målet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten er at alle personer som oppholder seg i kommunene skal tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester (jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester). Tjenester er altså universelle, tilbudet i kommunene spenner vidt, og skal fange opp bredden i befolkningen gjennom instanser som helsestasjon, skolehelsetjeneste, tannhelsetjeneste, fastlege, svangerskap- og barselomsorg, akuttmedisinske tilbud, sykehjem, hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste, rehabiliteringstilbud samt psykiatri- og rustilbud (Hansen og Helgesen, 2011). Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gradvis ekspandert. Flere oppgaver har kommet til, og ideen om at befolkningens helse best ivaretas lokalt har bred forankring. Økt oppmerksomhet mot lokalbasert rehabilitering og psykisk og fysisk forebyggende folkehelsearbeid er en del av dette. Samhandlingsreformen (St. meld.nr. 47 (2008-2009)) er et uttrykk for dette ved at de primære målene er å sørge for at befolkningen skal få hjelp der de bor, at flere ressurser skal rettes mot forebygging lokalt i kommunene, og at kommunikasjonen og koordineringen mellom ulike instanser skal bedres.

Demografiske endringer, økt sosial ulikhet i helse (Dahl et al, 2014) og endringer i befolkningens sykdomsbilde og omsorgsbehov fører til nye utfordringer. Samtidig ventes ikke tilsvarende økning i arbeidsstyrken. Dette, og samfunnsutviklingen generelt, stiller derfor større og nye krav til helse- og omsorgstjenestene. Dette tilsier behov for både økt produktivitet, kompetanseutvikling og nye samarbeids- og organisasjonsformer. Utfordringene vil kreve langvarig og samordnet innsats fra flere ulike tjenesteområder.

Flere viktige reformer er gjennomført i helse- og velferdssektoren de senere år, og en rekke stortingsmeldinger og strategier analyserer viktige problemområder og foreslår nye tiltak i tjenestene. Et gjennomgående tema er behovet for mer smidig organisering der samarbeid mellom yrkesgrupper og koordinering mellom tjenesteenheter både horisontalt og vertikalt utheves. Det pekes på at det trengs mer kunnskap og kompetanse om effekter av ulike tiltak, hvilke forhold som er en forutsetning for og bidrar til disse effektene, og hvordan ny kunnskap og innovasjon kan implementeres for å utvikle tjenestene. Både primærhelsemeldingen og samhandlingsreformen legger vekt på behovet for å utvikle en mer tverrfaglig og teambasert tjeneste for å bli bedre til å tilby helhetlig behandling, der hovedansvaret for behandling og oppfølging ligger i kommunen. Utfordringene krever både bedre og mer spesialisert kompetanse og andre samarbeidsformer. Dette stiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor både ressurs- og kapasitetsutfordringer, kunnskap- og kompetanseutfordringer, og organisasjons- og samhandlingsutfordringer.

Evalueringen av Kompetanseløftet 2015 (K2015) viste at kommunene arbeider kontinuerlig for å bedre kompetansen i sine omsorgstjenester (Tjerbo et al 2012, Helgesen et al 2016). Samtidig viste analyser at det er forskjeller mellom kommuner knyttet til geografisk lokalisering og regionale arbeidsmarkeder, der både små, perifert lokaliserte kommuner og store sentrale kommuner har høy avgang fra tjenesten og dermed spesielle utfordringer knyttet til rekruttering. (Helgesen et al 2016). Det er forskjeller mellom kommuner i organisering og samhandling (Paulsen et al 2010). Mindre kommuner er preget av tette, uformelle relasjoner, mens større kommuner praktiserer mer profesjonalisert forvaltning med mer vekt på organisatoriske tiltak og byråkratiske styringsformer. Både i Norge og i andre land er det behov for tjenester som i større grad jobber i og med lokalsamfunnet, og som er lett tilgjengelig (Newman et al 2015). Det pekes også på et gap mellom den kunnskapen man forventer at kommunale tjenester har og den de faktisk har (Bing-Johnson et al 2015). De senere årene ser man også en reduksjon i forebyggende helsearbeid i helsestasjoner og

skolehelsetjeneste. Oppfølging av svake grupper, for eksempel innvandrere (Grut et al 2006, Magelssen 2012) og pasienter med psykisk sykdom og rusproblemer (Ose og Kaspersen 2015) viser at kommunene ikke følger opp innbyggernes behov godt nok, både når det gjelder ressurser og typer tiltak. Kommunene selv oppgir at samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunale omsorgstjenester er det viktigste tiltaket for å styrke disse tjenestene.

4.2 Tilbudet på helsestasjonene – resultater av statlig tilsyn

Helsestasjonen har en sentral plass i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid, og har en unik kontaktflate. Helsestasjonene følger over 95 % av alle barn i Norge fra fødselen av, og kan også nå grupper som ikke fanges opp av øvrige tjenester. Helsestasjonen kan fange opp tidlige signaler på mistrivsel, omsorgssvikt og utviklingsavvik, og sette inn tiltak eller henvise videre. Helsestasjonen har også en viktig oppgave i å styrke foreldrene i foreldrerollen. Forskning har vist at det er lavere antall omsorgsovertakelser i kommuner og bydeler der helsestasjonene fungerer godt (NIBR 2011).

NFPs kobling til og samhandling med helsestasjonene har vært et gjennomgående tema i utredningen. I våre intervjuer ble det blant informantene pekt på at kommunene, historisk sett, har stått overfor utfordringer i tilrettelegging av tilbudet ved helsestasjonene. Dette er bl.a. avdekket i forbindelse med fylkesmennenes tilsyn med helsestasjonene. Enkelte informanter uttrykte at en forutsetning for å gi et utvidet helsetilbud til brukergruppen gjennom NFP, var at kommunene hadde "bygget grunnmuren" – underforstått hadde et helsestasjonstilbud som tilfredstilte kravene i nasjonale retningslinjer og veiledere. I Vedlegg 1 har vi gitt en bredere oppsummering av resultatene av tilsynene i perioden 2008 – 2013. Punktvis viste tilsynene følgende:

- Landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunenes samarbeid mellom barnevern-, helse- og sosialtjenester til utsatte barn i skolepliktig alder avdekket betydelige mangler når det gjaldt samarbeid om barn.
- Statens helsetilsyns kartlegging (2010) av hvordan fødeinstitusjonen og kommunen tok vare på behovene til barselkvinnen og det nyfødte barnet i barseltida viste svikt i samhandling, hjemmebesøk og journalhåndtering.
- Statens helsetilsyns kartlegging (2011) av helsestasjonstilbudet viste at mange av kommunene ikke tilbød barna helsestasjonstjenester i samsvar med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer.
- Fylkesmennenes landsomfattende tilsyn (2013) med helsestasjonstjenesten til barn i alderen 0–6 år avdekket mangelfullt samarbeid om barn med spesielle behov, og mangler ved kommunens planlegging og styring av helsestasjonstjenesten. Videre ble det avdekket at i flere av kommunene ble det tatt beslutninger om reduksjoner i undersøkelsesprogrammet og/eller slått sammen kontroller uten faglige vurderinger av risiko og uten at kompensierende tiltak var beskrevet.

4.3 Velferdsstaten – universalisme og ivaretagelse av utsatte grupper

Norge er en velferdsstat, bygget på prinsipper om universalisme og sosialdemokrati (Brekke og Jacobsen, 2017). Christensen og Berg (2017) definerer velferdsstat som en stat som i betydelig grad garanterer samfunnets medlemmer hjelp hvis de skulle komme ut for helsesvikt, sosial nød eller tap av inntekt, og som sikrer den enkeltes rett til utdanning. Velferdsstaten omfatter en lang rekke offentlige ordninger – sosialpolitiske ordninger, helse- og omsorgstjenester, utdanningsinstitusjoner og familiepolitiske ordninger, bl.a. svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten.

Svangerskapsomsorgen omfatter alle kontroller, tiltak og henvisninger som det er behov for i et normalt svangerskap, og har en oppslutning på nær 100 % i Norge. Dette er derfor en viktig arena for helsefremmende og forebyggende arbeid generelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Helsestasjonsprogrammet innebærer at alle barn mellom 0-5 år bør få tilbud om totalt 14 regelmessige konsultasjoner på helsestasjonen, inkludert et hjemmebesøk til nyfødte (Helsedirektoratet, 2017). Siden 2011 har andelen som har fått hjemmebesøk økt fra 78 til 83 %, og 97 % av nyfødte fikk en helseundersøkelse ved helsestasjon innen 8 ukers alder (SSB, 2016).

Til tross for de universelle tjenestene, er det slik at det ordinære tilbudet ikke er tilstrekkelig for alle førstegangsfødende, og at de ikke får den støtten og oppfølgingen de trenger. En utredningsrapport av Ogden, Kjøbli, Nærde, Olseth og Frønes (2015) tok blant annet for seg norske registerdata og forskning på risikofaktorer under graviditet og i barns første leveår. De konkluderte med at blant alle som hadde fått barn før fylte 26 år, var det på landsbasis omtrent 1 % som befant seg i en "høyrisikogruppe", kjennetegnet av blant annet lav utdanning og inntekt hos både seg selv og sine foreldre. Barne- og likestillingsdepartementet (2016) peker på følgende:

Barn og unges hverdag preges av voksenpersonene de har rundt seg, og gode oppvekstvilkår fordrer at disse voksenpersonene mestrer sin egen hverdag. Betingelsene for å være en voksen som bidrar til en god oppvekst for barn og unge kan handle om å være inkludert og tilknyttet arbeidslivet, ha trygg økonomi og sosiale nettverk.

Basert på Regjeringens vurderinger om behovet for forebyggingsarbeid, ble utprøving av NFP i Norge vedtatt i 2014². NFP er forankret i to tiltaksplaner og to opptrappingsplaner:

- *En god barndom varer livet ut – Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)*
- *Barn som lever i fattigdom – Regjeringens strategi (2015-2017)*
- *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*
- *Opptrappingsplanen mot vold og overgrep (2017-2021)*

² <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2014/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Vold-i-nare-relasjoner/>

5 Nurse Family Partnership (NFP)

5.1 NFP-programmets kjerneelementer

NFP-programmet er i dag operativt i følgende land: USA, Australia, Bulgaria, Canada, England, Nord-Irland, Skottland, Nederland, Norge, og har etablert et internasjonalt fellesskap (NFP International). University of Colorado Denver (UCD) er lisenshaver, og for å få beholde lisensen, er det kontraktfestet at NFP-land må implementere programmet med streng etterlevelse etter NFP-modellen (Jack et al., 2012). For at NFP skal kunne sammenlignes på tvers av land og implementeringsområder, og for å sikre implementering og måloppnåelse, har det blitt utviklet 14 kjerneelementer for hva programmet skal bestå av (Nurse-Family Partnership, revidert versjon 2017). Kjerneelementene tar utgangspunkt i de tre teoretiske rammeverkene som NFP er basert på: Bronfenbrenners humanøkologiske teori (1979), Bowlbys tilknytningsteori (1969) og Banduras mestringsteori (1977). Sammen understreker disse teoriene betydningen av familiens sosiale kontekst, foreldrenes emosjonelle tilgjengelighet og responsivitet, motivasjon og mestringstro. NFP har som mål å fremme sunne svangerskap og gode fødselsutfall, fremme sunn og god utvikling for barnet, og fremme positiv livsutvikling for mor/foreldrene. Dette gjøres blant annet ved å diskutere hvor viktig tilknytning er under hjemmebesøk og ved å lære mødrene foreldreferdigheter for å skape trygg tilknytning (Mejdoubi et al. 2011).

Kjerneelementene spesifiserer tre obligatoriske inntakskriterier for programdeltagelse: Kvinnen deltar frivillig, det skal være første svangerskap hun gjennomfører, og hun skal være rekruttert innen 28. svangerskapsuke. Det er i tillegg krav om at mødrene som deltar skal være risikoutsatte; Kostnadsanalyser har vist gode resultater for høyrisiko-mødre, mens investeringen ikke har svart seg for bedre fungerende mødre (Olds, 2006).

Ansatte i programmet inkluderer per dato ansvarlig saksbehandler (hos Bufdir), klinisk fagsjef, seniorrådgiver, teamledere, familiesykepleiere og teamsekretærer (hos RBUP). Saksbehandler har overoppsyn med implementeringen, mens klinisk fagsjef har det daglige implementeringsansvaret og holder tilsyn med arbeidet til teamlederne og familiesykepleierne. Teamledere skal sikre effektiv bruk av programmet, i tillegg til veiledning med familiesykepleierne. Familiesykepleierne jobber med familiene gjennom kartlegging, psykoedukasjon, atferdsendring og viderehenvisning. Alle familiesykepleiere og teamledere skal ha sykepleierutdanning og opplæring i gjennomføring av programmet. Familiesykepleierne skal anvende NFPs retningslinjer for hjemmebesøk og tilpasse dem til den enkelte families styrker og utfordringer. En familiesykepleier skal ikke ha mer enn 25 familier samtidig, og en teamleder skal ikke ha ansvar for færre enn 4 eller flere enn 8 familiesykepleiere. Samme familiesykepleier skal besøke samme mor hver gang, hjemme hos mor, til barnet fyller 2 år. Fedre oppmuntres til å delta. De første 4 ukene skal hjemmebesøk skje ukentlig, så annenhver uke til barnet er født. Etter fødsel skal det være ukentlige hjemmebesøk de første 6 ukene, og så annenhver uke til barnet er 21 måneder gammel. Fra barnet er 21 til 24 måneder skal hjemmebesøk skje månedlig. Totalt skal det være mellom 50 og 65 hjemmebesøk, og hvert besøk skal vare mellom 60 og 90 minutter (RBUP, 2016). Familiesykepleieren kan til en viss grad tilpasse frekvensen av hjemmebesøk til den enkelte familie.

Veiledning inngår i arbeidet til teamlederne, i form av regelmessig individuell veiledning, gruppeveiledning, teammøter og feltveiledning (hjemmebesøk med observasjon). Familiesykepleierne samler inn og dokumenterer data om deltakende familiers utvikling og utfall gjennom deltakelsen og egen utførelse av programmet. Teamlederne dokumenterer gjennomføring av opplæring og veiledning for sine teammedlemmer. Dataene brukes for å evaluere og veilede praksis på individ-, team- og

utprøvningsområdenivå, samt for å guide overordnet implementering og videreutvikling av programmet på sentralt/nasjonalt nivå.

Vertsorganisasjonen har ansvar for å sikre tilstedeværelse av støttesystemer, regelmessig datainnsamling og overvåking av implementeringsprosessen. Det oppfordres til at NFP skal ha en politisk forankring, både for å sikre at det bevilges nok penger til initiell implementering og for å vedlikeholde og eventuelt oppskalere programmet. Som del av det eksterne støttesystemet til programmet, skal det opprettes et nasjonalt fagråd og lokale råd. Disse skal bidra til å sikre kvalitet, bærekraftighet og støtte fra sentrale samarbeidspartnere.

5.2 NFP i Norge

Et samarbeid om utprøving av programmet ble inngått mellom Bufdir og Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør. For å velge de to utprøvningsområdene og sikre egenmotivasjon, ble det sendt ut en åpen invitasjon til over 200 kommuner. Aktuelle kommuner og bydeler ble oppmuntret til å melde sin interesse og fortelle om hvordan de ville bruke NFP. Utprøvningsområdene ble valgt på bakgrunn av blant annet befolknings sammensetning og eksisterende samarbeidsrutiner i den lokale svangerskapsomsorgen. På bakgrunn av tilbakemeldingene, ble bydelene Gamle Oslo og Søndre Nordstrand i Oslo (totalt 91 000 innbyggere i 2015) og kommunene Sandnes, Stavanger og Time i Rogaland (totalt 227 000 innbyggere i 2015) valgt ut som utprøvningsområder. En antok at hvert av utprøvningsområdene med dette utgjorde et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for å sikre rekrutteringen til utprøvingen.

Det ble reist spørsmål om NFP skulle gis i stedet for eller i tillegg til eksisterende helsetjenester for målgruppen. I likhet med blant annet NFP Nederland, ble det besluttet at i utprøvningsperioden ville målgruppen i Norge motta NFP i tillegg til andre tjenester, inklusive svangerskapsomsorgen. For utprøvingen i Norge er det satt rekrutteringsmål om totalt 150 familier (75 fra hvert utprøvningsområde). Inntakskriteriene er nærmere beskrevet nedenfor. NFP Norge opererer med en to-trinns rekrutteringsmodell. Denne prosedyren innebærer at lokale første- og andrelinjetjenester først henviser aktuelle førstegangsfødende kvinner til NFP, som så vurderer kvinnene etter inklusjonskriteriene for deltagelse, i dialog med de potensielle deltakerne. Samarbeid med henvisende instanser i kommunenes helse- og sosialtjenester er derfor avgjørende.

Bufdir har lisensen til NFP, og saksbehandler i prosjektet er ansatt her. Implementeringsansvaret er lagt til Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør. RBUP bidrar med faglig kompetanse, erfaring med implementeringsarbeid og forskningsstøtte, og et forskningsteam på RBUP assisterer med analyse av datainnsamlingen fra programmet. Klinisk fagsjef er ansatt ved RBUP, med ansvar for å fatte alle kliniske tilpasningsbeslutninger og tilpasse programmet til norsk faglig praksis. Sammen med en representant fra helsestasjonstjenesten i hvert utprøvningsområde, sto saksbehandler fra Bufdir og klinisk fagsjef for ansettelse av teamene i 2016. Det er etablert et team i hvert implementeringsområde, bestående av en teamleder, fire familiesykepleiere og en teamsekretær i halv stilling. Teamlederne ble ansatt i februar 2016, etterfulgt av teammedlemmene. Det var i utgangspunktet planlagt at teamene skulle ansettes lokalt i kommunene/bydelene. Det viste seg å være tidkrevende å få til et samarbeid mellom kommunene og bydelene når det gjaldt ansettelse. Av hensyn til tidsplanen for utprøvingen, besluttet en derfor å ansette teamene i RBUP, etter forslag fra kommunene.

I programmet er det et Nasjonalt fagråd bestående av representanter fra blant annet Helsedirektoratet, Arbeids- og Velferdsdirektoratet, KS, Allmennlegeforeningen, Norsk sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre, Jordmorforeningen, Jordmorforbundet og en erfaringskonsulent. Nasjonalt fagråd har en rådgivende funksjon, og bidrar i spørsmål knyttet til tilpasningsarbeid og struktur. I tillegg til det nasjonale

fagrådet, er det opprettet lokale råd i Rogaland og Oslo, med representanter fra begge bydeler i Oslo og fra alle tre kommuner i Rogaland. Rådene har faglig, administrativ og politisk kompetanse, samt en erfaringskonsulent. Målet er å verne om programmet i den lokale konteksten og å legge til rette for teamenes arbeid. Lisenshaver University of Colorado Denver (UCD) forvalter programmaterieell og sikrer programetterlevelse ved at alle tilpasningsforslag må godkjennes av NFP International. NFP International utgjør et rådgivende støttenettverk for alle land som arbeider med NFP, og muliggjør utveksling av erfaringer og materieell på tvers av landegrenser. Gjennom NFP International har prosjektlederne en mentor fra det internasjonale konsulentteamet til NFP, Ann Rowe lokalisert i England, som veileder dem i utprøvingen.

5.3 AFIs følgeevaluering av NFP i Norge – konklusjon i første delrapport

I august 2017 la Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), på oppdrag for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), fram "*Følgeevaluering av Nurse-Family Partnership (NFP) i Norge «Familie for første gang»*". Delrapport 1: *Oppstartsprosessen: 2016-2017*" (Nilsen og Pedersen, 2017). Dette var den første av to delrapporteringer fra prosessevalueringen. Delrapporten hadde fulgt utprøvingen i oppstartsfasen mellom våren 2016 og våren/sommeren 2017, og inkluderte ikke en resultatevaluering. I delrapporten konkluderte en med følgende:

- 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 når det gjelder opplæring av sykepleiere og start av rekruttering. Oppstarten har likevel vært noe preget av at nødvendig materieell 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 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.

Vi har med denne konklusjonen i vår utredning da den gir et godt bilde av status i utprøvingen og dermed også et bilde av det utgangspunktet vi hadde for den utredningen som her legges fram.

5.4 Utfordringer med utprøving av NFP i Norge – noen generelle betraktninger

5.4.1 Fra utprøving til ordinær drift – noen utfordringer for NFP i Norge

NFP i Norge gjennomføres som en utprøving i to utvalgte utprøvningsområder i perioden 2016 – 2019 og har i seg elementer av så vel et *prøve- og feile- basert forsøk* (utprøvingen følgeevalueres av AFI) og et *modellforsøk* (utvikle erfaringsbasert kunnskap med overføringsverdi). På den annen side har NFP også elementer av det som her omtales som det *forskningsbaserte* i og med at NFP-programmet kjennetegnes ved å være evidensbasert, har tydelige kriterier for utvalg av familier og at det i programmet benyttes klart definerte manualer som skal være styrende for aktivitetene. Videre kan det sies at NFP har i seg strenge krav til aktivitets- og resultatdokumentasjon. På den annen side kan NFP-programmet sies å befinne seg innenfor tjenestoområdet *forbyggende helsearbeid*, noe som utfordrer kravet til streng måldefinisjon. For som en av våre informanter uttrykker det; "resultatet av god forebygging, er jo det som ikke skjer, og det er det ikke lett å måle".

Forsøks – eller utprøvningsvirksomhet foregår per definisjon i mer ukjent terreng enn daglige gjøremål. Det gjør at ting har lettere for å gå galt dersom målformuleringen er uklar eller mangelfull, forsøket må vike plass for oppgaver i basisorganisasjonen, medarbeidere trekkes for sent eller for lite inn i planleggingen, oppfølgingen er dårlig, kommunikasjon svikter - både innenfor forsøket og mellom det og basisorganisasjonen - og hvis ansvarsforholdene er uklare. Som vi vil komme nærmere tilbake til senere i rapporten har vi i utredningen pekt på to sentrale utfordringer når det gjelder spørsmålet om overføringsverdi. For det første er NFP-teamene ansatt i RBUP og ikke lokalt, der NFP skal samspille med eksisterende tjenester i praksisfeltet. For det andre gjennomføres utprøvingen i to områder med stor befolkningkonsentrasjon. Distrikts-Norge, med spredt bosetting og lange avstander, er ikke representert. Begge disse utfordringene setter klare begrensninger for overføringsverdien.

