

Utredning av nasjonal utrulling av *Sammen på vei*

PwC
November 2023

Innhold

Forord 3

Sammendrag 4

Sentrale begreper og forkortelser 8

1 Problembeskrivelse – Hva er problemet, og hva vil vi oppnå? 9
1.1 Bakgrunn 9
1.2 Utredningens problemstilling 10
1.3 Målene som ønskes oppnådd 10
1.4 Avgrensninger 10

2 Metode og datagrunnlag 11
2.1 Strukturert utforsking av mulighetsrommet 11
2.2 Anslag på målgruppe og dimensjonering av tilbudet 11
2.3 Samfunnsøkonomisk analyse 12
2.4 Datakilder 12
2.5 Håndtering av personopplysninger i arbeidet 13

3 Nærmere om Sammen på vei 14
3.1 Kjerneelementene i *Sammen på vei* 14

4 Utprøvingen av *Sammen på vei* i Norge 19
4.1 Roller og ansvar i utprøvingens fase 3 19
4.2 Erfaringer fra utprøvingen med relevans for en nasjonal utrulling 21

5* Mulighetsrommet for en nasjonal utrulling av *Sammen på vei 24
5.1 Mulighetsrommet for tilpasninger i kjerneelementene 24
5.2 Styringsmessige rammebetingelser 26
5.3 Juridiske rammebetingelser 31
5.4 Ressursmessige rammebetingelser 35

6 Alternative modeller for en nasjonal utrulling 38
6.1 Nullalternativet 38
6.2 Vurdering av alternative utrullingsmodeller 39
6.3 Modell 2: Omfattende kommunalt eierskap og finansiering 44
6.4 Modell 2+: Med implementeringsstøtte fra statsforvalterne 48

7 Samfunnsøkonomisk analyse av alternative modeller 54
7.1 Forbehold til analysen 54
7.2 Estimert utrullingstakt 55
7.3 Kostnadsanalyse 56
7.4 Samfunnsøkonomiske virkninger av *Sammen på vei* 61
7.5 Vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet 78
7.6 Vurdering av fordelingsvirkninger 82

8 Vår anbefaling av modell 86
8.1 Kriterier for valg av modell 86
8.2 Vår anbefaling av modell 86
8.3 Økonomiske og administrative konsekvenser av anbefalt modell 86

9 Videre arbeid med nasjonal utrulling av *Sammen på vei* 88
9.1 Tverrsektoriell forankring av satsingen 88
9.2 Videre arbeid med personvern i en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* 88
9.3 Mobilisering av statsforvalterne og kommuner 89
9.4 Videreutvikle metodikk for å tilby *Sammen på vei* i svært grisgrendte strøk 89
9.5 Suksessfaktorer og tentativ tidsplan for nasjonal utrulling 89

10 Kilder **91**

11 Oversikt over tabeller i rapporten **93**

12 Oversikt over figurer i rapporten **94**

13 Vedlegg **96**

13.1 Anslag på målgruppe og dimensjonering av tilbudet 96

13.2 Estimert behov for årsverk 98

13.3 Estimert utrullingstakt 101

13.4 Kostnadsmodell og felles antakelser 103

Forord

PricewaterhouseCoopers (PwC) har på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) utredet alternative modeller for en eventuell nasjonal utrulling av sammen på vei. Utredningen er gjennomført i perioden mai – november 2023.

Ansvarlig partner for arbeidet har vært Roger Mortensen. Marie Ingvaldsen har vært PwCs prosjektleder. Christine Ask Ottesen har vært saksansvarlig advokat.

Vi takker for et spennende oppdrag og godt samarbeid med oppdragsgiver underveis i prosjektperioden. Vi vil også takke for tilgjengelighet, åpenhet og velvilje fra respondenter og samarbeidsparter i gjennomføringen.

Vi håper rapporten vil være nyttig i det videre arbeidet med *Sammen på vei*.

30. november 2023

Roger Mortensen
Oppdragsansvarlig partner

Christine Ask Ottesen
Saksansvarlig advokat

Sammendrag

Problembeskrivelse

Sammen på vei er et forskningsbasert, spesialisert tilbud for sårbare familier, som retter seg mot førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon. Disse får tilbud om hyppige hjemmebesøk av en spesialopplært familiesykepleier fra tidlig i graviditeten og frem til barnet er to år. Programmet er tatt i bruk i flere land, og har blitt prøvd ut i Norge siden 2016. Utprøvingen startet med et pilotprosjekt. Det pågår nå en bredere utprøving i flere kommuner.

I denne rapporten utreder vi mulig organisering av en eventuell nasjonal utrulling av *Sammen på vei*. *Sammen på vei* er et lisensiert program, og utredningen tar hensyn til de sentrale rammebetingelsene som gjelder for programmet. Målet med å rulle ut *Sammen på vei* som et nasjonalt tilbud vil være å gi sårbare førstegangsmødre et likeverdig tilbud uavhengig av hvor man bor i landet. Målet med Sammen på vei er blant annet å forbedre helsen og utviklingen til barnet, styrke omsorgsevnen til foreldre og forebygge omsorgsovertakelser, bidra til økonomisk selvstendighet og økt tillit til og kontakt med hjelpetjenestene (Prop. 1 S (2022-2023), 2022).

Utforsking av mulighetsrommet

Vi har kombinert en strukturert utforsking av mulighetsrommet med en samfunnsøkonomisk analyse for å vurdere kost- og nyttevirkninger. Analysen bygger på semistrukturerte dybdeintervjuer, dokumentgjennomgang, erfaringsdata om aktivitet og kostnader fra pilotprosjektet og utprøvingen av *Sammen på vei,* samt åpent tilgjengelig statistikk. Utforskingen av mulighetsrommet for en eventuell nasjonal utrulling av *Sammen på vei* har fulgt følgende fire mulighetsdimensjoner:

- Kjerneelementene i *Sammen på vei* og mulighetene for å gjøre justeringer og tilpasninger i disse
- Styringsmessige rammebetingelser, inkludert finansieringsmodeller
- Juridiske rammebetingelser
- Ressursmessige rammebetingelser, inkludert omfanget av målgruppe, og hva slags lokalisering av team som vil gi en tilnærmet nasjonal dekning av tilbudet

I utforskingen av ressursmessige rammebetingelser estimerte vi en modell med maksimal dekningsgrad, med utgangspunkt i hvor målgruppen bor, og hvor teamet bør plasseres for å kunne levere programmet til målgruppen. Analysen baserer seg på et sett av forutsetninger, og kan derfor ikke tolkes som en fasit. Analysen viste likevel at det var mulig å oppnå en dekningsgrad på 93 prosent av vår estimerte målgruppe, innenfor en kjøretid på 90 minutter. For å oppnå dette må det etableres 31 team med familiesykepleiere på 25 steder, hvorav 7 av lokasjonene er satellitter som er knyttet til et annet team. Estimatet anslår et behov på 196 årsverk med familiesykepleiere, teamledere og koordinatorer.

Utforskingen av mulighetsrommet viste videre at *Sammen på vei* bør være frivillig for kommunene å tilby til sine innbyggere, at tilbudet ikke hører naturlig hjemme i spesialisthelsetjenesten og at det er lite sannsynlig at tilbudet vil bli etablert i kommunene uten et statlig bidrag i finansieringen.

Personvern

Deltakelse i *Sammen på vei* innebærer at det blir samlet inn og behandlet personopplysninger, inkludert helseopplysninger og opplysninger om straffedommer og lovovertredelser. Personopplysningene som samles inn gjelder både mor, barn, eventuell partner og andre personer. Omfanget av personopplysninger som samles inn og behandles er omfattende, og vi vurderer at det er behov for ny eller oppdatert forskrift for behandling av personopplysninger i *Sammen på vei* dersom tilbudet skal rulles ut nasjonalt. Vi anbefaler også at aktørenes roller og ansvar utredes nærmere, at det utredes om det er behov for særregler knyttet til taushetsplikt og deling av personopplysninger mellom offentlige instanser, at lovgiver gjør en grundig personvernskonsekvensvurdering og at lovgiver vurderer forhåndsdrøftelse med Datatilsynet.

Alternative modeller

Vi har skissert åtte alternative modeller for en nasjonal utrulling. Modellene skiller seg blant annet med tanke på om teamene er ansatt i kommunene eller hos Bufetat, hvor tydelig pådriverrolle staten skal ta for å få etablert tilbudet og hvor omfattende statens bidrag skal være i finansieringen av tilbudet. Vi har deretter drøftet realismen samt styrker og svakheter med de ulike modellene.

Innledningsvis vurderte vi to modeller, modell 2 og modell 8. Modell 2 innebærer at staten har en tilbakelent rolle i nasjonal utrulling og etablering av *Sammen på vei* i Norge, mens kommunene må ta eierskap til videre etablering. Staten bidrar med finansiering av det nasjonale kontoret og kommunene kan søke tilskudd ved oppstart og utvidelse av team. Modell 8 la også opp til at teamene skulle være ansatt i kommunene. I tillegg var det foreslått at statsforvalteren skulle ha en rolle som pådriver og tilrettelegger for etablering av nye team og at staten bidrar med omfattende og langsiktig finansiering av tilbudet.

I en drøfting med Bufdir, kom det frem flere risikoer ved modell 8 slik den var beskrevet. Blant annet at et såpass omfattende statlig bidrag til finansiering av et bestemt kommunalt tilbud ikke var realistisk. Vi forkastet derfor modell 8, men tok med oss elementet med statsforvalternes pådriverrolle og implementeringsstøtte, i utviklingen av en modell vi kalte 2+.

Vi har gjort en samfunnsøkonomisk analyse av både modell 2 og 2+. Nullalternativet i den samfunnsøkonomiske analysen er at *Sammen på vei* ikke blir videreført etter 2027, når den pågående randomiserte studien er avsluttet.

En samfunnsøkonomisk analyse med viktige forbehold

Både modell 2 og 2+ legger opp til at det er valgfritt for kommunene å etablere *Sammen på vei* som et tilbud for sine innbyggere. Vi har derfor gjort forutsetninger om hvilke kommuner som vil etablere tilbudet, og hvor store team de velger å tilby. På den måten må den samfunnsøkonomiske analysen ikke leses som en fasit, men analysen viser det samfunnsøkonomiske potensialet, gitt de forutsetningene som er tatt.

I modell 2 legger vi til grunn at det oppnås en dekningsgrad på 33 prosent, og i modell 2+, legger vi til grunn en dekningsgrad på 61 prosent. Vi begrunner den relativt store forskjellen med at implementeringsstøtte fra statsforvalterne gir etablering av team i alle fylker, og at det reduserer koordineringsproblemer mellom kommuner. Det blir enklere for kommuner å samarbeide om å levere tilbudet, og det kan etableres større og mer robuste team som kan dekke flere deltakere.

Vi tar også forbehold om at vi har begrenset kunnskap om hvor effektivt *Sammen på vei* kan realisere de virkningene vi har identifisert. Vi baserer våre vurderinger på en følgeevaluering som ble gjort av piloteringen av *Sammen på vei* i perioden 2016-2019, og innsikt vi har fått gjennom egne samtaler med Bufdir, nasjonalt kontor, teamledere og kommuner. Det pågår for tiden en kontrollert randomisert studie av *Sammen på vei* i Norge. Når resultatene fra studien blir kjent, bør våre vurderinger sees i lys av disse.

Prissatte og ikke-prissatte virkninger

De berørte gruppene vår analyse er barn i sårbare familier, førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon, og samfunnet i form av offentlige budsjetter. Vi har identifisert følgende åtte prissatte og ikke-prissatte virkninger.

- Bedre helse og økt livskvalitet for barnet (Ikke-prissatt)
- Unngåtte dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn (Prissatt)
- Langtidsvirkning: flere barn i jobb ved voksen alder (redusert produksjonstap) (Prissatt)
- Generasjonseffekt: barnets barn får bedre forutsetninger (Ikke-prissatt)
- Bedre helse og livskvalitet for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon (Ikke-prissatt)
- Høyere arbeidsdeltakelse for mor (redusert produksjonstap) (Prissatt)
- Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser (Prissatt)
- Myndighetskostnader, programkostnader og kostnader til team (Prissatt)
- Skattefinansieringskostnad/-gevinst (Prissatt)

På grunn av usikkerheten rundt hvor effektivt *Sammen på vei* kan realisere virkningene, har vi for flere av virkningene utarbeidet et lavt, middels og høyt anslag.

Vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet

I vår analyse er både modell 2 og modell 2+ samfunnsøkonomisk lønnsomme, også når vi kun vurderer de lave anslagene for virkningene. For modell 2 har vi beregnet en samfunnsøkonomisk netto nytte på mellom 0,7 og 1,6 milliarder kroner. For modell 2+ er samfunnsøkonomisk netto nytte beregnet til mellom 1,5 og 3,0 milliarder kroner. I tillegg kommer de ikke-prissatte nyttevirkningene knyttet til bedre helse og økt livskvalitet for barnet, generasjonseffekten av at barnets barn får bedre forutsetninger og bedre helse og livskvalitet for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon. Den viktigste driveren for nyttevirkninger, er hvor stor andel av målgruppen som får tilbud om *Sammen på vei.*

Vurdering av fordelingsvirkninger

Vi mener at en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* kan ha flere fordelingsvirkninger.

Geografisk variasjon i dekningsgrad gjør at det over tid kan oppstå vesentlige skjevfordelinger mellom førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon (og deres barn) som bor i et område hvor de kan få hjelp fra *Sammen på vei,* sammenliknet med tilsvarende målgruppe som bor i et område der tilbudet ikke finnes.

Etablering av *Sammen på vei* vil også kunne føre til en overføring av ressurser fra det ordinære, universelle tilbudet til gravide kvinner og oppfølging av sped- og småbarn til førstegangsgravide i en sårbar livssituasjon og deres barn. Samtidig mener vi at det kan argumenteres for at *Sammen på vei* bidrar til å rette opp en negativ forskjell som er der i dag. Med de universelle tjenestene er det en risiko for at marginaliserte grupper faller utenfor og ikke klarer å oppsøke eller ta imot hjelp de egentlig har krav på. *Sammen på vei* bidrar blant annet til at deltakerne blir tryggere på det ordinære tilbudet og oppsøker og tar imot hjelp de har rett på.

Vi ser også at kommunene i våre modeller vil stå for ca. 77-78 prosent av finansieringen av *Sammen på vei.* Samtidig er det kun én av nyttevirkningene, reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser, som direkte påvirker kommunale budsjetter, og våre anslag tilsier at denne alene ikke er nok til å dekke kostnaden ved tiltaket. Hvis kommuner kun vurderer denne nyttevirkningen når de tar stilling til om tilbudet bør etableres, er det stor risiko for at tilbudet blir etablert i mindre omfang enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt. Hvis *Sammen på vei* viser seg å ha de effektene vi har antatt i vår analyse, bør Bufdir følge med på om kommunene klarer å etablere tilbudet i ønsket omfang. Hvis det ikke skjer, bør staten vurdere sterkere virkemidler.

Vår anbefaling av modell

Dersom en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* blir besluttet, anbefaler vi at en slik utrulling baserer seg på modell 2+. Denne modellen vil gi høyere dekningsgrad enn modell 2 og den samfunnsøkonomiske lønnsomheten blir høyere når dekningsgraden øker.

Vi mener det må være opp til kommunene om de ønsker å tilby *Sammen på vei* til sine innbyggere, men at staten gjennom statsforvalterne kan ha en aktiv pådriver- og tilretteleggerrolle for å motivere kommuner til å etablere tilbudet. Vi anbefaler at rollen som fagdirektorat og lisensholder i Norge videreføres hos Bufdir, men at det etableres en sterkere tverrsektoriell forankring av tilbudet. Både Budfir og Helsedirektoratet bør stå bak en felles anbefaling til kommuner om å etablere tilbudet. Nasjonalt kontor bør videreføres hos RBUP. Nasjonalt kontor bør være ansvarlig for å tilrettelegge og oversette verktøy og metodikk fra den internasjonale organisasjonen som eier lisensrettighetene til *Sammen på vei*, ha ansvar for opplæring av familiesykepleiere og veiledning av teamledere, gi opplæring og bidra til koordinering med statsforvaltere og være ansvarlig for innsamling av data og rapportering til Bufdir og den internasjonale organisasjonen.

Vi anbefaler at staten ved Bufdir fortsetter å finansiere det nasjonale kontoret ved RBUP gjennom tilskudd, og at kommuner kan søke tilskudd til oppstart og utvidelse av nye team, enten gjennom programfinansiering, eller fra statsforvalterens skjønnsmidler. I våre beregninger har vi lagt til grunn at kommunene kan få dekket 60 prosent av lønnskostnadene i tre år ved etablering eller utvidelse av team.

Videre arbeid med nasjonal utrulling av *Sammen på vei*

Vi anbefaler at det i videre arbeid med en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* legges vekt på å etablere en god tverrsektoriell forankring og anbefaling av tilbudet, at det gjøres nødvendige vurderinger av personvernkonsekvenser i forkant av en nasjonal utrulling, at statsforvaltere og kommuner mobiliseres tidlig, for å være klare til å starte en nasjonal utrulling fra 2028, og at RBUP og Bufdir jobber videre med å utvikle metodikk som gjør det mulig å tilby *Sammen på vei* også i svært grisgrendte strøk.

Erfaringene så langt har vært at kommunene får mange kvalifiserte søknader når de lyser ut stillinger til *Sammen på vei*. Samtidig peker helsepersonellkommisjonen på at etterspørselen etter helsepersonell fremover vil bli langt høyere enn tilbudet (NOU 2023:4). Det betyr at rekruttering av jordmødre og helsesykepleiere til *Sammen på vei* kan bli utfordrende ved en nasjonal utrulling.

Sentrale begreper og forkortelser

Begrep	Forklaring
Bufdir	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Førstegangsmødre	Med førstegangsmødre menes enten førstegangsgravide, kvinner som ikke tidligere har født levende barn, eller kvinner som tidligere har blitt fratatt omsorgen for et barn rett etter fødsel og derfor ikke tidligere har hatt foreldreansvaret.
NASAK	Nasjonalt samisk kompetansesenter. NASAK er organisert i Bufetat og skal sikre et mer likeverdig tjenestetilbud til den samiske befolkningen og bistå familievernet, kommunalt barnevern, statlig barnevern og krisesentre om samiske forhold.
NFP	Nurse-Family Partnership. Forskningsbasert og lisesiert program utviklet i USA og implementert i flere land. Det vanligst brukt internasjonale navnet på *Sammen på vei.*
NFP-team	Team bestående av én veileder/teamleder, 4-8 familiesykepleiere og én NFP-teamleder (også omtalt som teamleder og veileder i metodikken). I de større teamene kan det også inngå en koordinator.
NUBU	Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge
PMTO	Parent Management Training – Oregon, en behandlingsmetode for foreldre som opplever utfordringer i samarbeidet med barnet. Målgruppen er familier med barn i alderen 4-12 år.
RBUP	Regionsenter for barn og unges psykiske helse i øst og sør, også omtalt som RBUP Øst og Sør.
RKBU	Regionalt kunnskapssenter for barn og unge. Vi bruker RKBU-ene som samlebetegnelse på RKBU Nord, RKBU Midt og RKBU Vest.
Satellitt	Vi bruker begrepet satellitt om små enheter på 1-3 familiesykepleier som er lokalisert et annet sted enn resten av teamet. Satellitten er tilknyttet et hovedteam, og deltar i felles teammøter og samlinger, enten fysisk eller digitalt, Teamleder i hovedteamet følger opp og veileder familiesykepleiere i satellittenheten.
SSB	Statistisk sentralbyrå
TIBR	Tidlig innsats for barn i risiko – et program for forebygging og behandling av adferdsproblemer hos barn.

1 Problembeskrivelse – Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

1.1 Bakgrunn

Gjennom FNs barnekonvensjon har Norge forpliktet seg til barns rettigheter. Barn har rett på beskyttelse mot psykisk og fysisk mishandling og forsømmelse, og rett på en tilfredsstillende levestandard på alle områder. Foreldrene har hovedansvaret for barnet og barnets utvikling, men staten har et ansvar for å forebygge og beskytte barnet, og støtte foreldrene i deres ansvar.

Nordisk ministerråd lanserte i 2019 det treårige samarbeidsprosjektet «Barnets 1000 første dager i Norden». Målet for prosjektet har vært å sørge for en sunn utvikling og god psykisk helse i barnets første 1000 dager, fra graviditet til to års alder. I prosjektets sluttrapport viser de til omfattende forskning og kunnskapsoppsummeringer og slår fast at *«[d]e første årene i et barns liv danner grunnlaget for og preger barnets psykiske og fysiske helse og trivsel resten av livet. I løpet av de første leveårene utvikler hjernen seg raskere enn på noe annet tidspunkt i livet, og grunnlaget legges for nervebaner og områder i hjernen som påvirker læring, språkutvikling, følelsesmessig utvikling og atferd. (...) Påkjenninger i løpet av de første årene, som mangel på nærhet, kjærlighet og et trygt forhold til foreldrene, omsorgssvikt, vold eller andre alvorlige trusler kan svekke grunnlaget for god psykisk helse permanent. Nasjonale retningslinjer og tiltak som støtter foreldrene i foreldrerollen kan derfor ha vidtrekkende positive effekter som går langt ut over helse og velferd, og kan også bidra til en vellykket skolegang, høyere utdanningsnivå, redusert kriminalitet og forbedret sosioøkonomisk status.»* (Nordic Council of Ministers, 2022, s. 6)

Sammen på vei er et forskningsbasert[1], spesialisert tilbud for sårbare familier, som retter seg mot førstegangsmødre i en vanskelig livssituasjon. Disse får tilbud om hyppige hjemmebesøk av en spesialopplært familiesykepleier fra tidlig i graviditeten og frem til barnet er to år. Programmet er tatt i bruk i flere land, og har blitt prøvd ut i Norge siden 2016, først i en pilot, og nå i en bredere utprøving.

Arbeidsforskningsinstituttet ved OsloMet gjorde følgeevaluering av piloten fra 2016-2019. Følgeevalueringen konkluderte med at det er behov og høy aksept for et «høy-intensivt» program som NFP i Norge. Programmet tilbyr tett og strukturert oppfølging til sårbare familier som trenger ekstra støtte i en utfordrende livsfase. Det finnes ingen tilsvarende tilbud i de kommunale tjenestene for denne målgruppen. Selv om datamaterialet ikke gir mulighet til å måle effekt, anslår følgeevalueringen det som sannsynlig at programmet kan forebygge omsorgssvikt og omsorgsovertagelser (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019).

I forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2021 besluttet Stortinget en utvidelse av programmet, og i statsbudsjettet for 2022 ble det pekt på at det skulle gjennomføres en effektstudie som skulle pågå ut 2027. Programmet begynte å rekruttere deltakere til effektstudien i juni 2023, som skal være en randomisert studie med kontrollgruppe. Denne fasen av utprøvingen skal pågå ut 2027.

Sammen på vei har blitt trukket frem som et viktig foreldrestøttetiltak (Barne- og likestillingsdepartementet, 2018) og et tiltak som kan bedre barns og foreldres rettssikkerhet i møte med barnevernet. For eksempel ble *Sammen på vei* pekt på i utredningen fra Barnevernsutvalget som vurderte rettssikkerheten for barn og foreldre i barnevernet. I utredningen, som ble levert i mars i år, så de blant annet på saker som gjaldt utsatte gravide og familier med spedbarn, fordi det i *«disse sakene er særlig høy risiko for barnets helse og utvikling. Spedbarn er avhengige av reguleringsstøtte, trygghet, og utviklingsstøttende stimuleringer fra sine nærmeste omsorgspersoner. Når disse ikke er i stand til å beskytte barnet mot vold og belastninger, eller utgjør en trussel selv, kan det få en rekke utviklingsmessige konsekvenser for barnet.»* Utvalget anbefalte statlige myndigheter å forsterke innsatsen med å implementere kunnskapsbaserte tiltak som *Sammen på vei* (NOU 2023:7).

[1] I en kunnskapsoppsummering gjort i forbindelse med Nordisk Ministerråds samarbeidsprosjekt «Barnets 1000 første dager», ble evidensgrunnlaget for *Sammen på vei/Nurse family partnership* vurdert til nivå 3 av 4. *«There are international effect studies supporting the evidence of the NFP. However, there is a lack of Nordic studies. Thus, the intervention is rated on evidence level 3 – Intervention with a good level of evidence.»* (Nordic Councel of Ministers, 2020, s. 110). Av 63 gjennomgåtte programmer og intervensjoner, ble 57 prosent vurdert til å ikke ha et evidensgrunnlag (nivå 1), 29 prosent ble vurdert å ha noe evidensgrunnlag (nivå 2) og 11 prosent ble vurdert å ha godt evidensgrunnlag (nivå 3) og kun 3 prosent ble vurdert å ha svært godt evidensgrunnlag (nivå 4).

1.2 Utredningens problemstilling

Denne utredningen ser på hva som kan være mulig organisering ved en eventuell fremtidig nasjonal utrulling av *Sammen på vei*, sett i lys av de sentrale rammebetingelsene for programmet. Utredningen skal svare ut følgende spørsmål:

- Hvilket mulighetsrom finnes for en nasjonal utrulling?
    - Hva er praktiske, organisatoriske og juridiske barrierer for ulike utrullingsmodeller?
    - Hvordan kan lisensforpliktelsene i *Sammen på vei* ivaretas?
    - Hva er et minimumsnivå for akseptabel kvalitet i tilbudet basert på sentrale aktørers syn og programmets kjerneelementer?
- Hvilke rammebetingelser er nødvendige for å levere programmet med høy kvalitet i hele Norge?
    - Hvordan sikre at *Sammen på vei* leveres med god nok kvalitet i ulike deler av landet?
    - Hva er behovet for helsepersonell for å kunne tilby *Sammen på vei* i hele Norge?
    - Hva er minimum antall innbyggere i et opptaksområde for å sikre kostnadseffektiv drift?
- Hva er de samfunnsøkonomiske konsekvensene av tiltaket, og hvordan er de forskjellige i ulike utrullingsmodeller?
- Hvordan kan den nasjonale utrullingen eventuelt organiseres?
    - Hva er behovet for kontorer, fasiliteter, ansatte og kompetanse?
    - Hva bør være roller og ansvar for de sentrale aktørene i den anbefalte modellen?
    - Hva er de rettslige rammebetingelsene og rettssikkerhetsgarantiene som må være på plass før anbefalt modell kan «rulles ut» nasjonalt?
- Hva vil en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* koste, hva vil være de årlige kostnadene i femårsperioden 2027-2031 og hvem skal dekke kostnadene?
- Hva er risikoen og mulige risikoreduserende tiltak i henholdsvis implementeringsfasen og driftsfasen?

1.3 Målene som ønskes oppnådd

Hvis det blir besluttet å rulle ut *Sammen på vei* nasjonalt, vil målet med en nasjonal utrulling være å gi sårbare førstegangsmødre et likeverdig tilbud uavhengig av hvor man bor i landet. Målet med Sammen på vei er blant annet å forbedre helsen og utviklingen til barnet, styrke omsorgsevnen til foreldre og forebygge omsorgsovertakelser, bidra til økonomisk selvstendighet og økt tillit til og kontakt med hjelpetjenestene (Prop. 1 S (2022-2023), 2022)

1.4 Avgrensninger

Denne utredningen er ikke en evaluering av *Sammen på vei* og måten det har vært pilotert og prøvd ut så langt. Vi har likevel lagt vekt på å hente inn læring, erfaringer og synspunkter fra et bred gruppe av interessenter og samarbeidsparter, for å ta med oss dette inn i vurderingen og beskrivelsen av ulike modeller.

Denne utredningen gjør ingen egen effektanalyse av *Sammen på vei.* Vi legger til grunn den kunnskapen som foreløpig finnes om programmets effekter når vi vurderer de samfunnsøkonomiske virkningene av nasjonal utrulling av programmet, og viser ellers til den pågående Mor i Norge-studien (MiNS) som er en kontrollert, randomisert effektstudie av *Sammen på vei.* Studien vil gi kunnskap om tiltakets faktiske effekt, sammenliknet med det ordinære tilbudet til den samme målgruppen.