5.4.2 Læring, endringsarbeid og implementering – noen utfordringer for NFP i Norge

Utredningen av et fremtidig NFP i Norge, har vist at man i et implementeringsperspektiv har stått og vil stå overfor to hovedutfordringer; det ene er implementering av NFP-programmet i utprøvningsområdene, og det neste er å implementere erfaringene fra utprøvningsperioden i eventuelle fremtidige kommuner. NFP-utprøvingen er som tidligere sagt, i en tidlig fase og implementeringsarbeidet like så. Det ligger ikke til utredningen å fokusere på implementeringsarbeidet i NFP, men vi vil her likevel trekke opp noen perspektiver og utfordringer knyttet til implementering, som vi mener en bør være klar over i det videre arbeidet.

Innføring av NFP i en norsk kontekst handler om læring og endring. Jacobsen (2012) peker på at problemer rundt en endringsprosess ikke oppstår kun som følge av innholdet i endringen, men også som et resultat av hvordan man velger å gjennomføre implementeringen. Pfeffer og Sutton (1999) har studert utfordringer knyttet til det å overføre kunnskap til handlinger som er forenlig med denne kunnskapen, og omtaler dette som "*the doing-knowing problem*". De legger vekt på at gapet mellom det å inneha kunnskap og det å bruke denne er viktigere enn gapet mellom uvitenhet og kunnskap. I en artikkel om implementeringsforskning, peker Flottorp og Aakhus (2013) på at en ikke har tilstrekkelig gode systemer for å sikre at helsetjenester er basert på den beste tilgjengelige kunnskapen. På den ene siden er det et problem at det tar for lang tid før dokumenterte tiltak tas i bruk i praksis. På den andre siden er det vanskelig å hindre at entusiastiske fagpersoner tar i bruk nye metoder som ikke er godt nok evaluert.

Den største utfordringen for organisasjoner ligger i det å transformere kunnskap og erfaring slik at den gir ny kollektiv lærdom. Dette henger blant annet sammen med at organisasjoner støtter seg på ulike typer

kunnskap (Bukowitz og Williams 1999). *Taus kunnskap* er den kunnskapen som ikke er nedfelt i rutiner og skriftlig materiale, men som er inne i hodene på folk, mens den *eksplisitte kunnskapen* henviser til den kunnskapen som er nedskrevet. Læring i organisasjoner har ulike formål. Hvilke virkemidler organisasjonen velger, bør være tilpasset formålet med læringen. Viktige læringsformål for organisasjonen er sosialisering, faglig/funksjonell utvikling og rolleutvikling. I tillegg må formålet for organisatorisk læring ses i en total utviklingsammenheng relatert til de utfordringer som organisasjonen står overfor, blant annet i forhold til endringer i virksomhetens rammevilkår. Sosialisering handler blant annet om at den enkelte blir en del av organisasjonen, forstår og aksepterer gjeldende atferdsregler, identifiserer seg med sin gruppe og ser sin rolle i forhold til helheten. Sosialisering er en kontinuerlig prosess. En viktig del av sosialiseringen sett fra organisasjonens ståsted er å integrere medlemmene i organisasjonens kultur, som i stor grad dreier seg om å forstå organisasjonens tause kunnskap.

Kommunehelsetjenestene er kunnskapsorganisasjoner der de ansatte har stor kompetanse og spesialisert fagkunnskap, med sterk fagforankring og autonomi. En økende andel ansatte med høyere utdanning medfører at antall profesjoner og spesialister tiltar. Dette resulterer i økende organisasjonsmessig kompleksitet som setter nye og økte krav til intern koordinering. Ansatte med høy utdanning krever som regel autonomi i jobben, myndighet til utforming av arbeidsoppgaver og deltagelse i strategiske vurderinger. Ledelsesfunksjonen får et dilemma i balansering mellom standardisering som grunnlag for indre effektivitet og autonomi for å opprettholde ytre effektivitet³.

Motstand er en viktig endringsutfordring. Omstilling og nye tiltak møter motstand og avvisning. Åpen og skjult motstand finnes i alle organisasjoner. I stedet for å tolke dette som illojalt og negativt, kan man se på dette som en mulighet til kreativitet for å finne nye løsninger. Maurer beskriver motstand som noe som kan brukes på en positiv måte, og ikke nødvendigvis er noe negativt som må bekjempes. Men for å få til dette, må en først forstå motstanden. Han beskriver hvordan utvikling og forandring er umulig uten motstand, at motstand blant annet er uttrykk for beskyttelse, energi og paradoks (Maurer, 1996).

5.4.3 Om samhandling – noen utfordringer for NFP i Norge

Både primærhelsemeldingen og samhandlingsreformen legger vekt på behovet for å utvikle en mer tverrfaglig og teambasert tjeneste for å bli bedre til å tilby helhetlige tjenester, der hovedansvaret for behandling og oppfølging ligger i kommunen. Utfordringene krever både bedre og mer spesialisert kompetanse og andre samarbeidsformer. Dette stiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor både ressurs- og kapasitetsutfordringer, kunnskap- og kompetanseutfordringer, og organisasjons- og samhandlingsutfordringer. NFPs kobling til og samhandling med helsestasjonene har vært et gjennomgående tema i utredningen. I våre intervjuer ble det blant informantene pekt på at kommunene, historisk sett, har stått overfor utfordringer i tilrettelegging av tilbudet ved helsestasjonene. Videre argumenteres det for at det hadde vært en bedre anvendelse av pengene å styrke eksisterende kompetanse og å fokusere på samhandling generelt, heller enn å jobbe innenfor de kravene som følger av et lisensbasert program spesielt. NFP i Norge er fortsatt i hva en kan kalle en innledende fase av utprøvingen, men slik vi ser det vil oppmerksomheten omkring samhandling mellom NFP og øvrig tjenestetilbud måtte stå sentralt i det videre utviklingsarbeidet. Vi har derfor i Vedlegg 2 presentert et utvalg forskningsrapporter hvor det er satt søkelys på utfordringer, suksesskriterier og barrierer knyttet til samhandling. Vi mener dette vil være nyttig lesning

³ Hennestad, B.W., Revang, Ø., "Endringsledelse og ledelsesendring", Universitetsforlaget. Indre effektivitet handler om å være fokusert på masseproduksjon til lave kostnader, dvs å gjøre tingene riktig. Ytre effektivitet forstås som å tilfredsstille markedet bedre, dvs å produsere de riktige tingene.

som grunnlag for den videre utprøvingen av NFP i Norge, spesielt fordi disse rapportene har oppmerksomheten rettet mot samhandlingsutfordringer i en norsk kontekst.

Oppsummert vises det i vedlegget til at det eksisterer mye kunnskap om suksessfaktorer og barrierer for tverrsektorielle tiltak. Dette kunnskapsgrunnlaget bør benyttes ved utforming av tiltak som har til hensikt å skape mer sammenhengende og helhetlige tjenester for utsatte grupper. NFP i Norge inngår blant disse tiltakene. En stor utfordring for nær sagt alle tiltak som prøves ut, er hvordan man skal sikre overgangene fra prosjekt til innlemming i ordinær drift. Mange tiltak får prosjektmidler fra myndighetene, noe som er viktig for å klare å rette oppmerksomhet mot, og sette i gang aktivitet på et område. Når prosjektperioden er over begynner imidlertid "kampen" om kommunale budsjettmidler og forhandlinger mellom aktørene, hvem som skal ha ansvar og hvem som skal finansiere den videre driften av tiltaket. I tillegg kan effektene av tiltak være vanskelig å påvise på kort sikt, siden mange har en forebyggende karakter. Dette kan gjøre det ytterligere vanskelig å argumentere for at et enkelttiltak bør prioriteres framfor andre. Etter vår vurdering vil en her stå overfor utfordringer når en videreføring av NFP skal vurderes.

5.4.4 NFP i Norge og relasjonen til kompetansesentrene

Utprøvingen er etablert som en prosjektorganisasjon med et regionalt kunnskapscenter i en sentral administrativ og faglig rolle. Selv om det er enighet blant våre informanter om at prosjektorganiseringen (NFP-teamene er ansatt i RBUP) ikke er en ønsket løsning dersom NFP skal implementeres som et permanent tilbud i Norge, er det på den annen side like bred enighet om at kunnskaps- og kompetansesentrene bør spille en viktig rolle ut fra sin faglige og forskningsmessige tyngde. Hvilke kompetansesentre som bør inkluderes og hvilken rolle de bør ha, er imidlertid ikke like tydelig.

Det finnes et bredt spekter av kompetansesentre/tjenester både i og utenfor spesialisthelsetjenesten, innen både omsorg-, psykisk helse – og rusfeltet. Kunnskaps- og kompetansesentre/tjenester er sentrale i myndighetenes satsing på å styrke kompetansen i kommunesektoren på politisk prioriterte områder, og på tvers av tjenesteområder. De er opprettet for å styrke kompetansen i tjenestene på kunnskapsvake områder, og arbeider med målrettet forskning, kunnskapshåndtering, implementering, undervisning, veiledning og annet kvalitetsfremmende arbeid. De skal også gi kunnskapsstøtte til beslutningstakere. Gjennom virksomheten skal sentrene bygge bro mellom forskning, praksis og utdanning, og slik bidra til mer kunnskapsbasert praksis og beslutninger. Sentrene skal være aktive formidlere av kunnskap, pådrivere for at kunnskap spres, resultater følges opp og eventuell ny kunnskap skapes. Eksempler på kompetansesentre:

- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Kompetansesenter rus (KORUS)
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU)
- Regionalt kunnskapscenter for barn og unge. Psykisk helse og barnevern (RKBU/RBUP)
- Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
- Nasjonal kompetansetjeneste for kombinert ruslidelse og psykiske lidelser (ROP)
- Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I tillegg til ulike fagområder, er kompetansesentrene ulikt organisert med ulikt dekningsområde; fra nasjonalt, til regionalt og fylkesvis. *RKBU/RBUP* skal bidra til å øke kvaliteten på tjenestene rettet mot barn og unges psykiske helse. Kompetansen ved sentrene spres gjennom tjenestestøtte, forskning, undervisning og formidling. Sentrene har som deler av sitt oppdrag å drive kompetanseheving "i tråd med kommunenes behov". Sentrene mottar rammebevilgning fra Helsedirektoratet. *KORUS* er opprettet for å styrke kompetansen og kvaliteten i relevante tjenester og skal gjennom kompetanseoppbygging bidra til arbeid på

tvers av sektorer og til at praksisfeltet tar i bruk kunnskapsbaserte og virksomme tiltak og metoder. Sentrene retter seg mot kommunale og statlige tjenester, og har et særlig ansvar overfor kommunene. Arbeidet ved kompetansesentrene er finansiert gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet.

I 2009 la en tverrfaglig sammensatt prosjektgruppe med representanter for alle skal-profesjonene innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten fram rapporten "*Nasjonalt Kompetanse – og utviklingscenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En ide- og planskisse fra prosjektgruppe i regi av Landsgruppe for helsesøstre, NSF*". Behovet for et slikt senter ble begrunnet med at det i dag ikke er noen instans som er tillagt en fast rolle med informasjonsspredning, veiledning, fagutvikling, forskning til den helsefremmende og forebyggende helsetjeneste for gravide, barn og unge. Det er i stor grad opp til den enkelte virksomhet å sørge for at dette blir ivaretatt. Det ble pekt på at mye av det som skjer innenfor tjenesten derfor er begrunnet i «erfæringsbasert kunnskap». Dette er ikke en ubetydelig kunnskap, men denne kunnskapen bør også dokumenteres, evalueres og forskes på. Dette sentret var tenkt å skulle være en viktig leverandør av aktiv publisering og formidlingsvirksomhet, noe man mente kunne heve tjenestens og arbeidets prestisje. Helsedirektoratet anbefalte opprettelse av et utviklings- og kompetansesenter i sin Utviklingsstrategi fra 2010:

Helsedirektoratet anbefaler at oppgaver innen fagutvikling og forskning for dette feltet styrkes. Dette er av særlig betydning for å kunne etablere bedre kunnskap enn i dag om hva som er effektive tiltak innen disse tjenesteområdene i et samfunnsperspektiv. Det anbefales etablering av et forskningsmiljø, fortrinnsvis i tilknytning til en eksisterende forskningsinstitusjon med forebyggende og helsefremmende fokus. Å styrke dette fagfeltet innen forskning og fagutvikling vil kunne bidra til at kommunene vil kunne velge de tiltakene som gir effekt og som er kostnadseffektive.

I henhold til tilbakemeldinger vi har fått fra Helsedirektoratet (desember 2017), så er denne saken ikke blitt fulgt opp. Det vises til at det i etterkant av anbefalingen fra 2010, har det vært en gjennomgang av alle kompetansesenter utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er et politisk ønske om ikke å opprette flere slike sentre, men heller se om det er mulig å samordne eksisterende.

Etter vår vurdering bør NFP inkluderes i en slik drøfting av en fremtidig samordning av eksisterende kompetansesentre. Tilbudet i NFP er innrettet mot høyrisikogrupper kjennetegnet av problematikk både innenfor fagområdene rus, psykisk helse og barnevern. I særlig grad helsestasjonene, men også familievernkontorene trekkes fram som naturlige fagmiljøer for NFP å samarbeid med. Slik kompetansesenterstrukturen ser ut i dag (se oversikten ovenfor), vil det være flere relevante samarbeidspartnere for et fremtidig NFP i Norge. Etter vår vurdering vil det være naturlig at NFP inkluderes i diskusjonen om en fremtidig samordning av eksisterende kompetansesentra.

6 Erfaringer med og vurderinger av NFP i Norge – resultater av intervjuer med informantene

6.1 Innledning

Vi presenterer i dette kapittelet resultatene fra datainnsamlingen. Utredningen setter søkelys på hva som kan være hensiktsmessig systemforankring og organisering i norsk sammenheng, hvem som bør være eventuell varig norsk lisenspart, og hvordan NFP-ansattes særlige kompetanse skal kunne anerkjennes. Dette utgjør hovedstrukturen i den videre presentasjonen. Det begrensede erfaringsgrunnlaget gjør at våre informanter mer antyder og skisserer mulige veivalg når det gjelder hovedspørsmålene i utredningen, enn å legge fram entydige svar basert på et solid erfaringsgrunnlag. Utprøvingen pågår i perioden 2016-2019, noe det er grunn til å anta anses som en nødvendig tidsperiode for at ordningen skal få etablert seg både lokalt og sentralt og at man skal få høstet erfaringer underveis og foreta nødvendige justeringer. Alle involverte i utprøvingen vil lære underveis, både i form av egenerfaring lokalt og sentralt, og gjennom følgeevaluering. Og i den grad denne læringen danner grunnlaget for endringer, så vil NFP i Norge etter all sannsynlighet se annerledes ut i slutten av prøveperioden (2019) enn det gjorde i starten (2016/2017).

6.2 Informantenes erfaringer med og vurderinger av organisering og finansiering av NFP i Norge

Et sentralt tema i utredningen og for informantene har vært å se **NFP som en del av det eksisterende tjenestetilbudet**. Svangerskapsomsorgen og oppfølgingen av førstegangsfødende i Norge blir generelt sett beskrevet som godt utbygget. Selv om dette gjør at enkelte har stilt spørsmålet om vi har behov for NFP, så er informanter både i kommunene og blant sentrale aktører tydelige på at en fortsatt har et stykke vei å gå når det gjelder tjenestene rettet mot de sårbare gruppene. Videre pekes det på at det fortsatt gjenstår en del før man har bygget "grunnmuren" for tilbudet ved helsestasjonene (ressurser og tilbud i henhold til gjeldende nasjonale retningslinjer). Se også vedlegg 1 om resultater av statlig tilsyn. Det er bred enighet om at samfunnet har mye å hente på forebyggende helsearbeid. Men utfordringer i mange kommuner har vært at en ikke har ressurser, verken når det gjelder jordmødre eller helsesøstre, til tilstrekkelig ivaretagelse og oppfølging tidlig i svangerskapet. Når en da møter sårbare gravide, så har man ikke kapasitet til å ta seg av dem. I særlig grad i NFP-rådene og NFP-teamene argumenteres det for at NFP kan bidra med en type kompetanse man ikke har i tilstrekkelig grad i dag.

I intervjuene med informantene kommer det frem at **grunntilbudet ved helsestasjonene** varierer. Og variasjoner i "grunnpakken" mener en vil påvirke i hvilken grad en opplever at NFP har noen betydning – har noe virkning. I intervjuene med kommuner og bydeler påpeker informantene at dersom en satses på å bygge opp grunntilbudet i henhold til gjeldende krav, så vil en ha kommet langt i tilbudet til familiene. NFP må ikke gå på bekostning av grunntilbudet, men "legges på toppen av eller være et tillegg til grunntilbudet". Informantene vurderer NFP som et veldig dyrt tilbud, som går til en liten gruppe, og at de er opptatt av at det ikke skal være slik at et spesielt tilbud til en sårbar gruppe skal gå på bekostning av det universelle tilbudet. For informantene vi har snakket med, ville det vært et viktig tiltak å sikre grunnmuren ved helsestasjonene og i svangerskapsomsorgen. Kombinert med å bygge inn noe ekstrakompetanse i denne grunnmuren (eksempelvis relasjonskompetanse), så ville en etter all sannsynlighet funnet fram til høyrisikofamiliene uten å implementere et tillegg (NFP). I forlengelsen av dette resonnetet peker informantene på at kompetansen til å kunne bistå utsatte familier er tilstede, men at det svikter og familier glipper grunnet manglende tverrfaglig samarbeid, med tydelige roller og ansvar. Hvis en kommer bort fra å tenke "fagsiloer" så hevdes det i kommunene at man bedre vil kunne nyttiggjøre seg den samlede

kompetansen på en bedre måte. Kommunene opplever på den ene siden at de selv kan løse mange av utfordringene NFP er tenkt å løse, om de hadde fått noe ekstrakompetanse og styrket de universelle tjenestene. Samtidig sier informantene på helsestasjonene at «uansett hvor mange ganger du tar dem inn på helsestasjonen på halvtimes konsultasjoner, så får du ikke ryddet opp i alle de nivåer i livet som det må ryddes opp i». For denne gruppen vil NFP-programmet kunne ha stor betydning. Noe av dette skyldes innholdet i programmet, men også fordi NFP-sykepleierne får en rolle som koordinator på vegne av familiene, og tilrettelegger for samarbeid på tvers av «fagsiloene» i kommunen og NAV for helhetlig oppfølging av familier som har store og sammensatte problemer. Denne koordineringsfunksjonen seg å ha fått stor betydning i den norske utprøvingen.

Behovet for **god samhandling** vies stor oppmerksomhet blant våre informanter. (Generelle utfordringer knyttet til samhandling er gitt en bredere omtale i vedlegg 2). Informantene presiserer at det er en forutsetning for **et samlet helhetlig tilbud** at de ulike instansene og etatene kjenner hverandre og kjenner til hvilke tiltak som er satt i verk. Det vises her bl.a. til at i de nye retningslinjene for helsestasjonene så har en beskrevet tydelige krav om hva som må være på plass når det gjelder samarbeid og rutine for samarbeid. Norge har godt utbygde universelle tjenester for familier og førstegangsfødende, og våre informanter presiserer betydningen av at NFP i en norsk kontekst **inngår i et samarbeid** med det øvrige tjenesteapparat for at det samlede tilbudet skal fremstå så enhetlig som mulig. Dette betyr at mye av tiden til familiesykepleierne vil gå med til samhandling og møter med helsestasjon, barnevern, psykisk helsevern o.a. For informantene er det viktig å påpeke at de familiene som er med i NFP-programmet også får være **med i de ordinære tilbudene**, at de får være med i en ordinær barselgruppe, så de ikke sitter med "opplevelsen av å være noe helt utenom og at alt er annerledes". En slik deltakelse i det ordinære vil styrke familien i foreldrerolle. Dette forutsetter også at de som jobber på helsestasjonene har god kjennskap til NFP-programmet, "så de kan støtte opp om det på en god måte". Deltagerne blir også rekruttert gjennom det ordinære tilbudet på helsestasjon, så godt utbygde tjenester og nærhet til helsestasjonene vil være av betydning for å få til vellykket rekruttering.

Et poeng som understrekes av noen/mange informanter er at NFP i en norsk kontekst må ta høyde for det godt utbygde universelle tjenestetilbudet og at antall familier per familiesykepleier må tilpasses en ikke uvesentlig bruk av tid på samhandling. Opplevelsen blant noen av våre informanter, spesielt i kommunene, er at NFP, så langt, har vært et tilbud som har ligget på siden av det ordinære, og at en ikke i tilstrekkelig grad har maktet å integrere NFP som en naturlig del av en helhet. Dette skyldes i noen grad de strenge lisenskravene, som setter krav til organisering og levering av programmet, men også at NFP er rettet mot en spesielt sårbar gruppe og at denne typen programmer går langt utover det ordinære tilbudet.

I diskusjonen om at NFP kan oppleves som "et tillegg som lever sitt eget liv på siden av helsestasjonene", mener flere av informantene både i kommunene og blant sentrale aktører at for å unngå et slikt skille og sikre at familiene får færrest mulig personer å forholde seg til, at man bør vurdere om familiesykepleierne skal ha ansvaret både for NFP-oppfølgingen og den ordinære oppfølgingen fra helsestasjonen. Poenget vil her være å se helheten, tenke styrkebasert og med fokus på det relasjonelle, kompetanse som helsestasjonene har i varierende grad pr i dag⁴. Samtidig blir det poengtert at det er viktig med **gode kjøreregler og dialog med barnevernet**. NFPs deltakerfamilier regnes blant de mest risikoutsatte, og hvis man da ikke har med seg barnevernet i en dialog, kan man risikere å bomme med hensyn til tiltak. Videre trekkes fastlegene, kommunelegene og familievernkontorene fram som viktige samarbeidspartnere for NFP når det gjelder å få til et helhetlig tjenestetilbud.

⁴ En slik ordning er, på utredningstidspunktet, ikke diskutert med lisensgiver. En vet derfor ikke hva som er mulig å få til, ut over de forventningene som er satt til minimum timeantall pr sykepleier.

Fastlegen er ofte den familiene først er i kontakt med i svangerskapet. Utfordringen blir her om fastlegene "husker på NFP" i en ellers hektisk hverdag preget av korte konsultasjoner. Med en relativt begrenset høyrisikogruppe og mange fastleger, vil det kunne gå lang tid for den enkelte fastlege mellom hver gang NFP vil kunne være et aktuelt tilbud "å hekte en familie på". Da blir utfordringen todelt; for det første om fastlegen har tid og kompetanse til å avdekke eller oppdage "risikofamiliene", og dernest om fastlegene "husker på NFP som et mulig verktøy". Svikter det i dette tjenesteledet, kan man også risikere at familier aktuelle for NFP glipper. Et annet perspektiv når det gjelder fastlegene, er at de oppfattes å jobbe annerledes enn helsestasjonene. Fastlegene er gode på å forbygge diagnoser, men har mindre kompetanse og erfaring med å forebygge en skjev utvikling i livet. I NFP skal fastlegene ikke bare finne de medisinske diagnosene, men de skal på sett og vis "diagnostisere et liv", og se etter faresignaler. Her er helsestasjonene mer erfarne med å se ting i sammenheng.

Som et alternativt kontaktpunkt når det gjelder legene, vises det til **kommunelegene** som har et mer overordnet blikk på kommunen, som kan ha kunnskap om NFP sammen med den universelle tjenesten, og som vil ha lettere for å se helhet i det kommunale tjenesteapparatet. Når det gjelder kobling av NFP til det øvrige tjenestetilbudet trekkes i tillegg til helsestasjonene og kommunelegene, også fram **familierverskontorene** som en sentral aktør. Familievernkontorene er en rådgivningstjeneste med god relasjonskompetanse og som jobber med familiestøtte, og hvor det i de nye retningslinjene heter at helsestasjonene skal ha et samarbeid med familievernkontoret. Familierådgivningskontorene vil kunne tilføre det samlede tjenestetilbudet for den aktuelle brukergruppen en kompetanse som helsestasjonene ikke innehar pr i dag.

Når det gjelder organiseringen av NFP i Norge, har vi intervjuet sentrale aktører som vektlegger at jo tettere en legger tilbudet i NFP opp til eksisterende tjenestetilbud, jo lettere vil det bli å implementere. Dette gjelder også **NFP-rådet**, hvor synspunktene går i retning av at NFP bør settes på agendaen i allerede etablerte kommunale tverrfaglige råd og samhandlingsarenaer, og ikke særbehandles, noe som vil motvirke opplevelsen av avstand mellom "oss og dem". Utfordringen blir om forventningene fra NFPs lisensinnehaver gir rom for en slik løsning.

Blant informantene i NFP-rådene, teamene og sentralt i utprøvningsgruppen, opplever vi at det er generelt god kunnskap om og innsikt i hva NFP er og hva det kan løse. Utenfor den tetteste gruppen i de to utprøvningsområdene ser vi derimot at det er noe mangelfull kunnskap om hva NFP innebærer, og muligheter og begrensninger ved programmet. De lisensierte føringene for organisering av tilbudet er en begrensning det er manglende innsikt i. Samtidig er mulighetene og styrkene i programmet heller ikke åpenbare for alle. Informasjon om programmet som gir en bedre forståelse av programmet vil være viktig i en eventuell videreføring og utvidelse av programmet.

Våre informanter problematiserer sine erfaringer med **NFP-teamene**. Teamene skal drive tett oppfølging av familiene i form av hjemmebesøk. Denne tette relasjonen pekes på både som NFP-programmets styrke og svakhet; Styrke ved at familiene har en person å forholde seg over tid og som kjenner familien godt, men svakhet knyttet til sårbarhet dersom familiesykepleieren blir sykmeldt, slutter eller tilsvarende. Det argumenteres for, både blant informanter lokalt og sentralt, at teamene må ha en størrelse og robusthet til å fange opp denne typen endringer, samtidig som teamene må tilfredsstille de kravene som stilles innenfor NFP. I utprøvningsperioden er det opprettet et team i hvert av utprøvningsområdene, hvert bestående av en veileder/teamleder, fire sykepleiere og en sekretær (i halv stilling). I NFP-programmet er det lagt til grunn at sykepleierne skal følges opp med jevnlig veiledning av veileder, både individuelt og som team. Dette beskrives som nok et sårbart punkt ved teamstrukturen, dersom veileder trekker seg fra teamet. "Hvordan ivaretas kontinuiteten dersom dette skjer?" I utgangspunktet valgte man minimumsstørrelsen på teamene,

bl.a. fordi en var usikre på hvordan teamet ville fungere i en norsk kontekst, og hvordan man skulle få til rekrutteringen av brukere. I tilbakemeldingene fra informantene pekes det på at en bør vurdere større team med flere sykepleiere for å gjøre teamet mer robust og mindre sårbart for sykefravær, permisjoner o.l. Dette vil imidlertid skape utfordringer for organisering av NFP, særlig med tanke på hvor stort område et slikt team kan dekke, og hvordan det skal forankres. Denne størrelsen på teamet har en heller ikke prøvd ut på utredningstidspunktet.

NFP-teamene jobber mye ute i familiene, og blant teammedlemmene oppleves teamene som en viktig base, et sted man kan møte kolleger og få ukentlig veiledning. Dette fungerer også som en arena for å diskutere tunge saker. Samtidig trekkes betydningen av nærhet til helsestasjonene fram, for å demme opp mot opplevelsen av stigmatisering blant familiene. Denne kombinasjonen av teamstruktur og nærhet til helsestasjonene lokalt blir også sett på som utfordrende ved et interkommunalt samarbeid, hvor et team skal dekke flere kommuner eller bydeler, hvor det er flere helsestasjoner. Det pekes derfor på blant våre informanter i NFP og i kommunene at det ikke må være for mange kommuner og helsestasjoner for hvert av teamene da det er viktig at man sikrer en god forankring til øvrig tilbud i kommunene, at familiesykepleierne har en nærhet til det miljøet familien bor i, slik at familien både kan ha et forhold til sin familiesykepleier, samtidig som de har en nærhet til sin helsestasjon.

NFP-teamene opplever at det er viktig å være lokalisert sammen. Sykepleierne er mye ute på hjemmebesøk, og teamene understreker derfor at det er viktig å ha muligheten til å diskutere og drøfte sammen med teamet når man er på kontoret. NFP-teamet burde på bakgrunn av dette ikke fordeles utover flere helsestasjoner, men holdes samlet. «Jeg ser hvor viktig det er å ha en base, det å kunne møte kollegene mine, det å ha den ukentlige veiledningen, det å møte hverandre mest mulig, helst om så det bare er i døra her. For vi jobber jo alene hele tiden ute, med tunge saker, så det å ha en base der du treffer kolleger eller veiledere tror jeg er litt viktig for å kunne stå i en sånn type stilling». Samtidig mener teamene at de med fordel kunne vært organisert nærmere helsestasjonene enn de er i dag, selv om de fremdeles vil holde på sin egen organisering. «Vi er jo helsepersonell og sykepleiere og jobber med samme mål som de som jobber på helsestasjonen. Men samtidig så gjør vi noe annerledes enn på helsestasjonen, sånn at jeg tenker at organisatorisk hører vi mer hjemme der, og at det ville være en gjensidig vinn-vinn situasjon om vi var lokalisert nær jordmødre og helsesøstre. [...] Vi kunne være samlokalisert i en helsestasjon, og så ha utedagene i de andre for eksempel». For NFP-teamene er det derfor sentralt at man i en videre organisering klarer å finne et kompromiss mellom team-organisering og tilknytning til helsestasjonene.

En av styrkene ved NFP som trekkes fram av våre informanter er at man, i det man gjør, har et **evidensbasert** grunnlag for de valgene man tar og de tiltakene som settes i verk. Og at man samler kunnskap underveis som grunnlag for videre forskning. Flere av våre informanter har etterlyst denne måten å jobbe på overfor familier med store utfordringer, i form av tett oppfølging og at arbeidsmetodene er evidensbasert, noe som de siste årene har stått sentralt i arbeidet med fagutvikling innenfor helsestasjonsfeltet. Informanter i kommunene, men også informanter knyttet til NFP, mener at fagutvikling og metodevalg i for stor grad er preget av tro og synsing, og har i for liten grad vært fundert på forskning og dokumentert effekt.

I utredningen trekkes det fram to perspektiver omkring spørsmålet om **utprøvsperioden og tilstrekkelig rekruttering**. I utprøvsperioden har man valgt to områder med relativt stor befolkningstetthet, noe som i utgangspunktet skulle sikre utprøvsperioden et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for rekruttering. Våre informanter viser til at man med dette ikke får prøvd ut om NFP er egnet i mer grisgrendte strøk, noe en mener reduserer overføringsverdien av de erfaringene en høster i utprøvsperioden.

Det trekkes imidlertid fram som sentralt for forsøk med NFP i Norge at man i utprøving har valgt områder med i utgangspunktet et tilstrekkelig antall familier som er aktuelle for NFP i Norge. Dette for å sikre et erfaringsgrunnlag for å kunne si noe om behovet for programmet og om NFP fungerer og er egnet i en norsk kontekst (NFP i relasjon til øvrig tjenestetilbud for aktuell brukergruppe). Våre informanter peker derfor på at man med "norsk kontekst" i utprøvsperioden, mener tjenestetilbudet i områder med stor befolkningstetthet. På denne bakgrunn mener informantene at konklusjonen fra utprøvingen kan bli at NFP er egnet til bruk i Norge, men kun i sentrale strøk. Dette betyr imidlertid ikke at NFP med nødvendighet ikke er egnet for mer spredt befolkede områder, men at man i utprøvsperioden ikke har høstet erfaringer for å kunne si noe om det. Det er enighet blant informantene om at målgruppen for NFP (høyriskogruppen) også eksisterer i Norge og at erfaringene viser at "selv med et så godt utbygget tjenestetilbud som det norske, så er det familier som ikke fanges opp av tjenestenettverket". Som det uttrykkes: "Behovet er der, men utfordringen vil være å gjøre NFP kjent i fagmiljøene og blant familiene, og ha metodikk i alle ledd for å avdekke og nå ut til familiene".

Det er bred enighet blant informantene, både lokalt og sentralt, om betydningen av en lokal forankring av NFP, samtidig som en er klar over at mange kommuner er for små til å ha et eget team, og også en egen familiesykepleier. Det er likevel enighet blant informantene om at arbeidet skal gjøres lokalt, i praksisfeltet, men for at ressursene ikke skal forvitte og benyttes til andre oppgaver, understreker de viktigheten av en "overordnet forankring over kommunenivå", som har ansvar for gjennomføring og som sikrer kompetanse. Informantene peker på at varetakelse av **NFP i mer spredt befolkede områder vil bli en utfordring**, spesielt da man ikke høster slike erfaringer gjennom utprøvingen. I praktisk hverdag peker våre informanter på to elementer som skal ivaretas; familiesykepleierens behov for veiledning, og familiesykepleierens tette oppfølging av familiene i form av hjemmebesøk. I valg av antall familier som familiesykepleierne skal følge opp, må en ta hensyn til geografiske avstander ettersom programmet leveres gjennom hjemmebesøk, og maksantallet må derfor tilpasses i hvert enkelt tilfelle. En annen vurdering, som informantene i kommunene trekker fram, er om man i deler av landet bør se nærmere på en løsning hvor familiesykepleieren dels ivaretar NFP-familier, og dels er knyttet til eksempelvis en helsestasjon. Utfordringen med en slik løsning er at NFP-andelen ikke "blir spist opp av en hektisk hverdag ved helsestasjonen". Det sentrale er at tilbudet bør være det samme til alle NFP-familiene og følge kjerneelementene i programmet; "for gjør man ikke det, så er det ikke NFP". Men så kan det være at en konkluderer med at rammene for NFP-programmet ikke lar seg tilpasse mer spredt befolkede områder, at man ikke kan tilby alle familier å være en del av NFP i Norge. Utfordringen blir da å utvikle et annet tjenestetilbud i deler av landet, et tilbud som ikke er NFP, men som kanskje bygger på mye av de samme ideene og den samme tenkningen. For som det pekes på, betydningen av tidlig avdekning av behov og tett oppfølging er noe man har visst om lenge, og som ikke er noe spesifikt ved NFP-utprøvingen.

Effekt av NFP og prioritering av ressurser. Våre informanter, og da særlig i kommunene, presiserer at implementering av NFP i Norge til syvende og sist vil være et spørsmål om disponering og prioritering av ressurser. For spørsmålet blir; skal en satse mye på de få, på bekostning av litt mer til de flere? Igjen dukker med andre ord spørsmål om valg av det selektive framfor det universelle opp, i en situasjon med knapphet på ressurser. I denne diskusjonen trekkes det også fram at dersom man med den sterke satsingen i NFP "redder" et fåtall familier fra et lengre løp i rusomsorg, barnevern og psykiatri, og får dem i utdanning og arbeid, så har satsingen "betalt seg" i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Utfordringen vil imidlertid være å se om det kan spores effekt av tiltaket i et lengre perspektiv, ut over de 2-3 årene hvor familiene er knyttet til NFP. For, som det blir påpekt, selv om det kan spores effekter av denne typen tiltak i andre land, betyr ikke dette med nødvendighet at det vil skje i en norsk kontekst, hvor det også kan være vanskelig å avdekke årsak-virkning knyttet til enkelttiltak i et så godt utbygd universelt tjenestetilbud som det norske. I et slikt perspektiv vurderes det som helt sentralt for NFPs eventuelle framtid i Norge at politikerne, både sentralt og

lokalt, ønsker å bruke ressurser på NFP. For selv om et av målene med NFP kan sies å være å bryte negativ sosial arv og redusere utgiftene til barnevernet, så må dette sannsynliggjøres.

Våre informanter er enige om at med tidlig avdekning og den intensiteten som følger av oppfølgingen i NFP-programmet, er det liten tvil om at dette sannsynligvis vil hjelpe mange familier. Men samtidig argumenteres det for at en slik effekt ville en sett uansett hvilket program en slik oppfølging var en del av. Det spørres også om innholdet i NFP er noe vesentlig annet enn det man allerede har i tjenesteapparatet, eller om forskjellen er intensitet og ressursbruk. Blant informantene settes det også et spørsmålstegn ved om metoden i NFP er god nok til å avdekke de bakenforliggende årsakene til det familien sliter med. Blant våre informanter vises det til at ofte så er årsaken at familiene er fattige, at de ikke får ting til å gå rundt, noe som også påvirker relasjonen mellom mor og far, og mange sider ved livet. Spørsmålet som våre informanter stiller er om man i NFP-programmet går inn på og spør om de grunnleggende tingene rundt dette med økonomi, tilknytning til arbeid, boforhold. Som en informant uttrykker det: "Det hjelper ikke å støtte familien hvis årsaken til at ting er vanskelig ligger utenfor det programmet kan gjøre noe med". Og hvis man da ikke jobber inn i en kommunaltjeneste, prøver å tenke hvordan en eksempelvis kan koble familien på NAV eller koble familien at andre typer tiltak i kommunen, så peker informantene på at da blir grunnlaget feil og de grep som tas, like så.

Det er stor grad av enighet blant våre informanter om at det både for det enkelte individ og for samfunnet kan være tjenlig å bruke ressurser på familier som i utgangspunktet er litt svakere stilt enn andre familier, og at NFP kan være et nyttig supplement i en situasjon hvor man har begrenset med ressurser til rådighet, bl.a. når det gjelder jordmødre. Spørsmålet blir da om en skal satse på familiesykepleiere, eller om det har best effekt og vil være mest fornuftig å bruke jordmor- og helsesøster-tjenesten opp imot de mest sårbare familiene. Erfaringene viser at de gangene en forsterker tilbudet rundt familier, så lykkes en i stor grad, i form av at barna får en bedre oppvekst.

Informanter peker på at mye av strukturen er gitt for utprøving av NFP i kommunene. Så spørsmålet som stilles er om det er dette kommunene mener er viktig i deres hverdag? Er dette riktig bruk av ressurser? Er det slik man kunne tenke seg å organisere tilbudet til utsatte familier dersom en sto helt fritt? Som alternativ fremgangsmåte vises det til satsingen Bedre Tverrfaglig Innsats⁵, hvor det gis en ramme for samarbeid og hvor kommunene selv tilpasser og lager et system som passer til dem og til deres tjenester. Sett fra et lokalt perspektiv blir NFP opplevd som så intenst og arbeidskrevende, at en spør seg om det er sikkert "om det er det jeg vil bruke pengene mine på". Noen vurderer det slik at en allerede har personell med mye av den tilsvarende kompetansen, og at man heller kunne justere litt på eksisterende tilbud og bruk av personell relativt fleksibelt uten å være bundet til rammene i NFP-programmet. I forlengelsen av denne argumentasjonen dukker også spørsmålet opp om forholdet mellom innsats og utbytte, og om når og hvor man setter streken for det som må anses som "godt nok". Våre informanter spør seg også om det er mulig å "redde" alle, eller om det at noen glipper er en kostnad en aldri kommer unna. Da reises også spørsmålet om hvem en skal bruke mest penger på. Ut fra en rettferdighetstankegang blir det argumentert for at man bør hjelpe alle, litt. For uansett hva man setter i verk av tiltak, så "vil vi aldri bli kvitt barnevernet".

⁵ BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats) er en organisasjonsmodell hvor en har til hensikt å fremme tidlig innsats overfor barn, unge og familier det er knyttet bekymringer til. Modellen har også til hensikt å bedre samhandlingen mellom de ulike kommunale tjenestene som jobber med utsatte barn og unge. Det overordnede formålet med BTI er å bidra til at barn, unge og deres familier får nødvendig hjelp så tidlig som mulig for å redusere skade. Modellen har tre grunnleggende formål: Tidlig identifisering og intervensjon, bedre samordning av kommunalt (og statlig) tjenestetilbud, og medvirkning. BTI er en tilskuddsordning forvaltet av Helsedirektoratet, bygget over en dansk modell. BTI-tilskuddsordningen slås i 2018 sammen med Bufdirs tilskuddsordning «Tilskudd til systematisk identifikasjon og oppfølging av utsatte barn».

Når det gjelder ressursbruk, mener informantene at utfordringen blir å se om NFP har effekt eller om det kommer til nytte på individ- og samfunnsnivå. Som en informant uttrykker det: "Effekt av forebygging og helsefremming er det som *ikke* skjer. Eventuelle effekter kan først vise seg etter mange år". På den annen side uttaler en informant at "klarer vi å forhindre at det er en familie og et barn som må kobles opp mot barnevern og ha intensiv oppfølging over år, så er jo det en milliongevinst for samfunnet det. Men det er jo alltid veldig vanskelig å dokumentere". Det pekes på at underveis i forløpet kan det inntreffe hendelser som man i utgangspunktet ikke hadde oversikt over eller kontroll med, slik som ny jobb, ny god støtte fra en lege, god hjelp fra familien osv. Strukturen i NFP gjør imidlertid at en har en viss kontroll i og med at programmet sikrer at man følger fastsatte metoder og manualer, og at aktivitetene dokumenteres. Så en har visse indikatorer på om man lykkes, hvor en av disse indikatorene er at familien "greier å ta seg av ungene sine", at de fortsetter med utdanning, får seg en jobb osv.

Når vi i intervjuene har stilt spørsmål om **finansieringen** av NFP, har informantene understreket følgende momenter. For det første må teamene ansettes lokalt, i en kommune eller som en del av et interkommunalt samarbeid. Dagens prosjektorganisering, med NFP-team ansatt i RBUP, skaper distanse til det eksisterende tjenestetilbudet (som NFP bør sees som en del av) og et manglende lokalt eierskap. For det andre må tjenesten i hovedsak finansieres ved statlige overføringer, og disse må øremerkes for formålet. NFP som en del av statlige overføringer/frie midler til kommunene anses ikke å være noen god løsning. Informantene viser til at kommunene sliter med å bygge lovpålagt "grunnmur" ved helsestasjonene, og at det forebyggende ofte taper i kampen om midler med det kurative, og informantene er redd for at finansiering i form av frie midler vil bli brukt til styrking av det universelle tilbudet i kommunene. Et siste moment knyttet til spørsmålet om finansiering omhandler medfinansiering fra kommunene. Erfaringene fra Nederland og Skottland har vist at det er viktig med en viss kommunal egenfinansiering for å sikre eierskap og forankring.

Blant informantene understrekes det at de kommunene og bydelene som har meldt interesse for deltakelse i utprøvingen, er de som også er mest motivert, som har de sterkeste **entusiastene**. Informantene peker på at det ikke er sikkert at denne entusiasmen og motivasjonen er jevnt fordelt i landets kommuner, noe som må tas hensyn til dersom NFP skal implementeres landsdekkende. På den annen side pekes det på at entusiastene er viktige for å kunne høste gode erfaringer i en pilot eller utprøvsperiode. Entusiastene er viktige for å komme i gang med nye modeller og programmer, men byr også på utfordringer: "Hvis man ikke får gitt videre læring fra ildsjelene ut i tjenestene, får man et kompetansetap". Blant informantene spør man seg om det å bygge opp noen kompetansepersoner som blir veldig gode fører det til bedre tjenester. En informant uttrykker det slik: "Blir tjenestene bedre av å gi spesifikk kompetanse til noen utvalgte, eller blir tjenestene bedre av at alle aktuelle tjenester "får litt" og utnytter dette i et tverrfaglig samarbeid"?

I vurderingen av NFP i Norge, viser flere av våre informanter til det som omtales som **tilsvarende eller liknende programmer** som prøves ut eller som implementeres, eksempelvis Nye Familier i Oslo. Vi inkluderer derfor et avsnitt om programmet i det følgende. Men som det presiseres, selv om de ulike programmene er inspirert av den samme tenkningen, henter impulser og ideer fra det samme teoretiske grunnlaget, så er det viktige forskjeller mellom disse programmene og NFP. Dette er i hovedsak knyttet til de evidensbaserte kjerneelementene, manualer med nedskrevne «oppskrifter», hjemmebesøk og teamstruktur som NFP baserer seg på. I et slikt perspektiv blir de tilsvarende programmene "mer å anse som praksisutvikling".

«Nye familier» – en satsing i Oslo kommune. I intervjuene i Oslo kommune (både i kommunen sentralt og i de to bydelene) om erfaringene med NFP, kom det tydelig fram at kommunen prioriterer en satsing på implementering av «Nye familier», et tilbud som er planlagt etablert i samtlige bydeler innen utgangen av 2019. I følge våre informanter, er «Nye familier» "direkte inspirert av Nurse Family Partnership", og har sitt utspring i Bydel Stovner, basert på en erkjennelse av behov for "en tidligere intervensjon i forhold til de

betydelige mestringsutfordringene som man opplevde at mange av familiene hadde". Innføring av NFP ble drøftet i kommunen (bl.a. gjennom kontakt med RBUP Øst og Sør, NFP-programmet og forskere i USA), men etter en nærmere vurdering, fant man at en ville "satse på noe universelt i stedet". Slik skiller det seg fra NFP-programmet som benytter strenge inklusjonskrav – både for *når* man kan inkluderes i programmet, og *hvem* som kan inkluderes.