2 Metode og datagrunnlag

Vi har kombinert en strukturert utforsking av mulighetsrommet, med en samfunnsøkonomisk analyse for å se på kost- og nyttevirkninger. Våre datakilder har vært en kombinasjon av semistrukturerte dybdeintervjuer, dokumentgjennomgang, erfaringsdata om aktivitet og kostnader fra piloten og utprøvingen av *Sammen på vei,* samt åpent tilgjengelig statistikk.

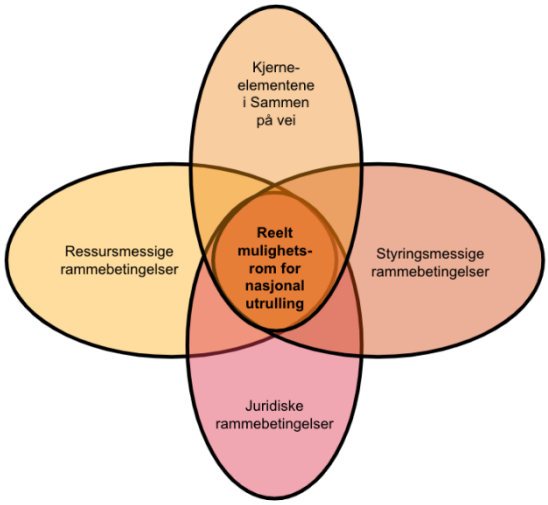
Vi bruker triangulering av datakilder som et metodevalg. Noen fordeler med dette metodevalget er at man øker validitet ved å kryssvalidere av data, forbedrer pålitelighet ved å redusere bias samt får en økt dybde og bredde i forståelse av svar på spørsmål knyttet til en eventuell nasjonal utrulling av *Sammen på vei*.

2.1 Strukturert utforsking av mulighetsrommet

PwC har utforsket mulighetsrommet for en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* gjennom fire mulighetsdimensjoner som til sammen bretter ut og viser bredden av mulighetsrommet. Bufdir har i dialog med oss lagt vekt på at vi har en åpen tilnærming og ikke snevrer inn mulighetsrommet for tidlig i prosessen.

I utforskingen av mulighetsrommet for en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* har vi sett på følgende fire mulighetsdimensjoner:

- Kjerneelementene i *Sammen på vei* mulighetsrommet for å gjøre justeringer og tilpasninger i disse.
- Styringsmessige rammebetingelser, inkludert finansieringsmodeller.
- Juridiske rammebetingelser.
- Ressursmessige rammebetingelser, inkludert vurderinger rundt omfang på målgruppe, og hva slags lokalisering av team som vil gi en tilnærmet nasjonal dekning av tilbudet.



Figur 1 Innramming av mulighetsrommet for nasjonal utrulling av Sammen på vei

2.2 Anslag på målgruppe og dimensjonering av tilbudet

For å vurdere grunnlaget for ulike utrullingsmodeller og for å vurdere kost- og nyttevirkninger, har vi laget en analysemodell som anslår antall personer i målgruppen for *Sammen på vei* i hver kommune i Norge samt hver bydel i Oslo, og hvor mange kommuner og dermed deltakere som er tilgjengelig innenfor en kjøretid på 60 og 90 minutter fra den eller de kommunene i fylket som har størst omfang av målgruppen for tilbudet. Anslaget er også utført per år i 2022 og tidsperioden 2027-2037.

Siden det ikke er tilgjengelig data på målgruppen i *Sammen på vei* per kommune per år, har vi brukt en egen metode for å estimere målgruppen. Se vedlegg 13.1 for en detaljert beskrivelse av fremgangsmåte. Resultater av anslag på målgruppe og dimensjonering av tilbudet er presentert i kapittel 5.4.

2.3 Samfunnsøkonomisk analyse

Basert på data fra dokumentgjennomganger og semistrukturerte dybdeintervjuer har vi identifisert nyttevirkninger og kostnadsvirkninger av *Sammen på vei*, og hvem som blir berørt av tiltaket i ulike modeller. Vi legger særlig vekt på å estimere kostnadssiden av tiltaket. Det er usikkerhet i analysen knyttet til hvor stor effekt *Sammen på vei* vil ha for de ulike berørte gruppene, og vi har derfor både vurdert den samfunnsøkonomiskes lønnsomheten av to alternative utrullingsmodeller, og vist eksempler på hva som skal til for at tiltaket vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt (break even analyse).

2.4 Datakilder

2.4.1 Semistrukturerte dybdeintervjuer

Til sammen har vi snakket med 31 personer i forbindelse med utredningen. I noen samtaler har det vært flere deltakere, og noen personer har vi snakket med flere ganger. Utvalget av respondenter har omfattet ledere og medarbeidere i Bufdir, ledere og medarbeidere ved RBUP og nasjonalt kontor, teamledere i NFP-teamene, ledere og de som er ansvarlige i kommunene for å etablere tilbudet *Sammen på vei,* statsforvaltere, KS og Helsedirektoratet.

I forkant av intervjuene har vi oversendt spørsmålene og temaene vi ønsker å snakke med dem om. Samtalene har vært gjennomført semistrukturert, slik at våre spørsmål har vært utgangspunkt for samtalen, men deretter har vi latt samtalen gå litt der respondentene selv ønsker. Alle respondentene har avslutningsvis fått spørsmål om det er noe de ønsker å legge til, eller om det er noe annet vi også burde spurt om, og fått mulighet til å ettersende informasjon og innspill om de ønsket det. Noen av respondentene har benyttet denne muligheten. Ved oppstart av samtalen har vi forklart at informasjonen som kommer frem i samtalen vil bli benyttet i utredningsarbeidet, at vi ikke deler våre rånotater fra samtalene med Bufdir eller RBUP, og at vi ikke vil sitere direkte fra samtalene uten å få sitatsjekk.

2.4.2 Dokumentgjennomgang

Vi har gått gjennom en rekke dokumenter som beskriver kjerneelementene i *Sammen på vei,* følgeevalueringen av piloten *Sammen på vei* som ble gjennomført av Arbeidsforksningsinstituttet, en rekke utredninger og analyser som peker på behov for kunnskapsbaserte, forebyggende tiltak innrettet mot målgruppen, samt forskning og rapporter knyttet til NFP i andre land. En samlet oversikt over referanser og dokumenter er tilgjengelig i rapportens kildeliste.

2.4.3 Erfaringsdata fra pilot og utprøving

Et av kjerneelementene i programmet går ut på å samle inn data om hvordan programmet har blitt levert, for å sikre lojalitet til prinsippene i programmet. Fra RBUP har vi fått tilgang på data knyttet til team, besøk, deltakerstatus, henvisninger, alder og utdanningsnivå. Her følger en liste med variabler og tidsperiode:

Team (2016-2023): NFP-team, årsverk (totalt), årsverk (familiesykepleiere), antall nye deltakere, antall deltakere som sluttet tidlig, antall deltakere fra tidligere år som fortsatt får oppfølging, antall deltakere som fullførte programmet, antall unike deltakere, antall teammøter, antall veiledninger, gjennomsnittlig caseload per familiesykepleier (på slutten av året).

Besøk (2016-2023): NFP-team, deltakernummer, familiesykepleiernummer, år, måned, besøksnummer, programfase, status på besøk, besøkssted, varighet (minutter), tolk, status på programmet.

Deltakerstatus (2016-2023): Gjennomført/frafall, år, antall, hvilken fase oppsto frafallet, årsak.

Henvisninger (2016-2023): NFP-team, kommune/bydel i Oslo, år, tjeneste som har henvist, antall henvisninger.

Inklusjonskriterier (slutten av 2020-2023): inklusjonskriterier, antall deltakere som har hvert kriterie, prosentandel av antall deltakere.

Alder (2016-2023): Alder ved innmelding, antall.

Utdanningsnivå (2016-2023): Utdanningsnivå ved innmelding, antall.

2.4.4 Offentlig tilgjengelig registerdata

Følgende data ble samlet inn fra offentlige datakilder og registre for å estimere antall personer i målgruppen i *Sammen på vei* per kommune i Norge og per bydel i Oslo, samt per år i 2022 og tidsperioden 2027-2037:

- Befolkning 2020-2023 per år, per kommune i Norge. SSB, tabell 11342 og 07459.
- Befolkning 1.1.2020-1.1.2022 og 2023 per år, per bydel i Oslo. SSB, tabell 10826.
- Befolkning (framskrevet) 1.1.2027-1.1.2037 per år, per kommune i Norge. SSB, tabell 13600 (MMMM).
- Befolkning (framskrevet) 1.1.2027-1.1.2037 per år, per bydel i Oslo. Oslo kommune statistikkbanken, befolkningsframskrivning mellomalternativet.
- Fødte 2020-2022 per år, per kommune i Norge. SSB, tabell 04231.
- Fødte 2020-2022 per år, per bydel i Oslo. Oslo kommune, fødselsoverskudd i Oslo.
- Fødte (framskrevet) 2027-2037 per år, per kommune i Norge. SSB, tabell 13605.
- Førstefødte 2020-2022 per år, per kommune i Norge og per bydel i Oslo. SSB, bestilt data.

Følgende data ble samlet inn fra offentlige registre for å beregne andel førstefødte som er en del av målgruppen i *Sammen på vei*:

- Fødte 2017-2019 per år, per kommune i Norge. SSB, tabell 04231.
- Fødte 2017-2019 per år, per bydel i Oslo. Oslo kommune statistikkbanken, fødte etter mors alder.

2.4.5 Kostnadsdata

Vi har fått tilgang på kostnadsdata fra Stiftelsen Pilar for utprøvingen av Sammen på vei. Vi har brukt kostnadsdata for nasjonalt kontor og alle NFP-teamene. Dette gjelder årsregnskap 2022 og årsprognose 2023, mer spesifikt:

NFP-team (Bergen, Kristiansand, Oslo, Sandnes og Trondheim)

Lønn og sosiale kostnader: teamleder, familiesykepleier, administrasjonskonsulent, prosjektleder, overhead.

Andre driftskostnader: anskaffelser, samarbeid, veiledning og oppfølging, materiell, reisekostnader, transport til hjemmebesøk, andre kostnader.

Nasjonalt kontor

Lønn og sosiale kostnader: nasjonal fagsjef, seniorrådgiver, rådgiver, spesialrådgiver, data og forskningsstøtte, prosjektleder nasjonalt kontor, utviklingskoordinator, familiesykepleier, overhead.

Andre driftskostnader: anskaffelser, samspillsverktøy og oppfølging, samarbeid, veiledning og oppfølging, innkjøp andre tjenester, materiell, møte- og kurskostnader, reisekostnader, andre kostnader.

2.5 Håndtering av personopplysninger i arbeidet

PwC har inngått en databehandleravtale med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som gir oss grunnlag for å behandle kontaktinformasjon til respondentene vi har kontaktet i arbeidet og gjennomført dybdeintervjuer med. Alle vi har gjennomført dybdeintervjuer med har i samtale fått opplyst at samtalen er frivillig, og at de ved å delta i samtalen samtykker til at informasjonen som kommer frem i samtalen vil bli brukt i utredningsarbeidet, at de vil bli kontaktet for godkjenning dersom vi skal sitere direkte fra samtalene i rapporten og at vi ikke deler rånotater fra samtalene med Bufdir eller RBUP.

Erfaringsdata fra piloten og utprøvingen som vi har fått tilgang på, har ikke inneholdt personidentifiserbare opplysninger.

3 Nærmere om Sammen på vei

Sammen på vei er et forskningsbasert, spesialisert tilbud for sårbare familier, som retter seg mot førstegangsmødre i en vanskelig livssituasjon. Disse får tilbud om hyppige hjemmebesøk av en spesialopplært familiesykepleier fra tidlig i graviditeten og frem til barnet er to år. *Sammen på vei* har en styrkebasert og endringsfokusert tilnærming som bygger på foreldres ønske om å gjøre det beste for sitt barn. Programmet har som mål å:

- Forbedre mors og barns helse under svangerskapet
- Fremme barnets helse og utvikling
- Styrke foreldres fremtidige livssituasjon

Den overordnede målsetningen ved å rulle ut programmet nasjonalt er å forbedre barnas helse og utvikling, styrke omsorgsevnen til foreldre og forebygge omsorgsovertakelser, bidra til økonomisk selvstendighet og økt tillit til og kontakt med hjelpetjenestene. Et likeverdig tilbud uansett hvor man bor i landet, er en målsetning.

3.1 Kjerneelementene i *Sammen på vei*

Sammen på vei følger Nurse-Family Partnership (NFP), en forskningsbasert metode utviklet av professor David Olds ved Universitetet i Colorado, Denver (UCD), som har blitt prøvd ut og utviklet over mange år. NFP er et lisensiert program som betyr at alle land og organisasjoner som ønsker å ta i bruk metoden må betale en lisens til UCD og forplikte seg til å følge metoden. For lisensavgiften får man tilgang på manualer, verktøy, kvalitetssikring, benchmarking og veiledning i hvordan programmet kan implementeres. Gjennom lisensen er man forpliktet til å rapportere tilbake til UCD på implementeringen av programmet gjennom en årlig rapport og et årsmøte. Lisensen utgjør i 2023 ca. 68 kr per deltaker i programmet.

NFP består av 14 kjerneelementer som er nøye beskrevet, og alle lisensierte land og organisasjoner samtykker til å følge kjerneelementene når de implementerer NFP i sin kontekst. Metoden tilsier at når kjerneelementene brukes i praksis, vil de familiene som deltar kunne hjelpes like godt som de familiene som deltok i de innledende utprøvingene av programmet – og de familiene som deltar i løpende forskning på programmet.

Kjerneelementene skal tilrettelegge for at deltakerne tilegner seg kunnskap, kompetanse og mestringstro for å oppnå de tre programmålene vist til innledningsvis i dette kapitlet.

Tabellen nedenfor oppsummerer kjerneelementene. Vi har gruppert dem med utgangspunkt i tematikken i det enkelte kjerneelementet. Videre drøfter vi nærmere de forholdene som er mest sentrale med tanke på organisering og dimensjonering av et nasjonalt tilbud.

Tabell 1 Kjerneelementene i *Sammen på vei*

Deltakerne i programmet	1. Deltakeren er frivillig med 2. Deltakeren er førstegangsmor 3. Deltakerne oppfyller inklusjonskriteriene ved inklusjon 4. Deltakeren meldes inn i programmet tidlig i svangerskapet og mottar sitt første hjemmebesøk senest i svangerskapsuke 28
Oppfølgingen i programmet	5. Deltakeren tildeles en egen sykepleier som innleder en terapeutisk relasjon gjennom personlige hjemmebesøk 6. Deltakeren får besøk hjemme, eller tidvis i et annet miljø (som sykepleier og deltaker sammen blir enige om), når hjemmebesøk ikke er mulig 7. Deltakeren besøkes under svangerskapet og de to første årene av barnets liv i samsvar med programmets besøksplan - eller en alternativ besøksplan som deltaker og sykepleier blir enige om

Kompetanse og arbeidsform	8. Sykepleiere og veiledere i programmet er sykepleiere eller jordmødre med autorisasjon 9. Sykepleiere og veiledere i programmet skaffer seg kjernekompetanse ved å gjennomføre opplæringsløpet og delta i løpende opplæring 10. Sykepleiere i programmet benytter retningslinjene for hjemmebesøk med faglig kunnskap, skjønn og kompetanse; de tilpasser dem hver families sterke sider og utfordringer og fordeler tiden hensiktsmessig innenfor de definerte programområdene 11. Sykepleiere og veiledere i programmet anvender programmets teoretiske grunnlag (mestringsteori, humanøkologisk teori og tilknytningsteori) som veiledning i det kliniske arbeidet og hjelp til å nå de tre programmålene
Organisering og oppfølging av teamene	12. Hvert team i programmet har en egen veileder som leder og administrerer teamet og gir sykepleierne regelmessig refleksjonsveiledning 13. Team, utprøvingskommuner og nasjonalt team samler inn og bruker data som grunnlag for å implementere programmet, kontinuerlig forbedre programkvaliteten, vise programetterlevelse, vurdere deltakerutfall og gjennomføre klinisk praksis / refleksjonsveiledning 14. Programmet implementeres med høy kvalitet gjennom organisert støtte nasjonalt og lokalt

3.1.1 Deltakerne i programmet

Deltakelse i *Sammen på vei* er frivillig og deltakerne er førstegangsmødre[2]. I løpet av pilotfasen (2016-2019) var det 71 prosent av henviste førstegangsmødre som valgte å starte i programmet (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019). Deltakerne må henvises såpass tidlig i svangerskapet at det første hjemmebesøket kan finne sted senest i uke 28 av svangerskapet. I tillegg må kvinnene oppfylle to eller flere av et sett med inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene uttrykker risikofaktorer, og hvis en kvinne har disse kjennetegnene er det vurdert å være høyrere risiko for utfordringer fremover. Tabellen nedenfor viser de ti inklusjonskriteriene som vurderes, og hvor stor andel av deltakerne som har oppfylt de ulike kriteriene. Vi har fått vite fra RBUP at kvinnene i gjennomsnitt oppfyller 4 inklusjonskriterier hver.

Tabell 2 Inklusjonskriterier for *Sammen på vei,* og andel deltakere som oppfyller de ulike kriteriene.

Inklusjonskriterier	Prosentandel av antall deltakere*
Opplevd omsorgssvikt, fysisk/psykisk vold/overgrep eller alvorlig mobbing	71 %
Kontakt med barnevernet i egen oppvekst	31 %
Lite sosial støtte i familie og nettverk	45 %
Vedvarende eller alvorlige konflikter i parforholdet eller i andre relasjoner	36 %
Vansker med å nyttiggjøre seg av relevante tjenestetilbud	15 %
Ikke i arbeid/opplæring/utdanning og lavt utdanningsnivå	41 %
Vedvarende lav inntekt/vanskelig økonomi	35 %
Psykiske vansker	85 %
Rusmiddelproblemer (alkohol, medikamenter eller narkotika)	17 %
Ung mor (under 22 år)	19 %

*) N=341, inkludert fra slutten av 2020 da inklusjonskriteriene ble justert, og frem til vi mottok data 27.9.2023. Gjennomsnittlig antall inklusjonskriterier per deltaker er 4.

I perioden fra 2016 til juni 2023 var gjennomsnittlig alder ved innmelding 27,4 år. 26 prosent av deltakerne hadde fullført grunnskole, 33 prosent fullført videregående skole (inkludert yrkesfag), 4 prosent hadde fagskole, 3 prosent et årsstudium og 32 prosent hadde høyere utdanning. Per juni 2023 er det 49 prosent som er aktive i programmet, 25 prosent som har avsluttet underveis (4 prosent i graviditet, 16 prosent i spedbarnsalder, 6 prosent i småbarnsalder) og 26 prosent som har fullført programmet.

[2] Med førstegangsmødre menes enten førstegangsgravide, kvinner som ikke tidligere har født levende barn, eller kvinner som tidligere har blitt fratatt omsorgen for et barn rett etter fødsel og derfor ikke tidligere har hatt foreldreansvaret.

Av de som har avsluttet programmet, har 51 prosent fullført programmet og 49 prosent valgt å avslutte før programmet var fullført. De vanligste årsakene for å avslutte programmet før det er fullført, er at deltakeren flytter til et område der *Sammen på vei* ikke tilbys (20,8 prosent), deltakeren opplever at hun har fått det hun trengte fra programmet (16,8 prosent) og deltaker ønsket ikke å fortsette med ny familiesykepleier (12,8 prosent). For kun 2,7 prosent er det registrert at deltakeren avsluttet programmet fordi hun var misfornøyd med det.

Sammenliknet med andre land har Norge gode levekår, og de sosiale ulikhetene er ikke så avgjørende som i andre deler av verden. Derfor inkluderes kvinner i Norge i *Sammen på vei* på grunnlag av andre kriterier enn kun sosioøkonomiske. For eksempel vektlegges forhold knyttet til deltakers livssituasjon, psykisk helse eller egne oppvekstsvilkår. En annen forskjell mellom Norge og flere andre land som har implementert NFP, er at det i Norge ikke er satt noen øvre aldersgrense hos mødrene.

Flere av kommunene vi har snakket med har pekt på at det er utfordrende at inklusjonskriteriene avgrenser målgruppen på den måten som gjøres. At tilbudet kun retter seg til førstegangsfødende, og at kvinnen må være identifisert og tatt inn som deltaker før svangerskapsuke 28 har blitt trukket frem som utfordrende fra kommunenes ståsted. Kommunene har ansvar for å tilby forebyggende tjenester og hjelpe alle sine innbyggere. De må også ha et tilbud til sårbare andre- og tredjegangsmødre og de må også hjelpe de mødrene som først blir identifisert eller selv erkjenner behovet for hjelp, på et senere tidspunkt i svangerskapet eller etter at barnet er født.

3.1.2 Oppfølgingen i programmet

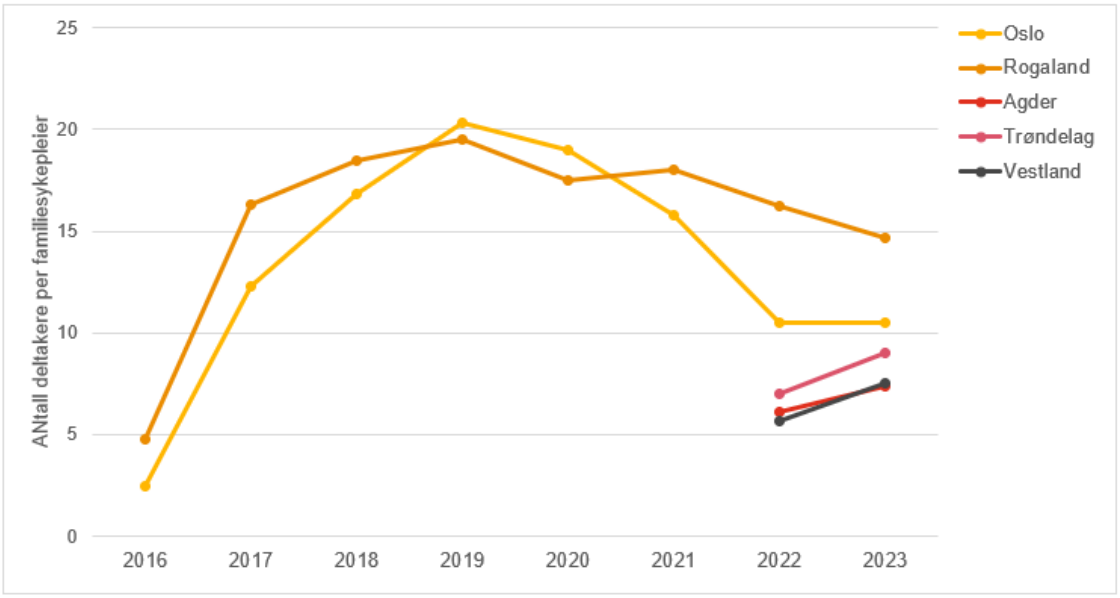
Deltakerne i *Sammen på vei* får oppfølging fra en fast familiesykepleier gjennom svangerskapet og til barnet fyller 2 år. Deltakeren besøkes primært hjemme, dvs. der hun bor akkurat da. Oppfølgingen følger de tre fasene graviditet, spedbarnsfase og småbarnsfase. Programmet har en besøksplan som legger opp til fire ukentlige besøk ved innmelding, deretter annenhver uke frem til fødselen. Seks ukentlige besøk etter fødselen, deretter besøk annenhver uke frem til barnet er 21 måneder gammelt, og månedlige besøk fra barnet er 21 til 24 måneder. Deltakeren og familiesykepleieren kan både avtale andre møtesteder og en annen besøksplan.

Data vi har fått fra RBUP viser at i snitt så har deltakere som fullfører hele programmet hatt 43 møter med sin familiesykepleier, hvorav 33 av disse møtene har funnet sted hjemme hos deltakeren[3].

Én familiesykepleier følger opp ca. 15-18 deltakere i Norge. Dette var nedjustert fra det opprinnelige målet om at én familiesykepleier følger opp 18 til 20 deltakere, grunnet antall sårbarhetsfaktorer blant deltakerne og graden av kompleksitet i oppfølgingsbehov (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019). Til sammenlikning følger en familiesykepleier i USA opp 25 deltakere, men da over en lengre arbeidsuke. I USA er også deltakerne alle unge mødre. Flere av de vi har snakket med antyder at mange av kvinnene som deltar i *Sammen på* fordi de er unge, samlet sett kan være mindre krevende, enn eldre kvinner med flere om mer sammensatte sårbarhetsfaktorer. I kommunene i Rogaland mener de at antall deltakere per familiesykepleier ikke bør senkes ytterligere, ettersom muligheten til å gi tett oppfølging til et høyt antall deltakere er viktig for deres vurdering av verdien til programmet. Samtidig sier familiesykepleierne at det kan være krevende å følge opp så mange som 18 deltakere (Pedersen & Nilsen, 2018).

Data vi har fått fra RBUP viser at antall deltakere per familiesykepleier varierer mellom teamene. Teamene i Rogaland og Oslo har vært med siden 2016, og ble utvidet i 2022 i forbindelse med at utprøvingen av *Sammen på vei* ble utvidet. Teamene i Agder, Vestland og Trøndelag ble etablert i 2022. De nye teamene har gjennomsnittlig lavere antall deltakere per familiesykepleier enn teamene som har holdt på siden 2016. Flere forklaringer har blitt pekt på i samtaler med oss, blant annet at disse sykepleierne fortsatt er under opplæring og det går en del tid til opplæringsaktiviteter. I tillegg har deltakerne blitt rekruttert over tid, slik at det tar tid å få full saksbelastning i teamet.

[3] Data oversendt fra RBUP på besøk av familiesykepleier til deltaker. 17231 observasjoner fra 2016 til 2023.



Figur 2 Antall deltakere per familiesykepleier per NFP-team, 2016-2023.

3.1.3 Kompetanse og arbeidsform

Det er et krav i programmet at de som arbeider med mødrene i programmet er sykepleiere med relevant videreutdanning og autorisasjon. Kravet gjelder også for teamlederne/veilederne i programmet. I fase 2 og 3 av implementeringen av *Sammen på vei* i Norge, var sykepleierne enten helsesykepleiere eller jordmødre. Psykiatriske sykepleiere har også blitt pekt på som en mulig relevant fagbakgrunn.

I tillegg til at sykepleierne har en relevant videreutdanning, må de skaffe seg nødvendig kompetanse om NFP-metodikken. Det er utviklet en grunnutdanning som følger fasene i programmet (graviditetsfasen, spedbarnsfase og småbarnsfase). Nye sykepleiere starter med grunnopplæringen knyttet til graviditetsfasen, og begynner å følge opp nye deltakere i denne fasen. Etter hvert som deltakerne føder og går over i spedbarnsfasen, gjennomfører sykepleieren grunnutdanning for spedbarnsfasen, og deretter småbarnsfasen. Dermed tar det ca. 2 år å fullføre grunnopplæringen i *Sammen på vei.*

Temaene i hjemmebesøkene fokuserer rundt de fem programområdene familie og nettverk, barnet og foreldrerollen, personlig helse, livssituasjon og tverrfaglig samarbeid. Motiverende intervju, datainnsamling, hjemmebesøk, samspillsveiledning og videoveiledninger er verktøy som benyttes i programmet. Det er utviklet temaark innenfor programområdene som familiesykepleierne kan bruke i oppfølgingen av deltakerne. I tillegg til at det etableres en langvarig relasjon mellom deltakerne og deres familiesykepleier, er det denne systematikken og strukturerte og systematiske måten å jobbe med til dels krevende temaer, som gjør at de som jobber med *Sammen på vei* opplever at det har så stor effekt. Til grunn for temaene og temaarkene som er utviklet, ligger det forskning.

I en samtale vi har hatt ble det for eksempel vist til den systematiske måten familiesykepleierne jobber med relasjoner og vold. Spørsmålet om vold er noe de kommer tilbake til gjentatte ganger, og selv om ikke deltakeren er åpen om voldsproblematikk i de første samtalene, kommer temaet opp igjen flere ganger, fra ulike vinkler. På den måten opplever familiesykepleierne at de avdekker mer voldsproblematikk enn det som kommer frem i den første inklusjonssamtalen.

Et annet eksempel vi har fått beskrevet er effekten av videoopptak. Familiesykepleieren filmer samspillet mellom moren og barnet. Når moren deretter får se opptak av situasjoner der hun mestrer og lykkes med kontakten og samspillet med barnet, er det en svært effektiv måte å bygge trygghet og selvtillit hos mor.

3.1.4 Organisering og oppfølging av teamene

I følge kjerneelementene skal teamene i *Sammen på vei* bestå av mellom 4 og inntil 8 sykepleiere som ledes og administreres av en fulltids teamleder, som også har viktige veiledningsoppgaver overfor teamet. Hver av

sykepleierne i teamet mottar 1 time en-til-en refleksjonsveiledning med teamleder hver uke. I tillegg har teamene ukentlige møter der de har felles gjennomgang av saker, datarapporter og teamutfordringer. Sakkyndige fra andre fagområder kan også inviteres inn, og teamene har faste møter med barnevernsfaglige, psykolog og ofte også representanter fra NAV. Teamlederen legger også til rette for øvrig kursing og opplæring i teamet og er med den enkelte familiesykepleieren på hjemmebesøk. Ifølge kjerneelementene skal dette skje hver fjerde måned. Teamene kan ha en administrasjonskonsulent eller teamkoordinator for å sikre administrativ støtte.

Familiesykepleierne samler inn data i tilknytning til hvert enkelt hjemmebesøk. Formålet er å støtte og styre klinisk praksis, evaluere og styre implementering av programmet ved å dokumentere de tjenestene deltakerne mottar, måle måloppnåelsen i programmet og legge til rette for refleksjonsveiledning og forbedre den faglige kvaliteten i leveringen av programmet. Basert på dataene som samles inn blir det utarbeidet rapporter om individuelle deltakere, sykepleiere og team.

For at programmet skal kunne implementeres med høy kvalitet, får teamet støtte fra et nasjonalt kontor og fra et lokalt råd. Det nasjonale kontoret har det faglige ansvaret for implementeringen av *Sammen på vei.* De tilbyr grunnopplæring til nye familiesykepleiere, har utviklet en innloggingsbasert nettside der familiesykepleierne finner materiell og temaark til bruk i oppfølgingen av deltakerne, har utviklet en digital løsning for registrering av data, følger opp teamlederne og har ukentlige teamledermøter og deltar i møter i de lokale rådene. Det nasjonale kontoret har også vært involvert i rekrutteringen av alle teamledere og familiesykepleiere i de ulike teamene, og har løpende dialog med de kommunale lederne i utprøvingsområdene.

Det lokale rådet skal støtte teamet i hvordan *Sammen på vei* kan implementeres i de ulike områdene. I de lokale rådene sitter kommunale ledere, representanter fra samarbeidende kommunale tjenester, som helsestasjon, jordmortjenesten, barnevern og NAV. Det lokale rådet møtes fire ganger per år.

Når det gjelder kontorlokaler er anbefalingene fra det nasjonale kontoret at hele teamet, inkludert teamleder og teamkoordinator sitter samlet. Anbefalingen er at teamleder og teamkoordinator har hvert sitt kontor, mens de øvrige familiesykepleierne deler kontor to og to. I tillegg har teamet behov for møteromsfasiliteter for å gjennomføre teammøter, veiledning, møter med samarbeidsparter og eventuelt også møter med deltakerne. Av teamene i utprøvingen er det kun Trøndelag som fullt ut har fulgt disse anbefalingene.

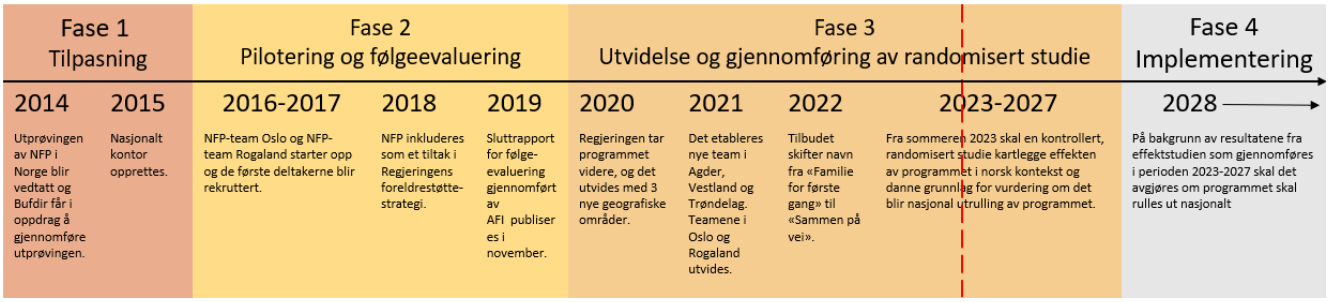
RBUP har fortalt oss at erfaringene fra piloten i fase 2, er at små team med kun fire familiesykepleiere fort kan bli sårbare. Når folk blir syke, har permisjon eller slutter, blir det vanskelig for gjenværende familiesykepleiere å håndtere de ekstra deltakerne. RBUP mener også å se at det kan være krevende med så store team som åtte familiesykepleiere, fordi teamleder bruker mye tid på veiledning og oppfølging av familiesykepleierne. Per nå er deres erfaring av seks familiesykepleiere er den teamstørrelsen som har vært enklest å implementere.

4 Utprøvingen av *Sammen på vei* i Norge

I tillegg til de 14 kjerneelementene, har det internasjonale NFP-teamet utviklet en metode for hvordan ulike land kan prøve ut, tilpasse og implementere programmet. I Norge ble utprøvingen av NFP politisk vedtatt i 2014 og følger fire faser:

- Fase 1 var en såkalt «feasibility study» og gikk ut på å vurdere om NFP kunne prøves i Norge, hva som var nødvendig av nasjonale tilpasninger og hva som burde være målgruppen i Norge.
- Fase 2 var en pilotering med en tilhørende, uavhengig følgeevaluering. Forberedelsene til piloten startet i 2015. I 2016 startet de to første NFP-teamene opp. Arbeidsforskningsinstituttet gjennomførte følgeevalueringen, og sluttrapporten ble levert i 2019.
- Fase 3 innebærer en utvidelse av utprøvingen, styrking av programområder og gjennomføring av en randomisert kontrollstudie. Fase 3 ble besluttet i 2020 på bakgrunn av resultatene fra følgeevalueringen, og i 2021 ble programmet besluttet utvidet til fem team med til sammen 43 familiesykepleiere. Den randomiserte kontrollstudien (Mor i Norge-studien) startet opp i sommeren 2023 og vil pågå ut 2027.
- Fase 4 innebærer en nasjonal utrulling av programmet. En beslutning om nasjonal utrulling vil være basert på læring og innsikt fra utprøvingen og den randomiserte kontrollstudien (RBUP, 2022).

Utprøvingen av *Sammen på vei* har frem til nå vært fullfinansiert av staten gjennom tilskudd som Bufdir forvalter. Det er varslet at finansieringen vil videreføres ut 2027, så lenge studien pågår.



Figur 3 Tidslinje som viser de ulike fasene i utprøving av Sammen på vei i Norge

4.1 Roller og ansvar i utprøvingens fase 3

4.1.1 University of Colorado, Denver (UCD) er lisenseier

UCD har utviklet NFP-programmet og er lisenseier. Lisensen beskriver hva land og organisasjoner/virksomheter som ønsker å ta i bruk NFP forplikter seg til. Formålet er å verne om varemerket NFP, verktøyene og metodikken man får tilgang til som lisenshaver. UCD stiller krav om at implementeringen skal følge et sett av faser, være i tråd med kjerneelementene i NFP og at lisenshaverne leverer en årlig rapport og gjennomfører et årlig møte med UCD. Lisensen gir tilgang på verktøy, metoder og opplæringsmateriell til bruk i implementering og opplæring. I tillegg får lisenshavere tilgang på systematisk veiledning og kunnskapsdeling og erfaringer fra andre land som også har tatt i bruk NFP.

Vi er kjent med at den internasjonale organisasjonsstrukturen rundt UCD og NFP er i endring, og at det også gjøres endringer i implementeringsfasene. Vi har vurdert at disse endringene ikke har vesentlig relevans for vår problemstilling, og går ikke nærmere inn på dette her.

4.1.2 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er lisensholder og overordnet ansvarlig

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har det overordnede økonomiske og faglige ansvaret for *Sammen på vei,* og følger opp utprøvingen på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet (BFD). Bufdir er lisensholder av NFP-programmet, og er overordnet ansvarlig for at programmet blir implementert i tråd med lisensen og NFP-modellen. Som lisensholder har Bufdir hovedansvaret for dialogen med den internasjonalt NFP-organisasjonen.

Bufdir har hatt en tett strategisk dialog og samarbeid med nasjonalt kontor ved RBUP i de ulike fasene av utprøvingen. Dialogen og samarbeidet har vært viktig for å håndtere utprøvingen og de ulike utfordringene og problemstillingene (juridisk, organisatorisk og økonomisk) man har støtt på underveis i de ulike fasene fra nasjonalt til lokalt nivå.

Bufdir er også tilskuddsforvalter overfor kommunene og nasjonalt kontor i RBUP.

4.1.3 Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (RBUP)

På oppdrag fra Bufdir har RBUP etablert et nasjonalt kontor for *Sammen på vei.* Det nasjonale kontoret ledes av en nasjonal fagsjef med fem medarbeidere. Det nasjonale kontoret er ansvarlig for implementering, tilpasning og faglig utvikling av NFP-programmet i Norge, opplæring og oppfølging av NFP-teamene og datainnsamling i programmet. Det nasjonale kontoret bistår også Bufdir i dialogen og rapporteringen til den internasjonale NFP-organisasjonen. Bufdir er behandlingsansvarlig for dataene.

Bufdir har ikke i sitt mandat å utvikle klinisk helsefaglig praksis og det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å legge oppgaven til RBUP.

Det nasjonale kontoret har en sentral rolle i implementeringen av *Sammen på vei* og har blant annet følgende oppgaver:

- Utvikling og gjennomføring av grunnopplæring av nye familiesykepleiere og teamledere
- Ukentlig veiledning av teamlederne
- Jevnlige samlinger med teamlederne for å drøfte arbeidet opp mot lisenskravene
- Faste møter med teamkoordinatorene annenhver uke
- Samler alle teamene til fellessamlinger to ganger per halvår
- Administrerer databasen som brukes til å analysere oppfylling av lisenskrav og dokumentere effekt på mor og barn
- Forvalter og utvikler verktøy og metodikk som familiesykepleierne bruker i sitt arbeid
- Utarbeider i samarbeid med Bufdir, årsrapport som sendes til den internasjonale NFP-organisasjonen
- Erfaringsutveksling med andre land som har implementert NFP
- Råd og veiledning til kommunene som etablerer tilbudet, og bistand til rekrutteringsprosesser
- Deltakelse på møter i de lokale rådene, hvor de rapporterer tilbake til deltakende kommuner hvilke resultater programmet gir.

Det nasjonale kontoret er fullfinansiert gjennom tilskuddsmidler fra Bufdir.

4.1.4 Utprøvingsområdene

Det er fem utprøvingsområder i fase 3. Oslo og Rogaland var med fra piloten i fase 2, og har utvidet sine områder i fase 3. Trøndelag, Agder og Vestland er nye områder i fase 3.

Utprøvingsområdene er organisert med en vertskommune/bydel som har samarbeidsavtaler med andre kommuner/bydeler. Teamene er ansatt i vertskommunen/bydelen og fullfinansiert gjennom tilskudd fra Bufdir. Kommunene og utprøvingsområdene har gjort det ulikt når det gjelder lokaler, lønn, tilgang på parkeringsplasser og hvorvidt NFP-teamleder også er personalleder for resten av NFP-teamet, eller om det er annen kommunal leder som har personalansvaret.

Tabell 3 Oversikt over utprøvingsområdene i *Sammen på vei*

	Oslo	Rogaland	Trøndelag[4]	Agder	Vestland
Kommuner/ bydeler i samarbeidet	Gamle Oslo Søndre Nordstrand Bjerke Frogner Grünerløkka	Sandnes Stavanger Time Gjesdal Hå	Trondheim Malvik Melhus	Kristiansand Arendal Birkenes Froland Gjerstad	Bergen Alver Askøy Austevoll Bjørnafjorden

[4] I Trøndelag har det nylig blitt besulttet at Stjørdal, Orkdal og Skaun kommune skal bli med i utprøvingen. Våre analyser har ikke tatt høyde for dette.

		Klepp Strand		Grimstad Iveland Lillesand Lindesnes Risør Tvedestrand Vegårshei Vennesla	Osterøy Samnanger Vaksdal Øygarden
Vertskommune/ vertsbydel	**Gamle Oslo**	**Sandnes**	**Trondheim**	**Kristiansand**	**Bergen**
Organisatorisk plassering av *Sammen på vei*	Ligger under Oslohjelpa i seksjon Helsetiltak barn og unge i avdeling Oppvekst i Bydel Gamle Oslo. Holder til i samme bygg som Oslohjelpa.	Ligger under Ressurssenter Barn i Barne- og familieenheten, i tjenesteområde Oppvekst i Sandnes kommune.	Ligger under Barne- og familietjenesten Heimdal i Heimdal bydel.	Ligger under Forebyggende avdeling i Fag- og støttetjenester i Barne- og familietjenester i tjenesteområde Oppvekst i Kristiansand kommune. Holder til på familiens hus.	Ligger under Barne- og familietjenesten i Bergen kommune.
Personalansvaret for NFP-teamet	Leder for Oslohjelpa er personalleder for *Sammen på vei*-teamet. NFP-teamleder har en faglederrolle uten personal- og budsjettansvar	NFP-teamleder har ikke personal- og budsjettansvar.	NFP-teamleder har også personal- og budsjettansvar.	NFP-teamleder får personal- og budsjettansvar for NFP-teamet fra høsten 2023.	NFP-teamleder har også personal- og budsjettansvar.
Bilavtaler	De fleste familiesykepleierne har egen bil, som de bruker og får kjøregsodtgjørelse for, men de har ingen bilavtale. Har tilgang på fire parkeringsplasser som de koordinerer og fordeler mellom seg. Bruker ellers mye kollektivtransport.	Ansatte har egne biler med bilavtale.	Ansatte har egne biler med bilavtale.	Ansatte har egne biler med bilavtale. Tester ut tjenestebil.	Ansatte har egne biler med bilavtale.
Lønnspolitikk	Likelønnsprinsipp som innebærer at alle i teamet får samme lønn, uavhengig av erfaringsnivå og uavhengig av hvor lenge de har jobbet i NFP-teamet.		Lønner ekstra så lenge dette er et utprøvingsprosjekt finansiert av prosjektmidler.		Prinsipp om at ansatte i NFP-teamet skal ha samme lønnsnivå som helsesykepleiere og jordmødre i de ordinære kommunale tjenestene.
Andre forhold				Satellitt i Arendal.	

4.2 Erfaringer fra utprøvingen med relevans for en nasjonal utrulling

I samtalene vi har hatt med teamledere og kommuner, har det kommet frem både styrker og smertepunkter ved dagens organisering. Noen går igjen hos flere, og noen forhold kan oppleves som en fordel av noen og en ulempe av andre. Vi har ikke oppfattet noen av forholdene til å være såpass alvorlige at det er grunn til å fraråde videre utrulling. Noen av forholdene har vi forsøkt å ivareta i en eller flere av modellene vi har undersøkt senere i utredningen. Noen av forholdene tror vi at best håndteres ved at både NFP-teamledere, ledere i kommunene og det nasjonale kontoret er kjent med utfordringene, anerkjenner dem og finner frem til løsninger lokalt, eventuelt aksepterer at det ikke finnes perfekte måter å avveie alle hensyn på.

4.2.1 Styrker og suksessfaktorer ved dagens organisering

Sammen på vei supplerer eksisterende tjenestetilbud

Kommunene opplever at *Sammen på vei* supplerer og utfyller deres eksisterende tjenestetilbud og gjør at de har et godt tilbud til en målgruppe det ellers er vanskelig å nå. Dette samsvarer med det Arbeidsforskningsinstituttet fant i sin sluttevaluering av piloten. De fant at NFP treffer en sårbar målgruppe man

ellers sliter med å hjelpe og at NFP supplerer de eksisterende helse- og hjelpetilbudene (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019). Flere kommuner fremhever også at *Sammen på vei* er et godt forebyggende tilbud som er godt i tråd med oppvekstreformen og kommunenes helhetlige ansvar for forebygging og tidlig innsats.

Det har også blitt kommentert at de ansatte i NFP-teamene opplever arbeidet som svært meningsfylt, nettopp fordi de opplever at tilbudet virker. Den strukturerte måten å arbeide på og oppfølgingen av familiesykepleierne, gjør at familiesykepleierne klarer å stå i relasjonene og oppfølgingen av deltakerne over tid, også i svært tunge og komplekse saker.

Kommunal organisering gir kommunene eierskap

Kommunene vi har snakket med fremhever at den kommunale organiseringen gir større lokalt eierskap, sammenliknet med modellen som ble brukt i piloten, der teamene var ansatt ved RBUP, men jobbet i kommunene. Kommunene opplever at det er helt riktig at *Sammen på vei* skal være et kommunalt tilbud på grunn av den tette samhandlingen med øvrige kommunale tjenester til den samme målgruppen. Flere peker på at de gjerne skulle sett enda tettere integrering mellom *Sammen på vei,* og de øvrige kommunale tjenestene.

Implementeringsstøtte og statlig finansiering har vært viktige suksessfaktorer

Flere trekker frem at lojaliteten til programmet har blitt sikret gjennom at nasjonalt kontor har vært svært tett på både kommunene og teamene i utprøvingsområdene, og er svært takknemlig for bistanden og veiledningen som de har fått. At tilbudet har vært fullfinansiert gjennom statlige midler, blir også trukket frem som en svært viktig forutsetning og suksessfaktor for at kommunene har klart å etablere tilbudet.

4.2.2 Smertepunkter/utfordringer ved dagens organisering

Det oppstår spenninger mellom kravene i programmet og kommunenes selvstyre

Selv om kommunene skryter av støtten de har mottatt fra nasjonalt kontor, er det også flere som trekker frem behovet for å la kommunene ta det ansvaret de har påtatt seg og få utøve sin styringsrett. Særlig har det blitt pekt på at kommunene selv må få ta endelig beslutning om hvem som skal ansettes hos dem. Vi har også forstått at belastningen på nøkkelpersoner ved nasjonalt kontor til tider har vært svært høy, og at det ikke er skalerbart at nasjonalt kontor skal være like tett på kommunene i en videre utrullingsfase som de har vært nå i utprøvingen og oppstarten av studien.

Flere kommunale ledere har antydet at de ønsker noe mer fleksibilitet og rom for lokale tilpasninger. De opplever at teamene, som følges opp tett fra nasjonalt kontor, er svært opptatt av å følge metoden og programmets prinsipper. Kommunene har for eksempel pekt på ønske om å få henvise kvinner som har kommet lenger enn uke 28 i svangerskapet, eller gravide som ikke defineres som førstegangsmødre. Det blir også stilt spørsmål ved det store antallet samlinger og kurs, og kommentert at NFP ikke er tilpasset «kommunal standard». Vår vurdering er at kommunene ville utfordret rammene i NFP mer, dersom de ikke hadde fått dekket alle kostnadene gjennom statlig tilskudd.

De lokale NFP-rådene har også blitt pekt på som noe som bør vurderes nærmere i en videre utrulling. Vi oppfatter at kommunene er enig i at de har behov for samarbeidsforumet som de lokale NFP-rådene representerer, særlig i oppstarten av nye team. Samtidig blir det stilt spørsmål ved om det er mulig å redusere antallet møter per år når teamet er godt etablert. Kommunene er også litt usikre på sin egen rolle opp mot rollen til nasjonalt kontor inn i disse møtene. Det har også blitt pekt på at kommunene uansett etablerer møter og strukturer for å følge opp vertskommunesamarbeidet, og at disse møtestrukturene bør sees i sammenheng med lokalt råd, for å unngå for mange parallelle møter med mer eller mindre de samme personene.

Teamene opplever tidvis en spagat mellom forventninger fra nasjonalt kontor og kommunen

Kommunenes ønske om å gjøre justeringer i programmet, eller at NFP-teamene skal være en mer integrert del av det øvrige kommunale tilbudet, betyr også at teamene tidvis opplever en spagat mellom på den ene siden å følge opp forventningene fra nasjonalt kontor og rekke over møter og aktiviteter de skal gjøre som del av programmet, og på den andre siden å delta i kommunens faste møtestrukturer og aktiviteter og tilpasse seg

kommunenes ønsker. Selv om dette har blitt pekt på med litt ulike ord i flere av våre samtaler, opplever vi også at teamene, kommunene og nasjonalt kontor i fellesskap etter hvert har fått trening i å finne ut av denne balansegangen.

Både nasjonalt kontor, teamlederne og ledere i kommunene vi har snakket med har trukket frem behovet for å koble teamenes kommunale leder tettere på informasjonsflyten som går fra nasjonalt kontor. Særlig gjelder dette i områder der personalansvaret for de ansatte i NFP-teamet har ligget hos en leder utenfor NFP-teamet. Det har blitt kommentert at når teamenes leder ikke er orientert om beskjeder og føringer som kommer fra det nasjonale kontoret, blir det vanskelig for lederen å gi medarbeiderne tilstrekkelig god oppfølging, eller finne måter å avlaste på.

Den tette oppfølgingen av teamene fra nasjonalt kontor, med mange felles kurs og samlinger, betyr også at NFP-teamene har en sterk felles identitet på tvers av team og utprøvingsområder. Flere, både team og kommuner, har trukket frem at det da er utfordrende at kommunene tilbyr forskjellige lønn- og arbeidsvilkår for familiesykepleierne. Noen kommuner har organisert utprøvingen av NFP som et prosjekt, litt på siden av den ordinære aktiviteten, og opplever at dette i kombinasjon med at NFP er tilskuddfinansiert har gitt rom for relativt gode ordninger for medarbeiderne. Andre kommuner har lagt vekt på at NFP må likebehandles med de øvrige tjenestene. Vi forstår at dette i enkelte områder har skapt frustrasjon i teamet, når de opplever at kollegaer i andre team får bedre betingelser. Så lenge tilbudet er lokalt forankret, og teamene ansettes av kommunene, mener vi likevel at det er riktig at det må være opp til kommunen hva slags lønnspolitikk de har.

Sårbart tilbud ved sykdom, permisjoner og at folk slutter

Flere har pekt på at tilbudet er sårbart for sykdom, permisjoner og at familiesykepleiere slutter. Over tid etableres det en unik relasjon mellom familiesykepleieren og deltakerne de følger opp. Ved lengere sykefravær eller permisjoner, eller hvis en familiesykepleier slutter, er det av flere grunner vanskelig å erstatte en familiesykepleier. For det første er det noen deltakere som ikke ønsker eller klarer å starte prosessen med en ny sykepleier og bygge opp den samme tilliten og relasjonen til en ny person. For det andre tar det lang tid å lære opp nye familiesykepleiere, i praksis opp mot 2 år før familiesykepleierne har vært gjennom hele grunnopplæringen. Begge disse forholdene gjør det vanskelig å skaffe en vikar for et kortere tidsrom.

Vi har samtidig observert flere forhold som bidrar til å redusere denne risikoen. For det første er det viktig med tydelig forventningsavklaring i intervjuprosessen om hva rollen som familiesykepleier innebærer og vurdering av søkerens personlige egnethet. For det andre er litt større team bedre rigget for å håndtere det når slike situasjoner oppstår. For det tredje er erfaringen både i Norge og fra Skottland og England at i et etablert team, der flertallet av familiesykepleierne er ferdig med grunnopplæringen og godt kjent med programmet, er det lettere å ta inn nye sykepleiere og lære de opp i programmet underveis. Her er det viktig å understreke at sykepleierne som blir familiesykepleiere, allerede er spesialsykepleiere og så langt i utprøvingen har alle enten vært jordmødre eller helsesykepleiere når de starter som familiesykepleiere. Det de trenger i tillegg er opplæringen i hvordan levere programmet, og der kan de øvrige familiesykepleierne og veilederen i teamet være til svært god hjelp når de allerede har gjennomført hele opplæringen.

Med tanke på en eventuell nasjonal utrulling, bør denne sårbarheten særlig tas i betraktning og vurderes hvis det skal etableres små satellitter med 1-2 familiesykepleiere som er lokalisert på et eget område, men tilknyttet et større team.

Arbeidshverdagen som familiesykepleier kan oppleves veldig krevende

Selv om flere har trukket frem at jobben som familiesykepleier oppleves veldig meningsfylt fordi de opplever at de faktisk kan hjelpe disse kvinnene og barna deres, er det flere som har pekt på at arbeidet også er svært krevende. Familiesykepleierne opplever emosjonelt stress ved å stå i krevende relasjoner over tid, lange arbeidsdager og behov for å være tilstrekkelig tilgjengelige overfor deltakerne, mye kjøring og en del reising i forbindelse med samlinger og kurs.

Flere trekker frem støtten i resten av teamet og den systematiske oppfølgingen og refleksjonsveiledningen som familiesykepleierne får, som helt avgjørende for å klare å stå i jobben over tid.

5 Mulighetsrommet for en nasjonal utrulling av *Sammen på vei*

Målet med å eventuelt rulle ut *Sammen på vei* som et nasjonalt tilbud er å gi sårbare førstegangsmødre et likeverdig tilbud uavhengig av hvor man bor i landet. I utforskingen av mulighetsrommet for en nasjonal utrulling ser vi derfor på hva som skal til for å kunne tilby *Sammen på vei* til en størst mulig andel av målgruppen over hele landet.

Mulighetsrommet for en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* bestemmes av flere forhold. Kjerneelementene og lisensen utgjør en rammebetingelse. Det finnes noe rom for lokale tilpasninger, samtidig som formålet med lisensen er å bevare integriteten i programmet og sikre at programmet har effekt når det implementeres.

I tillegg har vi sett på ulike modeller for organisering, styring og finansiering av *Sammen på vei*, i det vi omtaler som styringsmessige rammebetingelser. Vi har også sett på hva et nasjonalt og likeverdig tilbud vil kreve av ressurser, uavhengig av organisering, og vi vurdert om det er noen juridiske rammebetingelser som legger føringer på hvordan en nasjonal utrulling kan og bør utformes.

5.1 Mulighetsrommet for tilpasninger i kjerneelementene

I kapittel 3 har vi beskrevet de mest relevante forholdene ved kjerneelementene og lisensen med tanke på organisering og implementering av en nasjonal utrulling. I utforskingen av hvilket mulighetsrom kjerneelementene og lisensen gir for tilpasninger og organisering, har vi særlig lagt vekt på å forstå mulighetsrommet for å levere hele eller deler av programmet digitalt gjennom en form for avstandsoppfølging, mulighetsrommet for å variere teamstørrelsen ytterligere og forstå hvordan opplæring og oppfølging av familiesykepleierne og teamene kan organiseres.

5.1.1 Digital avstandsoppfølging av brukere

Teamene i Oslo og Rogaland fikk noe erfaring med digital oppfølging av deltakere i forbindelse med koronapandemien. Også i de øvrige teamene har det vært brukt noe digital oppfølging av deltakere i perioder, dersom en deltaker har vært bortreist i lengere perioder under oppfølgingen. Gjennomgående forteller teamlederne i samtaler med oss at det fungerer til en viss grad med digitale møter som et supplement til de fysiske, men det er en fordel at det i forkant er etablert en relasjon. Det er også deler av programmet som krever fysisk tilstedeværelse, for å vise/demonstrere. Det trekkes frem som positivt med digitale løsninger og telefon at det bidrar til å øke fleksibiliteten og gjør det lettere å opprettholde relasjonen og kontakten også hvis deltakeren er bortreist for en lengere periode, eller hvis det oppstår akutte situasjoner der det er behov for en samtale på kort varsel. Disse bør som regel følges opp med et fysisk møte.

Vi har også snakket med implementeringsansvarlige i England og Skottland for å få deres erfaringer. Både England og Skottland tok i bruk digitale løsninger og video under koronapandemien. I samtaler med oss har vi fått beskrevet at alle teamene har gått tilbake til fysiske hjemmebesøk som den primære kontaktformen etter pandemien. Det trekkes frem at det er krevende å gjennomføre programmet digitalt fordi det handler om å bygge en relasjon, og det er viktig å se omgivelsene og hjemmet for å vurdere deltakerens individuelle behov for oppfølging og vurdere hjemmemiljøet. Det trekkes også frem at det er vanskelig å vite om og hvem andre som eventuelt er til stede i rommet under en videosamtale, og at det oppleves tryggere å gjennomføre samtalene fysisk.