Et fellestrekk mellom NFP og «Nye familier» er å skape en tidlig relasjon, før barnet blir født, og tett oppfølging under og etter svangerskapet. En av forskjellene er imidlertid at en i «Nye familier» bruker de tjenestene bydelene selv har, og øker kompetanse og bemanning på helsestasjonene. Våre intervjuer viser at dette er noe som etterspørres i NFP-prosjektet blant kommunale aktører, som i utgangspunktet trodde at NFP ville bety ekstra helsesøstre på helsestasjonene og større mulighet for kunnskapsoverføring til resten av organisasjonen. Dette gjør også at man i «Nye familier» unngår de utfordringene som skapes rundt teamstrukturen i NFP, og det at størrelse på NFP-team og antallet potensielle deltagere i hver kommune er vanskelig å fastslå. Videre tilbyr «Nye familier» en tjeneste spesielt tilpasset den enkelte familie ("skreddersøm").

Hjemmebesøksordningen i både NFP og «Nye familier» gjelder fram til barnet er 2 år. Men en ting som skiller «Nye familier», fra NFP, er at i «Nye familier» er det samme helsesøster og samme helsestasjon som følger barnet i hele perioden fram til skolestart; "og dermed får man ikke et brudd i relasjonen når barnet fyller 2 år". I NFP er det familiesykepleier som ivaretar den tette relasjonen, men kun fram til barnet er 2 år. I «Nye familier» videreføres relasjonen mellom helsesøster og familien, og som en informant uttrykker det: "du trenger relasjon over tid for å få til et godt arbeid omkring disse familiene. Og det er det vi satser på".

Når det gjelder opplæring i «Nye familier» arrangeres det fagdager for hele helsestasjonen og eventuelt også andre som da jobber inn mot helsestasjonen før oppstart, og det er også et individuelt program med en en-til-en veiledning for alle bydeler som starter opp og alle helsesøstre som skal delta i dette. Opplæringen gis av helsesøstre som har erfaring og har jobbet med dette før, og en koordinator i programmet.

Våre intervjuer i Oslo kommune avdekker at kunnskapen om NFP er begrenset når en beveger seg utenfor prosjektgruppen i de to bydelene som er med i NFP-programmet. «Nye familier» og NFP har mange gode elementer felles, selv om det på en del områder er åpenbare forskjeller. Der «Nye familier» har tatt utgangspunkt i og bygger på eksisterende helsetjenester i bydelene og er mer fleksibelt innrettet mot den enkelte families behov, har NFP evidensbasert kunnskapsgrunnlag og et stort internasjonalt fagmiljø å trekke på. At disse tjenestene risikerer å konkurrere mot hverandre, er etter vår mening uheldig. I de bydelene som inngår i NFP er det en erkjennelse av at kommunen har satt søkelys på «Nye familier», og ikke på NFP. Det oppleves som et paradoks at kommunen har «Nye familier» som et satsningsområde, parallelt med at to bydeler deltar i utprøvingen av NFP. En forklaring som trekkes fram er at dette er et eksempel på autonomien i Oslo kommune, at bydelene på egen hånd inngikk avtale om samarbeid med NFP, uten av byrådsavdelingen var involvert. Slik vi opplever tilbakemeldingene fra informantene fra Oslo kommune, så har man ingen planer om å videreføre NFP i bydelene når utprøvingen er over, men satse på å innføre «Nye familier» i alle bydeler.

6.3 Informantenes erfaringer med og vurderinger av brukergreper og rekruttering

Et tilbakevendende tema i intervjuene har vært rekruttering og størrelsen på brukergrepe for NFP. I henhold til utredningsrapporten Ogden og medarbeidere la fram i 2015, antydte man at det på landsbasis var omtrent 1 % av førstegangsfødende som befant seg i høyrisikogruppen (aktuelle gruppe for NFP-tilbudet). I den samme utredningen ble det vist til at det er ca 26 000 førstefødte pr år i Norge (registrert i Medisinsk

fødselsregister). Dette skulle i utgangspunktet bety at det på landsbasis er ca 260 førstegangsfødende pr år innenfor høyrisikogruppen/aktuelle for NFP.

Som en del av utredningen, søkte vi en avklaring på dette punktet. I utredningen (Ogden et al 2015) ble det estimert at cirka 1% av unge mødre kunne være i den aktuelle målgruppen for "Familie for første gang"⁶, samtidig som en i utredningen viste at det kan være regionale eller lokale forskjeller i behov. Forfatterne av utredningen fra 2015 presiserte at dette er et "konservativt estimat" og at behovet antagelig er større, men også vanskelig å dokumentere. Det presiseres at beregningene i 2015 ble foretatt før NFP-programmet ble implementert, og uten inngående kjennskap til de reelle rekrutteringskriteriene og hvor mange som har blitt rekruttert i utprøvningsområdene. Derfor skrev en også følgende i utredningen:

Som tidligere presisert må det aktuelle utvalget i siste instans trekkes ut fra kunnskap om individer. De data vi presenterer her forteller at med relativt spesifikke indikatorer som er knyttet sammen med andre høyriskoinndikatorer, befinner omkring 1 % av unge mødre og deres barn seg i denne kategorien, i noen geografiske områder mer enn i andre. Hvorvidt områdene med en stor andel unge mødre i risiko peker seg ut for implementering av NFP, må vurderes også ut fra andre kriterier, herunder kommunens nivå av sosialpolitisk apparat og kunnskap om og kontakt med de aktuelle grupper og personer.

I tilbakemeldingene fra våre informanter ble det pekt på at det vil være mer relevant og realistisk å ta utgangspunkt i erfaringene fra pilotprosjektet når en skal vurdere behovet for NFP i Norge. Som pekt på av Brekke og Jacobsen (2017) kan det være vanskelig å rekruttere deltakere, også i områder der det har vært signalisert et tydelig behov for et slikt forebyggende tiltak. Men samtidig ble det blant informantene i vår utredning pekt på at en ikke skal se bort fra at rekrutteringen kan øke etter hvert som programmet blir mer innarbeidet og kjent blant henvisende instanser, men også blant aktuelle deltakere i målgruppen. Erfaringene fra tidligere implementering av evidensbaserte forebyggings- og behandlingsprogrammer tyder på det (bl.a. PMTO, TIBIR og MST, hvor kapasitetsutnyttelsen har vært jevnt stigende over en periode på 10 år). Det ble også vist til at erfaringene med NFP i England kan også tyde på at deltakelsen øker over tid.

Noen informanter presiserte videre at når en bruker tall for å estimere behovet i ulike geografiske områder, så må en også ta hensyn til at den aktuelle målgruppen vil omfatte 3 årskull: dvs. gravide mødre (fra 18-28. svangerskapsuke) og fram til barnet er 2 år. Så selv om den årlige rekrutteringen basert på kriteriene i Ogden et al (2015) kan være lav i noen fylker, så vil den akkumulerte gruppen som familiesykepleierne skal følge opp, kunne være større. Samtidig pekes det på at det er åpenbart at NFP-programmet egner seg bedre i områder med høy befolkningstetthet og høyere prevalens av (unge) førstegangsfødende i risikozonen, enn i mindre urbaniserte områder. En faktor som en heller ikke tok hensyn til i 2015-utredningen var det økende innslaget av innvandrere/flyktninger, noe som kan få konsekvenser for rekrutteringsgrunnlaget.

I intervjuene kommer det fram at erfaringene med rekrutteringsarbeidet har variert i utprøvningsenhetene. Spesielt i bydelene i Oslo, har en støtt på utfordringer med rekruttering, noe som til dels har overrasket de involverte. I utgangspunktet antok informantene at en skulle ha tilstrekkelig grunnlag for å finne aktuelle brukere. Blant annet spør en seg om det kontrollsystemet man har for barsel er godt nok for å få tak i familiene tidlig nok? Videre stiller informantene spørsmål ved om man hadde fanget opp flere dersom en kunne rekruttere noe lenger ut i svangerskapet, enn de kravene som stilles. Videre spør informantene om en

⁶ Det bør her presiseres at en i utredningen til Ogden la til grunn en øvre aldersgrense på 26 år, mens det i utprøvingen ikke opereres med noen øvre aldersgrense.

på de ulike kontaktpunktene i svangerskapsoppfølgingen setter av nok tid til å kunne avdekke risikofaktorer. Erfaringene så langt er det tar for lang tid før en skjønner hvem som trenger ekstra hjelp.

Noen av erfaringene fra utprøvningsstedene er at en mener å ha potensielle brukere av NFP, men som ikke gis noe tilbud grunnet de relativt strenge kravene til rekruttering – de har kommet for langt i svangerskapet, har barn fra før eller har allerede født barnet. Samtidig pekes det på at blant de som er rekruttert så har man familier som man med sikkerhet mener ville havnet i barnevernet om de ikke hadde fått tilbud om NFP. Et annet perspektiv knyttet til dette med rekruttering er hvor tidlig man kommer i kontakt med familiene. Første svangerskapskontroll tilbys i uke 8–12. Blant informantene spør en seg om tema for dette første møtet er riktig med hensyn til å avdekke risikofaktorer, eller om alle førstegangsfødende bør tilbys en tidlig samtale ut over kontrollen, hvor man kunne snakke om utfordringer familiene opplever ut over det rent medisinske. Informantene antyder at man da vil kunne finne fram til flere som kunne ha nytte av NFP.

Det er generell enighet blant informantene om at det er viktig at familier med særlige utfordringer oppdages tidlig. Det er på spørsmål om vei og metode at informantene har ulike synspunkter. Det pekes bl.a. på som viktig at alle de tjenestene familiene møter gis kunnskap om hvordan avdekke, samtidig som det må organiseres ulike videre forløp: "Metodekunnskapen og kjennskapet til de ulike løpene må være kjent for de tjenestene som møter alle gravide". Det settes spørsmålstegn ved om det er de som trenger det mest som rekrutteres til NFP, eller om det er litt tilfeldig? "Hvem er det som sier ja til å være med i NFP-programmet, er det de mest ressurssterke blant de som trenger hjelp?"

6.4 Informantenes erfaringer med og vurderinger varig norsk lisenspart for NFP i Norge

Lisensparten har ansvaret for at programmet utføres i henhold til føringer og lisenskrav, at det har nødvendig støtte fra relevante beslutningstakere og fagmiljø, at data programmet produserer behandles forsvarlig og at det foreligger et system for kvalitetssikring og læring. Rollen som lisenspart (i dag; Bufdir) innebærer et stort ansvar, og mislighold av de kravene som følger av lisensavtalen kan i ytterste konsekvens føre til at en mister lisensen. Utfordringene ved plassering av lisenspartansvaret utgjør derfor en viktig del av utredningen. Ivaretagelse av lisensansvaret forutsetter tilgang til fagfolk med bred kompetanse, og stiller krav til faglig oppfølging, ansvar for utdanning og til kontinuerlig analyse av data, noe som bl.a. stiller krav til tilgjengelig forskerkompetanse. Dette ansvaret danner bakteppe for den følgende delen av utredningen, hvor vi stiller spørsmål om hvilken sentral myndighet som bør være lisenspart og administrere en eventuell videreføring og implementering av programmet. I den sammenheng har vi også sett nærmere på spørsmålet om det å delegere lisensansvar til kommunene ville innebære et for stort ansvar, eller om lisensansvaret alternativt burde legges til en relevant fagaktør på regionsnivå (eksempelvis hos RBUP/RKBU). Plassering av lisensansvar ble bl.a. vurdert i lys av spørsmålet om en alternativt har tilgang til nødvendig kompetanse på henholdsvis kommunenivå og regionsnivå.

Lisensansvaret i Norge er i utprøvningsperioden lagt til Bufdir. Flertallet av våre informanter mener at det naturlige ville være at NFP, lokalt, ble lagt til helsestasjonene, og fulgte helselinja med Helsedirektoratet som ansvarlig for lisensen. Begrunnelsen er at med Bufdir vil NFP i for stor grad kunne assosieres med en barneverntjeneste, noe brukerne vil kunne finne stigmatiserende og dermed distansere seg fra. Sånn sett blir utprøvingen beskrevet som atypisk i forhold til videre ønsket anvendelse av NFP i Norge.

Flere av informantene i utredningen problematiserer det de mener er begrensninger i at det er knyttet en lisens til NFP, med tydelige krav til tiltak, brukergruppe og gjennomføring. Det stilles spørsmål ved om et konsept utviklet i et annet land og et helt annerledes helse- og sosialsystem, er egnet for anvendelse i Norge, som er preget av mye utkant og spredt bebyggelse. Eksempelvis vises det til at NFP baserer seg på team med

ikke færre enn fire sykepleiere og en veileder, og det spørres om mindre team hadde vært mer hensiktsmessig i deler av landet.

Når det gjelder ivaretagelse av lisenskravene, er det bred enighet om at kommunene ikke har de ressursene og den kompetansen som kreves for å være lisensansvarlig. Det pekes på som en mulig organisering at det etableres en form for nettverksorganisasjon forankret på fylkes- eller regionsnivå, hvor fylke eller region kan ha lisensansvaret.

Det hever seg visse kritiske røster om innføring av lisensprogrammer, som for noen oppleves som rigide, kostnads- og ressurskrevende. Informantene viser til at en har mye kunnskap om betydningen av tidlig innsats, gode tverrsektorielle samarbeidsstrukturer i kommuner, hvor man er opptatt av roller og ansvar og god fordeling, og vet når man skal samhandle og mellom hvem; barnehage, helsestasjon og andre tjenester i kommunene. Det argumenteres, både i kommunene og blant sentrale aktører, for at det hadde vært en bedre anvendelse av pengene å styrke eksisterende kompetanse og å fokusere på samhandling, enn å jobbe med de kravene som følger av en lisens. Samtidig fremhever flere av informantene at evidensbaseringen i NFP er viktig, og at hvis evalueringen av utprøvingen viser at det har effekt, vil det ha stor betydning for motivasjonen til å benytte programmet.

6.5 Informantenes erfaringer med og vurderinger av opplæring og kompetanse

NFPs kjernekomponenter forutsetter at opplæring og kompetanse innen programmet anerkjennes formelt. I Storbritannia er ansvaret for opplæringen av NFP-ansatte for eksempel lagt til en spesialisert utdanningsgren av helsevesenet, og anerkjent som et spesialisert opplæringsløp innen sykepleiefag. Britiske NFP-sykepleiere har også valgt å ta seg tittelen «Family Nurse» når de arbeider i programmet. Etter vår vurdering står og faller kvaliteten i NFP-programmet på den høye graden av faglig kompetanse hos sykepleierne som leverer tjenesten. Å sikre rekruttering av gode fagpersoner vil også forandre en anerkjennelse av den særlige kompetansen de opparbeider seg gjennom NFP-programmet.

Opplæringen i NFP-programmet består av tre moduler som hver varer i 5 dager; en 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. Den første opplæringsmodulen gir en innføring i NFP, teoriene som ligger til grunn for programmet, rekruttering av deltagere, MI (motiverende intervju), morsrolle i svangerskapet og oppfølging i hjemmebesøk. Den andre opplæringsmodulen har fokus på spedbarnsperioden, og den tredje på småbarnsperioden. I tillegg til opplæring i NFP-programmet får teamene opplæring i ASQ, ASQ:SE og andre kartleggingsverktøy. Det gis også opplæring i ulike typer samspillsanalyserende og -styrkende verktøy, som NBO (Newborn Behavioral Observation), Marte Meo og PIPE. Det norske undervisningsopplegget er designet og har i hovedsak blitt gitt av fagsjef Tine G. Aaserud og internasjonal NFP-rådgiver Ann Rowe i samarbeid. I tillegg har man hentet inn nasjonale gjesteforelesere med spesialkompetanse på enkelte tema, som Tom Barth (MI), Ragnhild Onsøien (Marte Meo), Unni T. Vannebo (NBO), Astri Lindberg og Gro Vatne Brean (psykisk helse og tilknytning).

I utredningen har vi satt søkelys på hvordan informantene vurderer at kompetansen til NFP-ansatte mest hensiktsmessig kan tilpasses autorisasjons- og profesjonssystemet i helse- og sykepleiefaglig sammenheng i Norge, og hvor en slik utdanning bør forankres. Vi har stilt spørsmålet om ansvaret for utdanningen bør legges til en sentral utdanningsinstitusjon, som eksempelvis en høgskole med sykepleierutdanning, eller om det kan være et aktuelt alternativ å legge kurstilbudet til RBUP, som tilbyr kurs og videreutdanning til helsepersonell. Spørsmålet om opplæring og kompetanse skulle i utredningen sees i lys av hva som vil være den mest

hensiktsmessige organiseringen av dette tilbudet, som også er fleksibelt og tilpasset NFP-modellens oppbygning og krav, samt hvilken løsning som vil sikre best mulig faglig kvalitet og institusjonell forankring.

Familiesykepleierne i NFP gis en opplæring gjennom programmet som noen mener går ut over kompetansen til helsesøstre og jordmødre. Blant informantene argumenteres det for at denne spesialopplæring **bør gis studiepoeng**. På den annen side blir det pekt på at det er relativt vanlig blant jordmødre og helsesøstre med tilleggsutdanning, og at de metodene som inngår i NFP-programmet både er kjent blant og anvendt av disse faggruppene i daglig virksomhet. Samtidig blir det blant informantene pekt på behovet for ekstra opplæring for dem som skal jobbe i NFP-teamene. Informantene peker på at det tilbudet som eksisterer i kommunene har stort sett erfaring med å ivareta "de normale og friske". Men når det dukker opp problematikk knyttet til rus, vold og psykiatri, så **kreves ekstra kompetanse**. Dette er sårbare temaer, som ikke dukker opp så ofte i kommunehelsetjenesten, og opprettholdelse av kompetanse er viktig. Dette mener informantene kan sikres i teamene som har dette som sitt spesialområde. Avdekking av problemer er viktig og må gjøres tidlig. For rus, vold og psykiatri "er ikke noe vi snakker om i den første konsultasjonen, ikke i den neste heller". Informantene peker på at det tar tid å bli kjent, at familiene blir trygge i relasjonen, og at de forstår at tjenesten er der for å hjelpe dem- ikke for å komme med sanksjoner. Det en må ha klart for seg er at flere av disse familiene selv har en historie fra møte med barnevernet, så redselen for å miste omsorgen for barnet er klart tilstede. I oppfølgingen av disse familiene kommer det opp en del ting som kan være tøft å stå i som helsepersonell. Den ekstra opplæringen som gis til NFP-teamene blir derfor sentral. Et annet perspektiv noen informanter fremmet når det gjelder kompetanse, er at denne bygges opp gjennom det som omtales som "**mengdetrening**", med andre ord at familiesykepleierens kompetanse vil bli styrket i utprøvsperioden ettersom de får stadig mer erfaring fra møtene med familiene.

Et perspektiv som noen av informantene trekker fram når det gjelder NFP-kompetansen, er at den bør tilpasses og bli til **en del av det universelle tilbudet i kommunen**, bl.a. for at kommunene skal ha en opplevelse av at de kan nyttiggjøre seg NFP-kompetansen inn i andre deler av tjenestene. Derfor argumenterer informanter for at denne utdanningen eller opplæringen blir koblet til utdanning av jordmødre og helsesøstre, som en tilleggsutdanning.

Videre argumenteres det blant informantene for å vurdere å knytte utdanningen til regionale kompetansesentra, som eksempelvis Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) og Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP). Disse sentrene har som deler av sitt oppdrag å drive kompetanseheving "i tråd med kommunenes behov". Spørsmålet blir om familiene som er aktuelle for deltakelse i NFP er en så marginal brukergruppe at det vil bli vel kostbart å opprette en egen utdanning for familiesykepleiere ved de regionale sentrene. Et annet argument som taler mot en for tett kobling til de regionale sentrene, og da særlig RBUP, er at man med dette setter fokus på psykisk helse og det som er sykt, på bekostning av å styrke det som er friskt.

Blant informantene argumenteres det for at opplæringen innen NFP-programmet må sikres på nasjonalt nivå, samtidig som det må knyttes til et fagmiljø med forskningskompetanse og kontakt med faglige utviklingsmiljøer, både nasjonalt og internasjonalt. I henhold til lisensavtalen forutsettes det at man ivaretar kjerneelementene i programmet.

Opplæringsmodellen benyttet i utprøvsperioden, hvor undervisningen i hovedsak gis i et samarbeid mellom nasjonal fagsjef og internasjonal NFP-rådgiver, fungerer godt, men på sikt vil det av praktiske og økonomiske årsaker være hensiktsmessig å ha et nasjonalt kontor med ansvar for og kompetanse til opplæring. Vår anbefaling er at ansvar for opplæring av NFP-teamene utføres nasjonalt (nasjonal fagkompetanse/forelesere). Kontakten med NFP-internasjonalt legges til nasjonal kjernegruppe (fagstaben

til nasjonalt NFP-kontor). Ved behov for faglig påfyll, kobles internasjonalt fagmiljø til en opplæring av denne nasjonale kjernegruppen som så står ansvarlig for videre opplæring nasjonalt. NFP-internasjonalt har et kvalitetssikringsansvar overfor ivaretagelsen og opplæring og faglig utvikling nasjonalt.

Tanken om å legge NFP-opplæringen til universitet eller høyskole, og ikke RBUP som i dag, har vært drøftet. Informantene viser til at dette har vært luftet overfor universitet og høyskoler tidligere når det gjelder tilsvarende program og metoder, uten at responsen har vært positiv. Høyskoler har vegret seg for å gå inn i et opplæringsprogram med så strenge rammer som NFP, og har forfektet en større grad av frihet i sin undervisning. Samtidig vises det til at mye av den undervisningen høyskole og universitet driver ikke er så praksis- og ferdighetsorientert som man forutsetter i NFP. Men informantene mener høyskolene bør kunne være et mulig sted for opplæringen i NFP, forutsatt at en får med seg høyskoler som er villige til å ta til seg det mer strukturerte og praksis-/ferdighetsorienterte arbeidssettet som NFP står for.

7 Drøfting, analyse og anbefalinger

7.1 Innledning

I dette kapittelet presenterer vi vår analyse og våre anbefalinger knyttet til hovedspørsmålene som skal besvares i utredningen; hvor NFP bør forankres og hvordan det bør organiseres, dersom programmet skal videreføres og implementeres som en del av det offentlige tjenestetilbudet i Norge etter utprøvningsfasen, hvordan sikre finansieringen, hvem som eventuelt bør ivareta rollen som varig norsk lisenspart og forankring av opplæring og kompetansen til NFP-ansatte. I Vedlegg 3 presenteres et utvalg eksempler på tiltak og satsinger fra de senere årene som vi mener er relevant å ta med i diskusjonen om et fremtidig NFP i Norge.

7.2 Analyse og anbefalinger

7.2.1 Innledning

Denne utredningen gir svar på hva som kan være hensiktsmessig systemforankring og organisering av NFP i Norge, og hvordan finansieringen bør sikres. I intervjuene satte vi søkelys på hvilken sektor og på hvilke/t nivå NFP-programmet bør forankres ved en eventuell videreføring. Videre ønsket vi i datainnsamlingen synspunkter på hvordan NFP hører sammen med andre tiltak som skal hjelpe den samme målgruppen, med andre ord; hvor NFP rent organisatorisk passer inn, hvordan det kan legges til rette for samarbeidet med øvrige lokale tjenester, og hvordan en kan sikre god forankring i helsesektoren, samtidig som en ivaretar nødvendig tverretattlig/-sektorielt samarbeid. Det ble også satt søkelys på eventuelle fordeler og ulemper med en organisering under henholdsvis kommunene og spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder organisering stilte vi også spørsmålet om det er nødvendig med ulik organisering knyttet til varierende geografiske og demografiske forhold og hvordan dette eventuelt bør tas hensyn til. Et tema var spørsmål om pasientinformasjon og hvem som bør ha ansvar for at informasjon om deltakere i programmet forvaltes i henhold til relevante lover og regelverk. Dette temaet er særlig aktuelt når det gjelder å få til gode informasjonsrutiner mellom samarbeidende etater, inkludert NFP-teamet.

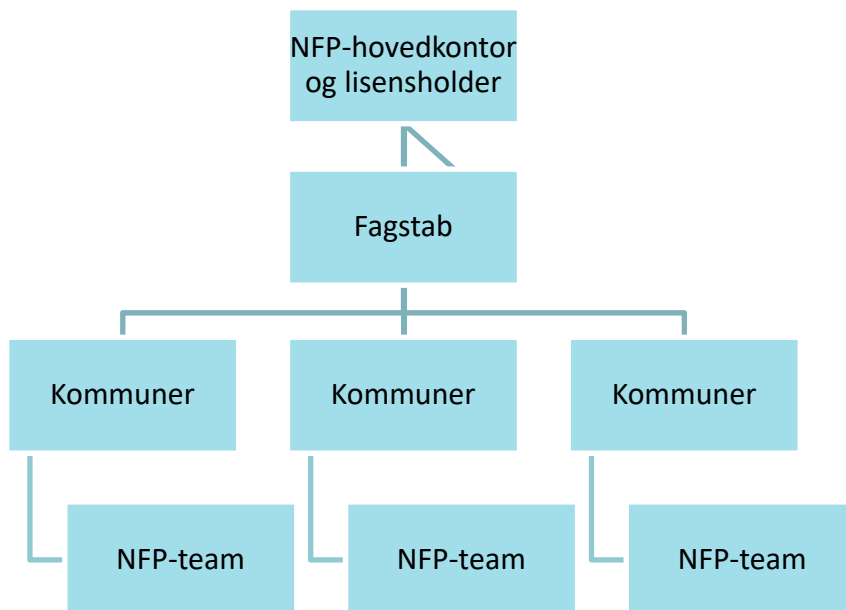
Organisering av NFP i Norge skal ivareta en rekke hensyn; både hensyn knyttet til praktisk hverdag og praksisfeltet, og hensyn som følger av lisensansvaret. NFP-programmet stiller krav til organisasjonsforankring, kompetanse, samarbeid på tvers av profesjoner, etater og kommuner, samt til geografi og demografi. Programmet stiller i tillegg krav til lisensholder, blant annet når det gjelder rapportering, datainnsamling og innspill til faglig videreutvikling av programmet. Noen av hensynene og ønskene fremkommet i utredningen, mener vi best kan imøtekommes i form av en lokal forankring (ansettelse av teamene, NFP i samhandling med eksisterende lokalt tjenestetilbud o.a.). På den annen side er det krav i NFP som vi mener kun kan ivaretas sentralt (nasjonalt eller regionalt). Dette er krav som eksempelvis faglig spesialisert kompetanse, forskningsstøtte, tilsyn med at NFP gjennomføres i henhold til lisenskravene, kontakt med NFP International som rådgivende støttenettverk o.a. Disse oppgavene mener vi kan knyttes enten til eksisterende fagmiljøer eller som en nyetablering.

Vi presenterer nedenfor en anbefalt modell for organisering av NFP i Norge, og løfter fram noen perspektiver omkring organisering, både lokalt og sentralt. Først skisseres hovedtrekkene i modellen. Deretter følger drøfting og argumentasjon, både når det gjelder fordeler og ulemper ved valgt modell. NFP i Norge er i starten av en utprøvningsperiode, hvor NFP prøves ut i to geografisk avgrensede områder. Den første henvendelsen til kommunene om deltakelse i utprøvingen viste relativt beskjeden respons, på tross av deltakelse fra flere kommuner på fagdag med David Olds i Oslo i 2015. Samtidig er det sannsynlig at positive resultater fra den

norske utprøvingen vil kunne gi stor etterspørsel blant kommunene, og at noe av den manglende responsen skyldes manglende ønske om å delta i en *utprøving*, og ikke skepsis til/motforestillinger mot NFP som program. Parallelt med utprøvingen foregår det en diskusjon om grunnlag og kriterier for rekruttering av familier til NFP-programmet. Det hefter med andre ord en viss usikkerhet når det gjelder form og innhold i NFP tilpasset en norsk kontekst. Når det gjelder en fremtidig organisering av NFP, har vi derfor valgt hva vi vil kalle en totrinnsprosess i valg av modell. Som et første trinn anbefaler vi en sentral organisering med et nasjonalt NFP-kontor som skal ivareta de hensynene som skisseres, og som bygger på de positive erfaringene fra nåværende prosjektorganisasjon. Vår anbefaling er at man bruker utprøvingsperioden til faglige avklaringer, høster erfaringer med et nasjonalt NFP-kontor og sonderer interessen i kommunene for å knytte NFP-programmet til det lokale tjenestetilbudet. Trinn to i prosessen blir å utrede en regionalisert organisering av NFP, hvor det nasjonale lisensansvaret legges til direktorat eller departement (kontroll og kvalitetssikring av oppfølgingen og etterlevelse av lisenskravene), og hvor regionene tillegges ansvar for å etablere faglig spesialisert kompetanse, forskningsstøtte, tilsyn med at NFP gjennomføres i kommunene i henhold til lisenskravene. Oppgavene knyttet til innføring av NFP i Norge er imidlertid ressurskrevende, og en regional organisering mener vi først vil kunne bli aktuelt dersom oppslutningen om NFP blant kommunene blir såpass god at det vil la seg forsvare rent ressursmessig å etablere fagenheter på regionsnivå. På bakgrunn av dette har vi konsentrert oppmerksomheten om en modell basert på en sentral organisering med et nasjonalt NFP-kontor, og hvor vi kommer tilbake til en regionorganisering som en del av drøftingen.

7.2.2 NFP i Norge - et forslag til modell

Etter vår vurdering fremstår følgende hovedstruktur som den modellen som best ivaretar de krav og hensyn som følger av NFP-programmet og de innspillene vi har fått i utredningen: Lisenskravene opprettholdes på det overordnede nivået, med et sentralt lisenskontor og en fagstab. Det sentralt plasserte kontoret vil være formell lisensholder (forutsatt at dette godkjennes av UCD) og være ansvarlig for at kommunene overholder lisenskravene. En fagstab vil ha ansvar for opplæring, fagutvikling, datainnsamling og –rapportering. Den største endringen fra utprøvingsperioden vil være at man, for å sikre forankring i førstelinjé og kommunehelsetjenesten, vil ansette NFP-sykepleierne i en kommune, med tilhørighet til en eller flere helsestasjoner i den kommunen. NFP-teamene vil, utover storbyregionene, være sammensatt av NFP-sykepleiere fra flere nabokommuner som er sentrert som team i en vertskommune, men med tilhørighet til «egen» kommune. Å danne et NFP-team vil innebære et samarbeid mellom flere kommuner, der NFP-rådet (som er et lisenskrav) blir et nettverksstyre som sikrer interkommunalt samarbeid om NFP-programmet i kommunene, og som er ansvarlig for å sikre etterfølgelse av lisensen i kommunene.



Vi har nedenfor beskrevet hovedstrukturen og oppgavefordeling i en slik modell.

Nasjonalt NFP-kontor (lisensansvar)

- Ansvar for innvilgelse/avslag på søknader fra kommuner om å ta i bruk NFP
- Overordnet ansvar for implementering/oppstart i kommuner (blant annet rekruttering av NFP-sykepleiere og oppstart av NFP-råd)
- Ansvar for tilsyn med at lisenskravene oppfylles
- Overordnet ansvar for utdanning/opplæring
- Overordnet ansvar for faglig oppdatering og kunnskapsvidereføring
- Overordnet ansvar for dataoppbevaring og behandling

Fagstab

- Ansvar for utdanning/opplæring
- Ansvar for faglig oppdatering, kunnskapsoverføring og forskning
- Ansvar for dataoppbevaring og behandling
- Bidra til implementering/opplæring i kommunene
- Føre tilsyn med at lisenskravene følges
- Sentralt og (på sikt) regionalt kontor

Kommuner

- Ansvar for iverksetting av programmet
- Utforme og lede NFP-råd (samarbeid/nettverksstyring)
- Ledende og tilrettelegger for NFP-programmet
- Ansettelse av NFP-team
- En kommune i samarbeidet har "vertsrolle"

Innenfor området barn og oppvekst er det et sterkt ønske om å ha forskningsbaserte tiltak og tidligere forebygging enn det man har nå, og NFP oppfyller disse kravene. Samtidig har det ikke vært noen tradisjon for å jobbe med så omfattende lisensierte programmer, som stiller store krav til lisensholder og som begrenser bruken av programmet og kunnskapsspredning. NFP skiller seg fra det meste av tilbudet man har i Norge i dag, ved at det i motsetning til andre lisensierte programmer også har lisenskrav knyttet til organisering, inklusjon og team-størrelse. De lisensierte organiseringskravene kan ikke innpasses direkte i noen av de tilbudene/styringslinjene/organisasjonsformene som er i bruk i kommunene i dag. Informantene involvert i NFP trekker frem kunnskapsgrunnlaget for programmet for å være av avgjørende betydning for deres ønske om å videreføre det. Informanter som ikke er involvert i NFP-utprøvingen uttrykte skepsis knyttet til kostnadene og eksklusjonskriteriene, som de mente gjorde det mindre egnet til norske forhold, og et presset universelt tilbud. Egnethet er derimot ikke spørsmål for denne utredningen, selv om det var et tema som gikk igjen i flere intervjuer. Dette tyder på at resultatene fra evalueringen vil være viktig for ønsket om å ta i bruk programmet blant flere aktører.

7.2.3 Nasjonalt NFP-kontor. Fagstab, lisens- og programansvar

University of Colorado Denver (UCD) er lisenshaver, og for å få beholde lisensen, er det kontraktfestet at NFP-land må implementere programmet med streng etterlevelse etter NFP-modellen. I Norge har Bufdir på nåværende tidspunkt lisensen til NFP, med ansvar for å sikre tilstedeværelse av støttesystemer, databehandling i henhold til nasjonale lover og lisensforventninger, analyse og overvåking av implementeringsprosessen. Programlojalitet er forutsatt i lisensen, noe som forutsetter at nasjonal lisenshaver står nasjonalt ansvarlig for at intervensjonen implementeres som foreskrevet i henhold til kjerneverdier, program og manualer. Som del av det sentrale støttesystemet til programmet, er det opprettet et nasjonalt fagråd som skal bidra til å sikre kvalitet, bærekraftighet og støtte fra sentrale samarbeidspartnere. Spørsmålet om nasjonal forankring og lisensansvar har vært et sentralt tema i utredningen. Tilbakemeldingene peker entydig på at NFP i Norge må knyttes til helselinja, med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet som sentrale aktører. Dette er også i tråd med våre anbefalinger. Helsedirektoratet står ansvarlige for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer og veiledere, bl.a. for helsestasjonene. Det vil være naturlig at NFP settes inn i en slik kontekst. Vi viser til nærmere drøfting nedenfor.

Det vi i modellen har kalt fagstab, vil være NFP-kontorets utøvende og faglige organ knyttet til utdanning og opplæring, faglig oppdatering, kunnskapsoverføring og forskning, dataoppbevaring og behandling. Fagstaben skal bidra til implementering/opplæring i kommunene, samt føre tilsyn med at lisenskravene følges. Fagstaben må tilføres tilstrekkelig kompetanse til å ivareta de oppgavene som følger av lisensen (se ovenfor).

Skal man ha et sentralt kontor for fagstaben, eller flere regionale kontorer? I oppstarten av en videreføring av NFP-piloten vil det være tilstrekkelig å ha en fagstab. Hvis NFP skal bygges ut som tiltak vil det på sikt kunne være en løsning å opprette regionale kontorer som har ansvar for NFP i sitt område. Hvordan de regionale kontorene skal organiseres, vil være avhengig av hvilken forankring programmet får.

Som beskrevet over, er det blant våre informanter bred enighet om at kunnskaps- og kompetansesentrene bør være viktige samarbeidspartnere med NFP Norge. Etter vår vurdering vil det være naturlig at NFP inkluderes i diskusjonen om en fremtidig samordning av eksisterende kompetansesentra. Vår anbefaling er at fagstaben gis ansvar for å etablere samarbeid med relevante kompetansesentra. Slike kompetansesentre kan også fungere som mulig regional forankring for fagstaben.

7.2.4 NFP i Norge – forslag til finansiering

Tilbakemeldingene fra informantene i utredningen er relativt entydig i svar på spørsmålet om finansiering av NFP i Norge: Kommunene kan ikke finansiere NFP-programmet selv, men må ha øremerkede midler. Blant informantene i kommunesektoren ser de ingen mulighet til å finansiere et slikt tiltak over de kommunale budsjettene. De universelle tjenestene til barn og unge i kommunene er allerede underfinansiert, og man makter ikke å levere det lovfestede tilbudet alle steder. Å introdusere et relativt dyrt program som NFP i konkurranse med det universelle tilbudet vil ikke fungere. Slik det er i dag, bidrar kommunen med noen ressurser, blant annet lokaler, og de binder opp en del timeverk i NFP-rådet. Man kan derfor se det slik at kommunen må bidra ved å dekke noe av utgifter, men at hovedkostnaden dekkes i form av statlige midler. Vi ser derfor for oss at finansieringen først og fremst bør skje i form av øremerkede statlige midler, men en finansieringsnøkkel der kommunen bidrar med en viss prosent. Hva denne finansieringsnøkkelen skal være, er det for tidlig å si noe om. Det er som sagt ikke mulig å finansiere NFP over kommunale budsjetter, da helsetilbudet i kommunen i utgangspunktet er presset og mange helsestasjoner ikke klarer å levere det tilbudet de er pålagt å gjøre. Samtidig vil det, i tråd med skotske erfaringer, være viktig å bidra med en viss kommunal egenfinansiering for å sikre eierskap og forankring.

7.2.5 NFP i Norge – forslag til organisering av opplæring av NFP-sykepleiere

Erfaringer fra Skottland, viser at der vektlegges betydningen av å ha utdannelsen i egen regi. De hadde i sin oppstart utdanning i England, men opplevde at selv om Skottland og England har svært likt helsevesen, var den kontekstuelle informasjonen annerledes, og at det hadde en viktig tilleggsverdi å få utdanning innenfor egen nasjonal kontekst. Våre anbefalinger bygger på disse erfaringene, samt den modellen som NFP-utprøvingen har benyttet så langt. I utredningen har vi vist at det ved tidligere anledninger har vært utfordrende å engasjere høgskoler/universitet til å vise interesse for å påta seg en slik utdanning.

Vår oppsummering er at opplæringsmodellen benyttet i utprøvsperioden, hvor undervisningen i hovedsak gis i samarbeid mellom nasjonal fagsjef og internasjonal NFP-rådgiver, anses som lite hensiktsmessig på sikt, både praktisk og økonomisk. Vår anbefaling er at ansvar for opplæring av NFP-teamene utføres nasjonalt (nasjonal fagkompetanse/forelesere). Kontakten med NFP-internasjonalt legges til nasjonal kjernegruppe (fagstaben til nasjonalt NFP-kontor). Ved behov for faglig påfyll, kobles internasjonalt fagmiljø til en opplæring av denne nasjonale kjernegruppen som så står ansvarlig for videre opplæring nasjonalt. NFP-internasjonalt gis et kvalitetssikringsansvar overfor ivaretagelsen og opplæring og faglig utvikling nasjonalt.

7.2.6 Organisering i kommunene – fremgangsmåte for lokal forankring av NFP-teamene

Som det går fram av modellen, foreslår vi en forankring av NFP i kommunene, for å sikre NFP-teamenes nærhet til praksisfeltet generelt, og helsestasjonene spesielt. Kommunene gis ansvar for iverksetting av programmet lokalt, utforme og lede NFP-råd (samarbeid/nettverksstyring), lede og tilrettelegge for NFP-programmet lokalt og å ansette NFP-teamet. Geografi, demografi og de kravene som stilles i NFP-programmet tilsier at NFP-programmet ikke rulles ut som en universell tjeneste i kommunene som en skal-tjeneste. Deltakelse i NFP-programmet baseres på aktiv tilsøkning og en godkjennelsesprosess for å sikre at det er grunnlag for å leve opp til kravene i NFP-programmet. Vi har nedenfor punktvis skissert et forslag til søkeprosess eller fremgangsmåte for kommunene. Styrker og svakheter ved en slik modell er drøftet nærmere under neste punkt i utredningen.

NFP i kommunene – forslag til fremgangsmåte og prosedyre:

- Kommuner søker NFP-kontoret, enkeltvis eller som interkommunale samarbeid, om å få bli med i NFP
- Kommunen(e) redegjør for deltagerbefolkning, kommuneorganisering, arbeid inn mot sårbare førstegangsfødende og motivasjon for deltagelse
- Dialog med Nasjonalt kontor om muligheten for å starte med NFP
- Ved godkjenning, mottar kommunen(e) øremerket statlig tilskudd til ansettelse av team
- Kommunen ansetter teamene. Lokal organisering vil variere med kommunestruktur, samarbeidsrelasjoner. Teamenes nærhet til helsestasjonene blir viktig
- Nasjonalt kontor veileder i organiseringen, samtidig som det tas høyde for lokal variasjon
- Kommunen(e) etablerer lokalt NFP-råd

7.2.7 Organisering i kommunen – drøfting

Blant de kommunale informantene uttrykkes det gjennomgående et ønske om at NFP må knyttes nærmere helsestasjonene og arbeidet som gjøres i førstelinja. Det er mange argumenter for organisering i nær tilknytning til kommunen. NFP-arbeidet er tett knyttet opp mot arbeidet i helsestasjonene, en kommunal tjeneste, og det vil derfor være en fordel om NFP-programmet er plassert sammen med de øvrige tjenestene rettet inn mot gravide og spedbarn. Nærhet til helsestasjonene sikrer lokal forankring, og vil være viktig for rekruttering og kunnskapsoverføring. AFIs første midtveisrapport fra følgeevalueringen (se punkt 5.3 ovenfor) viser at NFP-team og NFP-råd har opplevd det som utfordrende å være organisert utenfor kommunens førstelinje, og samtidig få til samarbeid og samhandling på tvers av kommunale etater. Dette har vist seg i arbeidet med å rekruttere deltagere via andre kommunale helsetilbud, men har også oppstått i andre deler av utprøvingen. Arbeidet i NFP-programmet krever og fordrer tett samarbeid mellom NFP-sykepleier og helsestasjonen, og kan innebære risiko i overføringen av viktig informasjon om deltagere, hvis ikke NFP-sykepleier og helsestasjonen klarer å utveksle informasjon når det er nødvendig. I ett av utprøvsområdene beskriver aktørene en situasjon der en deltager i NFP-programmet i en sårbar fase stod uten oppfølging gjennom sommerferien, og der både helsestasjonen og NFP-sykepleieren trodde at den andre hadde ansvaret i denne perioden. Hvis NFP-sykepleierne er ansatt ved helsestasjoner og har tilgang til felles journalsystemer, vil risikoen for manglende informasjonsutveksling og ansvarsfordeling minske.

De kommunale aktørene er opptatt av at kunnskapen som opparbeides innenfor NFP-prosjektet er viktig å overføre til andre deler av kommunehelsetjenesten, og særlig blant helsesøstre og jordmødre på helsestasjonen. Med NFP utenfor kommuneorganisasjonen og utenfor helsestasjonene opplever de at det er lite kunnskapsutveksling, og at NFP blir «hemmelighetsfullt», der man ofte er usikre på hva programmet innebærer. Kommunene ønsker seg mer innsikt i programmets arbeidsmåter, faglige grunnlag og den forskningsmessige forankrede kunnskapen programmet bidrar med. NFP-sykepleierne får ny og viktig kompetanse gjennom opplæring og utøvelse i NFP-programmet, som de gjerne vil at resten av helsetjenesten i kommunen skal nyte godt av.

Blant implementeringsteamet og i NFP-teamene opplever de at lokalisering ved helsestasjonene vil kunne bidra til en «normalisering» av NFP; ved at NFP tilhører det kommunale, ordinære helsetilbudet til gravide og småbarn, er det mulig å rekruttere deltagere med negative erfaringer fra barnevern og andre velferdstjenester til frivillig deltagelse, samt hindre stigmatisering av deltagerne.

Hvor skal teamleder/teamet være plassert? I utprøvingen i Oslo og Rogaland er teamene plassert utenfor helsestasjonene, i et eget kontor. Teammedlemmene og teamledere har to hovedinnspill til organisering med utgangspunkt i deres arbeidshverdag: Selv om de blir plassert på en helsestasjon, vil de tilbringe lite tid der. Som NFP-sykepleier tilbringer man den største delen av arbeidstiden på hjemmebesøk, ute av kontoret. Når de er tilstede på kontoret, er det for veiledning fra teamleder, møter og papirarbeid. De er derfor usikre på hvordan den faglige støtten vil bli om de er plassert på helsestasjonene uten NFP-kolleger rundt seg, og de ønsker å ha kontorplass i et fellesskap med NFP-teamet. Samtidig påpeker de betydningen av nærhet til helsestasjonene for rekruttering av deltagere, informasjonsutveksling om felles klienter (delt journalsystem) og kunnskapsoverføring. De ønsker derfor også å ha tettere tilknytning til helsestasjonen.

Det er mange grunner til at NFP-sykepleiere burde ha helsestasjonen som base for arbeidet. Likevel er det vår vurdering at ingen helsestasjon vil være så stor at den kan beskjeftige et fullt team av NFP-sykepleiere, og det er på samme måte få kommuner i Norge som har befolkningsgrunnlag til et fulltallig NFP-team. Noen helsestasjoner og/eller kommuner kan være så store at de kan sikre arbeid til én eller to NFP-sykepleier, men de aller fleste kommuner vil måtte dele/samarbeide om et NFP-team som kan variere i størrelse fra 5 til 9 (teamleder/veileder og NFP-sykepleiere).