Skottland har også oppsummert sine erfaringer fra koronapandemien i en egen rapport (Scottish Children and Families Directorate, 2021). Rapporten beskriver at hverken familiesykepleierne eller deltakerne var fullt ut fornøyd med digital oppfølging. Familiesykepleierne kjente på at NFP er utviklet og baserer seg på hjemmebesøk, og at programmets suksess i stort er avhengig av nettopp dette og den terapeutiske relasjonen som oppstår. Familiesykepleierne opplevde at det tok lengre tid og krevde større innsats å etablere en sterk terapeutisk relasjon gjennom digitale løsninger. Det var også en opplevelse at de mest sårbare mødrene hadde størst risiko for at bekymringer ikke ble oppdaget, at de ble mer frakoblet programmet og ikke følte at de fikk tilstrekkelig oppfølging via de digitale løsningene. Dette gjaldt mødre med dårlig mental helse, der det var risiko for vold i hjemmet, familier der barnevernet allerede hadde bekymringer og minoritetsgrupper og personer med

engelsk som andrespråk. Både familiesykepleierne og deltakerne mente imidlertid at digitale løsninger var et positivt supplement til de fysiske hjemmebesøkene, som kan brukes til oppfølging i etterkant/forkant av besøk.

I samtale med representanter fra Skottland trekker de samtidig frem at erfaringene med digitale løsninger og avstandsoppfølging under pandemien må tolkes med noe varsomhet, fordi pandemien i seg selv var en ekstremsituasjon for denne målgruppen, med mye isolasjon.

Vår vurdering er at vi ikke har tilstrekkelig faglig grunnlag for å anbefale en utrullingsmodell med omfattende bruk av digital oppfølging av deltakere i stedet for de fysiske møtene. Vi har ikke funnet dokumentasjon på at digital oppfølging vil gi deltakerne den samme effekten som den fysiske gjennomføringen gjør.

Vi vet at RBUP jobber med å se på en struktur for digitale hjemmebesøk. Vi legger til grunn at med god utprøving og tilpasning kan dette være verdifullt for enkelte grupper og være ressursbesparende for teamene og spare den enkelte familiesykepleieren for noe reisetid. Data vi har fått fra RBUP, viser at blant 577 deltakere som fullførte *Sammen på vei* i perioden 2016-2023 hadde deltakerne i gjennomsnitt 43 møter med familiesykepleier. 93 prosent av disse møtene var fysiske møter, og 77 prosent var hjemme hos deltaker. At utvalgsperioden omfatter koronapandemien tilsier nok at omfanget av digitale møter og møter utenfor hjemmet er noe høyere enn det ellers ville vært. Fordi alle tilbakemeldingene vi har fått, er tydelige på at digitale møter og telefon er et godt supplement til fysiske møter når relasjonen allerede er etablert, har vi i våre analyser lagt til grunn at andelen digitale møter og telefonsamtaler opprettholdes også fremover.

5.1.2 Satellittkontor og fordeling av kommuner mellom familiesykepleierne

Flere av NFP-teamene i utprøvingen har ansvar for relativt store geografiske områder, med lange reiseveier innad i området. Teamene har gjort seg noen ulike erfaringer knyttet til dette.

I Agder er hovedkontoret til *Sammen på vei* plassert i Kristiansand, mens det også er etablert et satellittkontor i Arendal. 1-2 av familiesykepleierne i Agder har hatt kontorplass i Arendal og hatt ansvaret for å følge opp deltakere lengst øst i utprøvingsområdet. De som har hatt kontorplass i Arendal har likevel vært på hovedkontoret i forbindelse med teammøter, fagdager og veiledning, anslagsvis 1-2 dager i uken.

I andre team har teamlederne forsøkt å tildele deltakere ut fra hvor familiesykepleierne er bosatt eller forsøkt å samle deltakere fra samme område hos samme familiesykepleier. I utgangspunktet er dette positivt for å redusere reisetider og for å etablere relasjoner og samarbeid lokalt i de ulike kommunene. Utfordringene som blir trukket frem er at det fort kan oppstå ulik arbeidsbelastning mellom familiesykepleierne i teamet, og at denne tilnærmingen blir sårbar ved sykdom eller hvis familiesykepleiere bytter jobb. Da må deltakerne omfordeles til de andre familiesykepleierne slik at det blir vanskelig å holde på den planlagte strukturen. Det er heller ingen garanti for at nye ansatte eller vikarer har samme bosted som den som de erstatter.

England og Skottland har også fortalt at de bruker denne typen modeller for å kunne tilby tjenesten i mer grisgrendte områder. Noen steder har løsningen vært at faste familiesykepleiere har ansvar for sine geografiske områder og får tildelt alle deltakerne i dette området. Andre steder har de opprettet team som har færre enn fire familiesykepleiere (minimumsgrensen ifølge kjerneelementene), men latt disse teamene ligge inn under et annet team og bli veiledet fra det andre teamet. I Skottland, hvor de nå har 13 års erfaring med NFP, trakk de frem at suksesskriteriet for en slik modell var at det var et tilstrekkelig antall deltakere i området til at sykepleierne får bygget opp en tilfredsstillende saksmengde og på den måten får bygget og vedlikeholdt den kompetansen som trengs for å levere programmet i tråd med metodikken. Skottland forteller at organiseringen av NFP må tilpasses ulike lokale forutsetninger, og at dette er noe de har fått aksept for hos den internasjonale NFP-organisasjonen.

Vår vurdering er at bruk av satellitter fremstår som en hensiktsmessig måte å øke rekkevidden til et team, med tanke på geografisk spredning av deltakere. Samtidig gir kjerneelementene en tydelig beskrivelse av hvordan familiesykepleierne skal følges opp av en veileder og vi har i våre samtaler fått beskrevet hvor viktig teamtilhørigheten er for familiesykepleierne. Vi legger derfor til grunn at satellittkontorene må ha en tydelig tilhørighet til et hovedteam, og at den totale størrelsen på teamet blir summen av sykepleierne som jobber som satellitt og de som jobber i hovedteamet, slik at én teamleder fortsatt ikke har ansvar for mer enn 8 familiesykepleiere.

5.1.3 Modell for opplæring av teamledere og familiesykepleiere

Familiesykepleierne er erfarne jordmødre eller helsesykepleiere som får en omfattende tilleggsopplæring i NFP-programmet. Grunnopplæringen i NFP-programmet følger de tre fasene graviditetsfasen, spedbarnsfasen og småbarnsfasen, og består av én ukes samlingsbasert opplæring i forbindelse med hver fase.

Ved etablering av helt nye team må hele teamet gjennomføre første del av grunnopplæringen før de kan starte å levere programmet til deltakere. Når en ny familiesykepleier starter i et allerede etablert team, er det større rom for at denne sykepleieren kan starte å veilede og følge opp familier også i forkant av den formelle opplæringen, fordi det er snakk om erfarne sykepleiere som da kan få nødvendig veiledning og opplæring fra sin teamleder og øvrige teammedlemmer.

England og Skottland beskriver begge en modell for opplæring av familiesykepleiere der fysisk opplæring tilbys to ganger per år ved et sentralt kontor, tilsvarende nasjonalt kontor her i Norge. Det tar ca. 18 måneder å fullføre grunnopplæringen. I tillegg har de en opplæringsplattform som sykepleierne kan logge inn på. Her ligger det opplæringspakker som sykepleierne kan gjennomføre digitalt før den fysiske opplæringen starter. Vi ble fortalt at i Skottland kan en sykepleier kvalifisere for en mastergrad ved å fullføre opplæringsprogrammet som familiesykepleier.

For teamledere/veiledere består opplæringen i England av to dager fysisk opplæring i starten, etterfulgt av digitale møter. Dette løpet tar ett år. I Skottland er det kvartalsvis samlinger for teamledere/veiledere for å gå gjennom erfaringer. I England er det sentrale opplæringsteamet finansiert nasjonalt, mens den lokale enheten må dekke kostnader til transport og opphold under opplæringen. I Skottland er NFP finansiert av nasjonale midler.

5.2 Styringsmessige rammebetingelser

5.2.1 Innsats rettet mot barn og unge på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer

Vi observerer at det er en tydelig erkjennelse av behovet for riktig, tidlig og koordinert innsats rettet mot barn og unge. I våre samtaler har det fra ulike hold blitt vist til flere avsluttede og pågående satsinger og initiativer, som dreier seg om å fremskaffe ny kunnskap og tette kunnskapshull, samordne tidlig innsats overfor barn og unge og forsøke å forebygge fremtidig utenforskap. Vi oppsummerer kort de ulike satsingene for å vise hvordan nasjonal utrulling av *Sammen på vei* passer eller ikke passer inn i de pågående satsingene.

0-24-samarbeidet

0-24-samarbeidet var et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Sekretariatet for konfliktrådene og Politidirektoratet. Samarbeidet startet i 2015 og ble avsluttet i 2021, og var organisert som et program. Formålet med samarbeidet var å bidra til at alle barn og unge får den støtten og hjelpen de behøver for å mestre eget liv. Utfordringen har vært å få til god samordning mellom ulike tjenester som «eies» av ulike sektormyndigheter og forvaltningsnivåer. Tjenestene består av fagfolk med ulike profesjoner, utdanninger, «stammespråk» og kulturer og får i tillegg ulike føringer fra sine direktorater og departementer når det gjelder problemforståelse, prioriteringer og tiltak. Gjennom 0–24-samarbeidet har de deltakende departementene og direktoratene jobbet for å samordne disse føringene på en bedre måte. Formålet har vært å støtte opp om og styrke nødvendig samordning og samarbeid i fylker og kommuner, til beste for barn og unge og deres familier (0-24 Samarbeidet, u.å.).

Nordisk samarbeidsprosjekt om barnets 1000 første dager

I 2019 startet et treårig nordisk samarbeidsprosjekt i regi av Nordisk ministerråd om barnets første 1000 dager, fra graviditet til 2 års alder. Fra Norge deltok Helsedirektoratet og RBUP. I 2022 ble følgende seks anbefalinger fra prosjektet publisert (Nordic Council of Ministers, 2022):

- Anerkjenne betydningen barnets 1000 første dager har på livslang psykisk helse og livskvalitet
- Gi omfattende støtte til foreldrene i barnets første 1000 levedager

- Identifiser og responder systematisk på risikofaktorer tidlig i livet
- Forbedre kvaliteten på tjenestene for små barn og deres familier, og sørge for lik tilgang til tjenestene
- Styrke det tverrsektorielle samarbeidet til beste for små barn og deres familier
- Styrke forskningen på, kunnskapen om og forståelsen av barnets 1000 første dager.

KS Partnerskap for radikal innovasjon – Ungt utenforskap og betydningen av de 1000 første dagene

KS har etablert et partnerskap for radikal innovasjon for å forsøke å finne nye løsninger på samfunnsutfordringen Ungt utenforskap. Ett av to hovedprosjekter innenfor innovasjonspartnerskapet dreier seg om de første 1000 dagene i et individs liv. Her anerkjenner man at allerede under svangerskapet kan risikofaktorer for senere utenforskap begynne å utvikle seg. Hovedprosjektet er et langsiktig innovasjonsarbeid, som retter seg mot systemene og rammebetingelsene i oppvekstsektoren i starten av et barns liv, inkludert livet i magen. Prosjektet har fått gjennomført en kunnskapsoppsummering som blant annet viser at godt samarbeid med foreldrene er svært viktig for alle faginstanser for å lykkes med tidlig innsats, men at dette samtidig er vanskelig, og at det er behov for nye innfallsvinkler og samarbeidsmåter (Granone, et al., 2022).

Kjernegruppe i departementene for utsatte barn og unge

Departementene har satt ned en kjernegruppe for samordning av arbeidet for utsatte barn og unge ledet at departementsråd i Barne- og familiedepartementet. I kjernegruppen inngår Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Bufdir koordinerer det tverrsektorielle samarbeidet om utsatte barn og unge på direktoratsnivå som skal bygge videre på erfaringene fra 0-24-samarbeidet.

Vår vurdering av hvordan *Sammen på vei* passer inn

Vår vurdering er at det er stor oppmerksomhet på viktigheten av tidlig, tverrfaglig og koordinert innsats, allerede fra graviditeten, for å forebygge fremtidig utenforskap og legge til rette for at barn og unge får gode liv. Forutsatt at *Sammen på vei* fortsetter å vise gode resultater overfor målgruppen gjennom den pågående studien, mener vi at *Sammen på vei* passer godt inn i de øvrige satsingene. *Sammen på vei* gir kommunene et håndfast og forskningsbasert tilbud med dokumentert effekt fra internasjonale studier til en sårbar målgruppe i kjernen av en rekke satsinger som skal gi bedre tverrfaglig og tidlig innsats.

Flere respondenter vi har snakket med har samtidig vist til behovet for at en eventuell nasjonal utrulling av *Sammen på vei* er tydelig forankret og anbefalt på tvers av de berørte sektorene. Særlig blir det lagt vekt på at en anbefaling til kommunene om å tilby *Sammen på vei* til sine innbyggere, må komme både gjennom helselinja, fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, og gjennom oppvekstlinja fra Barne- og familiedepartementet og Bufdir. Slik vi oppfatter rollen til kjernegruppen i departementene, foreslår vi at en videre nasjonal utrulling av *Sammen på vei* bør forankres i kjernegruppen.

5.2.2 Finansiering

Konseptuelt ser vi på tre ulike finansieringsmodeller for *Sammen på vei:* Fullfinansiert av staten, fullfinansiert av kommunene samt en løsning der staten delfinansierer tiltaket og kommunene dekker resten.

Nøyaktig utforming av finansieringsmodellen vil avhenge av den øvrige organiseringen av et fremtidig tiltak, men i teorien kan tiltaket fullfinansieres av både staten og kommunene, uavhengig av om tilbudet leveres av en statlig eller kommunal enhet. Statlig finansiering kan for eksempel skje i form av direkte tildelinger over statsbudsjettet og tilskudd. Kommunal fullfinansiering kan skje gjennom at kommunene selv dekker alle kostnader knyttet til teamene, og i tillegg dekker sin andel av kostnadene til lisens og nasjonalt kontor gjennom en form for deltakeravgift. Statlig delfinansiering kan innebære at staten dekker deler av kostnadene, for eksempel kostnadene til nasjonalt kontor og fellestjenester på tvers av teamene og/eller gir kommunene tilskudd i en periode ved etablering av team og/eller at kommunale «deltakeravgifter» har en redusert pris sammenliknet med faktisk kostnad.

Finansieringsmodell i utprøvingsperioden

I utprøvingsperioden er *Sammen på vei* fullfinansiert av staten. Både Bufdirs kostnader, kostnadene til det nasjonale kontoret i RBUP og kommunenes kostnader knyttet til tiltaket finansieres av overføringer på statsbudsjettet til Bufdir, og ved at Bufdir forvalter et øremerket tilskudd til både RBUP og utprøvingskommunene.

Det nasjonale kontoret i *Sammen på vei* spiller en viktig rolle når det kommer til å opplæring av teamledere og familiesykepleiere, oppdatering og videreutvikling av programmetodikken i norsk kontekst, støtte til kommunene ved etablering av tilbudet og oppfølging og analyse av data som samles inn med sikte på å sikre og følge med på at teamene er lojale til programmetodikken. Oppgavene og ansvarsområdene til det nasjonale kontoret kan beskrives som en form for fellesfunksjoner som støtter alle NFP-teamene som er under etablering eller allerede etablert.

Kommunene vi har snakket med forteller at tilskuddet har vært en nødvendig forutsetning for at de har klart å prioritere og gjennomføre utprøvingen lojalt i tråd med programmet. På spørsmål om hvordan dette hadde vært hvis kommunene selv skulle finansiert dette, har tilbakemeldingen vært tydelig på at de trolig ikke hadde klart å prioritere et så stort tiltak uten tilskudd, fordi det er snakk om mange ansettelser som skal prioriteres innenfor stramme kommunebudsjetter. Både kommunene vi har snakket med og KS er tydelige på at kommunene først kutter i ikke-lovpålagte oppgaver når de må prioritere innenfor budsjettene sine. Flere av vi har snakket med, forteller at de ønsker å videreføre *Sammen på vei* når utprøvingen er ferdig, og at de allerede har begynt å se på hvordan kostnadene til NFP-team kan innarbeides i kommunenes langtidsplan. Andre kommuner antyder at de nok vil se på muligheten for justeringer i tilbudet dersom dette skulle vært et helkommunalt tilbud. Blant annet blir det stilt spørsmål ved det store omfanget av samlinger og reiser for teamene.

Den statlige finansieringen har også tatt bort spørsmålet om finansiering og fordeling av kostnader i samarbeidet mellom kommuner. Basert på det som kommer frem i intervjuene vi har gjennomført, er det sannsynlig at vertskommunene ville krevd en form for økonomisk kompensasjon fra sine samarbeidskommuner, dersom tilbudet skulle vært finansiert av kommunene.

KS sine innspill til finansieringsmodell – økning i rammetilskudd eller programfinansiering

KS har i samtaler og e-post med oss vært tydelig på at deres primære standpunkt når det gjelder finansieringsordning er at finansieringen bør skje som en økning i rammetilskuddet, og viser til ekspertutvalget ledet av Marianne Andreassen, som i 2017 gjennomgikk 250 øremerkede tilskuddsordninger til kommunesektoren. Ekspertutvalget anbefalte blant annet at rammefinansiering bør være hovedprinsippet for finansiering til kommunene, og at antall tilskuddordninger reduseres kraftig gjennom innlemming og sammenslåing. Når det gjelder forsøk og prosjekter som etter endt forsøksperiode gjøres gjeldende nasjonalt, skriver utvalget at disse skal følges opp gjennom økonomisk og/eller juridisk rammestyring, i tråd med ordinære prinsipper for statlig styring av kommunesektoren. (Andreassen, Glemmestad, Fjeld, & Vabo, 2017)

Som et alternativ til økning i rammetilskuddet, peker KS på programfinansiering, og viser særlig til piloten for programfinansiering som ble gjennomført som ledd i 0-24-samarbeidet. Her ble fem statlige tilskuddsordninger fra Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet slått sammen. Pilotkommunene fikk lokal frihet til å utarbeide og implementere helhetlige og samordnede tiltak på tvers av sektorer og tjenester, rettet mot utsatte barn og unge mellom 0-24 år og deres familier. (0-24 Samarbeidet, u.å.) Slik vi forstår det skal evalueringen av piloten foreligge i løpet høsten 2023. KS mener programfinansiering er et godt tiltak for å unngå for mange sektor- og fagspesifikke tilskuddsordninger som både bidrar til byråkrati og gir redusert mulighet til å se ulike tiltak i sammenheng og tilpasse disse til lokale behov.

Statsforvalterens skjønnsmidler

En del av rammetilskuddet til kommuner fordeles etter skjønn, for å kompensere for lokale forhold som ikke fanges opp i den faste delen av inntektssystemet, og for å bidra til fornying og utvikling. Kommunal- og distriktsdepartementet fastsetter fylkesrammer for skjønnstildelingen til kommunene, og statsforvalteren fordeler fylkesrammen til kommunene etter retningslinjer gitt av departementet. Statsforvalterne skal fordele en del av

skjønnsrammen til fornyings- og innovasjonsprosjekter i kommunene. Kommunene kan deretter søke statsforvalteren om tilskudd til fornyings- og innovasjonsprosjekter. (Prop. 110 S (2021-2022)) I samtale med ansatte hos en statsforvalter har vi forstått at departementet kan gi føringer på hvordan skjønnsmidlene skal benyttes eller prioriteres. Slik vi forstår det, vil det være mulig å gi en føring om at søknader om tilskudd til etablering av NFP-team skal prioriteres.

Økning i rammetilskuddet som følge av barnevernsreformen

Som følge av barnevernsreformen har kommunene fått en økning i rammetilskuddet på 2,1 milliarder kroner årlig fra 2023. Dette skal både kompensere for økte kommunale egenandeler for statlige tiltak, og for oppgaver som nå er overført fra Bufetat til kommunene.

Kommunalt eierskap og innsats i finansieringen

Intervjuene vi har gjennomført viser at statlig finansiering er en sterk motivator for kommunene, og det bidrar til å redusere friksjon som ellers ville oppstått i implementeringen av et relativt omfattende program med tydelige krav til metodikk og arbeidsform. Noen har omtalt *Sammen på vei* som en «Rolls-Royce», og at det ikke er i tråd med «kommunal standard». Basert på samtalene vi har hatt, er vi overbevist om at rammene i *Sammen på vei* ville blitt utfordret om dette skulle vært et fullfinansiert kommunalt tilbud. Samtidig mener vi det er faglig riktig og viktig at kommunene også har et tydelig finansielt bidrag inn i. Et vesentlig kommunalt bidrag i finansieringen sikrer at kommunene gjør en selvstendig vurdering av hvorvidt dette tiltaket vil være nyttig og hensiktsmessig for sin befolkning. Så lenge kommunene betaler en vesentlig andel av kostnadene for Sammen på vei vil kommunene også fortsatt ha insentiv til å etablere andre, mindre ressurskrevende lavterskel tilbud enn Sammen på vei, men som fortsatt er mer ressurskrevende enn det lovpålagte minimumstilbudet.

En modell der kommunene kan søke tilskudd for etablering av nye team, kan være en måte for staten å insentivere og motivere kommunene til å etablere tilbudet. Hvis målet er at *Sammen på vei* blir tilgjengelig nasjonalt, kan det være nødvendig med en form for tilskuddsordning i forbindelse med etablering av nye team for å redusere oppstartskostnadene for kommunene. Det tar 2 år for nye familiesykepleiere å fullføre opplæringen. Det tar også tid å gjøre tilbudet tilstrekkelig kjent, både i samarbeidene tjenester og hos ulike innbyggergrupper, så det tar tid å fylle opp kapasiteten i det nye teamet. Dette kan forsvare en form for tilskuddsordning i de første årene av tilbudet.

Et argument for en mer omfattende og langvarig tilskuddsordning, kan være at det tar tid før kommunene ser effekt av tiltaket på egne budsjetter for eksempel i form av reduserte kostnader til omsorgsovertakelser senere i livet til disse barna. I samtaler vi har hatt med NFP i Skottland ble det også pekt på at det tok tid før NFP ble tilstrekkelig kjent som en tjeneste lokalt. De vi snakket med pekte på at de mente det ville være lettere å gjøre endring i finansieringsmodellen nå, enn da tilbudet fortsatt var veldig nytt for kommunene og lokale beslutningstakere. Etter at tilbudet har vært i drift i over 10 år, vil det være mye vanskeligere for lokale myndigheter å kutte driften av teamene, enn da tilbudet fortsatt var ganske nytt og ukjent.

I den grad *Sammen på vei* bidrar til å forebygge fremtidig utenforskap hos mor og barn, er dessuten gevinstene både for mor og barn, og for samfunnet føvrig potensielt svært store. Disse gevinstene tilfaller imidlertid bare delvis kommunen. Dette kan være et argument for at det er riktig at staten bidrar med økonomisk støtte, for å korrigere for den underdekningen som trolig vil oppstå dersom finansieringen blir overlatt til kommunene.

Vår vurdering

Vår vurdering er at et statlig bidrag i finansieringen vil være nødvendig for at kommunene skal klare å implementere *Sammen på vei* i tråd med kjerneelementene og lisenskravene. Så lenge det er frivillig for kommunene å tilby *Sammen på vei*, vurderer vi basert på intervjuene vi har gjennomført, at det er usannsynlig at kommunene i stor utstrekning vil velge å tilby *Sammen på vei* dersom de må dekke alle kostnadene alene, inkludert kostnadene til det nasjonale kontoret. Særlig fremstår det som krevende for kommunene å etablere teamene, sikre opplæring av teamene og gradvis gjøre tilbudet kjent og rekruttere deltakere, og det statlige tilskuddet i denne fasen blir pekt på som en vesentlig suksessfaktor for å lykkes med etableringen.

Vi mener også at finansieringsmodellen er et kraftfullt statlig virkemiddel for å motivere kommunene til å etablere et nytt tilbud. Kommunene selv ønsker en finansieringsmodell som gir dem frihet til å gjøre lokale vurderinger av hva som er det beste tilbudet. Vi mener samtidig at dersom staten er tydelige på at de ønsker en nasjonal utrulling og et mest mulig likeverdig tilbud av *Sammen på vei* i hele Norge, vil finansieringsmodell være et effektivt virkemiddel.

5.2.3 Fagansvarlig direktorat

Bufdir er fagansvarlig direktorat for *Sammen på vei,* og har hatt denne rollen siden 2014. Vi har forstått at utprøvingen av *Sammen på vei* ble initiert av daværende statsråd i Barne- og likestillingsdepartementet, på bakgrunn av positive erfaringer i andre europeiske land, og med utgangspunkt i at dette er en forebyggende tjeneste overfor sårbare familier. Oppdraget om utprøving ble gitt til Bufdir, som ga oppdrag til RBUP om å etablere et nasjonalt kontor og ivareta det faglige ansvaret.

Sammen på vei er et lavterskel, forebyggende tiltak som blant annet skal sikre barn og unge gode oppvekstsvilkår ved å sette foreldrene bedre i stand til å være gode omsorgspersoner for barna sine, og redusere sannsynligheten for fremtidige omsorgsovertakelser. Med dette perspektivet er det forståelig at *Sammen på vei* er et tilbud som følges opp av Barne- og familiedepartementet og Bufdir. Bufdir har som eier og lisensholder over tid etablert relasjoner til UCD og den internasjonale NFP-organisasjonen, bygget kompetanse på NFP-modellen og opparbeidet kunnskap om hvilke erfaringer som er gjort underveis i utprøvingen.

Samtidig er *Sammen på vei* delvis definert som helsehjelp og tjenesten leveres av helsepersonell som jobber under helsepersonelloven og fører journal. Dette tilsier at Helsedirektoratet også kunne vært fagmyndighet for tilbudet. Helsedirektoratet kan også ha bedre kunnskap om implikasjoner for øvrige helsetjenester, og bedre innsikt i hvilke etablerte strukturer og tjenester *Sammen på vei* bør knyttes opp mot. I følge Bufdir har Helsedirektoratets jurister samtidig konkludert med at *Sammen på vei* leverer mer enn det som kan defineres som helsehjelp, og at dette medførte at programmet ikke har blitt juridisk forankret i dagens helselovgiving.

Vi har i samtaler med både Bufdir og Helsedirektoratet forstått at samarbeidet mellom direktoratene om *Sammen på vei* har vært preget av at direktoratene har forskjellig ansvarsområde og faglig innfallsvinkel. Der Bufdir har et hovedansvar for å hjelpe de aller mest sårbare barna, har Helsedirektoratet et faglig ansvar for gode helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. I samtaler med kommuner har vi oppfattet at enkelte stiller spørsmål ved hvorfor det er Bufdir som følger opp *Sammen på vei,* og hva som er Helsedirektoratets anbefaling. Dersom det blir besluttet å rulle ut *Sammen på vei* nasjonalt i etterkant av den pågående studien, er vår anbefaling at en slik beslutning forankres tverrsektorielt i alle berørte departementer og deres underliggende direktorater. Her antar vi at kjernegruppen i departementene (som beskrevet nærmere i avsnitt 5.2.1), kan være en naturlig forankringsarena.

Vi har i andre sammenhenger sett at når ansvaret for et tiltak flyttes, vil en ny tiltakseier kunne gjøre andre vurderinger og stille spørsmål ved tidligere vurderinger og avklaringer. Det tar også ofte tid for nye personer å sette seg inn i historikken og forstå konteksten for de vurderingene og erfaringene som allerede er gjort. Et nærliggende eksempel er at alle involverte som vi har snakket med, beskriver virksomhetsoverdragelsen av de første utprøvingsteamene fra RBUP til kommunene, som mye mer krevende enn forventet, og at det har tatt mer tid enn aktørene trodde på forhånd.

Lisensholder for *Sammen på vei*

Bufdir har frem til nå vært lisensholder for NFP i Norge, og er dermed ansvarlig overfor NFP internasjonalt for at programmet leveres i tråd med kjerneelementene og at implementeringen i Norge følger NFP sin modell for pilotering og utprøving før eventuell nasjonal implementering. Vår forståelse er at Bufdir gjennom årene som lisensholder over tid har etablert gode relasjoner til NFP internasjonalt, og bygget mye intern kompetanse på NFP, metodikken og kravene som følger av kjerneelementene.