For å kunne legge NFP-programmet til kommuneorganisasjonen foreslår vi en løsning der man ansetter hver NFP-sykepleier ved en helsestasjon/kommune, og at disse blir en del av NFP-teamet i en interkommunal overbygning. Slik sikrer man forankring og læring i kommunen, samtidig som man møter lisenskravene til team-organisering. En organisering i kommunene vil på et overordnet plan kreve nettverksstyring, ikke ulikt NFP-rådet i dag, der de deltagende kommunene/bydelene har representanter fra ulike etater i rådet. De fleste små og mellomstore kommuner i Norge i dag har erfaring fra å drive nettverksbasert styring på flere områder, for eksempel ved innføring av ny teknologi. Dette kan bli krevende når det ikke skal være et tidsbestemt prosjekt, men en del av linja. NFP organisert i kommunen betyr at man får behov for et nasjonalt kontor og en fagstab, som kan holde på lisensen, støtte kommunene i arbeidet, være koordinerende, ha ansvar for utdannelsen og generelt være en støtte i implementering og gjennomføring.

Lisensen stiller krav til teamstrukturen, antallet møter og veiledninger. For å møte kommunenes ønsker og NFP-teamets behov for tilrettelegging av arbeidssituasjonen, virker det hensiktsmessig at NFP-sykepleierne er ansatt hovedsakelig ved én helsestasjon, men disponerer tiden etter NFP-standard, og at det er et eget lokale til det interkommunale NFP-teamet der de kan samles, ha veiledning, gjøre papirarbeid, oppbevare felles rekvisita, manualer, skjema osv.

NFP i kommunene er, ifølge de kommunale aktørene, helt avhengig av fullfinansiering – det er ikke rom for NFP i de kommunale budsjettene. Etter vår vurdering bør man på sikt vurdere en delingsnøkkel mellom stat og kommune, der kommunen dekker en viss andel av kostnadene, selv om den overgangen kan bli krevende. Øremerking av midler vil være viktig for å sikre at midlene ikke omprioriteres.

En risiko ved å ansette NFP-teamene i kommunen og på helsestasjonene, er kommunenes disponeringsrett overfor sine ansatte. Fylkesmannstilsyn og tilbakemeldingene fra kommunene og bydelene gir en indikasjon på at kommuner kan oppleve utfordringer med å levere oppgavene i henhold til Helsedirektoratets retningslinjer, bl.a. når det gjelder jordmortilbud og helsestasjon. Det vil kunne oppstå situasjoner der kommunene opplever et behov for å omprioritere stillinger fra NFP-programmet til ordinært tilbud, og kan gjøre det nødvendig å innføre tiltak som kan skjerme NFP-sykepleierne fra andre oppgaver kommunen ønsker utført. Tiltak for å hindre dette kan for eksempel være rapportering/øremerking av midler som sikrer at kommunene etterlever den avtalen som er inngått.

Kan NFP bli et universelt tilbud i kommunehelsetjenesten? Variasjonen blant norske kommuner i geografi, befolkning og sosiale utfordringer tilsier at det vil bli vanskelig å rulle ut NFP som et universelt tilbud. I Skottland har de begrenset NFP-tilbudet til tettbefolkede områder med avstander som gjør det mulig å ha et NFP-team som kan gjennomføre hyppige hjemmebesøk. På sikt kan man undersøke om det er mulig å tilpasse NFP-programmet til områder som ikke oppfyller disse kravene, for eksempel gjennom veiledning via skype, eller færre deltagere per NFP-sykepleier for å veie opp for reisevei. Dette burde først utforskes når NFP-programmet er innført i de områdene det er mest hensiktsmessig å benytte det.

Erfaringer fra implementeringen av NFP i Nederland og Skottland er at NFP burde tas i bruk som et frivillig tiltak, og være ønsket og initiert av de kommunale samarbeidspartene. Vi foreslår derfor at kommuner kan søke om å få bruke NFP-programmet, og måtte gjennomgå en egnethetskartlegging før de starter opp; både for å undersøke hvilke utfordringer NFP skal være med å løse, samt hvilke ressurser kommunen har tilgjengelig. Å rulle ut programmet på denne måten kan bidra til å sikre forankring, kompetanse og motivasjon i de kommunene som tar i bruk programmet. Det vil også tilrettelegge for at kommunene kan benytte seg av allerede eksisterende samarbeidsrelasjoner med nabokommuner, eller selv finne frem til hva som vil være de mest hensiktsmessige samarbeidskommunene.

Oppsummert – hvilke fordeler og risikoer ser vi ved organisering i kommunene?

Fordeler:

- Gjennomgående det ønsket som kommer tydeligst frem blant kommunale informanter
- Nærhet til helsestasjonene
- Kommunene som pådriver/eier
- Lokal forankring og motivasjon
- «Normalisering» av NFP
- Vil kunne gi stor kunnskapsoverføring fra NFP til resten av helsestasjonen/kommunen
- Vil gjøre det lettere å utveksle kunnskap om brukerne, tilgang til kommunenes journalsystem
- Gir kommunen mer innsikt i programmets faglige grunnlag og arbeidsmåter

Risikoer:

- Det kan være utfordrende å drive et dyrt program for få brukere på helsestasjoner/kommuner med begrensede universelle tiltak/ressurser
- Krever utstrakt og varig samarbeid – alle kommuner, unntatt de største bykommunene, vil måtte samarbeide i en nettverksstyringsmodell
- Det kan være utfordrende å tilrettelegge for et NFP-team som både knyttes nærmere helsestasjonene, men som fortsatt må ha en intakt og fungerende teamstruktur
- Fagmiljø rundt NFP-teamet på helsestasjonen kan bli lite, trenger et fagmiljø utenfor kommunen i tillegg
- NFP-sykepleierne kan ikke bli satt til å gjøre oppgaver utenfor NFP-programmet, må vernes mot førstelinjas krav

7.2.8 Organisering av NFP i spesialisthelsetjenesten – drøfting

Betydningen av nærhet til familiene og lokalt tjenestetilbud kommer også opp rundt spørsmålet om NFP er et så spesialisert tjenestetilbud at det faglig og organisatorisk hører hjemme i andrelinjetjenesten. Det argumenteres for at dersom en velger å legge organiseringen av NFP til spesialisthelsetjenesten, mister man nærhetstenkningen.

Det er viktig å understreke at et spesialisert tjenestetilbud ikke er synonymt med spesialisthelsetjeneste. I Helsedirektoratets "*Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*" pekes det på at begrepet spesialisthelsetjeneste er viktig ikke bare for fastsettingen av hvilket ansvar som tilligger de regionale helseforetakene og lovens saklige virkeområde, men også for avgrensningen mot andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Begrepet svarer ikke til et presist medisinsk begrep. Spesialisthelsetjenesten omfatter i hovedsak helsetjenester som krever tilgang til spesialisert kunnskap og ressurser, og som det ut fra faglige og økonomiske hensyn er hensiktsmessig å ha et samlet ansvar for. Spesialisthelsetjenester kan derfor sies å være et samlebegrep på den type helsetjenester man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivået. Hva som er hensiktsmessig i denne sammenheng, vil kunne forandre seg over tid, både som følge av den medisinske utviklingen og endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene. Begrepet må ses i sammenheng med den faktiske oppgavefordelingen mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det vil alltid være noe overlapp mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten for å få til et helhetlig pasientforløp.

NFP er rettet mot en liten del av befolkningen. Tilbudet deltagerer får i NFP er omfattende, et tilbud som går ut over det universelle helsetilbudet. Helsestasjonene har ikke tidligere tatt i bruk programmer av dette omfanget. Et argument som imidlertid taler for å legge NFP-programmet på helsestasjonene er at det kan være stigmatiserende for deltagerne om dette programmet legges utenfor det universelle helsetilbudet. Likevel er ikke det potensielle stigmaet knyttet til programmet en grunn god nok i seg selv til å plassere det i kommunehelsetjenesten. Kommunen har ingen tradisjon for å holde i denne typen programmer, som krever lisens, egen utdanning, har strenge inkluderingskrav og er rettet mot en veldig liten gruppe. Blant informantene uttrykkes det bekymring for å plassere programmet innenfor barnevernstjenesten, fordi flere deltagerer kan ha negative erfaringer knyttet til inngrep fra barnevernet. Men spesialisthelsetjenesten vil ikke nødvendigvis ha et stigma knyttet til seg.

Ved å legge programmet i spesialisthelsetjenesten, opphører behovet for å lage kommunale nettverk til styring, og en kunne heller ta i bruk etablerte styringslinjer. Helsedirektoratet har linjer gjennom fylkesnivået – her burde det være mulig å finne en arena hvor det er naturlig å plassere NFP. Erfaringer fra Ullevålsteamet viser at det kan fungere godt å rekruttere brukere utenfor førstelinja, så lenge tilbudet er godt kjent. Samtidig er Ullevålsteamet underfinansiert og underbemannet i forhold til etterspørsel, i motsetning til NFP som så langt har problemer med å rekruttere deltakere raskt nok.

Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten i 2002. Å knytte NFP til et slikt andrelinjenivå, vil med andre ord bety at NFP-teamene blir statsansatte med direkte linje til de regionale helseforetakene. Avstanden mellom det kommunale praksisfeltet og NFP-teamene ansatt i RBUP har vært en av innvendingene mot måten man har organisert utprøvingen. En mister med andre ord noe av det eierforholdet til NFP-programmet som informantene mener er ønskelig.

Et argument som informantene mener taler for å knytte NFP til spesialisthelsetjenesten er at en slik organisering i større grad kan ivareta de «vitenskapelige» elementene i NFP; lisenskrav, datainnsamling, dataoppbevaring, opplæring. Erfaringen fra utprøvingens innledende fase viste at det er utfordrende for

kommunene og bydelene å bli enige om ansvarsdeling og praktiske løsninger ved et interkommunalt samarbeid om NFP-teamene. Dette unngår man ved å ansette NFP-teamene på regionsnivå. Videre vil man kunne unngå å komme i den situasjonen at NFP-sykepleiere, som kommunalt ansatte, blir satt til å gjøre oppgaver ut over NFP-programmet. Tettere tilknytning til spesialisthelsetjenesten kan også gjøre det enklere å komme i kontakt med den mest sårbare gruppen gjennom et samarbeid med tilbud slik som Ullevålsteamet.

Det som taler mot en organisatorisk forankring i spesialisthelsetjenesten, er at man med dette mister nærheten mellom NFP og eksisterende kommunalt tjenestetilbud, da en del av arbeidet i NFP knytter seg opp mot å koordinere innsatsen fra kommunale tjenester inn mot programdeltagerne. Med en forankring i spesialisthelsetjenesten mister det også den umiddelbare nærheten til det miljøet der brukerne lever sitt liv. Utprøvingen av NFP i Norge blir gjort i kommunelinja, slik at det er her det er størst erfaring og kunnskap om programmet. En løsning med forankring i spesialisthelsetjenesten vil også kunne bidra til stigmatisering av deltagerne, fordi det kan forsterke en opplevelse av sykeliggjøring av familienes utfordringer. NFP i kommunehelsetjenesten ligger i nærheten av det universelle tilbudet, noe som kan bidra til å normalisere deltagelse. Videre vil det kunne skape større samarbeidsutfordringer mellom de kommunale etatene og NFP, noe som også er utfordrende i dag. I den grad man skal bygge på erfaringene fra utprøvingsområdene (i kommunehelsetjenesten) så langt, så er en slik organisatorisk forankring på regionsnivå ikke ønskelig.

Oppsummert – hvilke fordeler og risikoer ser vi ved organisering i spesialisthelsetjenesten?

Fordeler:

- Lettere å tilrettelegge for strukturen NFP-programmet krever, og det faglige og praktiske teamarbeidet.
- Spesialisthelsetjenesten har mer erfaring med å forvalte og implementere lignende tilbud
- Det kan legge bedre til rette for faglig utvikling og forskningsmessig virksomhet
- Lettere å organisere, fjerner oppgaven med nettverksstyring fra kommunene

Risikoer:

- Man mister nærheten til kommunene og de eksisterende tjenestene der
- Samarbeid med kommunale tjenester kan bli mer utfordrende, og vil skape andre utfordringer knyttet til informasjonsutveksling og samhandling
- Tilbudet kan bidra til mer «sykeliggjøring» av deltagerne i NFP-programmet.

7.2.9 Organisering av NFP - hvordan sikre journaltilgang og informasjonsutveksling

Journaltilgang og lokal tilhørighet trekker vi fram som sentrale stikkord i utredningen. Dette igjen er knyttet til ønsket om og behovet for et helhetlig tjenestetilbud. De tiltakene som settes i verk må være kjent på tvers av tjenestene for å unngå dobbeltarbeid og at "det ene tiltaket slår det andre ihjel". For å sikre best mulig pasientbehandling er det viktig at relevante opplysninger følger pasienten. Men uansett hvilken organisasjonsmodell en velger for et fremtidig NFP i Norge, så er det utfordringer og formalia knyttet til journaltilgang og informasjonsutveksling som må finne sin løsning.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i 2014 på høring en ny forskrift for å sikre trygg utveksling av pasientopplysninger. Departementet pekte på at det er avgjørende at behandleren har tilgang på opplysninger som er viktige for å gi pasienten best mulig behandling. Derfor skal helsepersonell kunne hente fram relevante opplysninger fra pasientjournaler i andre virksomheter. Det er også avgjørende at opplysningene ikke tilflyter uvedkommende. Reglene som ble foreslått skulle både gi behandlerne tilgang til

relevante opplysninger og sikre at personvernet blir ivaretatt. Forskriften omhandlet bl.a. hvilke krav som må være oppfylt i virksomhetene for å kunne gi helsepersonell i andre virksomheter tilgang til pasientjournalen. Virksomheter som vil gi helsepersonell fra andre virksomheter tilgang, må inngå en særskilt avtale om dette. Begge virksomhetene må ha gode organisatoriske og tekniske løsninger for å avgrense og kontrollere tilgangen til opplysningene som er relevante for å gi helsehjelp til pasienten.

Ved årsskiftet 2014/2015 kom nytt lovverk for deling av pasientopplysninger gjennom helseregistre og pasientjournaler. Helseregisterloven ble delt i en helseregisterlov og en pasientjournallov. Mens den nye helseregisterloven i grove trekk regulerer bruk av helseopplysninger til forskning og kvalitetssikring, regulerer pasientjournalloven hvordan helseopplysninger kan brukes når det ytes helsehjelp. De største endringene kom i pasientjournalloven. Der helsepersonell tidligere kunne få utlevert helseopplysninger fra journaler, vil de nå kunne få direkte tilgang til å hente ut pasienters helseopplysninger hos andre virksomheter. Det er bare helsepersonell som skal gi pasienten helsehjelp, som skal se opplysningene. Pasientene har rett til å få vite hvem som har hatt tilgang til eller fått utlevert helseopplysninger. Alle som får se opplysningene har taushetsplikt. Den viktigste forutsetningen for å gi tilgang, er at det er nødvendig i tilknytning til akkurat den helsehjelpen som skal gis på det aktuelle tidspunktet. Dette stiller store krav til hvordan journalen føres, og hvordan tilgangene i praksis gis. Dette reguleres gjennom den nye forskriften for tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter.

Pasientjournalloven åpner for at helseinstitusjoner kan samarbeide om pasientjournaler, forutsatt at de har et felles journalsystem og en nærmere avtale om deling. Loven fastsetter krav til hva avtalen skal inneholde. Slik vi ser det er det en forutsetning for å sikre en god samhandling mellom NFP og det øvrige tjenestetilbudet at en finner gode og hensiktsmessige løsninger for informasjonsutveksling mellom de involverte, for å sikre smidige overganger og for å hindre dobbeltarbeid og unødvendig overlapp med hensyn til iverksatte tiltak. Uansett hvilken organisasjonsmodell en måtte velge, er det en rekke formalia som her må på plass.

7.2.10 Organisering av NFP i Norge - utfordringer, mer kunnskap og spørsmål som må avklares

Utredningen er gjennomført høsten 2017, en periode som omtales som en oppstartsfasen i utprøvingen av NFP i Norge. Vi har nedenfor skissert en del områder hvor det er behov for avklaring og også mer kunnskap dersom NFP skal innføres i Norge på permanent basis. Slik vi ser det vil det være nødvendig å benytte utprøvsperioden (fram til 2019) for en avklaring av disse spørsmålene.

Det er en forutsetning at deltakelse i NFP-programmet er basert på **frivillighet i kommunene**. Som vi har konkludert med i utredningen gjør kravene som følger av NFP-organiseringen, samt geografi og demografi (aktuell brukergruppe) at det vil være lite aktuelt "å rulle ut" NFP som en del av det universelle tilbudet i kommune-Norge. Derfor blir det mest relevant at NFP blir et tilbud kommuner kan velge å ta i bruk, jamfør erfaringer fra Nederland og Skottland. Et sentralt begrep i en slik sammenheng blir «readiness», at man må ha ressurser, kunnskap og forutsetninger for å kunne ta i bruk programmet. Hva «readiness» innebærer må man utforske videre i samarbeid med evalueringen av NFP. Samarbeid vil for de aller fleste kommunene være nødvendig. En del av readiness-spørsmålet handler derfor også om vilje, erfaring og kunnskap om samarbeid og nettverksstyring.

Hva er etterspørselen blant kommuner for programmet? Som tidligere nevnt, var det relativt få kommuner som responderte positivt på deltakelse i utprøvingen (11 av 200 kommuner). Mulige årsaker til dette er drøftet tidligere i rapporten. Brukergruppen er ressurskrevende, og det er grunn til å anta at flere av kommunene har kviet seg for å bruke tid og ressurser på et tiltak som er et nytt konsept i norsk kontekst. Det er grunn til å anta at flere kommuner vil vise interesse for NFP-programmet dersom man i utprøvsperioden evner å dokumentere resultater og nytte. Dette gjenstår å se. Videre vil det fra prosjektorganisasjonen jobbes med informasjonsspredning for å skape lokal interesse og lokalt engasjement for tiltaket. Engasjementet må forankres både i fagmiljøene, administrativt og på politisk nivå.

Oppfølging av NFP-teamene. NFP-programmet stiller krav både demografisk og geografisk. Videre har vi i utredningen pekt på at et velfungerende NFP i en norsk kontekst, forutsetter samhandling med en rekke aktører både i kommunene og på spesialistnivå. Videre ligger det i NFP-programmet at NFP-sykepleierne skal inngå i et team som fysisk møtes, samt at de skal gis jevnlig veiledning, både individuelt og i gruppe.

Alle disse elementene må det tas hensyn til bl.a. når det gjelder hvor mange familier NFP-sykepleierne skal ha ansvaret for å følge opp. I og med at Norge kjennetegnes av store variasjoner med hensyn til geografi og bosetting, så må det gjøres lokale tilpasninger med hensyn til antallet familier per sykepleier. Tilbakemeldinger fra teamene tyder også på at den team-størrelsen som testes i utprøvsperioden er i minste laget og kan bli sårbar, altså at man må ha større team og større befolkning.

Utvalg, deltagere og målgruppestørrelse i Norge. Etter vår vurdering hersker det fortsatt en viss usikkerhet knyttet til hvordan målgruppen for NFP i Norge bør se ut med tanke på kriterier og omfang. Beregningene av målgruppen som ble lagt til grunn i Ogdens utredning fra 2015 (Ogden et al 2015) diskuteres fortsatt, noe vi har omtalt tidligere i rapporten. I Ogdens rapport i forkant av NFP-utredningen estimerer han antallet deltagere til å være 0.5 til 1,5 prosent av alle førstefødte barn i pilotområdene. Hvis pilotene skulle rekruttert fra dette utvalget, ville ikke dette utgjort nok barn til at de kunne blitt gjennomført. Samtidig viser erfaringer fra både Oslo og Rogaland at de har møtt tilstrekkelig antall deltagere som kan inkluderes i programmet. Dette gir en indikasjon på at inkluderingskriteriene Ogden skisserer, er for smale. Dette skyldes antageligvis først og fremst at det ikke lenger er alderskriterier for inklusjon i programmet. Hvem som ender opp med å

utgjøre utvalget i piloten vet man ikke før rekrutteringen blir avsluttet i januar 2018, og følgeevalueringen gjennomgår deltagerne og inklusjonskriteriene som ligger til grunn våren 2018.

Hvor stor befolkning programmet er relevant for, er viktig av flere årsaker. Hvis den estimerte befolkningen er større enn antatt, vil programmet ha større impact og argumentet om universalisme blir mindre relevant. For det andre vil endringer i den estimerte befolkningen innebære at det har skjedd en tilpasning til en norsk kontekst som vil ha betydning for programmets relevans, forutsatt at deltagerne er relevante for inklusjon. For det tredje, og viktigst for utredningen, vil en større gruppe av befolkningen ha betydning for «omfanget» av programmet, og påvirke organiseringen av programmet i en form der det er tettere knyttet til helsestasjonene. Hvis antallet stiger, vil det være lettere å organisere programmet på helsestasjonsnivå, fordi man kan ha for eksempel en NFP-sykepleier per helsestasjon, eller fordelt på to helsestasjoner.

Sannsynligheten for skjevrekuttering i en pilotfase er høy – man bruker tid på å bli kjent med programmet, og man har også tidspress som gjør at man tar de som er enklest tilgjengelige. Dette vil kunne endre seg når man kommer i drift. Men hvis det er feilrekuttering, vil man igjen kunne bli usikker på befolkningsestimatet.

Viktig for estimatet blir også hvor mange deltagere en NFP-sykepleier kan følge opp (se ovenfor). I følgeevalueringen ser vi at flere NFP-sykepleiere forteller at de er redde for at arbeidsbyrden kan bli for stor med det oppsatte antallet (ca. 17), og at samarbeid og kommunikasjon med andre etater tar for lang tid.

Geografisk spredning. I Skottland har man tilsvarende geografisk spredning som i Norge, med gravgrennede strøk og spredt befolkning. I Skottland har man tatt en avgjørelse om at NFP igangsettes på steder som har befolkningsgrunnlag for et maksimumsteam, og har ikke sett det som hensiktsmessig å rigge til organiseringen av programmet slik at det kan gjennomføres i strøk der de geografiske avstandene er for store. Hos nasjonalt kontor mener de at det er viktige elementer man kan hente fra Skottland, med tanke på hvordan man kan behandle de lange avstandene. I Norge diskuterer man blant annet teknologiske løsninger som veiledning via Skype, som gjør det mulig at teamene kan spres over geografisk avstander, eller at man ansetter NFP-sykepleiere i stillinger der de for eksempel er 2/3 NFP-sykepleiere og 1/3 helsesøstre. Dette er ikke per i dag mulig i henhold til lisensen, men kan være en tilpasning på sikt. Samtidig nevner ikke det skotske NFP-kontoret dette i intervjuet når vi etterspør tilpasninger, og sier at de har latt programkrav og befolkning styre hvor programmet skal tas i bruk. De har per i dag tatt i bruk programmet i alle bynære områder der målgruppen er stor nok til å dekke opp for et fullt team, og har ikke planer om rulle ut programmet flere steder.