Selv om Bufdir fortsetter å være fagansvarlig direktorat for *Sammen på vei,* oppfatter vi at det er et alternativ å overføre rollen som lisensholder til det nasjonale kontoret og RBUP. RBUP har i rollen som faglig ansvarlig for utprøvingen og implementeringen i Norge vært tett involvert i dialogen Bufdir har med UCD og den internasjonale NFP-organisasjonen. For andre lisensierte programmer som er tatt i bruk i Norge, som PMTO og

MST, er det Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) som er faglig ansvarlig for programmet og som er lisensholder i Norge.

Dersom rollen som fagansvarlig direktorat overføres til Helsedirektoratet, er det ikke lenger naturlig at Bufdir sitter som lisensholder for NFP i Norge. Vi mener lisensen da bør overføres til det nasjonale kontoret ved RBUP eller til Helsedirektoratet.

Så lenge lisensen ligger i et av direktoratene, har staten et tydelig ansvar for at programmet leveres i tråd med kjerneelementene og at implementeringen følger stegene i lisensavtalen. Dersom den valgte modellen for fremtidig organisering plasserer ansvaret for å levere tilbudet til en statlig aktør, for eksempel Bufetat, fremstår det naturlig at staten gjennom direktoratene, og i dette eksemplet Bufdir, fortsetter å være lisensholder. Vi mener det samme kan sies dersom staten velger å ta en aktiv rolle i en nasjonal utrulling av programmet, selv om kommunene blir ansvarlig for tilbudet. Da kan det å videreføre rollen som lisensholder hos et direktorat være et signal og virkemiddel overfor kommunene for å ansvarliggjøre staten i satsingen. Dersom staten velger å la kommunene ta et mer selvstendig ansvar for videre utrulling av *Sammen på vei,* kan det være naturlig å også overføre lisensansvaret til det nasjonale kontoret.

Vår vurdering

Vi mener at kompleksiteten i å flytte fagansvaret for *Sammen på vei* fra et direktorat til et annet ikke skal undervurderes. En eventuell overføring av ansvaret fra Bufdir til Helsedirektoratet bør etter vår mening være svært godt begrunnet. Dersom det velges en modell der ansvaret for å levere tjenesten *Sammen på vei* legges til Bufetat, eller Bufetat får en tydelig rolle i implementeringsarbeidet, mener vi dette taler for at fagansvaret blir liggende hos Bufdir som i dag, men gjerne i et tettere samarbeid med Helsedirektoratet. Hvis *Sammen på vei* blir tydeligere forankret i helselinjen, kan det tale for at Helsedirektoratet bør ha et større ansvar. Det varierer hvordan kommunene i utprøvingen har organisert tilbudet, men flere har organisert det inn i familie- og oppvekstsjenesten som en del av et helhetlig tilbud til barn og unge, sammen med tjenester som helsestasjon, barnehager og barnevern.

En videreføring av ansvaret hos Bufdir fremstår som den mest naturlige tilnærmingen, men fortrinnsvis med en tverrsektoriell forankring og et tydeligere samarbeid med Helsedirektoratet. Rollen som lisensholder bør enten følge rollen som fagansvarlig direktorat, eller overføres til det nasjonale kontoret ved RBUP.

5.2.4 Enhet ansvarlig for å levere Sammen på vei

I utprøvingen leveres *Sammen på vei* som en kommunal tjeneste, der kommunene selv har organisert seg i kommunegrupper som samarbeider om å tilby *Sammen på vei* til sine innbyggere. I samtalene vi har hatt med kommunene har flere vært veldig tydelige på at det er helt riktig at *Sammen på vei* skal være et kommunalt tilbud, og at samarbeidet med øvrige kommunale tjenester, som jordmortjenesten, helsestasjon, barnevern, NAV, barnehage og fastleger, underbygger at dette bør være en kommunal tjeneste. Blant de kommunale lederne vi har snakket med, har det snare vært et ønske om tettere samarbeid og integrasjon mellom NFP-teamene og de øvrige tjenestene i kommunen, enn at dette skal gjøres til et statlig, spesialisert tilbud.

Samtidig er det et mål at innbyggerne i Norge skal få et likeverdig tjenestetilbud, noe som også er argumentet for å rulle ut *Sammen på vei* nasjonalt. Hvis det skal være frivillig for kommuner å tilby tjenesten, samtidig som statlige myndigheter har et stort ønske om å gjøre tilbudet tilgjengelig for innbyggerne over hele landet, kunne en mulig løsning være å gjøre det til et statlig tilbud, for eksempel i regi av helseforetakene eller Bufetat. I avsnitt 5.3.2 har vi vurdert hvorvidt om *Sammen på vei* kan leveres av helseforetakene og i avsnitt 5.3.3 ser vi på forutsetninger for at tilbudet skal kunne leveres av Bufetat.

5.3 Juridiske rammebetingelser

Gjeldende juridiske rammebetingelser legger føringer på hvordan en nasjonal utrulling kan og bør utformes, eksempelvis fordi innføringen av en modell medfører behov for endringer i lov og/eller forskrift. Her peker vi på noen av rammebetingelsene som har betydning for utrulling av *Sammen på vei*.

5.3.1 Obligatorisk eller frivillig for kommunene å tilby Sammen på vei

Vi har vurdert om det er mulig å innføre en modell der kommunene pålegges å tilby *Sammen på vei* til innbyggere i målgruppen, og kommet til at det er vanskelig å innføre en slik modell.

Kommunen har plikt til å tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, og har plikt til å fremme gode oppvekstsvilkår gjennom tiltak som forebygger at barn og unge utsettes for omsorgssvikt. *Sammen på vei* kan være en måte å oppfylle disse forpliktelsene overfor sårbare førstegangsmødre.

Samtidig gir det kommunale selvstyret kommunen stor grad av frihet til å velge hvordan kommunen organiserer sine tjenester og prioriterer sine økonomiske midler, så lenge den utøver sitt selvstyre innenfor de rammer som følger av lov. Vår vurdering er at dersom kommunene skal pålegges å tilby *Sammen på vei* til sine innbyggere, må det ha hjemmel i lov.

Hvis *Sammen på vei* skal bli et tilbud som kommunene er pålagt å tilby, må departementet sette i gang et lovarbeid som gir tilstrekkelig hjemmel. Et slikt lovarbeid kan være tidkrevende og vil ikke nødvendigvis være ferdigstilt innen 2027. I våre samtaler, både med KS og utprøvingskommunene, er alle tydelige på at de mener det ikke er ønskelig å pålegge kommunene å tilby dette bestemte programmet og metoden til sine innbyggere. Dette indikerer at et lovforslag vil være kontroversielt og tidkrevende. Direktoratene og statsforvalter vi har snakket med, mener heller ikke at det er grunnlag for å lovfeste tilbudet. Vår samlede vurdering er derfor at *Sammen på vei* ikke bør bli et tilbud som kommunene er pålagt å tilby.

5.3.2 Sammen på vei som tilbud i spesialisthelsetjenesten

Gjennom utredning har det vært diskutert om helseforetakene kan pålegges å tilby *Sammen på vei.* I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven er det beskrevet at: “Spesialisthelsetjenesten skal dekke behov for tjenester som er av en slik karakter at det ikke er hensiktsmessig eller mulig at disse ytes av primærhelsetjenesten”, jf. Ot.prp. nr. 10 (1998-1999), s. 12. Departementet fremhever at det særlig vil være tjenester som krever medisinskfaglig spesialkompetanse og tverrfaglig oppfølging, hvor legens kompetanse er fremhevet som sentral.

Selv om deltakerne i *Sammen på vei* får tverrfaglig oppfølging og tilbudet delvis er definert som helsehjelp, dreier det seg ikke om medisinske undersøkelser og behandling. Oppfølging av både gravide og barn er også oppgaver som det er hensiktsmessig at kommunen tilbyr, med mindre det foreligger medisinske indikasjoner som tilsier behov for helsehjelp fra en spesialist. Spesialisthelsetjenesteloven utelukker dermed at helseforetakene pålegges å tilby *Sammen på vei.*

5.3.3 Sammen på vei organiseres under Bufetat

Flere av dem vi har snakket med har pekt på at en viktig forutsetning for at *Sammen på vei* skal kunne rulles ut nasjonalt som et tilbud organisert i Bufetat, er at Bufetat får bistandsplikt. Med det forstår vi at det fulle og hele ansvaret for tjenesten skal legges til Bufetat, inkludert den delen av tjenesten som innebærer helsehjelp til kvinnen.

Fra et juridisk ståsted vil dette være komplisert. Helse- og omsorgstjenestene er regulert i omfattende lovgivning som blant annet inkluderer helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og pasientjournalloven. Helsedirektoratet er fag- og myndighetsorgan for helse- og omsorgssektorene, noe som innebærer at direktoratet både er faglig rådgiver, skal iverksette vedtatt politikk og forvalter lover og forskrifter på området.

Dersom Bufetat får ansvar for å yte helsehjelp oppstår det en situasjon hvor Helsedirektoratet ikke lenger er overordnet direktorat. Dermed flyttes både fagansvar og fortolkningsansvar fra Helsedirektoratet til Bufdir. Det er ikke heldig at det etableres et parallelt system for forvaltning av helsehjelp, ved siden av det som allerede eksisterer. Det kan blant annet lede til ulik tolkning av rettslige standarder som “forsvarlig helsehjelp” og ulike

krav til kvalitet i helsehjelpen. Dette vil også innebære at Bufdir må bygge opp kompetanse de ikke har per i dag.

5.3.4 Personvern ved nasjonal utrulling av Sammen på vei

Deltakelse i *Sammen på vei* innebærer at det blir samlet inn og behandlet personopplysninger, inkludert helseopplysninger, om både mor, barn, eventuell partner og også andre personer. Det samles videre inn opplysninger om straffedommer og lovovertredelser.

Behandling av personopplysninger, inkludert helseopplysninger, reguleres i personopplysningsloven, personvernforordningen og i særlovgivningen (i fellesskap omtalt som "personvernregelverket"). Disse lovene setter viktige rammer for nasjonal utrulling av *Sammen på vei*. I dette kapittelet peker vi på forhold som må utredes nærmere før *Sammen på vei* kan tilbys nasjonalt.

Roller og ansvar

Det må alltid finnes en behandlingsansvarlig for behandling av personopplysninger. Uavhengig av hvilken modell som velges for utrulling, er det mange aktører på ulike forvaltningsnivåer som vil være involvert i *Sammen på vei*. Dette gjør det krevende å fastsette hvem som er behandlingsansvarlig, enten det er en aktør alene eller flere i fellesskap, og hvem som eventuelt er databehandler.

For å unngå usikkerhet blant aktørene, sikre etterlevelse av personvernregelverket og sørge for ivaretakelse av deltakernes rett til personvern, må roller og ansvar utredes før programmet rulles ut nasjonalt. En utredning vil forenkle kommunenes arbeid med å inngå riktige avtaler, eksempelvis databehandleravtale eller avtale om felles behandlingsansvar. Hvilken eller hvilke avtaler som må inngås, avhenger av hvordan samarbeidet organiseres, eksempelvis vertskommunesamarbeid eller at tjenesten ytes av et interkommunalt selskap.

Rettslig grunnlag for å behandle helseopplysninger

All behandling av personopplysninger forutsetter at behandlingen oppfyller ett av de rettslige grunnlagene i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1, eksempelvis samtykke fra den det behandles personopplysninger om eller hjemmel i lov. Dette betyr at alle behandlingsaktivitetene i *Sammen på vei* må ha et rettslig grunnlag, det vil si både helsehjelpen og bistanden som er foreldrestøtte og forebyggende barnevern. I tillegg må det finnes rettslig grunnlag for å utlevere personopplysninger til kvalitetssikring og forskning.

Helseopplysninger er ansett som en særlig kategori av personopplysninger. Hovedregelen er at det er ulovlig å behandle, herunder dele, slike personopplysninger med mindre ett av unntakene i personvernforordningen artikkel 9 nr. 2 er oppfylt. Videre skal behandling av opplysninger om straffedommer og lovovertredelser kun skje under en offentlig myndighets kontroll eller dersom behandlingen er tillatt i henhold til unionsretten eller dersom det finnes hjemmel i lov, jf. personvernforordningen artikkel 10. I norsk rett er det inntatt særregler i personopplysningsloven § 11. Disse forholdene tilsier at behandling av personopplysninger i Sammen på vei bør reguleres i eller i medhold av lov.

For den delen av bistanden i *Sammen på vei* som er helsehjelp finnes det allerede rettslig grunnlag i helselovgivningen ettersom all helsehjelp skal dokumenteres i pasientjournal, se helsepersonelloven §§ 39 flg. og pasientjournalloven. Helselovgivningen har også regler om deling av helseopplysninger mellom ulike aktører og utlevering av helseopplysninger til kvalitetssikring og forskning.

Registrering og behandling av personopplysninger som knytter seg til bistanden som går utover det som anses som helsehjelp, har derimot ikke rettslig grunnlag i helselovgivningen. Det er for tiden på høring en forskrift som skal gi rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger, inkludert helseopplysninger og opplysninger om straffbare forhold, i utprøvingen av *Sammen på vei*, men denne gjelder ikke for en nasjonal utrulling. Det må derfor utarbeides nytt rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger som går utover helsehjelpen, enten i form av en endret forskrift eller ny forskrift. I den forbindelse er det viktig at grensen mellom helsehjelp på den ene siden og foreldrestøtte og forebyggende barnevern på den andre siden, fastsettes. Grensegangen er avgjørende for hvem som er ansvarlig for den respektive behandlingen av personopplysninger, og det er i praksis krevende å sette grensen.

Når det gjelder utlevering av personopplysninger til kvalitetssikring og forskning, er bildet noe komplisert. Hovedregelen er at det krever pasientens/brukerens samtykke. Samtidig er det i helselovgivningen flere regler som gjør unntak fra taushetsplikten slik at helseopplysninger kan utleveres til kvalitetssikring, helseregistre og forskningsprosjekter. Vi redegjør ikke i detalj for disse regelverkene, men vi vil likevel peke på at etablering av nasjonale helseregistre med permanent eller langvarig levetid normalt krever hjemmel i eller medhold av lov. Selv ved en nasjonal utrulling foreligger det forpliktelse om å utlevere aggregerte data til lisenseier. Det må vurderes om databasen som etableres ved nasjonalt kontor, bant annet for å utlevere aggregerte data til lisenseier, er et helseregister og hvilke implikasjoner det i så tilfelle medfører.

For ordens skyld gjør vi også oppmerksom på at det bør vurderes om dataene som overføres til lisenseier i aggregert form også oppfyller kravene til anonymitet. Dersom det ikke er tilfellet, betyr det at personopplysninger overføres til USA. EU-kommisjonen vedtok sin adekvansbeslutning for EU-US Data Privacy Framework den 10. juli 2023. Adekvansbeslutningen innebærer at personopplysninger fritt kan overføres til en mottaker i USA som er sertifisert under rammeverket. Det kan ikke utelukkes at adekvansbeslutningen, på samme måte som tidligere adekvansbeslutninger for USA, blir utfordret i EU-domstolen. Det er ikke mulig å si med sikkerhet om det vil skje, eller hva utfallet vil bli. Alle som benytter EU-US Data Privacy Framework som grunnlag for å overføre personopplysninger til USA må likevel være oppmerksomme på denne muligheten, og ha en plan for å bytte overføringsgrunnlag dersom adekvansbeslutningen blir opphevet.[5]

Uavhengig av muligheten for at EU-US Data Privacy Framework kan bli utfordret i EU-domstolen, er det heller ikke alle aktører som kan sertifiseres under rammeverket. Dersom det er tilfellet for lisenseieren, må det påvises et annet grunnlag for overføringen i tråd med personvernforordningen kapittel V. Dette bør vurderes og klargjøres før programmet eventuelt rulles ut nasjonalt.

Journalføring - egen journal for mor, barn og medmor eller far

I høringsnotatet er det pekt på utfordringene med at det kan være nødvendig å registrere opplysninger om andre enn kvinnen som deltar i programmet og det er foreslått regler for å avhjelpe utfordringene. Dersom det er nødvendig å registrere opplysninger om far/medmor, skal det opprettes egen journal for far/medmor. I den grad det registreres opplysninger om barnet, må også det gjøres i egen journal.

Prinsippet om at det skal føres separate journaler for barn, mor og far/medmor gjelder allerede for pasientjournaler hvor helsehjelp dokumenteres.[6] Bistanden i *Sammen på vei* går utover det som anses som helsehjelp. I den grad også denne bistanden dokumenteres, bør det samme prinsippet om separate journaler legges til grunn. Årsaken til er at det registreres svært sensitive personopplysninger om deltakeren også for den delen av bistanden som ikke er helsehjelp.

Dele personopplysninger mellom aktører

I høringsnotatet er det ikke foreslått særregler for taushetsplikt og deling av personopplysninger mellom ulike offentlige instanser som kvinnen kan ha behov for bistand fra. I stedet skal reglene i helsepersonelloven og forvaltningsloven gjelde.

Taushetsplikten etter helsepersonelloven er vesentlig mer omfattende enn taushetsplikten etter forvaltningsloven og det skal registreres svært inngripende opplysninger om kvinnen også utenfor bistand som anses som helsehjelp. Det vil antagelig være vanskelig for den enkelte deltaker å forstå hvilke opplysninger som er omfattet av hvilken taushetsplikt, og mange vil nok anta at alle opplysninger er omfattet av helsepersonells strenge taushetsplikt. Dette gjelder særlig fordi det i all hovedsak er helsepersonell som yter bistand gjennom programmet.

Vi mener derfor det er behov for å utrede om det bør innføres særregler for taushetsplikt og deling av personopplysninger mellom offentlige instanser.

[5] All overføring av personopplysninger til stater eller organisasjoner utenfor EØS må oppfylle vilkårene i personvernforordningen kapittel V. Ett av vilkårene er at det må finnes et overføringsgrunnlag. Adekvansbeslutning er et av de alternative overføringsgrunnlagene. Et annet alternativ er å bruk Europakommisjonens standardavtale for overføring av personopplysninger sammen med tilpassede tiltak som til sammen sikrer tilstrekkelig beskyttelse for personopplysningene.
[6] Se både helsepersonelloven § 39 og Helsedirektoratets veiledning om journalføring helsestasjonsprogrammet.

Personvernkonsekvensvurdering og eventuelt forhåndsdrøftelse med Datatilsynet

Bufdir har gjennomført personvernkonsekvensvurdering for utprøvingen av *Sammen på vei*. Den behandlingsansvarlige vil ha plikt til å gjøre personvernkonsekvensvurdering dersom *Sammen på vei* rulles ut nasjonalt, men med noen unntak. Ett av unntakene er dersom lovgiver har gjennomført personvernkonsekvensvurdering i forbindelse med utarbeidelse av rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger i lov, jf. personvernforordningen artikkel 35 nr. 10.

Innsamlingen av personopplysninger i *Sammen på vei* er omfattende og opplysningene er svært sensitive. Det kan også bli registrert personopplysninger om andre enn kvinnen selv, eksempelvis barnet, partner eller andre familiemedlemmer. Videre er kvinnene sårbare registrerte som kan ha utfordringer med å bruke sine rettigheter, både etter personvernforordningen og helselovgivningen. Det er derfor viktig at det gjøres grundig personvernkonsekvensvurdering før *Sammen på vei* eventuelt rulles ut nasjonalt.

Selv om plikten i utgangspunktet påhviler den behandlingsansvarlige, mener vi at forholdene som er pekt på tilsier at personvernkonsekvensvurdering i dette tilfellet bør gjøres i forbindelse med lov- eller forskriftsarbeid. Departementet vil trolig ha bedre personvernkompetanse enn mange små kommuner og bedre muligheter til å sikre at de registrertes synspunkter blir hørt, eksempelvis gjennom relevante organisasjoner.

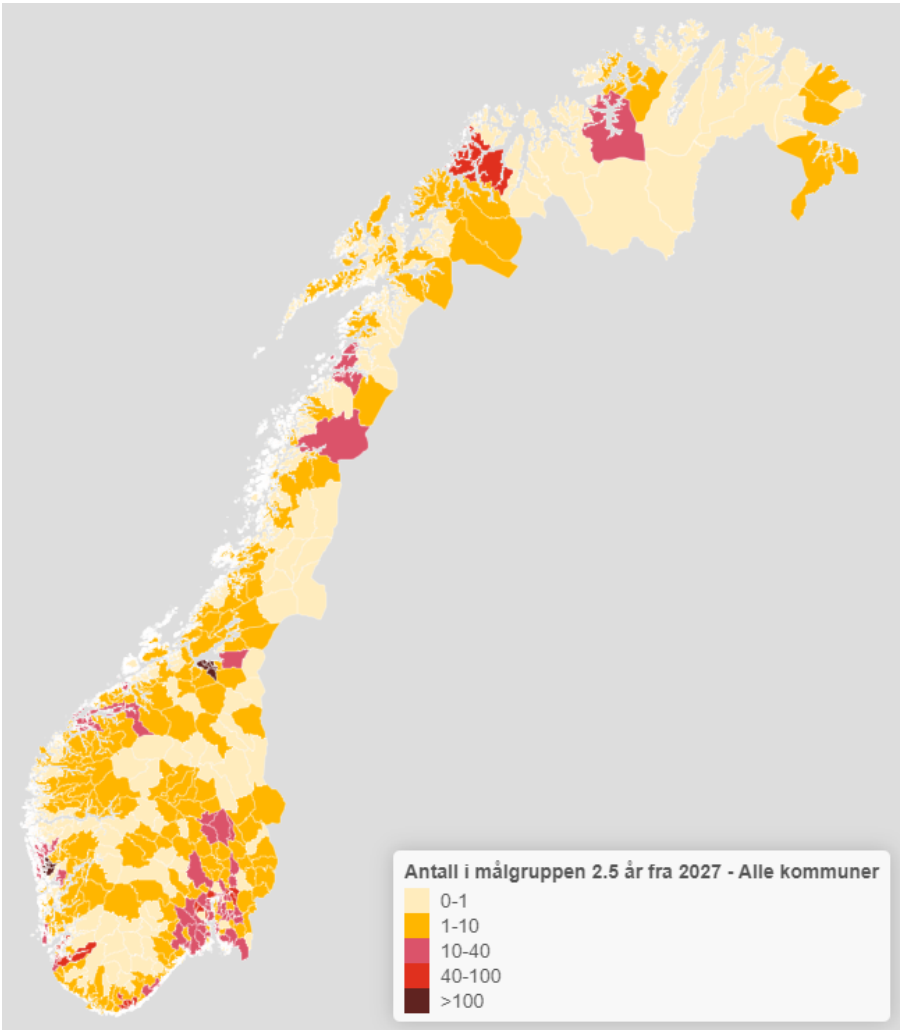
Som følge av opplysningenes sensitivitet og omfanget av opplysninger, kan det heller ikke utelukkes at det vil være nødvendig å gjennomføre forhåndsdrøftelse med Datatilsynet.

5.4 Ressursmessige rammebetingelser

I denne mulighetsdimensjonen har vi laget estimater på hvor stor målgruppen er, hvor disse bor og hvordan teamene kan plasseres geografisk for å nå flest mulig av målgruppen innen en rimelig kjøredistanse. Med utgangspunkt i disse vurderingene har vi deretter estimert hvor store de ulike teamene bør være for å sikre at tilbudet har kapasitet til å dekke målgruppen.

5.4.1 Estimat på målgruppe

Estimert målgruppe i Norge i 2,5 år fra 2027 er 2783 deltakere. For metoden til denne beregningen, se kapittel 2.2. Kartet under viser målgruppen per kommune (og per bydel i Oslo).



Figur 4 Estimert målgruppen i Sammen på vei i 2,5 år fra 2027 per kommune (og per bydel i Oslo)

Et av målene med å rulle ut *Sammen på vei* som et nasjonalt tilbud er å gi sårbare førstegangsmødre et likeverdig tilbud uavhengig av hvor man bor i landet. Samtidig er befolkningen til Norge relativt spredt over et langstrakt land med områder som er utfordrende å oppnå tilgjengelighet til. Oppfølgingen av *Sammen på vei* presiserer viktigheten av hjemmebesøk, og at digitale møter ikke kan erstatte dette (se kapittel 5.1.1). I lys av dette har vi analysert hva som kreves for å nå så mange deltakere som mulig innenfor et realistisk mulighetsrom.

En forutsetning som er brukt ved høyest mulig dekningsgrad av en nasjonal utrulling, er at *Sammen på vei* tilbys til deltakere som er tilgjengelig innenfor en kjøretid på 60 eller 90 minutter én vei fra den eller de kommunene i fylket som har størst omfang av målgruppen for tilbudet.

Vårt estimat viser at man kan nå 93 prosent av målgruppen, altså 2589 deltakere i 2,5 år fra 2027, innenfor kjøretid på 90 minutter ved å opprette 23 NFP-team og 8 satellitter fordelt på 25 kommuner. Man når 87 prosent av målgruppen, altså 2432 deltakere innenfor en kjøretid på 60 minutter. Kapittel 5.4.2 viser lokalisering og dimensjonering av NFP-team og satellitter for å oppnå denne dekningsgraden.

5.4.2 Lokalisering og dimensjonering av team

Tabell 4 viser mulig lokalisering og dimensjonering av team for å oppnå en dekning på 93 prosent av målgruppen i *Sammen på vei,* innenfor en kjøretid på 90 minutter fra et NFP-team sin lokasjon.

Tabell 4: Lokalisering og dimensjonering av team får å dekke 93 prosent av målgruppen innenfor 90 minutters kjøretid

#	Plassering	Type (Hovedteam/ satellitt)	Kommuner som betjenes av teamet	Estimat på antall deltakere	Estimat på antall familiesykepleiere	Antall årsverk	Gjennomsnittlig antall deltakere per familie-sykepleier
1	Kristiansand	NFP-team	13	101	6	8	16
2	Arendal	Satellitt	9	38	2	2	17
3	Hamar	NFP-team	17	101	7	9	15
4	Lillehammer	Satellitt	8	26	2	2	15
5	Ålesund	NFP-team	13	65	4	6	15
6	Molde	Satellitt	8	37	3	3	14
7	Bodø	NFP-team	5	37	2	3	17
8	Mo i Rana	Satellitt	5	19	1	1	15
9	Oslo 1	NFP-team	1 (alle bydeler)	584	32	40	18
10	Oslo 2	NFP-team					
11	Oslo 3	NFP-team					
12	Oslo 4	NFP-team					
13	Sandnes	NFP-team	10	97	6	7	17
14	Stavanger	NFP-team	4	91	5	7	18
15	Haugesund	NFP-team	11	61	4	5	16
16	Tromsø	NFP-team	4	51	3	4	17
17	Harstad	Satellitt	5	14	1	1	16
18	Alta	Satellitt	2	12	1	1	17
19	Trondheim 1	NFP-team	13	195	12	16	17
20	Trondheim 2	NFP-team					
21	Steinkjer	Satellitt	12	36	2	2	15
22	Tønsberg	NFP-team	6	102	6	8	17
23	Skien	NFP-team	13	66	4	5	15
24	Bergen 1	NFP-team	15	254	15	19	17
25	Bergen 2	NFP-team					
26	Førde	Satellitt	8	22	2	2	14
27	Sarpsborg	NFP-team	12	129	8	10	16
28	Drammen	NFP-team	11	113	7	9	16
29	Bærum	NFP-team	3	100	6	7	17
30	Lillestrøm 1	NFP-team	18	239	15	19	16
31	Lillestrøm 2	NFP-team					
SUM			226	2589	156	196	17

5.4.3 Estimert behov for årsverk

NFP-teamene består familiesykepleiere, teamledere, og administrasjonskonsulenter eller teamkoordinatorere. Estimert behov for årsverk for NFP-team og satellitter har blitt beregnet ved bruk av egen metode. For en detaljert beskrivelse av fremgangsmåte for hvert steg, se vedlegg 13.2.

Estimert totalt antall årsverk for å oppnå 93 prosent dekningsgrad av målgruppen i *Sammen på vei* er 196 årsverk.

6 Alternative modeller for en nasjonal utrulling

I dette kapittelet beskriver vi hvordan vi har kommet frem til de modellene vi vurderer nærmere gjennom en samfunnsøkonomisk analyse. Vi starter med å beskrive og redegjøre for nullalternativet for analysen. Deretter redegjør vi for langlisten av konseptuelle utrullingsmodeller vi har vurdert, og hvordan vi kom frem til de alternative modellene vi har vurdert nærmere i en samfunnsøkonomisk analyse. Avslutningsvis i dette kapittelet beskriver vi de utvalgte modellene mer i detalj, og redegjør for sentrale forutsetninger som får betydning for den samfunnsøkonomiske analysen.

6.1 Nullalternativet

6.1.1 Beskrivelse av nullalternativet i analysen

Nullalternativet skal beskrive en situasjon i fravær av tiltak, det vil si fravær av nasjonal utrulling av *Sammen på vei.* I praksis vil det være umulig å gi en sikker og nøyaktig beskrivelse av hvordan situasjonen vil se ut i hver enkelt kommune dersom *Sammen på vei* ikke blir rullet ut. Vi legger derfor til grunn følgende som nullalternativ: Staten beslutter å ikke videreføre utprøvingen av *Sammen på vei.* De allerede varslede midlene for 2027 blir tildelt som planlagt, men fra og med 2028 stanser hele den statlige finansieringen av *Sammen på vei.* Dette inkluderer statlige midler til lisensavgift til UCD og midler til å opprettholde nasjonalt kontor ved RBUP.

Kommunene vil avvikle de allerede etablerte NFP-teamene. Vi legger til grunn at kommunene ikke vil ta inn nye deltakere i programmet i 2027, og vi antar at man vil bruke 2027 på å overføre deltakere som er i programmet, og som ikke vil rekke å ferdigstille i løpet av året, til det ordinære hjelpetilbudet i kommunen.

Vi legger til grunn at behovet for helsesykepleiere og jordmødre i andre statlige og kommunale tjenester er såpass stort, at de ansatte familiesykepleierne i NFP-teamene enten vil overføres til andre tjenester internt i kommunen, eller velge å søke seg nye jobber i andre kommuner eller sykehus.

6.1.2 Kommunenes plikt til å samordne tjenestetilbudet til den enkelte tjenestemottaker

Fra 2022 fikk kommunene en plikt til å samordne tjenestetilbudet sitt til barn og unge med sammensatte behov. Det ble gjort endringer i 14 lover, og alle velferdstjenestene fikk plikt til å samarbeide om oppfølgingen av barn og unge når samarbeid er nødvendig for å gi barnet eller ungdommen et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

6.1.3 Barnevernsreformen gir kommunene større ansvar for tidlig innsats og forebygging

I januar 2023 trådte barnevernsreformen i kraft. Barnevernsreformen flyttet mer ansvar til kommunene på barnevernsområdet og skal bidra til å styrke det forebyggende arbeidet og tidlig innsats. Bufdir (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.) oppsummerer på sine nettsider at målene med barnevernsreformen er at:

- Kommunene skal styrke arbeidet med tidlig innsats og forebygging
- Hjelpen skal bli bedre tilpasset barn og familiers behov
- Rettsikkerheten til barn og familier skal bli godt ivaretatt
- Ressursbruken og oppgaveløsningen i barnevernet skal bli mer effektiv.

6.1.4 Begrunnelse for det valgte nullalternativet

Finansdepartementets rundskriv for samfunnsøkonomisk analyse (Finansdepartementet, 2021) definerer nullalternativet som «*referansen som de øvrige tiltakene skal sammenliknes med. Nullalternativet representerer en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. Det er vedtatt politikk (regelverk, lover, grenseverdier m.v.) som skal ligge til grunn for utformingen av nullalternativet.*»

Selv om dagens situasjon, per 2023, er at det er etablert fem NFP-team i Norge og et nasjonalt kontor, er ingen av delene besluttet finansiert etter 2027 når studien er avsluttet.

Nullalternativet skal utgjøre en forsvarlig videreføring av dagens politikk, og det er vedtatt politikk som skal ligge til grunn for nullalternativet. Vi legger til grunn at siden *Sammen på vei* kun er under utprøving, og ikke er et lovpålagt tilbud, kan det ikke sies å være uforsvarlig å avvikle tilbudet etter utprøvingsfasen.

Hvis all finansiering over statsbudsjettet opphører, mener vi at utprøvingskommunene også vil avvikle, fordi de er avhengig av det nasjonale kontoret og funksjoner der for å ivareta lisenskravene, og alle kommunene vi har snakket med indikerer at de er usikre på om de vil klare å finne midler til videre drift av tilbudet etter at tilskuddsmidlene avsluttes. Per nå er det heller ikke er fattet vedtak om å videreføre teamene i noen av kommunene, selv om flere av kommunene har begynt å se på om de kan finne rom til det. På generelt grunnlag har tilbakemeldingene fra kommunene, KS og statsforvalter vært at de ikke-lovpålagte tjenestene kuttes først, og det er vanskelig for kommunene å finne nødvendig handlingsrom til å finansiere et tilbud av denne størrelsen på egenhånd.

6.2 Vurdering av alternative utrullingsmodeller

Fra drøftingen av mulighetsrommet i kapittel 5, har vi tatt med oss følgende rammebetingelser:

- *Sammen på vei* må være frivillig for kommunene å tilby til sine innbyggere
- Tilbudet hører ikke naturlig hjemme i spesialisthelsetjenesten
- Tilbudet vil ikke bli etablert i kommunene uten et statlig bidrag i finansieringen

Med utgangspunkt i disse rammebetingelsene har vi beskrevet åtte konseptuelle modeller for en nasjonal utrulling, som drøftes før vi velger to modeller for videre vurdering.

6.2.1 Langliste av mulige konseptuelle utrullingsmodeller

Tabell 5 oppsummerer de åtte konseptuelle modellene vi har utforsket. I tråd med god praksis for utredningsmetodikk, har vi her holdt beskrivelsene på et svært overordnet og konseptuelt nivå, og kun beskrevet nærmere detaljer vi mener har vært av vesentlig betydning for å forstå de konseptuelle likhetene og forskjellene mellom modellene.

Tabell 5 Oversikt over vurderte modeller for nasjonal utrulling

ID	Overordnet beskrivelse	Overordnet finansieringsmodell	Fagansvarlig direktorat	Hvor NFP-teamene er ansatt?	Implementeringsstøtte	Overordnet vurdering
Modell 1	Videreføre modell fra utprøvingen med full statlig finansiering	100% statlig finansiering gjennom tilskudd	Bufdir	I en vertskommune, og følger opp deltakere i vertskommunesamarbeidet	Ivaretatt av nasjonalt kontor ved RBUP	• Ikke realistisk med full statlig finansiering av ett bestemt kommunalt tilbud i all fremtid.
Modell 2	Videreføre modell fra utprøving, men kommunene får bare statlig støtte til etablering	Staten dekker kostnader til myndighetsoppgaver og opplæring, kommunene dekker varige kostnader til teamene. Kan vurdere noe tilskudd til etablering av team.	Bufdirs fagansvar kan videreføres, og/eller det etableres et mer formalisert samarbeid mellom Bufdir og Helsedirektoratet	I en vertskommune, og følger opp deltakere i vertskommunesamarbeidet. Alternativt i en kommune uten vertskommunesamarbeid.	Ivaretatt av nasjonalt kontor ved RBUP	• Mer realistisk med en form for samfinansiering mellom stat og kommune. • Usikkert om man oppnår ønsket/nasjonal dekning hvis mye av kostnadene legges på kommunene. • Usikkert om teamene opprettholdes over tid når kommunene må dekke den fulle kostnaden.
Modell 3	Statlig tilbud gjennom Bufetat, og staten dekker hele kostnaden ved tilbudet	100% statlig finansiering	Bufdir, som etatsstyrer for Bufetat	Bufetats regioner	Ikke beskrevet. Bufetat må «markedsføre» tilbudet ut mot kommunene og samarbeide med tjenestene (helsestasjon, jordmor, fastlege, barnevern) som identifiserer og henviser deltakere	• Går på tvers med øvrig organisering av barnevernstilbudet og intensjonen i barnevernsreformen om kommunenes ansvar. • Utfordrende at inklusjonskriteriene er vage, slik at det er vanskelig å vurdere hvem som skal ha rett og prioritet på tilbudet. • Hvis dette er et «gratis» tilbud sett fra kommunalt perspektiv, kan kommunene ha insentiv til å be om tilbudet for flere deltakere enn dersom kommunene selv må dekke kostnaden og får et insentiv til å prioritere de brukerne med forventet størst utbytte av programmet. • Krever at Bufetat får hjemmel for å tilby *Sammen på vei.*
Modell 4	*Sammen på vei* blir et statlig tilbud gjennom Bufetat, der kommunene dekker hele eller deler av kostnaden når de ber om bistanden.	Kommunene må betale for tilbudet til sine deltakere når de ber om bistand fra Bufetat og sender deltakere til programmet. Kan vurderes nærmere hvor stor andel av kostnadene kommunene skal dekke. Resten finansieres som overføring til Bufetats regioner over statsbudsjettet.	Bufdir, som etatsstyrer for Bufetat	Bufetats regioner	Ikke beskrevet	• Mer i tråd med øvrig organisering av barnevernstilbudet enn modell 3. • Krever at Bufetat får hjemmel til å tilby *Sammen på vei.* • Må løse henvisningsprosessen og beslutningsprosessene i kommunen dersom deltakelse i *Sammen på vei* utløser kostnader hos kommunen.
Modell 5	Helsefellesskapene får en rolle i implementeringen av *Sammen på vei*	Ikke beskrevet	Helsedirektoratet	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet	• Helsefellesskapene leverer ikke tjenester direkte til innbygger. • Er kun en samarbeidsarena for tjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

ID	Overordnet beskrivelse	Overordnet finansieringsmodell	Fagansvarlig direktorat	Hvor NFP-teamene er ansatt?	Implemen-teringsstøtte	Overordnet vurdering
Modell 6	Kommunene får ansvar for tjenesten, og Bufetat får en pådriver- og støtterolle. Statlig delfinansiering.	Staten bidrar med vesentlig finansiering over lang tid	Bufdirs fagansvar kan videreføres, og/eller det etableres et mer formalisert samarbeid mellom Bufdir og Helsedirektoratet	I en vertskommune, og følger opp deltakere i vertskommunesamarbeidet	Bufetat får en rolle som pådriver og implementeringsstøtte i sine regioner	• Mange likheter med modell 2. • Langvarig statlig finansiering kan motvirke at tilbudet forvitrer over tid, og motivere flere kommuner til å etablere tilbudet. • Kan la tilbudet virke lenge nok til å dokumentere langtidseffekter • Regional implementeringsstøtte kan redusere belastningen på nasjonalt kontor, og være bedre tilpasset regionale behov. • Bufetats rolle som implementeringsstøtte av kunnskapsbaserte hjelpetiltak i kommunen kan videreutvikles og forsterkes. • Svakhet at Bufetat ikke har stor tradisjon for å drive oppsøkende og utadrettet virksomhet overfor kommunene, og at Bufetat i hovedsak har dialog med den kommunale barnevernstjenesten, og i liten grad med øvrige kommunale tjenester.
Modell 7	Kommunene får ansvar for tjenesten, og RBUP og RKBU får en pådriver- og støtterolle. Statlig delfinansiering.	Staten bidrar med vesentlig finansiering over lang tid	Bufdirs fagansvar kan videreføres, men hvis ansvaret for implementeringsstøtte skal ligge hos RBUP/RKBU-ene og ikke hos Bufetat kan det være naturlig at Helsedirektoratet har et større faglig ansvar.	I en vertskommune, og følger opp deltakere i vertskommunesamarbeidet	RBUP og RKBU-ene får en rolle som implementeringsstøtte i sin region	• Hovedforskjellen til modell 6 er hvorvidt det er Bufetat eller RKBU-ene som får ansvaret for å være implementeringsstøtte. • Hvis Bufetat har ansvaret for implementeringsstøtte er det naturlig at Bufdir fortsetter å være fagansvarlig direktorat, evt. i samarbeid med HDIR (Modell 6). Hvis RBUP/RKBU-ene får ansvaret for implementeringsstøtte (Modell 7) kan dette være et argument for at HDIR får et større ansvar for tiltaket. I dag er det HDIR som forvalter den største delen av tilskuddene til RBUP/RKBU-ene og for å få sett aktivitet mer i sammenheng kan det være naturlig at HDIR også får et større ansvar knyttet til implementering av *Sammen på vei*. • RBUP og RKBU-ene har en rolle som implementeringsstøtte knyttet til de utrolige årene (DUÅ) som er dokumentert programserie for å hjelpe barn med atferds- og sosiale vansker og deres familier.
Modell 8	Kommunene får ansvar for tjenesten og statsforvalterne får en pådriver- og støtterolle.	Staten bidrar med vesentlig finansiering over lang tid	Bufdirs fagansvar kan videreføres, og/eller det etableres et mer formalisert samarbeid mellom Bufdir og Helsedirektoratet	I en vertskommune, og følger opp deltakere i vertskommunesamarbeidet	Statsforvalteren får en rolle som implementeringsstøtte i sin region	• Mange likhetstrekk med modell 6 og 7, men i denne modellen legges rollen og ansvaret som regional implementeringsstøtte til statsforvalterne. • Statsforvalteren har blant annet en rolle som samordningsmyndighet i fylket, og innenfor området familier, barn og unge skal statsforvalteren være en pådriver for tverrsektorielt samarbeid og samordning av tjenestene i kommunene, slik at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

6.2.2 Nedvalg av modeller for nærmere vurdering i en samfunnsøkonomisk analyse

I og med at vi har utelukket modeller der kommunene blir pålagt å tilby denne tjenesten til sine innbyggere, er oppgaven å finne andre modeller innenfor mulighetsrommet, som likevel oppnår høyest mulig dekningsgrad nasjonalt, det vil si at flest mulig innbyggere i målgruppen får tilbud om *Sammen på vei.*

Modell 1, 3, og 5 vurderes som uaktuelle

Vi vurderer at modell 1, 3 og 5 er uaktuelle å gå videre med. Modell 1 fordi vi mener statlig fullfinansiering av ett kommunalt tilbud ikke er realistisk, modell 3 fordi den går på tvers med øvrig organisering av barnevernstilbudet og intensjonen i barnevernsreformen om kommunenes ansvar og modell 5 fordi den var basert på en misforståelse om hva Helsefellesskapene og/eller *Sammen på vei* er og ikke er. Vi har likevel latt den stå i oversikten for å unngå at andre er nødt til å gjøre de samme undersøkelsene som vi var, hvis innspillet skulle komme opp på nytt.

Flere utfordringer ved modell 4, gjør at denne ikke anbefales

Modell 4 skiller seg fra de øvrige ved at modellen legger opp til at NFP-teamene er ansatt i Bufetat, og at kommunene som ønsker å tilby *Sammen på vei* til sine innbygger, henviser disse til Bufetat og ber om bistand. Kommunene må deretter betale hele eller deler av kostnaden for tilbudet for sine deltakere.

Vi har identifisert flere utfordringer med modell 4.

- *Sammen på vei* er delvis definert som helsetjeneste med journalplikt. Bufetat yter ikke helsehjelp til sine brukere i dag, og vi vurderer at det trolig vil kreve lovendring dersom Bufetat og Bufdir som etatsstyrer skal få denne oppgaven gjennom *Sammen på vei.* Det kan også oppstå vanskelige grenseganger mellom hva som da vil være Bufdirs myndighet og hva som vil være Helsedirektoratets myndighet og lovfortolkningmandat.

- Basert på intervjuer med kommunale ledere, NFP-teamledere og statsforvalter, tror vi en organisering i Bufetat vil gjøre at teamene oppleves fjernere fra det øvrige kommunale tilbudet. Kommunene ønsker snarere en tettere kobling mellom sine øvrige tjenester og NFP-teamene, og at *Sammen på vei* blir en integrert del av deres tjenestetilbud.

- Samarbeidet mellom jordmødrene på helsestasjon og NFP-teamet har blitt beskrevet som viktig for å rekruttere deltakere til *Sammen på vei.* Bufetat har ikke mye erfaring med å samarbeide tett med de kommunale helse- og omsorgstjenestene som helsestasjon på denne måten, de har primært kontakt med den kommunale barnevernstjenesten.

- Bufetat er tett assosiert med barnevernstjenesten. Det er grunn til å tro at flere deltakere vil kvie seg for å takke ja til tilbudet hvis det skal ligge i Bufetat.

- Det er vanskelig å finne praktiske løsninger på henvisningsprosessen, utforskingssamtalene og finansieringsmodell. Hvis en kvinnes deltakelse i *Sammen på vei* utløser en kostnad hos kommunen, må det avklares hvordan prosessen skal være innad i kommunen for å beslutte at kvinnen skal få dette tilbudet. Dette kan gi mer byråkratiske prosesser, redusere sannsynligheten for at tilbudet blir tildelt og gjøre det vanskeligere å få startet programmet tidlig nok i graviditeten.

Fordelene med modell 4 er at det i teorien er lettere for staten å sikre at tilbudet gjøres tilgjengelig over hele landet ved å gi Bufdir og Bufetat oppdrag om å etablere tilbudet, i stedet for å la det være opp til kommunene å organisere dette. Vi mener imidlertid at utfordringene vi her har beskrevet, sammen med at de kommunene vi har snakket med er tydelig på at dette bør være et kommunalt tilbud, innebærer at vi ikke går videre med modell fire.

Kommunal organisering og ulik grad av statlige virkemidler

Modell 2, 6, 7 og 8 kjennetegnes av at de ligger relativt tett opp til modellen som er prøvd ut, legger opp til at NFP-teamene ansettes i kommunene og at *Sammen på vei* tilbys som en kommunal tjeneste. De skiller seg i bruken av implementeringsstøtte ut mot kommunene, og omfanget og varigheten på statlig finansiering.

Modell 2 kjennetegnes ved en moderat virkemiddelbruk fra staten og at kommunene skal ta et omfattende eierskap og ansvar for etableringen av *Sammen på vei.* Kommunene må selv koordinere og etablere vertskommunesamarbeid og selv finansiere store deler av tilbudet. Noen kostnader knyttet til programgjennomføringen som kostnader til nasjonalt kontor og opplæring av nye familiesykepleiere kan betraktes som fellesfunksjoner og bør dekkes av staten for at det skal være mulig for kommunene å forplikte seg til å levere et tilbud i tråd med kjerneelementene i *Sammen på vei.* Vi mener det også bør være mulig for kommuner som velger å tilby *Sammen på vei* å søke om et statlig tilskudd til etablering av nye team.

Modell 6, 7 og 8 er ganske like når det gjelder omfang av virkemiddelbruk fra staten. De tre modellene legger opp til at staten bidrar med omfattende og langvarig finansiering for å motivere kommunene til å etablere NFP-team. Varigheten gjør at kommunene bør kunne begynne å se langtidseffekter av NFP-teamets innsats før de må ta stilling til videre drift av tiltaket. I tillegg til finansiering av teamene, legger vi opp til at det i modell 6, 7 og 8 etableres en regional implementeringsstøtte til kommunene, finansiert av staten, for å ivareta statens rolle som pådriver og tilrettelegger. I modell 6 legger vi ansvaret for den regionale implementeringsstøtten til Bufetat. I modell 7 legger vi ansvaret for den regionale implementeringsstøtten til RBUP og RKBU-ene. I modell 8 ligger implementeringsstøtten hos statsforvalterne.

Vi mener det mest vesentlige med modell 6, 7 og 8 er at de inkluderer en regional implementeringsstøtte. For den samfunnsøkonomiske analysen er det mindre viktig hvor den regionale implementeringsstøtten er plassert, men vi mener det er en fordel å gjenbruke eksisterende strukturer og modeller. På grunn av statsforvalterens eksisterende ansvar for å være en pådriver for tverrsektorielt samarbeid og samordning av tjenestene i kommunene, slik at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud mener vi modell 8 er den modellen som i størst grad gjenbruker eksisterende strukturer og ser videre på denne modellen.

Utfordringer med modell 8 – ny modell 2+

I et møte vi hadde med Bufdir underveis i vurderingene våre, drøftet vi en nærmere beskrevet versjon av modell 2 og modell 8. I modell 8 hadde vi da beskrevet et svært omfattende statlig bidrag i finansieringen der kommunene fikk fullfinansiering av nye team de 3 første årene, deretter 60 prosent finansiering frem til 2037. Begrunnelsen for en så omfattende finansieringsmodell, var at vi mener det er nødvendig dersom det skal være realistisk å etablere *Sammen på vei* som et tilnærmet likeverdig tilbud over hele landet med en dekningsgrad tilsvarende det vi fant som et estimert maks i utforskingen av ressursmessige rammebetingelser (se avsnitt 5.4). Tre risikoer/utfordringer ble imidlertid trukket frem med en slik modell:

- Det er lite realistisk å få gjennomslag for såpass omfattende og øremerket statlig tilskudd til ett spesifikt kommunalt tilbud.
- Et såpass omfattende statlig tilskudd til finansieringen kan også redusere kommunenes kritiske vurdering av nytten av tilbudet for sine innbyggere, og redusere kommunenes insentiver til å etablere andre forsterkede, men likevel mindre ressurskrevende tilbud til den samme målgruppen.
- Utprøvingen har vist at det er sårbart med små team ved sykefravær, permisjoner og når sykepleiere slutter i stillingen. Dette har vi også omtalt i avsnitt 4.2.2 hvor vi peker på noen smertepunkter som har kommet frem i utprøvingen. For å oppnå teoretisk maksimert dekningsgrad, vil det være nødvendig med små team i mange fylker og en rekke enda mindre satellitter. Sårbarheten i en slik modell må ikke undervurderes.

Samtidig ble det pekt på som svært interessant å gå videre med bruk av statsforvalterne i en pådriver- og tilretteleggerrolle overfor kommunene, der de gir kommunene implementeringsstøtte. Det ble også pekt på som interessant å forankre en satsing og ønske om nasjonal utbredelse av *Sammen på vei* i departementenes kjernegruppe for utsatte barn og unge (se avsnitt 5.2.1).

På bakgrunn av dette forkastet vi modell 8 slik vi hadde beskrevet den. I stedet bygget vi videre på modell 2 og finansieringsmodellen som lå i den modellen, og tok med oss elementene knyttet til implementeringsstøtte fra statsforvalteren og forankringen i departementenes kjernegruppe og laget en ny modell. Denne modellen har vi kalt modell 2+.

Modell 2 og 2+ vurderes videre

Basert på vurderingene over, har vi landet på å vurdere modell 2 og modell 2+ nærmere. Den mest sentrale forskjellen i de to modellene er omfanget av implementeringsstøtte som kommunene får, og en mer proaktiv pådriverrolle fra staten gjennom statsforvalterne ut mot kommunene i modell 2+. Videre i dette kapitlet beskrives modell 2 og modell 2+ mer i detalj.

6.3 Modell 2: Omfattende kommunalt eierskap og finansiering

Modell 2 legger opp til at kommunene skal sitte tydelig i førersetet for en eventuell videre utrulling av *Sammen på vei*. Staten tar en mer tilbaketrukket rolle, men tilrettelegger likevel for at flere kommuner kan ta i bruk tilbudet gjennom å videreføre finansiering til nasjonalt kontor.

Sammen på vei videreføres som et foreldrestøtteprogram som norske kommuner kan velge å tilby sine innbyggere. Det nasjonale kontoret fortsetter å være faglig ansvarlig for kvaliteten i programmet og sørge for grunnopplæring og videreutdanning av familiesykepleiere. Kommunene etablerer tilbudet i sin kommune, og inngår avtale med det nasjonale kontoret om tilgang på opplæring, verktøy og metodikk, mot at de forplikter seg til å levere programmet i tråd med kjerneelementene og lisenskravene.

Kommunene må inngå avtale med det nasjonale kontoret og forplikte seg til å levere *Sammen på vei* i tråd med kjerneelementene og lisenskravene, mot at de ansatte mottar opplæring i programmetodikken, og ansette familiesykepleiere og teamleder til NFP-teamet.

6.3.1 Kommunenes rolle og ansvar

Kommunene må selv, i lys av sitt ansvar for å jobbe forebyggende og hjelpe foreldrene i sin kommune, ta stilling til om *Sammen på vei* er det riktige tiltaket i sin kommune. Kommunene må sette seg inn i hva programmet innebærer og ha dialog med det nasjonale kontoret for å få nødvendig hjelp og veiledning til etablering av NFP-team. Kommunene må selv vurdere om grunnlaget for å etablere og tilby *Sammen på vei* er til stede i deres kommune. Dette inkluderer å vurdere om de har tilstrekkelig stor målgruppe til å rettferdiggjøre etablering av et team, vurdere hvorvidt andre foreldrestøtteprogrammer som retter seg mot den samme målgruppen alt i alt er bedre egnet i deres kommune, og vurdere om de ønsker å samarbeide med nabokommuner om å tilby tjenesten.

Kommunene ansetter teamleder, sykepleiere og eventuelt koordinator som utgjør NFP-teamet.

6.3.2 Fagansvarlig direktorat

Bufdirs rolle som fagansvarlig direktorat videreføres. Som drøftet i avsnitt 5.2.3 bør det likevel ligge en tydelig tverrsektoriell forankring til grunn og etableres et tydeligere samarbeid med Helsedirektoratet. Det bør etableres felles anbefalinger fra Helsedirektoratet og Bufdir om at kommunene kan etablere og tilby *Sammen på vei* til sine innbyggere.

Som fagansvarlig direktorat, blir også Bufdir forvalter av tilskuddet og oppdraget til det nasjonale kontoret ved RBUP.

6.3.3 Lisensholder

Som drøftet i avsnitt 5.2.3 bør rollen som lisensholder enten følge rollen som fagansvarlig direktorat eller overføres til det nasjonale kontoret i RBUP. I denne modellen, der kommunene får et tydelig ansvar for videre utrulling og implementering av *Sammen på vei*, mener vi det kan være naturlig at rollen som lisensholder overføres til det nasjonale kontoret i RBUP. Her har vi fått innspill på at lisenskravene er av et slikt omfang at det kan være hensiktsmessig at lisensholderrollen opprettholdes hos Bufdir, men at Bufdir eventuelt kan delegere en større del av ansvaret og oppgavene til nasjonalt kontor. For den samfunnsøkonomiske analysen er dette av mindre betydning. For å være konsistent med grunntanken i denne modellen, at staten her tar en mer tilbaketrukket rolle i vider utbredelse av programmet, tenker vi det uansett bør gjøres en vurdering av om lisensholderrollen kan delegeres til nasjonalt kontor.

6.3.4 Nasjonalt kontors rolle og ansvar

Det nasjonale kontoret videreføres ved RBUP som i utprøvingen. Som beskrevet i avsnitt 6.3.3 mener vi det også bør vurderes om lisensholderrollen for NFP i Norge kan legges til nasjonalt kontor og RBUP. Det innebærer at RBUP får ansvar for dialogen opp mot den internasjonale NFP-organisasjonen. Nedenfor beskriver vi oppgavene som i denne modellen ligger hos det nasjonale kontoret.

Tilrettelegge og oversette verktøy og metodikk fra den internasjonale organisasjonen

Oversetter og tilrettelegger verktøy og metodikk som kommer fra den internasjonale organisasjonen og videreutvikler metodikken i Norge, basert på erfaringer som gjøres i teamene.

Ansvar for opplæring av familiesykepleiere

Nasjonalt kontor får ansvar for å tilby grunnopplæring og videreutdanning av familiesykepleiere og NFP-teamledere. Mye opplæringsmateriell er allerede utviklet, men med etablering av mange nye team vil nasjonalt kontor, i hvert fall i etableringsfasen, bruke mer ressurser på opplæring enn de har gjort til nå.

Veiledning av teamledere

På samme måte som familiesykepleierne i NFP-teamene får ukentlig veiledning fra sin teamleder, skal teamlederne få ukentlig veiledning fra nasjonalt kontor. Veiledningen skal primært dreie seg om gjennomføringen av programmet. Med langt flere team enn i dag, vil dette bli en større oppgave for nasjonalt kontor enn det har vært til nå.

Innsamling av data og rapportering til Bufdir og NFP internasjonalt

Nasjonalt kontor vil fortsatt være ansvarlig for datainnsamlingsløsningen og rapportering til Bufdir og NFP internasjonalt på programmets utbredelse og effekt i Norge. Datainnsamlingen og oppfølgingen av kommuner og teamledere er grunnlaget for å sikre lojaliteten til programmets kjerneelementer.