I Rogaland ser man allerede tendenser til geografisk fordeling, ved at teamet, plassert i Sandnes, fordeler ulike områder seg imellom slik at man skal rekke å følge opp alle deltagerne uten å miste for mye tid til reising mellom steder. Dette virker å være en tilpasning som kan fungere for andre kommuner som deler et NFP-team.

Utredningene anbefaler at spørsmålet om geografisk/demografisk tilpasning utsettes til programmet har fått erfaring fra etablering i områder med større deltagerbefolkning. Det er også andre grunner til at NFP-programmet ikke er mulig å tilby i alle kommuner i Norge, blant annet på grunn av det engasjementet og kunnskapen som må ligge i kommunen, og kravet til utdanning og personlig egnethet hos NFP-sykepleieren, som man ikke kan forvente å ha i hver kommune i Norge.

Utrulling. I både Skottland og Nederland er det kommunene selv som tar initiativ til å ta i bruk NFP. Det vil si at de må ha egenmotivasjon og praktisk mulighet til å innføre programmet. I Skottland påpeker forskerne at

det er viktig å ha egenmotivasjon for å ta i bruk programmet. I oppstarten i Skottland hadde man noen storby-områder med særlige utfordringer som ble «pålagt» eller «sterkt oppfordret» til deltagelse, uten at områdene selv hadde stor interesse for programmet. Her ble det store utfordringer med gjennomføringen, og man lyktes i mindre grad med å nå prosjektets mål. Den skotske erfaringen ble derfor at man trenger vilje og engasjement for gjennomføring, og at programmet i mindre grad kan lykkes hvis det rulles ut i områder som ikke har noe eget ønske om å benytte NFP. I Nederland er bruk av programmet også frivillig, der det har vært en gradvis vekst i antallet kommuner som tilbyr programmet, etter hvert som programmet har blitt mer kjent og man ser at det gir gode resultater. Som utgangspunkt for deltagelse, anbefaler vi derfor at kommuner selv søker seg inn til programmet, ved å sende inn en søknad til fagstab-kontoret, og fyller ut en rapport der de redegjør for hvilke utfordringer og styrker de har i arbeidet opp mot målgruppen. Dette blir også i henhold til David Olds begrep om «tilling the soil», som innebærer en klargjøring og forberedelse på å implementere NFP. Fagstaben assisterer deretter kommunene i oppstarten, med implementering, organisering og opplæring av personell. En viktig oppgave for fagstaben vil også være å spre kunnskap om programmet, slik at flere kommuner og tjenester får innsikt i hva NFP innebærer, og hva det kan bidra med.

Skottland og Nederland skiller seg fra Norge på relevante måter. Nederland er et lite land med stor befolkningstetthet. Skottland har noe geografisk og demografisk likhet med Norge, men har ikke samme type avstander. Skottland har også et helt annet sett av sosiale utfordringer, der målgruppebefolkningen nok vil være en del større enn man ser i Norge.

NFP-programmet har tydelige krav til team-størrelse og antall deltagere, pluss antall hjemmebesøk og timeantall for ansettelse. Dette begrenser antallet steder i Norge som har mulighet til å tilby NFP. Samtidig vil sterk kommunal forankring i samarbeid med et fleksibelt implementeringsteam på sikt kunne bidra til å finne praktiske løsninger i kommuner hvor det ikke er åpenbart at man har befolkningsmessig og geografisk mulighet for NFP. I Skottland, som er nærliggende å sammenligne seg med, har de per i dag åtte områder som tilbyr NFP, og mener at de har nådd en grense da det ikke er flere områder med en befolkningsstørrelse som tilsier at det er mulighet for NFP med den teamstørrelse de har valgt. De går foreløpig heller ikke med planer om å tilpasse dette med teknologi (Skype etc.) eller andre tilpasninger i teamstruktur eller størrelse.

En fagstab med stab/sekretariat bør etter vår vurdering være administrativt ansvarlig for opplæring, lisensutøvelse, datainnsamling, dataoppbevaring, lisensrapportering, og kommuneopplæring. Etter vår vurdering vil det være naturlig at sentral stab/sekretariat også har ansvaret for informasjon, søknader om inntak, implementering i nye områder, oppfølging av områder, databehandling og utdanning. Utdanning vil antageligvis være den mest tidkrevende oppgaven. Sekretariatet må ha forankring i linja til kommunehelsetjenesten, og ha folk med relevant kompetanse. Å håndtere datainnsamlingen og rapportere på lisenskravene vil være en annen viktig jobb på sikt, som vil kreve folk med forskningskompetanse. Fordi hovedkontoret burde ligge i linjen til helsetjenesten, uavhengig av organisering i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten, betyr det at hovedkontoret burde ligge i enten Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet – eller en egnet enhet i linja som en av disse kan delegerer myndighet til, og følge opp.

Tanken om en sentral fagstab baserer seg dels på en viss usikkerhet om hvor stor oppslutningen vil være blant kommunene om å ta del i NFP-programmet. En **regionsforankring** av NFP i Norge (ut over hovedansvar for lisensen) har vært diskutert. Dette vil, etter vår vurdering være aktuelt dersom interessen blant kommunene om deltakelse i NFP blir såpass stor at det, rent ressursmessig, vil kunne la seg forsvare å opprette NFP-fagstab eller fagmiljøer i hver av de fire helseregionene bl.a. med ansvar for å følge opp arbeidet i kommunene. Etter vår vurdering mener vi dette bør bli en diskusjon på sikt, etter at man har hatt en gradvis opptrapping av NFP-programmet i en region.

Bufdir er i dag **sentral lisenshaver**. En av de tydeligste tilbakemeldingene fra våre informanter er at NFP i Norge må knyttes tett til virksomheten ved helsestasjonene, og at Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet bør være en fremtidig sentral lisenshaver. Helsedirektoratet har bl.a. som oppgave å utarbeide sentrale retningslinjer for helsestasjonene, og det vil være naturlig at NFP sees inn i en slik kontekst. Etter det vi har brakt på det rene, har Helsedirektoratet lite tradisjon for å følge opp lisensierte programmer og tiltak. Oppmerksomheten er å bistå satsinger og utviklingsarbeider som i større grad bygger på eksisterende tjenestetilbud, og hvor eksempelvis kommunene i større grad gis rammeforutsetninger for å tilpasse og bygge ut et system som passer til dem og til deres tjenester (eks. Bedre Tverrfaglig Innsats). Etter en samlet vurdering er det imidlertid vår vurdering at det må jobbes for å skape en tettere kobling mellom NFP og Helsedirektoratet. Dette forutsetter en dialog på politisk nivå for å skape nødvendig interesse og engasjement for NFP-programmet.

På det Nasjonale kontoret trekker de frem RBUP som en varig samarbeidspartner og vert for det nasjonale fagkontoret, som kan være ansvarlig for alle disse delene. De har allerede utført oppgaven på en god måte siden programstart, og har relevant personale til å håndtere de ulike arbeidsoppgavene et slikt kontor vil få. Spedbarnsnettverket jobber allerede med slike typer oppgaver overfor kommunene. Samtidig har RBUP en tilknytning både til Helsedirektoratet og Bufdir (Bufdir er med på å utforme oppdragsbrevene og tildele rammetilskudd, sammen med Helsedirektoratet) og legger dermed til rette for at begge linjene kan ha gjennomslag. En ulempe ved å ha kontoret på RBUP er samtidig at det blir liggende litt utenfor linja, både hos Helsedirektoratet og Bufdir. En annen ulempe blir at RBUP er regionalt, og det er usikkert hvordan spedbarnsnettverket går utover den øvrige regionale organiseringen.

En forutsetning for å fungere som et samlende fagkontor, er **engasjement** for og tro på NFP-programmet. Vi opplever at denne troen og engasjementet lever veldig sterkt innenfor NFP-utprøvingen, men ikke er like sterk utenfor, og det kan være vanskelig å «sende» programmet til et annet direktorat/departement. Erfaringer fra Skottland og Nederland viser at NFP er avhengig av politisk vilje og stort engasjement i embetsverk, NFP-team og kommuner. Dermed kan det innebære noen utfordringer å overføre ansvar fra Bufdir i en videreføring av NFP. En eventuell overføring av NFP-ansvaret mellom direktorater vil måtte basere seg på politisk vilje, og det er mulig at det ikke vil være tilstrekkelig å gå gjennom embetsverkskanalene for å sikre nødvendig forankring.

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1. Tilbudet på helsestasjonene – resultater av statlig tilsyn i perioden 2008-2013

På oppdrag fra Statens helsetilsyn gjennomførte fylkesmennene et *landsomfattende tilsyn i 2008* med kommunenes samarbeid mellom barnevern-, helse- og sosialtjenester til utsatte barn i skolepliktig alder. Tilsynet avdekket betydelige mangler når det gjaldt samarbeid om barn. I mange kommuner var det ikke lagt til rette for at det ble samarbeidet slik at barn fikk tjenester til rett tid. Mange av de kommunene som hadde tilrettelagt for samarbeid, kontrollerte ikke at det planlagte samarbeidet faktisk ble gjennomført.

Statens helsetilsyn gjennomførte i *2010 en kartlegging* av hvordan fødeinstitusjonen og kommunen tok vare på behovene til barselkvinnen og det nyfødte barnet i barseltida. Det ble bl.a. påvist svikt i samhandling, hjemmebesøk og journalhåndtering, og "mangelfull tilpasning av barselomsorgen til fremmedkulturelle kvinner og familier".

I 2011 gjennomførte Statens helsetilsyn en kartlegging av helsestasjonstilbudet i 50 kommuner. Det viste seg at mange av dem ikke tilbød barna helsestasjonstjenester i samsvar med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer. Flere kommuner og bydeler som erkjente at de ikke fulgte retningslinjene, hadde ikke planer om å iverksette forbedringstiltak.

I 2013 gjennomførte fylkesmennene et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenesten til barn i alderen 0–6 år. 78 helsestasjoner i kommuner og bydeler ble undersøkt. Fylkesmennene fant minst ett lovbrudd i 56 av disse. I og med at dette er den nyeste tilsynsrapporten i denne presentasjonen, har vi viet denne rapporten noe mer oppmerksomhet enn de øvrige.

Bidrar helsestasjonen til samhandling og koordinering fra flere tjenester? Kommunene er pålagt å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3) som skal sikre helhetlige tjenester til dem som har behov for samordnet innsats fra flere tjenesteytere. Tilsynet avdekket mangelfull kunnskap i noen helsestasjoner om hva slags tilbud kommunen hadde for barn og familier med spesielle behov. I enkelte kommuner var det ikke noen koordinerende enhet i drift, eller den var lite kjent blant helsestasjonenes ansatte. Noen kommuner manglet avtaler og planer for hvilke instanser som hadde ansvar for hvilke oppgaver og hvordan samarbeidet mellom helsestasjon og andre tjenester skulle foregå. Det var ikke uvanlig at helsestasjonen deltok i utarbeidelse av individuell plan og var koordinator for noen barn. Ved enkelte tilsyn ble det opplyst at helsestasjonen ikke kunne delta i slikt arbeid pga. ressursmangel.

Mangelfullt samarbeid om barn med spesielle behov. Planmessig samarbeid mellom helsestasjon og fastlege er viktig for å sørge for at barn med spesielle behov får den hjelp de har krav på. Tilsynene avdekket uklare ansvarsforhold, manglende avtaler og mangelfulle samarbeidsrutiner mellom helsestasjon og fastleger i en fjerdedel av kommunene. Noen steder fant tilsynet at det ikke forelå kjente rutiner og avtaler om hvem som har ansvaret for å henvise og følge opp henvisninger til andre kommunale tjenester, f.eks. fysioterapeut, eller til spesialisthelsetjenesten. Innenfor en og samme helsestasjon kunne ulike leger ha ulik praksis. I noen kommuner fikk ikke fastlegen kopi av eller orientering om helsestasjonens henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Mangler ved planlegging, styring og samhandling. I rapporten ble det vist til at svært mange tilsynsrapporter beskriver mangler ved kommunens planlegging og styring av helsestasjonstjenesten: Kommunens ledelse etterspurte ikke planer og måloppnåelse, prioriteringer og planer er mangelfulle, rutiner og prosedyrer

manglet eller ble ikke fulgt, ansatte manglet tjenestebeskrivelser, samarbeidsmøter ble ikke avviklet eller omfattet bare noen av faggruppene på helsestasjonen m.m. Et vanlig bilde var at helsesøster, jordmor og eventuelt andre planla driften av helsestasjonen uten at verken helsestasjonslege eller kommuneoverlege deltok, og uten at legene eller kommunens ledelse etterspurte planene.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje på helsestasjonsområdet anbefaler et program for helsekontroller. I flere av kommunene ble det tatt beslutninger om reduksjoner i undersøkelsesprogrammet og/eller slått sammen kontroller uten faglige vurderinger av risiko og uten at kompensierende tiltak var beskrevet. Det forelå heller ikke planer for om, når og hvordan kommunen skulle gjenopprette det tilbudet som beskrives i den nasjonale veilederen. Tilsynsfunnene tydet på at tjenestetilbudet kunne være sårbart. I noen kommuner kunne tjenesten være forsvarlig til hverdags når det faste personalet var på plass, men ved sykdom, ferier og nyansettelser gikk kontinuiteten i tjenestetilbudet tapt, og kommunen tilbød ikke de lovpålagte tjenestene barna hadde krav på. Flere av de svakt bemannede kommunene manglet planer for tiltak som kunne kompensere for dette.

8.2 Vedlegg 2. Om samhandling – eksempler på utfordringer

SINTEF la i 2017 fram rapporten "*Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlig tjenestetilbud*" (Melby et al 2017). I evalueringen undersøkte man erfaringer med samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. Et suksesskriterium på tvers av de tiltakene som en hadde studert nærmere var forsøket på å virkeliggjøre ideen om "en dør inn" i tjenesteapparatet. Det ble presisert at en slik tilnærming er viktig for å skape en opplevelse av helhet og sammenheng i tjenestetilbudet. Alle tiltakene som inngikk i studien jobbet i større eller mindre grad med å definere ansvar og roller i oppfølgingen av brukerne. I sterkest grad så en dette i kommuner der en hadde jobbet mye med nettopp å beskrive ansvar og påfølgende handling som skal utføres, enten det er gjennom Bedre tverrfaglig innsats (BTI-modellen), skriftlige samhandlingsrutiner eller forløpsmodell. Dette gjaldt både internt i kommunen og mellom kommune og eksterne samarbeidspartnere. Tydelig forståelse av egen rolle og ansvar fører til økt forpliktelse til å følge en sak selv om den var langvarig og vanskelig.

I rapporten ble det pekt på at utvikling av felles rutiner henger nært sammen med definering av ansvar og roller, og kan betraktes som operasjonaliseringen av ansvars- og rolleavklaring. Kompleksiteten i en kommune og samordning av en rekke tjenester på tvers av hele kommunen, samt mot spesialisthelsetjenesten krever formalisering av arbeidsmåter i form av rutiner. Tverrfaglig sammensatte team ble vurdert som et suksesskriterium og ble sett på som nødvendig for å kunne gi helhetlige tjenester til brukerne.

Å ha god kunnskap om brukergruppen er viktig for å gi et tilpasset tjenestetilbud. I rapporten ble det pekt på betydningen av å jobbe kunnskapsbasert for å lykkes med tiltaket, noe som innebar å anvende elementer fra forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerkunnskap. Bruken av erfaringskonsulenter ble sett på som en del av implementeringen av brukerkunnskap. Evalueringen tydet generelt sett på at deltakerne som var med i tiltakene var over gjennomsnittet engasjerte i temaet og hadde høy fagkompetanse. Det mente en var gunstig i gjennomføringen av eksempelvis et pilotprosjekt. En mente imidlertid at det var verdt å ha i mente at disse ansatte ikke var representative for alle tjenesteutøverne, og at det var viktig å jobbe med kompetanseheving av hele staben i en implementeringsfase.

Samhandlingskompetanse, det vil si kunnskap om samarbeidspartneres kompetanse og det tjenestetilbudet de gir, hvordan man skal kontakte dem osv. ble det også pekt på som en viktig kompetanse. Tidligere studier på tilsvarende tiltak har vist at nettopp samhandlingskompetanse er sentralt for å lykkes med denne typen tiltak der aktører fra mange sektorer skal samarbeide (Ådnanes et al 2016, Kaurstad et al 2015). Ansatte i tiltakene en hadde studert så ut til å ha god samhandlingskompetanse, hvilket nok var som forventet, gitt at dette var dedikerte personer som jobbet i samhandlingstiltak. I en tidligere studie hadde en funnet at det er viktig at også "vanlige" ansatte opparbeider seg samhandlingskompetanse (Ådnanes et al 2016). Det ble pekt på som et suksesskriterium at en så muligheter og ressurser hos brukerne, framfor problemer og diagnoser. Oppmerksomhet på mestring ut i fra den situasjonen brukeren er i er derfor viktig for å lykkes generelt med hjelpetiltakene. Et annet element som en i rapporten mente kan ses på som et suksesskriterium var balansegangen mellom standardiserte former for hjelp og individuelt tilpassede tilbud (skreddersøm). Et suksesskriterium som også ble trukket fram var betydningen av god forankring av prosjektet hos kommuneledelsen (både politisk og administrativt). Forankring er også en klassisk suksessfaktor, identifisert i andre studier (Mathiesen og Buland 2017, Winsvold 2011). Forankring ble ansett som viktig særlig med tanke på videre implementering og drift av prosjektets tiltak. Uten god forankring i kommunen vil det være vanskelig å ta prosjektet over fra pilotfasen til et tiltak i ordinær drift. Forankring er derfor noe som alltid må arbeides med.

I de tiltakene en hadde studert i evalueringen hadde man møtt et begrenset antall utfordringer og barrierer. Noen av de største utfordringene var knyttet til arbeidet med å videreføre prosjektet etter at prosjektfinansieringen hadde gått ut og prosjektet måtte inn i kommunens driftsbudsjett. Tiltakene en hadde studert var kjennetegnet av at det var en rekke samarbeidspartnere som var inkludert. Likevel kom det fram at det manglet noen aktører for å utvikle et enda bedre tjenestetilbud. Oppsummert var det en del variasjon med hensyn til hvilke aktører som var aktive i de forskjellige tiltakene, og uteblivelse av noen tjenester kunne være en barriere for å utforme et helhetlig tilbud. Tidligere studier hadde vist at ulike lovverk kan komplisere samarbeidet på tvers av sektorer/enheter (Tobon et al 2015, Myrvold og Helgesen 2009). I evalueringen fant en at taushetsplikt ikke var en nevneverdig barriere mot samarbeid, og erfaringen var heller at brukerne ønsket et best mulig hjelpetilbud / fra flest mulig relevante tjenester, og samtykket derfor i all hovedsak til utveksling av informasjon på tvers av tjenestene. Et forhold som i evalueringen ble betegnet som utfordrende var kommunenes interne kompleksitet. Dette kunne skape samarbeidsutfordringer, og hang sammen med at det kunne være geografiske, organisatoriske og strukturelle avstander mellom delene av organisasjonene. Særlig gjaldt dette i større kommuner. I evalueringen ble det avdekket behov for felles møteplasser og en koordinator i forløpet. Tidligere forskning har pekt på at felles møteplasser, og det at tjenesteutøverne blir kjent, er viktig for å styrke samarbeidet.

I evalueringen kom det fram at tiltakene fordret en kontinuerlig motivering og informering om dem til resten av de kommunalt ansatte som jobbet med aktuell brukergruppe, da det ofte vil være en rekke andre pågående tiltak og initiativer som konkurrerer om oppmerksomheten, og prosjektledelsen må jobbe med å holde engasjementet oppe hos medarbeiderne.

En utfordring som ble trukket fram i evalueringen var manglende IT-/kommunikasjonssystemer slik at man kunne dokumentere og utveksle skriftlig informasjon på tvers av tjenestene på en enkel måte. Det var et ønske at man burde ha en form for digitalt verktøy slik at man kunne lese seg opp på sakene på tvers av enhetene. Utveksling av pasientinformasjon/informasjon om tjenestemottakere aktualiserte juridiske problemstillinger som en ikke gikk inn på i evalueringen, men mangelen på felles digitale verktøy kunne oppleves som en barriere for å yte godt sammenhengende tjenester.

En annen faktor som var utfordrende var å klare å vise effekter av prosjektet. Særlig relevant ble dette når en skulle forsøke å få prosjektet over i ordinær drift etter prosjektperioden. Det ble pekt på at det er vanskelig å vise til "harde effekter" når det gjelder tiltak som har en forebyggende karakter, og at det er vanskelig å vise effekt etter kort tid.

Oppsummeringsvis ble det vist til at det eksisterer mye kunnskap om suksessfaktorer og barrierer for tverrsektorielle tiltak. Flere liknende studier har pekt på mange av de samme faktorene som en hadde framhevet i denne rapporten (Krane et al 2017). Dette kunnskapsgrunnlaget mente en burde benyttes ved utforming av framtidige tiltak som hadde til hensikt å skape mer sammenhengende og helhetlige tjenester for utsatte grupper. Gitt at kunnskap om suksessfaktorer og barrierer var økende, vil den neste store utfordringen bli hvordan man skal sikre overgangene fra prosjekt til innlemming i ordinær drift i kommunen. I rapporten ble det vist til at mange tiltak får prosjektmidler fra myndighetene, noe som er viktig for å klare å rette oppmerksomhet mot, og sette i gang aktivitet på et område. Når prosjektperioden er over begynner imidlertid "kampen" om kommunale budsjettmidler og forhandlinger mellom aktørene, hvem som skal ha ansvar og hvem som skal finansiere den videre driften av tiltaket. I tillegg ble det pekt på at effektene av tiltakene er vanskelig å påvise på kort sikt, siden mange hadde en forebyggende karakter. Det kunne gjøre det ytterligere vanskelig å argumentere for at prosjektet skulle prioriteres over kommunebudsjettet.

I 2013 forelå FoU-rapporten "*Interkommunalt samarbeid - Konsekvenser, muligheter og utfordringer*" (IRIS-2013/008). Kommunal- og regionaldepartementet (KRD) hadde som formål å få kartlagt og analysert omfanget av interkommunalt samarbeid i norske kommuner, og konsekvenser av at stadig mer av den kommunale aktiviteten skjer i ulike kommunesamarbeid. De viktigste konklusjonene fra studien om hva konsekvensene av interkommunalt samarbeid er for norske kommuner var at det er fordelaktig for kommunene både når det gjelder økonomi og tjenestekvalitet, men gir noen utfordringer når det gjelder styring og kontroll. Interkommunalt samarbeid ble vurdert som viktig, og for mange kommuner helt nødvendig for å levere tjenester til innbyggerne. Det ble pekt på at mindre kommuner kan høste de største gevinstene både økonomisk og når det gjelder tjenestekvalitet, men har også de største utfordringene når det gjelder styring og kontroll. Det samlede trykk av interkommunalt samarbeid ga både muligheter og utfordringer til kommunene, men en mente at det var ikke grunnlag for å hevde at interkommunalt samarbeid er av et slikt omfang at det bidrar til uthuling og forvitring av kommunene. I rapporten ble det vist til at interkommunalt samarbeid har flere funksjoner enn å bidra til kommunal oppgaveløsning og å produsere kommunale tjenester. Det dreier seg både om modernisering og utvikling av kommunal tjenesteyting, om læring og erfaringsutveksling, om sømløse og fleksible kommunale tjenester, om samhold og felles forståelse mellom kommunene og om muligheten til å opprettholde dagens kommunestruktur.

Interkommunale samarbeid innenfor helse- og omsorgssektoren var i hovedsak relatert til legevakt og barnevern hvor tjenestene er samlokalisert. Studiene viste at en samlokalisering fører til et sterkt faglig miljø, muligheter for spesialisering og bedre utnyttelse av fagkompetansen. Sterkere fagmiljø danner grunnlag for mer attraktive arbeidsplasser og gjør det lettere å rekruttere fagpersoner. En annen faktor innenfor personrelaterte oppgaver er at større miljø bidrar til bredere tilbud – spesielt for de mindre kommunene som kan støtte seg på et sterkt faglig og profesjonelt miljø. Kompetanseeffektene innenfor bl.a. barnevern, relateres her til at en konsentrasjon gjør tjenestene mindre sårbare samtidig som det er lettere å skaffe spesialisert personell til stillinger. En annen faktor er at tjenesten er sårbare mht. diskresjon og nærhet. Avstand til brukeren av tjenesten kan være viktig for å få gode faglige vurderinger. Dette oppnås lettere i et større fagmiljø. I rapporten kom det også fram at mange kommuner er avhengig av interkommunalt samarbeid for å kunne levere tilfredsstillende tjenester til innbyggerne innenfor utvalgte deler av undervisningssektoren (PPT) og helse- og sosialsektoren (legevakt, barnevern og arbeidsrehabilitering). Det dreier seg i stor grad om å kunne ha god nok kompetanse og å kunne tilby tilfredsstillende kvalitet på tjenestene. Dette er særlig relevant for små kommuner der fagmiljøene knyttet til hver oppgave er små, enn for mer spesialiserte tjenester som barnevern og innenfor helse. Et annet perspektiv når det gjelder interkommunalt samarbeid, var utviklingen en mente fulgte av samhandlingsreformen, der kommuner innleder samarbeid med andre kommuner både når det gjelder tjenestetilbud og når det gjelder forhandling om samarbeidsavtaler med helseforetakene.

I 2017 la Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord) fram rapporten "*Kunnskapssammenstilling om faktorer som påvirker samhandling mellom velferdssektorene om utsatte barn og unge*". Hovedproblemstillingen i rapporten var; Hvilke faktorer påvirker samhandling mellom de ulike sektorene om utsatte barn og unge? og delproblemstillingen; Er regelverket (eller forståelsen av regelverk) en faktor som påvirker samhandling? Kunnskapsoppsummeringen var basert på publikasjoner som var empirisk fundert og kvalitetssikret gjennom fagfellevurdering, og på publikasjoner som offentlige dokumenter, rapporter og lignende. Rapporten tok dermed primært utgangspunkt i forskningskunnskap, og det som var med av erfaringsperspektiv og/eller brukerperspektiv var også innhentet og formidlet i en forskningsbasert tradisjon. Etersom rapporten var basert på vitenskapelige arbeider, var viktig erfarings- og brukerkunnskap formidlet via kronikker og lignende ikke fanget opp i oppsummeringen. I rapporten ble det identifisert fem hovedområder: tverrsektoriell samhandling, velfungerende samarbeid, ikke-velfungerende samarbeid, regelverk og brukermedvirkning. Flere faktorer gikk igjen i litteraturen og så ut til å påvirke

samhandling på ulike måter. Faktorene som ble identifisert til å vesentlige påvirke samhandling mellom de ulike sektorene om utsatte barn og unge var:

- Økonomi - bedre økonomi fremmer samarbeid
- Ledelse - viktig med forankring hos ledelsen og ledelsen som oppfordrer til samarbeid
- Kunnskap om hverandres ansvarsområder og funksjoner - økt kunnskap fører til mer vellykket samarbeid
- Grad av kontinuitet - sviktende kontinuitet kan føre til manglende oppfølging og frustrasjon hos brukere
- Interne rutiner og grad av koordinering - koordinatorrollen synes å være avgjørende samtidig som det ofte, grunnet manglende ressurser, er en motvilje mot å påta seg denne rollen.

Regelverket så ut til å påvirke samhandlingen i noen grad. Det var imidlertid vanskelig å vurdere om det er regelverket i seg selv eller forståelsen av regelverket som gjør samarbeidet vanskelig.

8.3 Vedlegg 3: Eksempler på tiltak og satsinger med relevans for NFP

En prøveordning med *forebyggende familieteam (FFT)*, Asker DPS, Vestre Viken HF ble gjennomført i perioden 2008-2011. Prøveordningen ble finansiert gjennom øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den overordnede målsettingen for FFT var å fange opp og tilby gravide og familier med barn i aldersgruppen 0-6 år nødvendig hjelp og oppfølging der en forelder har et psykisk problem og /eller vansker med rus. FFT skulle være en klinisk støttefunksjon, og et supplement til eksisterende tilbud. Man arbeidet forebyggende etter en nettverksmodell, der et vidtgående tverrfaglig og tverretatlig samarbeid ble vektlagt for å sikre helhet, kontinuitet og tilstrekkelighet i oppfølgingen. Teamets forståelse av tverrfaglig samarbeid innebar at flere fagpersoner arbeidet helhetsorientert med felles ansvar, med utgangspunkt i hver enkelts faglige ekspertise.

Hjemmebesøk ble ansett som en velegnet arena for å bli kjent med familien, og ble tilbudt systematisk. Teamet tilbød tett oppfølging over tid, og tilbudet var tilpasset familiens individuelle og vekslende behov. Familiens helhetlige situasjon ble vektlagt, slik at støtte og hjelpetiltak ble satt inn ved særskilte behov. Teamet bisto til at foreldre/gravide i målgruppen fikk relevant behandling for sin egen problematikk, noe som kunne være av avgjørende betydning for barnet. For få en rett oppfatning av foreliggende problematikk, benyttet teamet seg av kjente og utprøvde kartleggingsinstrumenter. Samtalen var et hovedverktøy i teamets arbeid. Besøk av Forebyggende Familieteam under innleggelse på barselavdelingen ble tilbudt.

Småbarnsfamilier opp til barnets skolealder var velkomne til FFT uavhengig av om de hadde vært fulgt opp av teamet fra svangerskapet /barnets fødsel. Oppfølgingen i sped- og småbarnstiden var i hovedsak hjemmebasert. Teamet tilbød å "gå sammen med" både familier og deres hjelpere, for å sikre en mest mulig helhetlig og tilstrekkelig oppfølging. Samarbeidspartnere var velkomne til å ta kontakt for å drøfte aktuell problematikk. Gjennom systematisk dialog og samarbeid på tvers av fag og nivåer, var målsettingen å unngå at familier ble "kasteballer" mellom systemene, men fikk en langsiktig oppfølging preget av kontinuitet og sammenheng.

Evalueringsrapporten "*Forebyggende familieteam*" – 2008 – 2011 - "*Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF*" ble lagt fram i desember 2011. Evalueringsstudiens dokumenterte at teamet arbeidet i tråd med den overordnede målsettingen og en konkluderte med at FFT fremsto som et lavterskeltilbud faglig og organisatorisk, at FFT arbeidet med den definerte målgruppen, at FFT ble beskrevet som en overgripende brobygger mellom ulike tjenestetilbud og som familiens følgesvenn i samarbeidet med og mellom tjenestetilbudene, og at FFT ble vurdert som fleksible, samarbeidsorienterte og tillitsskapende både av brukere og samarbeidspartnere. Videre ble det konkludert med at FFTs faglige kompetanse ble vurdert som fler- og tverrfaglig relevant og meget god både av brukere og samarbeidspartnere.

Tidlig inn. Som en del av Regjeringens satsing på barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre startet Barne- og likestillingsdepartementet i 2007/2008 et forsøk (modellkommuneforsøket) i 26 kommuner. Målsettingen med modellkommuneforsøket var å få på plass et samarbeid mellom de ulike hjelpetjenestene, slik at kommunene kunne komme tidlig inn og legge til rette for en systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre fra graviditet til skolealder. I 2009 utarbeidet Helsedirektoratet veilederen «Fra bekymring til handling» for tidlig intervensjon på rusfeltet (Helsedirektoratet, 2010). Målet for tidlig intervensjonsatsingen er «*at tjenestene skal få kunnskap og kompetanse i å oppdage og følge opp barn som trenger det på en langt mer systematisk måte enn vi gjøre i dag*». *Tidlig inn* er et opplæringsprogram for ansatte i kommuner med mål om å styrke kompetansen innen tidlig identifikasjon og intervensjon ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner blant gravide og småbarnsforeldre. Opplæringen går over seks dager, men fordelt over lang tid. Det gis innføring i hvordan

man kan samtale om sårbare temaer ved at ansatte får opplæring i samtalemetoder og relevante kartleggingsverktøy. Samtalemetodene motiverende intervju/samtale (MI) og støttesamtaler skal bidra til at en gjennom samtalemåter kan enten motivere til endring ved behov eller støtte den enkelte (gravide/småbarnsforelder) i den situasjonen de er. Det er også en faktadel som gir grunnleggende kunnskap om vold i nære relasjoner, nedstemthet og uro i barseltid samt alkoholbruk i svangerskap og småbarnstid. Opplæringsprogrammet har definert målgruppene etter hvem som skal, bør og kan delta. Tidlig inn er rettet mot flere tjenesteansatte i kommunene, men opplæring i bruk av kartleggingsverktøy er særlig rettet mot jordmødre, helsesøstre og leger som er definert inn i skal-delta-gruppen. Andre kommunalt ansatte som møter gravide og småbarnsforeldre i sitt daglige arbeid er i bør- og kan delta-gruppen for å stimulere til tverrfaglig samarbeid. Fram til 2016 hadde 117 kommuner deltatt i opplæringsprogrammet. Målet for den nasjonale satsingen på tidlig intervensjon på rusmiddelfeltet er å avdekke og gripe inn overfor adferds- og rusproblemer så tidlig som mulig for å forhindre en videre problemutvikling. Forskning på tidlig intervensjon antyder at når et opplæringsprogram blir kombinert med kliniske retningslinjer, endringer i helsepolitikk og tilbakemelding fra evalueringsforskning, kan dette endre holdningene, kunnskapen og selvtilliten til helsearbeidere og dermed være i stand til å nå store grupper brukere som har risikofylt alkoholkonsum (Babor 2008). Undervisningen i opplæringsprogrammet *Tidlig inn* gis av regionale opplæringsteam (ROT) som består av kursholdere fra Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Kompetansesenter for rus (KoRus), Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) samt Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU).

I 2016 forelå rapporten "*Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn. Hva har skjedd i kommunene?*" (Rapport IRIS - 2016/054). Hovedkonklusjonen i evalueringen var at Tidlig inn er et hensiktsmessig virkemiddel for å øke kunnskapen og kompetansen til kommunalt ansatte i å identifisere og samtale med gravide og småbarnsforeldre om alkoholbruk, psykiske vansker og vold i nære relasjoner. Utfordringen for Tidlig inn mente en lå i å få omsatt denne nye kunnskapen og kompetansen til praksis. Det var flere kommuner som oppga å ha innført nye rutiner enn det var ansatte som oppga å ha tatt dem i bruk. Utfordringen i den videre utviklingen av opplæringsprogrammet mente en derfor var å bidra til at de ansatte og kommunene i større grad klarte å få omsatt kunnskapen og kompetansen til ny praksis. Tidlig inn ble beskrevet som et ressurskrevende tiltak, men evalueringen viste gode resultater når en så på hvilke endringer det hadde ført til i kommunene og informantenes opplevelse av deltakelsen.

Tverrfaglig familiestøtte var et samhandlingsprosjekt mellom Kvinne-barnklinikken ved OUS, Bydel Sagene og Barne- og familieetaten i Oslo kommune. Målet var å styrke foreldrekompertansen, barnets omsorgssituasjon og tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn. Tiltaket hadde også som mål å forenkle og koordinere kompliserte tjenester, både for tjenesteyterne og brukerne. Målgruppen var gravide eller småbarnsforeldre som trenger støtte og veiledning på grunn av psykiske helse- og/eller rusutfordringer. Hensikten med tilbudet var å forebygge ruseksponering i fosterlivet og psykososiale vansker hos barn som vold, overgrep og omsorgssvikt, samt å forebygge at psykisk stress hos foreldre påvirker barnets utvikling. Hensikten var også å fremme bedre helse og tryggere oppvekstvilkår og øke kompetansen og bevisstheten i helsetjenesten rundt disse problemstillingene. Prosjektet var et samarbeid med deltakelse fra Kvinneklinikken OUS, Bydel Sagene, Barne- og familieetaten i Oslo kommune, Sagene helsestasjon, Sagene barnevern, BUP Nydalen, Ullevål-team, NAV-familieavdeling og ruskonsulent, fastleger og lokal medisinsk senter i Bydel Sagene og Aline familieavdeling.

9 Referanser

Antonsen, S. (2009): *Safety culture: Theory, method and improvement*. Ashgate, Aldershot.

Argyris og Schön (1996): *Organizational learning*. Addison-Wesley Publishing Company.

Babor, T. (2008). Taking stock: Twenty-five years of translational research on alcohol screening and brief intervention. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 6, 578-580.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2015). *Barn som lever i fattigdom. Regjeringens strategi (2015-2017)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/content-assets/ff601d1ab03d4f2dad1e86e706dc4fd3/barn-som-lever-i-fattigdom_q-1230-b.pdf

Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>

Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 1998; 317: 465-8.

Bing-Johnson, C., C. Foss og I. T. Bjørk (2015). The competence gap in community care: Imbalances between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*. Vol. 36 (1) 27-37

Brekke, E og A Jacobsen (2017). En tidlig implementeringsstudie av Nurse-Family Partnership i Norge. Hovedoppgave ved Psykologisk institutt, UNIVERSITETET I OSLO

Bukowitz, W.R. og R.L. Williams (1999): «The Knowledge Management Fieldbook». Financial Times. Prentice Hall

Christensen, J., & Berg, O. T. (2017). Velferdsstat. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/velferdsstat>.

Espen Dahl, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt Sammendragsrapport. Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk. Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus, mars 2014.

Familie- og kulturkomiteen. (2016). *Innstilling fra familie- og kulturkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2017, kapitler under Barne- og likestillingsdepartementet, Kulturdepartementet og Kunnskapsdepartementet (rammeområdene 2 og 3)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2016-2017/inns-201617-014s.pdf>

Flottorp, S. og Eivind Aakhus (2013) Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi* 2013; 23 (2): 187-196 187

Grut, L., Tingvoll, L., Hauff, E. 2006 Fastlegens møte med flyktningpasienter - en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 126:1318-20.

Grut, L., Jarl Reitan, Karl-Gerhard Hem, Dag Ausen, Silje Bøthun og Ingrid Svagård, SINTEF Kåre Hagen og Mia Vabø, NOVA 2013: VEIKART FOR INNOVASJON AV VELFERDSTEKNOLOGI Erfaringer fra seks velferdsteknologiprosjekter i norske kommuner SINTEF og NOVA. SINTEF Rapport A24461

Hanssen, G. S. og M. Helgesen (2011) Multi-level governance in Norway: universalism in elderly and mental health care services. *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. 31 No. 3/4 160-172

Helgesen, M. K., T. Kvinge, D. S. Olsen, A. Holm og R. Røste (2016): Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg. Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2016.

Helgesen, M. K., T. Kvinge, D. S. Olsen, A. Holm og R. Røste (2016): Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg. Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2016.

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Jack, S. M., Busser, L. D., Sheehan, D., Gonzales, A., Zwingers, E. J., & MacMillan, H. J. (2012). Adaptation and Implementation of the Nurse-Family Partnership in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(1), S42-S48. <https://dx.doi.org/10.17269/cjph.103.2972>

Jacobsen, D. I. (2012) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforl.

Karoly, L. A., Kilburn, M. R., & Cannon, J. S. (2005). *Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

Kaurstad, G., Backmann, K., Bremnes, H., og Groven, G. (2015), *Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. 2015.

Krane, L., A. Makarova, and P.H. Brøndbo (2017), *Kunnskapsammenstilling om faktorer som påvirker samhandling mellom velferdssektorene om utsatte barn og unge*. 2017, Regionalt kunnskapsenter for barn og unge, Nord: Tromsø.

Lai, L. (1997): Strategisk kompetansestyring. Fagbokforlaget.

Lee, S., Aos, S., Drake, E., Pennucci, A., Miller, M., & Anderson, L. (2012). *Return on Investment: Evidence-Based Options to Improve Statewide Outcomes*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.

Magelssen, R. 2012. Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon & helse? NAKMI.

Mathiesen, I.o.B., T. (2017), *Nettverksledelse for bedre samhandling i offentlig sektor. En studie av Mission Possible-nettverket på Sunnmøre*. 2017, IRIS og NTNU.

Maurer, R., "Beyond the Wall of Resistance", 1996.

Mejdoubi, J., van den Heijkant, S., Struijf, E., van Leerdam, F., Hirasing, R. & Crijnen, A. (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), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-823>

Melby, L., Marian Ådnanes, Jannike Kaasbøll, Frida Kasteng og Solveig Osborg Ose (2017) Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge. Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlig tjenestetilbud

Miller, T. R. (2015). Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, USA. *Prevention Science*, 16(6), 765-777. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0572-9>

Mobråten, W., & Elgesem, E. (i.d.). Forventninger til pilotkommuner i NFP-utprøvingen i Norge. Hentet fra [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Forventninger%20til%20pil-lotkommuner%20NFP.pdf/\\$file/Forventninger%20til%20pilotkommuner%20NFP.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Forventninger%20til%20pil-lotkommuner%20NFP.pdf/$file/Forventninger%20til%20pilotkommuner%20NFP.pdf)

Myrvold, T.M. and M.K. Helgesen (2009), *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009: 4*. 2009, Oslo: NIBR.

Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H. and Kennedy, C. (2015), Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 22: 171–182. doi:10.1111/jpm.12202.

NIBR-2011. Den vanskelige samhandlingen. NIBR-rapport 2011:25. Oslo: NIBR, 2011

Nurse-Family Partnership. (2010). *Implementation Overview & Planning: A Guide for Prospective Nurse-Family Partnership Implementing Agencies*. Denver, CO: Nurse-Family Partnership. Hentet fra <https://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/HV-Funding-Guidance/NFP>

Nurse-Family Partnership. (i.d.). *Nurse-Family Partnership International*. Hentet fra <http://www.nursefamilypartnership.org/communities/NFP-Abroad>

Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjølbi, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollefsen, N. (2012). Measurement of Implementation Components Ten Years After a Nationwide Introduction of Empirically Supported Programs – a Pilot Study. *Implementation Science*, 7(49), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-49>

Ogden, T., Kjølbi, J., Nærde, A., Olseth, A., & Frønes, I. (2015). Utredning om målgrupper, inklusjonskriterier og forskningsdesign for utprøving av Nurse-Family Partnership i Norge. *Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis* [Rapport]. Oslo: Atferdssenteret-Unirand.

Olds, D. L. (2006), The Nurse–Family Partnership: An Evidence-Based Preventive Intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/imhj.20077>

Olds, D. L., Donelan-McCall, N., O'Brien, R., MacMillan, H., Jack, S., Jenkins, T., ... Beeber, L. (2013). Improving the Nurse–Family Partnership in Community Practice. *Pediatrics*, 132(2), 110-117. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1021i>

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. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5), 419-424. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.49>

Ose, Solveig Osborg og Silje Kaspersen 2015: Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid. SINTEF Rapport A26582.

Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J* 1995; 153: 1423-31.

Paulsen Bård, Jan Lippestad Roar Johnsen 2010: Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene SINTEF Rapport A16806.

Paulsen, Bård, Jan Lippestad og Tarald Rohde 2013: Samhandlingstiltak i storby. Samhandlingsformer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i storby. SINTEF Rapport A23725.

Peters, D. H., Tran, N. T., & Adams, T. (2013). *Implementation Research in Health: A Practical Guide*. Geneva: WHO Document Production Services.

Pfeffer, Jeffrey and Sutton, Robert I., *The Knowing-Doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action*, Harvard Business School Press, Cambridge, 1999

Regionsenter for barn og unges psykiske helse. (2016). *Familie for første gang* [PowerPoint]. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3123612/ca-che=1477635293000/HK+2016%2C+Tine+Gammelgaard+Aaserud.pdf>

Røhne, Mette, Torjus Sandåker, Dag Ausen, Lisbet Grut og Anne Liv Fauske. 2016. Integrated planning tool for optimisation in municipal home care. Presentasjon på EHIN Future Health (ehelse i Norge), 15. november, Oslo Spektrum.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retnings-linje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

Statistisk sentralbyrå. (2016). *Kommunehelsetenesta, 2015*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko>

Statistisk sentralbyrå. (2017). *Fødte, 2016*. Hentet fra <https://www.ssb.no/fodte/>

St. meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Tjerbo, T., P. O. Aamodt, I. M. Stigen, M. Helgesen, T. Næss, C. Å. Arnesen, H. Høst og N. Frølich (2012). Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: Handlingsplan og iverksetting. NIBR-rapport 2012:3

Tobon, J., G. Reid, and J. Brown (2015), *Continuity of Care in Children's Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives*. Community Mental Health Journal, 2015. **51**(8): p. 921-930

Winsvold, A. (2011), *Evaluering av prosjektet: Sammen for barn og unge bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*. 2011, NOVA: Oslo.

Ådnanes, M., Haugen, G.M.D, Melby, L. (2016), *Forsøk på felles, tverretattlig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern. Evaluering av Akuttprosjektet i Kristiansand*. 2016, SINTEF: Trondheim.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no