Begrenset implementeringsstøtte til kommunene

Kommuner som ønsker å tilby *Sammen på vei* til sine innbyggere må inngå avtale med RBUP og forplikte seg til å levere programmet i tråd med kjerneelementene og lisensforpliktelsene.

Kommuner som henvender seg til RBUP og nasjonalt kontor kan få råd og veiledning i implementeringsarbeidet, men må selv være driver for å få tilbudet på plass i sin kommune. Nasjonalt kontor kan formidle kontakt og tilrettelegge for erfaringsoverføring med kommuner som allerede har etablert tilbudet, og gi veiledning på hva kjerneelementene betyr og hvilke krav som gjelder for å etablere et tilbud som er i henhold til lisensen. Hvor ressurskrevende denne rollen vil være, vil særlig avhenge av hvor mange kommuner som ønsker å etablere tilbudet.

Modellen legger opp til at nasjonalt kontor har en begrenset rolle i implementeringsarbeidet. Vår vurdering er at det er lite skalerbart dersom nasjonalt kontor skal være like tett involvert i implementeringsarbeidet i en videre utbredelse av tilbudet, som de har vært i utprøvingen av tilbudet. I samtalene vi har hatt med kommunene har det både kommet frem at støtten og kompetansen fra nasjonalt kontor har vært svært viktig for å få etablert tilbudet, men også at kommunene mener at nasjonalt kontor i perioder har hvert for førende i implementeringsarbeidet, og gitt for lite rom til kommunens vurderinger. Områdene som har blitt trukket frem er knyttet til ansettelsesprosessene i kommunene og i gjennomføringen av de lokale rådene. Kommunene ønsker full råderett over hvem de skal ansatte, innenfor kompetansekravene i programmet, og de mener at de lokale rådene til en viss grad blir gående i parallell med den oppfølgingen de uansett må ha av vertskommunesamarbeidet, at det ikke er nødvendig med begge foraene, og at det i perioder har vært mye orientering fra nasjonalt kontor på møtene i det lokale rådet, uten at kommunene selv har hatt tilstrekkelig eierskap til agenda og innhold.

I utprøvingen, hvor det også skal tilrettelegges for en forskningsstudie, og hvor kommunene i liten grad kunne se på eksempler fra andre kommuner på hvordan tilbudet har blitt etablert, mener vi det er naturlig og forståelig at nasjonalt kontor har vært såpass tett på i etableringsarbeidet. I fremtiden, når programmet skal rulles ut

videre, mener vi det vil være mer naturlig at nasjonalt kontor overlater en del av disse oppgavene til kommunene og selv har en mer rådgivende og veiledende rolle.

6.3.5 Finansieringsmodell

I denne modellen legger vi opp til at kommunene dekker lønnskostnader for de ansatte i NFP-teamene, og at staten dekker kostnadene knyttet til opplæring og nasjonalt kontor. Vi legger likevel opp til at kommuner ved etablering av nye team eller utvidelse av eksisterende team, kan søke tilskudd fra staten for å dekke deler av lønnskostnadene i en oppstartsperiode, for eksempel på tre år. Begrunnelsen for å sette tre år, er at det tar 2-3 år for nye familiesykepleiere å fullføre grunnopplæringen og få fylt opp antall deltakere som de følger opp.

En slik tilskuddsordning kan utformes på flere måter. Et alternativ spilt inn fra KS er at tilskuddet inngår som en del av en mer helhetlig tilskuddsordning eller en form for programfinansiering tilsvarende det som ble pilotert i 0-24-samarbeidet. Et annet alternativ er å bruke ordningen med skjønnsmidler som forvaltes av statsforvalteren. Kommuner som ønsker å etablere nye NFP-team eller utvide eksisterende team kan da søke statsforvalteren om skjønnsmidler. Vi har i samtale med medarbeidere hos en statsforvalter forstått at ved tildeling av skjønnsmidler til årsverk, er det vanlig at kommunene dekker 40 prosent av kostnadene, mens staten gjennom skjønnsmidler dekker 60 prosent. Poenget med begge modellene er at *Sammen på vei* er ett av flere mulige tiltak kommunene kan søke tilskudd til.

Statens tilskudd til det nasjonale kontoret forvaltes av fagansvarlig direktorat, som i denne modellen fortsetter å være Bufdir. Tilskuddet dekker alle kostnader knyttet til å tilby opplæring og videreutdanning til familiesykepleiere.

6.3.6 Personvern

Deltakelse i *Sammen på vei* innebærer at det blir samlet inn og behandlet personopplysninger, inkludert helseopplysninger, om mor, barn, eventuell partner og også andre personer. Flere har uttrykt bekymring for om retten til personvern og forpliktelsene i personvernregelverket[7] er tilstrekkelig ivaretatt i *Sammen på vei*, særlig fordi personopplysningene også brukes til statistikk og forskning. I tillegg kan aktørbildet gjøre det krevende å plassere roller og ansvar for etterlevelse av personvernregelverket.

Det er avgjørende at det gjøres grundige vurderinger etter personvernregelverket før *Sammen på vei* rulles ut nasjonalt, særlig fordi tjenesten vil være i skjæringspunktet mellom helse, foreldrestøtte og forebyggende barnevern, og dermed være omfattet av flere ulike regelsett som kan stille spesielle krav om personvern. Se drøfting rundt dette i avsnitt 5.3.4. Den delen av tilbudet som omfatter helsehjelp vil være underlagt reglene i helselovgivningen. Personopplysningene som samles inn for å gi foreldrestøtte og annen bistand i *Sammen på vei* vil trenge hjemmel i et annet regelverk, eksempelvis i en ny forskrift med hjemmel i lov om forskriftshjemmel for behandling av personopplysninger for frivillige tiltak på barne-, oppvekst- og familieområdet mv. Forskriften[8] som for tiden er på høring gjelder kun for utprøvingen av *Sammen på vei*.

Det går likevel utover rammene for denne rapporten å utrede alle de personvernrettslige sidene ved programmet, inkludert gjennomgå eksisterende vurderinger Vi begrenser oss derfor til å peke på hvordan de to foreslåtte modellene påvirker roller og ansvar for å etterleve personvernregelverket. Innspillene må følges opp med grundigere vurderinger av hvordan ansvaret skal plasseres mellom aktørene som er involvert.

I modell 2 er kommunen gitt stor grad av frihet til å velge om *Sammen på vei* er måten den skal gi forsterket støtte til sårbare førstegangsfødende. Det er derfor nærliggende å konkludere med at det er kommunen som er behandlingsansvarlig, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 7.

Der flere kommuner samarbeider om å tilby *Sammen på vei*, vil de måtte inngå avtaler som blant annet dekker behandling av personopplysninger, henholdsvis databehandleravtale og/eller avtale om felles

[7] Med personvernregelverket mener vi personopplysningsloven, personvernforordningen og regler om behandling av personopplysninger i særlovgivningen.

[8] Forslag til forskrift om behandling av personopplysninger i forbindelse med programmet *Sammen på vei*.

behandlingsansvar. Hvilken eller hvilke avtaler som må inngås, avhenger av hvordan samarbeidet organiseres, eksempelvis vertskommunesamarbeid eller at tjenesten ytes av et interkommunalt selskap.

Nasjonalt kontor ved RBUP vil også ha en rolle i modell 2, som ansvarlig for personopplysningene som samles inn for å oppfylle lisensforpliktelsene, altså for formål knyttet til statistikk og forskning.

6.3.7 Antakelser vi legger til grunn i en samfunnsøkonomisk analyse

I og med at vi legger til grunn at det er frivillig for kommunene å etablere tilbudet, er det vanskelig å vite hvor mange kommuner som vil velge å etablere *Sammen på vei* sine innbyggere. For å kunne gjøre beregninger av kost- og nyttevirkninger i en samfunnsøkonomisk analyse, er vi imidlertid nødt til å gjøre antakelser om hvilke kommuner som vil etablere tilbudet, og i hvilket omfang.

For modell 2 legger vi til grunn at de 10 kommunene med tilstrekkelig målgruppe for å etablere et eget team, velger å etablere tilbudet. Blant disse 10 kommunene, er fem av kommunene allerede vertskommuner for *Sammen på vei* i utprøvingen, og har både etablert team og kommunesamarbeid med omliggende kommuner. Med disse antakelsene dekkes totalt 37 kommuner i modell 2.

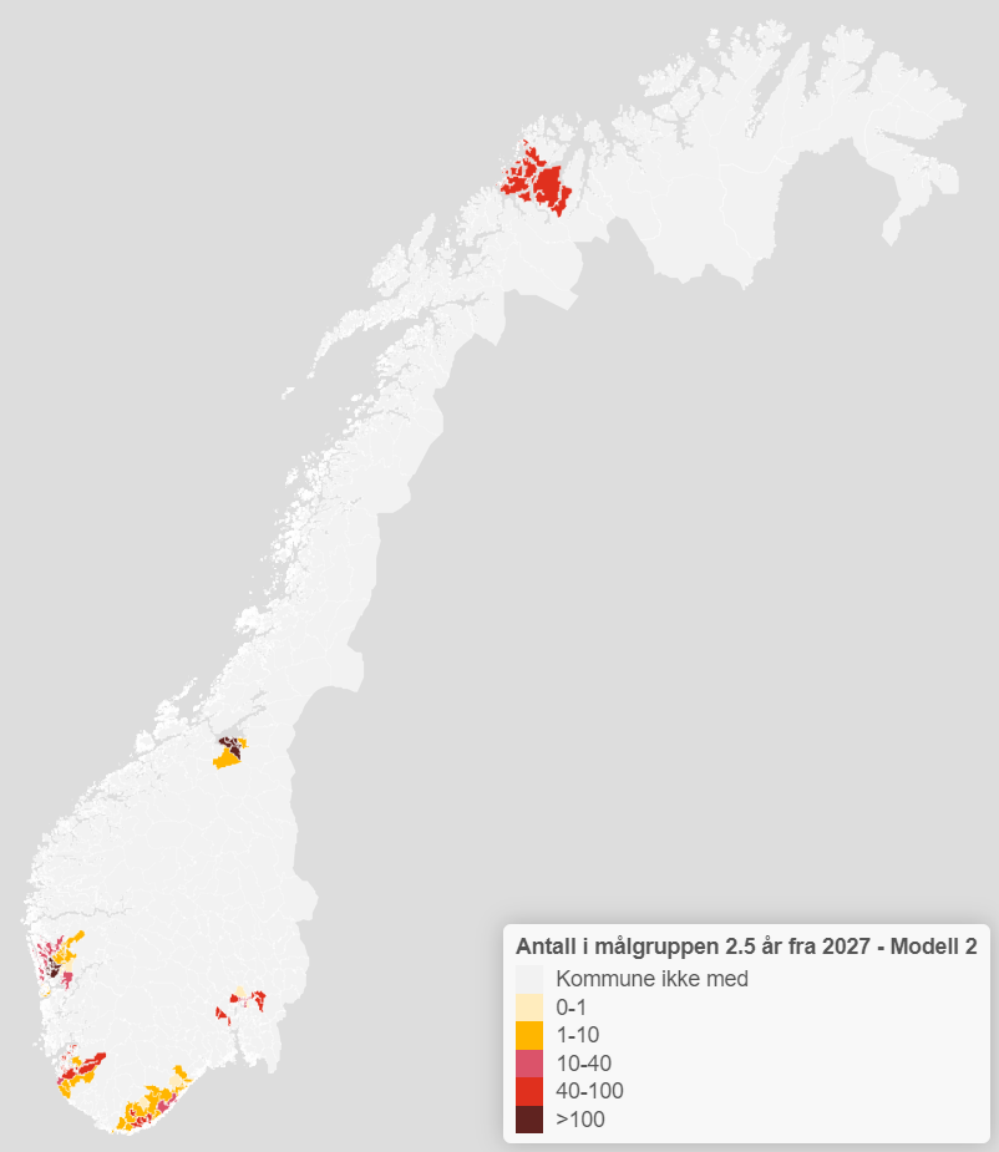
Vi har vært usikre på hva som er riktig antakelse når det kommer til størrelsen på team. På den ene siden har vi læringen om at små team er mer sårbare for permisjoner, sykefravær og at folk slutter. Dette taler for at vi legger opp til så store team som mulig, gitt våre estimater på målgruppe i vertskommunen og eventuelt omkringliggende kommuner. På den andre siden har vi den gjennomgående tilbakemeldingen om at kommuner har utfordringer med å prioritere ressurser til ikke lovpålagte aktiviteter og erfaring fra Storbritannia om at da finansieringsansvaret ble overført til kommunene ble teamene redusert i størrelse.

Vi har landet på at vi estimerer dette som en form for et minimumsalternativ og at i et scenario der det ikke er noen som har en aktiv pådriverrolle for etablering av nye team, kommer kommunene til å være forsiktige med å etablere store team. Antakelsene er uansett usikre, og representerer kun et utgangspunkt for å kunne regne på kostnader og nytte ved akkurat denne utbredelsen. Kommunene selv har ikke vært konsultert i disse vurderingene.

Tabell 6 Antakelser om antall team, ansatte og deltakere i beregninger knyttet til modell 2

Kommune	Estimert antall i målgruppen innenfor 90 minutters kjøretid	Teamstruktur	Antall ansatte	Estimert kapasitet i teamet
Oslo (dekker egen kommune)	584	• Viderefører teamet som ble etablert i utprøvingsperioden (8 familiespl + teamleder og koordinator) • Ett nytt team med tilsvarende bemanning	20	289
Bergen (med kommunesamarbeidet som ble etablert i utprøvingsperioden)	243	• Viderefører teamet som ble etablert i utprøvingsperioden (6 familiespl + teamleder og koordinator)	8	104
Trondheim (med kommunesamarbeidet som ble etablert i utprøvingsperioden)	161	• Viderefører teamet som ble etablert i utprøvingsperioden (6 familiespl + teamleder og koordinator)	8	104
Sandnes (med kommunesamarbeidet som ble etablert i utprøvingsperioden)	158	• Viderefører teamet som ble etablert i utprøvingsperioden (6 familiespl + teamleder og koordinator)	8	103
Kristiansand (med kommunesamarbeidet	123	• Viderefører teamet som ble etablert i utprøvingsperioden	8,33	99

som ble etablert i utprøvingsperioden)		(6,33 familiespl + teamleder og koordinator)		
Bærum (dekker egen kommune)	58	• Ett nytt NFP-team (4 familiespl + teamleder)	5	58
Drammen (dekker egen kommune)	53	• Ett nytt NFP-team (4 familiespl + teamleder)	5	53
Tromsø (dekker egen kommune)	48	• Ett nytt NFP-team (4 familiespl + teamleder)	5	48
Lillestrøm (dekker egen kommune)	47	• Ett nytt NFP-team (4 familiespl + teamleder)	5	47



Figur 5 Kommuner og målgruppen som dekkes i modell 2

6.4 Modell 2+: Med implementeringsstøtte fra statsforvalterne

Modell 2+ legger opp til at staten er tydelig på målet og ambisjonen om at *Sammen på vei* skal bli tilgjengelig som et tilbud over hele landet. Det er fortsatt frivillig for kommunene å velge å implementere og tilby *Sammen*

på vei til sine innbyggere, men staten bidrar med kompetanse og koordinering i implementeringsarbeidet gjennom statsforvalterne.

6.4.1 Kommunenes rolle og ansvar

Kommunene må også i denne modellen selv ta stilling til om *Sammen på vei* er det riktige tiltaket i sin kommune. Imidlertid legger vi i denne modellen opp til at staten gjennom statsforvalterne har en pådriver- og tilretteleggerrolle i implementeringsarbeidet. Kommunene må vurdere hvor stor målgruppe de har, og om de trenger ett eller flere team, hvor stor(e) team de skal ha samt om og hvordan de bør samarbeide med andre omkringliggende kommuner for å ha en stor nok målgruppe.

Statsforvalterne får i denne modellen i oppgave å jobbe målrettet ut mot kommunene i sitt fylke for å gjøre *Sammen på vei* kjent, forklare hvilke fordeler og effekter *Sammen på vei* kan gi, og hva det vil innebære for kommunene å etablere et slikt tilbud. Statsforvalteren kan også gi innspill til vurdering av målgruppe, og hvilke kommunesamarbeid som kan bidra til å nå flest mulig i målgruppen innenfor rimelige reiseavstander, bistå i koordinering og etablering av vertskommunesamarbeid og tilrettelegge for erfaringsoverføring fra andre kommuner og kommunesamarbeid.

Kommuner som ønsker å etablere *Sammen på vei* må inngå avtale med det nasjonale kontoret ved RBUP og med Bufdir for å forplikte seg til å levere programmet i tråd med kjerneelementene og lisensforpliktelsene.

Også i denne modellen er det kommunene som ansetter teamlederen, sykepleierne og eventuelt koordinatoren som utgjør NFP-teamet.

6.4.2 Fagansvarlig direktorat

Bufdirs rolle som fagansvarlig direktorat videreføres også i denne modellen. Som drøftet i avsnitt 5.2.3 bør det likevel ligge en tydelig tverrsektoriell forankring til grunn og etableres et tydeligere samarbeid med Helsedirektoratet. Det bør etableres felles anbefalinger fra Helsedirektoratet og Bufdir om at kommunene kan etablere og tilby *Sammen på vei* til sine innbyggere. Den tverrfaglige forankringen blir etter vår mening enda viktigere i denne modellen, der staten går inn og tar en mer aktiv rolle i implementeringsarbeidet. Dersom det da kommer ulike signaler fra henholdsvis Bufdir og Helsedirektoratet, vil det kunne undergrave statens ambisjoner om en omfattende nasjonal utbredelse av tilbudet.

Som fagansvarlig direktorat, blir også Bufdir forvalter av tilskuddet til det nasjonale kontoret ved RBUP.

6.4.3 Lisensholder

Som drøftet i avsnitt 5.2.3 bør rollen som lisensholder enten følge rollen som fagansvarlig direktorat eller overføres til det nasjonale kontoret i RBUP. I denne modellen, der staten tar en tydelig pådriver- og tilretteleggerrolle, mener vi at det kan være en fordel om rollen som lisensholder videreføres hos Bufdir. Vi mener det har en signaleffekt overfor kommunene at staten gjennom Bufdir står som øverste ansvarlig overfor den internasjonale NFP-organisasjonen.

6.4.4 Nasjonalt kontors rolle og ansvar

Nasjonalt kontor videreføres ved RBUP som i utprøvingen og får følgende ansvarsområder:

Tilrettelegge og oversette verktøy og metodikk fra den internasjonale organisasjonen

Oversetter og tilrettelegger verktøy og metodikk som kommer fra den internasjonale organisasjonen og videreutvikler metodikken i Norge, basert på erfaringer som gjøres i teamene.

Ansvar for opplæring av familiesykepleiere

Nasjonalt kontor får ansvar for å tilby grunnopplæring og videreutdanning av familiesykepleiere og NFP-teamledere. Mye opplæringsmateriell er allerede utviklet, men med etablering av mange nye team vil nasjonalt kontor, i hvert fall i etableringsfasen, bruke mer ressurser på opplæring enn de har gjort til nå.

Veiledning av teamledere

På samme måte som familiesykepleierne i NFP-teamene får ukentlig veiledning fra sin teamleder, skal teamlederne få ukentlig veiledning fra nasjonalt kontor. Veiledningen skal primært dreie seg om gjennomføringen av programmet. Med langt flere team enn i dag, vil dette bli en større oppgave for nasjonalt kontor enn det har vært til nå.

Opplæring av og koordinering med statsforvalterens implementeringsstøtte

Nasjonalt kontor skal gi opplæring til medarbeidere hos de ulike statsforvalterne som skal jobbe med implementeringsstøtte overfor kommunene. Disse medarbeiderne må ha innsikt i hvordan programmet fungerer, hvordan det er organisert og få med seg læring fra pilot og utprøving når det gjelder etablering av nye team.

I tillegg bør det være tett koordinering mellom statsforvalterne og det nasjonale kontoret, og det bør etableres samarbeid om oppfølging av teamene i den enkelte regionen. I implementeringsfasen vil det også være aktuelt at statsforvalterne og nasjonalt kontor i fellesskap arrangerer samlinger for nye kommuner og nye team.

Innsamling av data og rapportering til Bufdir og NFP internasjonalt

Nasjonalt kontor vil fortsatt være ansvarlig for datainnsamlingsløsningen og rapportering til Bufdir og NFP internasjonalt på programmets utbredelse og effekt i Norge. Datainnsamlingen og oppfølgingen av kommuner og teamledere er grunnlaget for å sikre lojaliteten til programmets kjerneelementer.

6.4.5 Implementeringsstøtte til kommunene

Modellen legger opp til at statsforvalterne får en rolle som implementeringsstøtte overfor kommunene i sine områder. Rollen innebærer at statsforvalterne får et ansvar for å ivareta statens pådriver- og tilretteleggerrolle overfor kommunene. Gjennom denne rollen får statsforvalterne et ansvar for å jobbe aktivt ut mot kommunene i fylket for å opplyse og informere om *Sammen på vei,* fortelle om hva det innebærer og krever av kommunene og hvilke positive effekter tilbudet forventes å ha. Det er kommunene som på selvstendig grunnlag beslutter om de ønsker å etablere tilbudet for sine innbyggere, men statsforvalterne har en rolle i å bistå kommunene med å vurdere om målgruppen er stor nok, hvilke kommunesamarbeid som kan bidra til å nå flest mulig i målgruppen innenfor rimelige reiseavstander, bistå i koordinering og etablering av vertskommunesamarbeid og tilrettelegge for erfaringsoverføring fra andre kommuner og kommunesamarbeid.

For å kunne ta rollen som implementeringsstøtte til kommunene på en god måte, er det nødvendig at de ansatte hos statsforvalteren har godt kjennskap til *Sammen på vei*, hvordan tilbudet skal organiseres og hvordan tilbudet virker overfor målgruppen. Medarbeiderne hos statsforvalterne som skal ivareta rollen som implementeringsstøtte vil måtte få opplæring fra nasjonalt kontor i forkant av nasjonal utrulling.

Det bør være tett koordinering mellom statsforvalterne og det nasjonale kontoret. Det nasjonale kontoret er fortsatt ansvarlig for at kommunene leverer *Sammen på vei* i tråd med kjerneelementene, og det nasjonale kontoret gir teamlederne veiledning i tråd med programmetodikken. Statsforvalterne bidrar samtidig med mer praktisk koordinering og tilrettelegging ut mot kommunene. For å unngå at det blir for store forskjeller i hva slags informasjon teamlederne og kommunene får fra statsforvalterne og det nasjonale kontoret, bør det etableres et samarbeid om oppfølging av teamene i den enkelte regionen/fylket og mellom det nasjonale kontoret og statsforvalterne. I implementeringsfasen vil det også være aktuelt at statsforvalterne og nasjonalt kontor i fellesskap arrangerer samlinger for nye kommuner og nye team, eller at nasjonalt kontor deltar på samlinger arrangert av statsforvalterne.

6.4.6 Finansieringsmodell

Etter drøftingen i avsnitt 6.2.2, legger vi til grunn samme finansieringsmodell i modell 2+ som i modell 2. Det betyr at kommunene dekker lønnskostnader for de ansatte i NFP-teamene, og at staten dekker kostnadene knyttet til opplæring og nasjonalt kontor. Vi legger likevel opp til at kommuner ved utvidelse eller etablering av nye team, kan søke tilskudd fra staten for å dekke deler av lønnskostnadene i en oppstartsperiode. En slik tilskuddsordning kan for eksempel utformes som en form for programfinansiering eller inngå som en del av statsforvalternes skjønnsmidler, som beskrevet i avsnitt 6.3.5.

Statens tilskudd til det nasjonale kontoret forvaltes av fagansvarlig direktorat, som også i denne modellen fortsetter å være Bufdir. Tilskuddet dekker alle kostnader knyttet til å tilby opplæring og videreutdanning til familiesykepleiere. Kommunene kan søke om å få dekket reise- og oppholdskostnader for ansatte som deltar på programrelaterte opplæringsaktiviteter og samlinger i regi av nasjonalt kontor.

For å gi statsforvalterne tilstrekkelig gjennomføringsevne i rollen som implementeringsstøtte, anbefaler vi at det med oppdraget om å være implementeringsstøtte, følger midler til å være en pådriver og tilrettelegger og følge opp arbeidet ut mot kommunene på dette området.

6.4.7 Personvern

Som beskrevet i kapittel 6.3.6, begrenser vi våre vurderinger til hvordan de to foreslåtte modellene påvirker roller og ansvar for å etterleve personvernregelverket. Innspillene må følges opp med grundigere vurderinger av plassering av roller og ansvar. Se også drøftingen i avsnitt 5.3.4.

Som i modell 2 er kommunen i modell 2+ gitt stor grad av frihet til å velge om *Sammen på vei* er måten den skal gi forsterket støtte til sårbare førstegangsfødende. Det er derfor nærliggende å konkludere med at det er kommunen som er behandlingsansvarlig, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 7.

Der flere kommuner samarbeider om å tilby *Sammen på vei*, vil de måtte inngå avtaler som blant annet dekker behandling av personopplysninger, henholdsvis databehandleravtale og/eller avtale om felles behandlingsansvar. Hvilken eller hvilke avtaler som må inngås, avhenger av hvordan samarbeidet organiseres, eksempelvis vertskommunesamarbeid eller at tjenesten ytes av et interkommunalt selskap.

Nasjonalt kontor ved RBUP vil også ha en rolle i modell 2+, som ansvarlig for personopplysningene som samles inn for å oppfylle lisensforpliktelsene, altså for formål knyttet til statistikk og forskning.

Slik vi vurderer det, vil ikke statsforvalterne i form av sin implementeringsstøtte ha en rolle knyttet til å behandle personopplysninger om deltakerne.

6.4.8 Antakelser vi legger til grunn i den samfunnsøkonomiske analysen

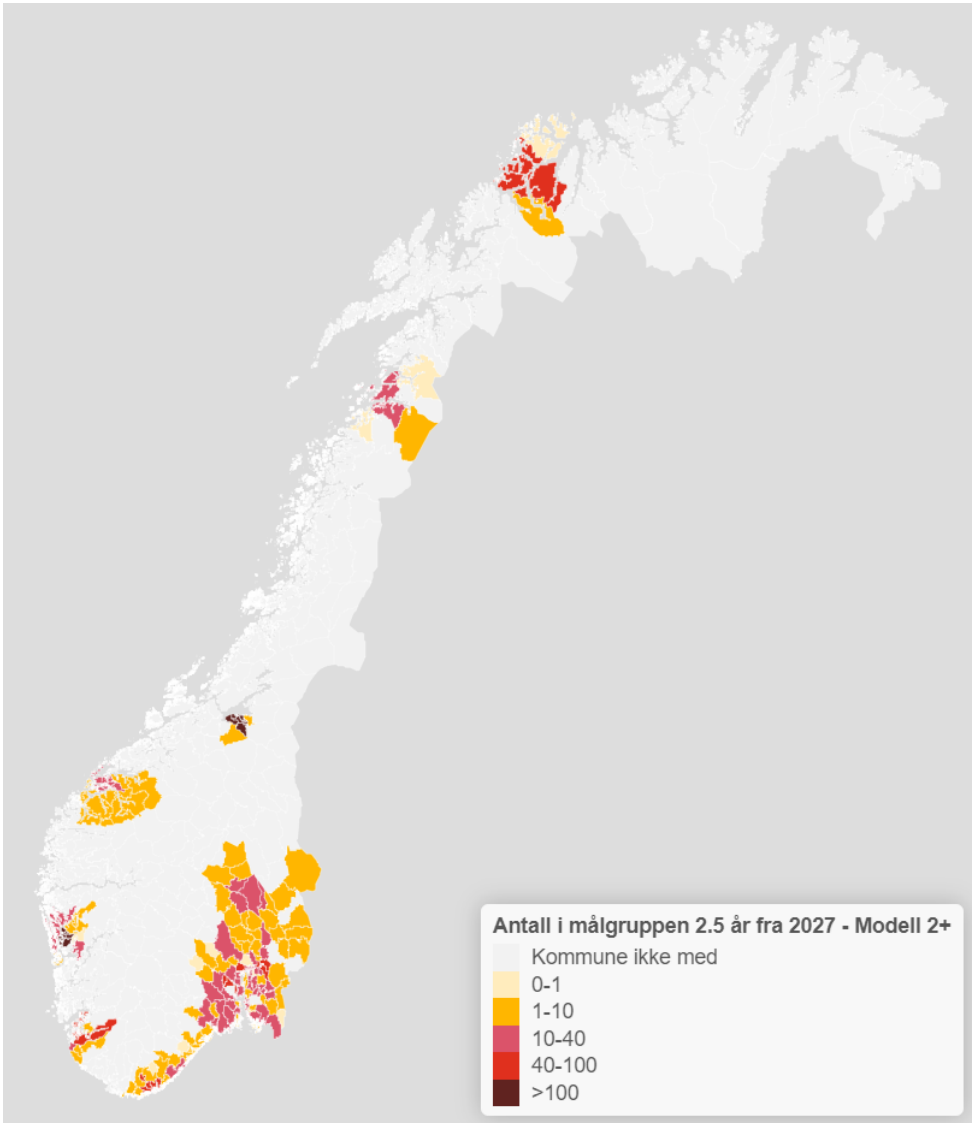
I og med at vi legger til grunn at det er frivillig for kommunene å etablere tilbudet, er det vanskelig å vite hvor mange kommuner som vil velge å etablere *Sammen på vei* sine innbyggere. For å kunne gjøre beregninger av kost- og nyttevirkninger i en samfunnsøkonomisk analyse, er vi imidlertid nødt til å gjøre antakelser om hvilke kommuner som vil etablere tilbudet, og i hvilket omfang.

For modell 2+ legger vi til grunn at 14 vertskommuner med tilstrekkelig målgruppe for å etablere et team, velger å etablere tilbudet. Blant disse 14 kommunene, er fem av kommunene allerede vertskommuner for *Sammen på vei* i utprøvingen, og har både etablert team og kommunesamarbeid med omliggende kommuner. De resterende 9 vertskommunene dekker ytterligere kommuner innenfor 90 minutters kjøretid én vei. Med disse antakelsene dekkes totalt 133 kommuner i modell 2+.

Som nevnt i kapittel 6.3.7 har vi vært usikre på hva som er riktig antakelse når det kommer til størrelsen på team. Vi har landet på at vi estimerer dette som et mer omfattende alternativ, og at i et scenario der statsforvalter har en aktiv pådriver- og tilretteleggerrolle samt det er en tilskuddsordning for etablering og utvidelse av team, kommer kommunene til å etablere større team opp til maksimalt åtte familiesykepleiere, én fulltidsveileder og én administrasjonskonsulent eller teamkoordinator. Antakelsene er uansett usikre, og representerer kun et utgangspunkt for å kunne regne på kostnader og nytte ved akkurat denne utbredelsen. Kommunene selv har ikke vært konsultert i disse vurderingene.

Tabell 7 Antakelser om antall team, ansatte og deltakere i beregninger knyttet til modell 2+

Kommune	Estimert antall deltakere i målgruppen innenfor 90 minutters kjøretid	Teamstruktur	Antall ansatte	Estimert kapasitet i teamet
Oslo (dekker egen kommune)	584	• Viderefører teamet som ble etablert i utprøvingsperioden (8 familiespl + teamleder og koordinator) • Ett nytt team med tilsvarende bemanning	20	289
Bergen (med kommunesamarbeidet som ble etablert i utprøvingsperioden)	243	• Utvider teamet som ble etablert i utprøvingsperioden (8 familiespl + teamleder og koordinator)	10	138
Trondheim (med kommunesamarbeidet som ble etablert i utprøvingsperioden)	161	• Utvider teamet som ble etablert i utprøvingsperioden (8 familiespl + teamleder og koordinator)	10	138
Sandnes (med kommunesamarbeidet som ble etablert i utprøvingsperioden)	158	• Utvider teamet som ble etablert i utprøvingsperioden (8 familiespl + teamleder og koordinator)	10	138
Lillestrøm (dekker kommuner inennfor 90 min kjøretid én vei)	179	• Ett nytt NFP-team (8 familiespl + teamleder og koordinator)	10	133
Sarpsborg (dekker kommuner inennfor 90 min kjøretid én vei)	129	• Ett nytt NFP-team (7,95 familiespl + teamleder og koordinator)	9,95	129
Bærum (dekker kommuner inennfor 90 min kjøretid én vei)	160	• Ett nytt NFP-team (8 familiespl + teamleder og koordinator)	10	128
Tønsberg (dekker kommuner inennfor 90 min kjøretid én vei)	154	• Ett nytt NFP-team (8 familiespl + teamleder og koordinator)	10	123
Kristiansand (med kommunesamarbeidet som ble etablert i utprøvingsperioden)	123	• Utvider teamet som ble etablert i utprøvingsperioden (7,81 familiespl + teamleder og koordinator)	9,81	123
Hamar (dekker kommuner inennfor 90 min kjøretid én vei)	123	• Ett nytt NFP-team (8 familiespl + teamleder og koordinator)	10	114
Drammen (dekker kommuner inennfor 90 min kjøretid én vei)	113	• Ett nytt NFP-team (6,98 familiespl + teamleder og koordinator)	8,98	113
Tromsø + satellitt i Bodø (dekker kommuner inennfor 90 min kjøretid én vei)	88	• Ett nytt NFP-team (5,21 familiespl + teamleder)	6,21	88
Ålesund (dekker kommuner inennfor 90 min kjøretid én vei)	65	• Ett nytt NFP-team (4,27 familiespl + teamleder)	5,27	65



Figur 6 Kommuner og målgruppen som dekkes i modell 2+

7 Samfunnsøkonomisk analyse av alternative modeller

Nullalternativet, modell 2 og 2+ som ble beskrevet i forrige kapittel, er grunnlaget for vår samfunnsøkonomiske analyse. Nullalternativet ligger som en referansebane som modell 2 og 2+ sammenliknes med. Det betyr at vi beskriver kostnadsvirkninger og nyttevirkninger som en endring sammenliknet med nullalternativet.

7.1 Forbehold til analysen

For å kunne gjøre beregninger av kostnader og nyttevirkninger er vi nødt til å gjøre antakelser, både om kommunenes deltakelse og om effekten av *Sammen på vei.* Vi har ikke hatt mulighet til å verifisere med enkeltkommuner hvordan de vil stille seg til å etablere *Sammen på vei,* gitt de ulike rammebetingelsene. Deres svar ville sannsynligvis også vært betinget på resultatet av effektstudien som nettopp har startet opp. På generelt grunnlag har innspillene vi har fått fra kommunene gått ut på at dersom *Sammen på vei* kan dokumentere effekt på fremtidige omsorgsovertakelser og redusert utenforskap, vil motivasjonen for å innføre programmet øke.

7.1.1 Effekten av *Sammen på vei* i Norge er fortsatt ikke dokumentert

For å vurdere virkninger av *Sammen på vei* i Norge, må vi vurdere effekten programmet har på mor og barn samt hva slags langtidseffekter programmet har for deltakerne. Vi har imidlertid begrenset grunnlag for å vurdere effekten av *Sammen på vei* utover det som kommer frem i følgeevalueringen av piloten og samtaler vi har hatt med teamledere og nasjonalt kontor. Vi har også sett på noen studier som er gjort av NFP-implementeringer i andre land. Utfordringen med disse er at målgruppen for NFP i andre land skiller seg fra målgruppen i Norge ved at tilbudet vanligvis begrenses til unge mødre. I tillegg er effekten avhengig av hva som er deltakerens potensielle alternative tilbud til *Sammen på vei*. I våre intervjuer har det for eksempel blitt pekt på at studier på NFP i USA har vist større korttidseffekter enn i England. Det pekes på flere forhold som kan forklare dette, hvorav et forhold som trekkes frem er at det universelle tilbudet til målgruppen er bedre i England enn i USA.

Parallelt med denne utredningen har det blitt startet opp en kontrollert, randomisert studie av *Sammen på vei* i Norge, Mor i Norge-studien (som nevnt i avsnitt 1.4). I påvente av resultatene fra studien, er vi forsiktige med å forskuttere hvilken effekt *Sammen på vei* faktisk har.

7.1.2 Kommunenes deltakelse i en nasjonal utrulling er frivillig og usikker

Den samfunnsøkonomiske analysen tar utgangspunkt i nullalternativet, modell 2 og 2+ slik de er beskrevet i avsnitt 6.1, 6.3 og 6.4. Modellene legger til grunn at det er frivillig for kommunene om de ønsker å etablere tilbudet. Dette skaper en usikkerhet i hvilke kommuner som faktisk vil velge å videreføre tilbudet fra utprøvingsperioden og hvilke kommuner som velger å etablere et eget tilbud. I avsnitt 6.3.7 og 6.4.8 har vi redegjort for hvilke forutsetninger vi legger til grunn når det gjelder kommunenes deltakelse og i hvilket omfang *Sammen på vei* vil bli tilbudt til innbyggerne i de ulike modellene. Disse forutsetningene er helt sentrale når det gjelder både kostnadsestimeringen og omfanget på øvrige virkninger i tiltaket. Vi vil anbefale Bufdir å etablere tett dialog med KS og kommunene for å få bedre innsikt i omfanget av kommuner som vil velge å etablere *Sammen på vei* med ulike forutsetninger knyttet til finansiering og oppfølging.

7.1.3 Den samfunnsøkonomiske analysen må tolkes som en illustrasjon av et potensial

Til tross for de svært vesentlige forbeholdene pekt på i avsnitt 7.1.1 og 0, har vi likevel valgt å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse av modellene 2 og 2+. I påvente av effektstudien av *Sammen på vei,* baserer vi oss på en hypotese om at *Sammen på vei* har effekt. Dette understøttes av de fagpersonene vi har snakket med i utredningsarbeidet, som opplever programmet som svært meningsfylt, nettopp fordi det oppleves å hjelpe en gruppe det ellers er vanskelig å nå ut til gjennom det ordinære helse- og hjelpetilbudet.

Et av minimumskravene i utredningsinstruksen er å besvare spørsmålet hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt? En samfunnsøkonomisk analyse er en god metode for å se helhetlig på virkningene og besvare dette spørsmålet. Finansdepartementets rundskriv om

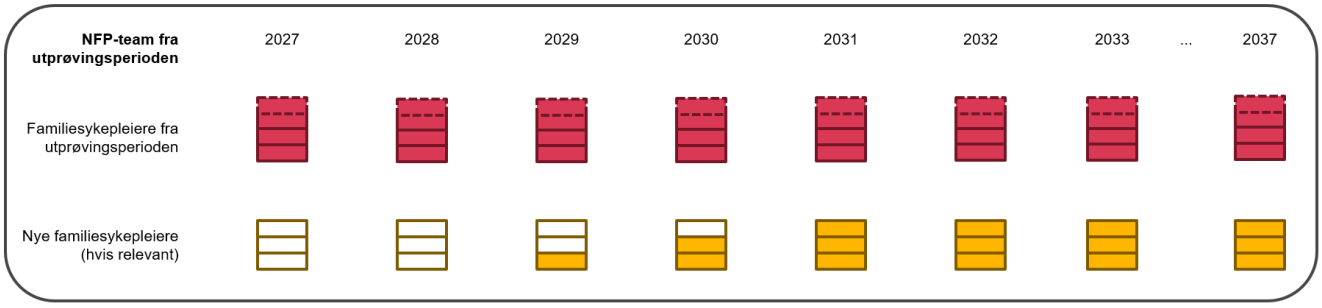
samfunnsøkonomiske analyser sier at nytte- og kostnadsvirkninger skal verdsettes i kroner så langt det er mulig og hensiktsmessig. Til tross for usikkerheten har vi derfor valgt å prissette flere av nyttevirkningene, basert på hypotesen om at programmet har ønsket effekt og en forutsetning om at programmet får en gitt utbredelse. Analysen viser at de potensielle samfunnsøkonomiske gevinstene av et slikt forebyggende tiltak kan være store, fordi det handler om å forebygge et samfunnsproblem, omsorgssvikt overfor barn i sårbare familier, som tidligere analyser har vist at har svært store kostnader (Menon Economics, 2023) (Rasmussen & Vennemo, 2017).

På grunn av usikkerheten har vi for flere av virkningene anslått en lav, middels og høy verdi, basert på hvor effektivt *Sammen på vei* kan være som virkemiddel for å oppnå virkningene. Vi har også for flere av virkningene valgt konservative anslag på hva enhetsverdien knyttet til virkningen bør settes til.

7.2 Estimert utrullingstakt

I en samfunnsøkonomisk analyse legger vi virkningene ut i tid for å kunne beregne nåverdien av virkningene. Derfor har vi modellert utrullingen av *Sammen på vei,* og hvordan teamene fra utprøvingsperioden videreføres og/eller utvides og suppleres med nye team i andre områder.

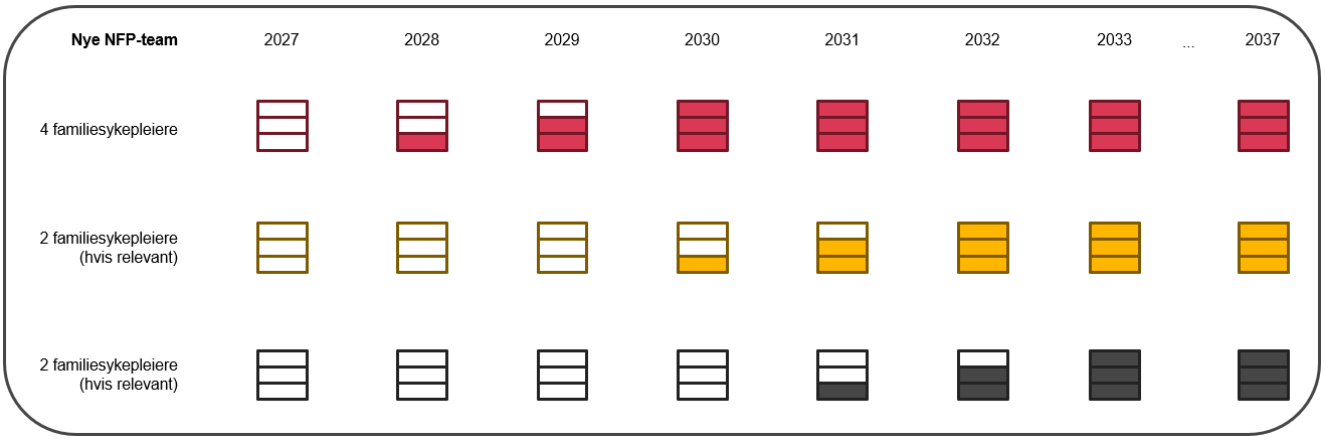
Et NFP-team øker sin kapasitet gradvis ettersom ansatte trenger tid til opplæring, kursing og oppfølging, samt at det tar tid å rekruttere både familiesykepleiere og deltakere til *Sammen på vei*. Antall deltakere som familiesykepleieren følger opp vil være lav under opplæring og gradvis trappes opp etter hvert som grunnopplæringen er fullført og rekrutteringen av deltakere øker. Vi har derfor utviklet en utrullingsmodell som ivaretar disse forutsetningene, og er illustrert i Figur 7 og Figur 8.



Figur 7 Modell for økt kapasitet i de etablerte teamene fra utprøvingsperioden av *Sammen på vei*

Kapasiteten i de etablerte teamene fra utprøvingen kan økes på to måter. For det første antar vi at teamene i utprøvingen over tid øker sin saksmengde til å tilsvare det antallet vi har beregnet for de ulike områdene. For eksempel kan kapasiteten til en familiesykepleier økes fra 10 deltakere i utprøvingen til 16 deltakere i 2027. Vi legger til grunn at økningen skjer gradvis i 2023 – 2027, etter hvert som familiesykepleierne i de nyeste teamene blir ferdig med opplæringen og får full kapasitet. Dette er illustrert med de tre solide firkantene i rødt som utvides med den striplete firkanten i rødt i 2027 og 2028 i Figur 7.

I modellene våre er det noen av teamene fra utprøvingsperioden som etter hvert utvides. Dette gjelder som regel i tilfeller hvor NFP-teamet økes fra 6 til 8 familiesykepleiere, for eksempel NFP-teamet i Trondheim i modell 2+. I modellen legger vi til grunn for at de nye familiesykepleierne ansettes i 2029, og starter å rekruttere egne deltakere gradvis da med en full saksmengde i 2031. NFP-team fra utprøvingsperioden er dermed ved full kapasitet i 2031, som vist med «fulle» gule firkanter i 2031 i Figur 7.



Figur 8 Modell for etablering og gradvis utvidelse av nye NFP-team som etableres ved en nasjonal utrulling av Sammen på vei

Figur 8 viser en antatt utrullingstakt for nye NFP-team ved en nasjonal utrulling av *Sammen på vei.* Et NFP-team må i følge kjerneelementene ha en minimumsstørrelse på 4 familiesykepleiere, og det legges derfor til grunn at 4 familiesykepleiere ansettes til hver av de nye NFP-teamene i 2028. De begynner å rekruttere deltakere gradvis i 2028, før de når en full saksmengde i 2030. Dette er illustrert med de rosa søylene i Figur 8. Hvis tiltenkt størrelse på NFP-teamet er høyere enn 4, ansettes opp til 2 nye familiesykepleiere i 2030. Et eksempel er NFP-teamet i Hamar, hvor tiltenkt antall familiesykepleiere er 8 i modell 2+. De nye familiesykepleierne begynner å rekruttere deltakere gradvis i 2030, før de når en full saksmengde i 2032. Dette er illustrert med de gule søylene i Figur 8. Hvis tiltenkt størrelse på NFP-teamet er høyere enn 6, ansettes opp til 2 nye familiesykepleiere i 2031. NFP-teamet i Hamar er fortsatt et eksempel på dette i modell 2+. De nye familiesykepleierne begynner å rekruttere deltakere gradvis i 2031, før de når en full saksmengde i 2033. Dette er illustrert med de mørkegrå søylene i Figur 8. Nye NFP-team ved en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* er dermed ved full kapasitet innen 2033 med denne modellen.

For nærmere beskrivelse av beregningene og vurderingene, se vedlegg 13.3.

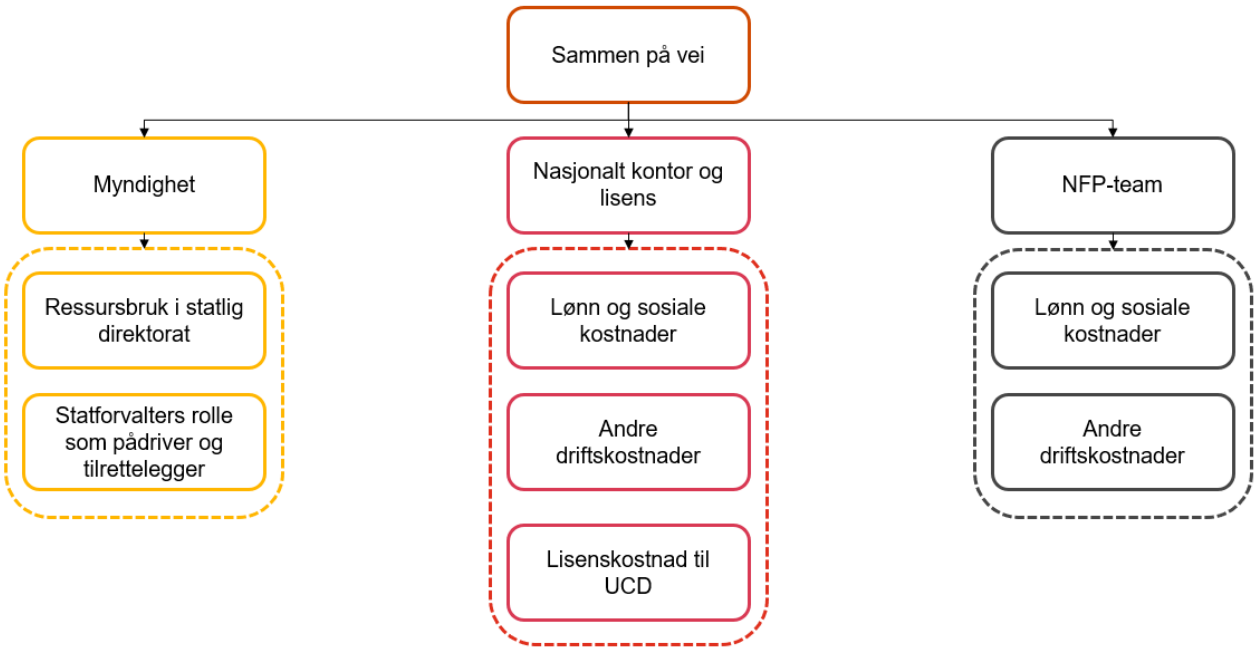
7.3 Kostnadsanalyse

I dette kapittelet beskriver vi grunnlaget og forutsetninger for estimering av kostnader, før vi beskriver kostnadene for henholdsvis modell 2 og modell 2+, gitt våre forutsetninger om deltakelse fra kommunene. Finansieringsmodellen i hvert av alternativene bestemmer fordelingen av kostnader mellom stat og kommune, og vi viser i denne delen av rapporten hvordan de estimerte kostnadene vil fordele seg på aktørene.

7.3.1 Kostnadsmodell og felles antakelser

Kostnadene ved en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* er fordelt på tre hovedområder: Myndighet, nasjonalt kontor og lisens, samt NFP-team. Figur 9 viser hovedområder og subkategorier av kostnadene til *Sammen på vei*.

Figur 9 Kostnader ved nasjonal utrulling av Sammen på vei



Beregningen av kostnadene er i 2023 kroner. Beregningene er basert på estimert utrullingstakt (se avsnitt 7.2) og data fra Stiftelsen Pilar, RBUP, Bufdir og Norges Bank:

- Stiftelsen Pilar, Rapportering NFP 2022_Bergen kommune, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, Rapportering NFP 2022_Kristiansand kommune, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, Rapportering NFP 2022_Oslo kommune, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, Rapportering NFP 2022_Sandnes kommune, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, Rapportering NFP 2022_Trondheim kommune, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, Bergen kommune_NFP økonomirapport 1. tertial 2023, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, Kristiansand kommune_NFP økonomirapport 1. tertial 2023, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, Oslo kommune_NFP økonomirapport 1. tertial 2023, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, Sandnes kommune_NFP økonomirapport 1. tertial 2023, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, Trondheim kommune_NFP økonomirapport 1. tertial 2023, mottatt data.
- RBUP, teamene, motatt data.
- Stiftelsen Pilar, Rapportering NFP_nasjonalt kontor 2022, mottatt data.
- Stiftelsen Pilar, nasjonalt kontor_NFP økonomirapport 1. tertial 2023, mottatt data.
- Bufdir, lisensavgift per deltaker, mottatt data.
- Norges Bank, valutakurs NOK/USD. (Norges Bank, 2023).

For en detaljert fremgangsmåte i beregninger av hovedområdene og subkategoriene av kostnader til *Sammen på vei,* se vedlegg 13.4.

7.3.2 Årlige kostnader for modell 2 og modell 2+

Tabell 8 viser kostnadselementer i modell 2 fra 2027 til 2037. Det er lagt til grunn at nye team etableres fra 2028. Vi har lagt inn kostnader tilsvarende en økning på 2,5 årsverk i nasjonalt kontor i årene 2028-2030 for å håndtere økt opplæring og veiledningsbehov ved etablering av nye team. Vi har lagt inn en halvårseffekt av dette (1,25 årsverk) i 2027 og 2028. Begrunnelsen for å øke kapasiteten i nasjonalt kontor allerede i 2027 henger sammen med behovet for å veilede kommuner og lære opp nye familiesykepleiere, slik at teamene kan starte opp fra januar 2028. Vi har også lagt inn kostnader til ressursbruk i statlig direktorat i 2027, for å være sparringspartner og rådgiver overfor RBUP og kommunene.

Tabell 8 Kostnadselementer i modell 2 (2027-2037) inkl. MVA

Kostnadselement	2027	2028	2029	2030	2031	2032
NFP-team: Lønn og sosiale kostnader	- MNOK	73,8 MNOK	73,8 MNOK	77,1 MNOK	79,3 MNOK	79,3 MNOK
NFP-team: Andre driftskostnader	- MNOK	8,2 MNOK	8,2 MNOK	8,6 MNOK	8,8 MNOK	8,8 MNOK
Nasjonalt kontor	3,6 MNOK	21,9 MNOK	21,9 MNOK	21,9 MNOK	18,2 MNOK	14,6 MNOK
Lisens til UCD	- MNOK	0,04 MNOK	0,05 MNOK	0,06 MNOK	0,06 MNOK	0,06 MNOK
Myndighet: Ressursbruk i statlig direktorat	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK
Totale kostnader (kr i 2023)	**4,1 MNOK**	**104,4 MNOK**	**104,4 MNOK**	**108,1 MNOK**	**106,9 MNOK**	**103,2 MNOK**

Kostnadselement	2033	2034	2035	2036	2037	SUM	Andel av totalen
NFP-team: Lønn og sosiale kostnader	79,3 MNOK	79,3 MNOK	79,3 MNOK	79,3 MNOK	79,3 MNOK	779,5 MNOK	74,4%
NFP-team: Andre driftskostnader	8,8 MNOK	8,8 MNOK	8,8 MNOK	8,8 MNOK	8,8 MNOK	86,8 MNOK	8,3%
Nasjonalt kontor	14,6 MNOK	14,6 MNOK	14,6 MNOK	14,6 MNOK	14,6 MNOK	174,9 MNOK	16,7%
Lisens til UCD	0,06 MNOK	0,06 MNOK	0,06 MNOK	0,06 MNOK	0,06 MNOK	0,6 MNOK	0,1%
Myndighet: Ressursbruk i statlig direktorat	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	5,5 MNOK	0,5%
Totale kostnader (kr i 2023)	**103,2 MNOK**	**103,2 MNOK**	**103,2 MNOK**	**103,2 MNOK**	**103,2 MNOK**	**1 047,3 MNOK**	**100,0%**

Tabell 9 viser kostnadselementer i modell 2+ fra 2027 til 2037. Det er lagt til grunn at nye team etableres fra 2028. Vi har lagt inn kostnader tilsvarende en økning på 2,5 årsverk i nasjonalt kontor i årene 2028-2030 for å håndtere økt opplæring og veiledningsbehov ved etablering av nye team, og opplæring og koordinering med statsforvalterne. Vi har lagt inn en halvårseffekt av dette (1,25 årsverk) i 2027 og 2028. Begrunnelsen for å øke kapasiteten i nasjonalt kontor allerede i 2027 henger sammen med behovet for å veilede statsforvaltere og lære opp nye familiesykepleiere, slik at teamene kan starte opp fra januar 2028. Vi har også lagt inn kostnader til ressursbruk i statlig direktorat i 2027, for å være sparringspartner og rådgiver overfor RBUP, statsforvalterne og kommunene. Vi har også lagt inn midler til statsforvalternes pådriverrolle fra 2027, slik at de kan komme tidlig i gang med mobilisering av kommuner.

Tabell 9 Kostnadselementer i modell 2+ (2027-3027) inkl. MVA

Kostnadselement	2027	2028	2029	2030	2031	2032
NFP-team: Lønn og sosiale kostnader	- MNOK	97,0 MNOK	105,2 MNOK	128,7 MNOK	143,2 MNOK	143,3 MNOK
NFP-team: Andre driftskostnader	- MNOK	10,8 MNOK	11,7 MNOK	14,3 MNOK	15,9 MNOK	16,0 MNOK
Nasjonalt kontor	3,6 MNOK	21,9 MNOK	21,9 MNOK	21,9 MNOK	18,2 MNOK	14,6 MNOK
Lisens til UCD	- MNOK	0,05 MNOK	0,07 MNOK	0,09 MNOK	0,10 MNOK	0,11 MNOK
Myndighet: Ressursbruk i statlig direktorat	1,0 MNOK	1,0 MNOK	1,0 MNOK	1,0 MNOK	1,0 MNOK	0,5 MNOK
Statforvalters rolle som pådriver og tilrettelegger	4,3 MNOK	4,3 MNOK	4,3 MNOK	4,3 MNOK	2,2 MNOK	- MNOK
Totale kostnader (kr i 2023)	**8,9 MNOK**	**135,1 MNOK**	**144,2 MNOK**	**170,2 MNOK**	**180,6 MNOK**	**174,4 MNOK**

Kostnadselement	2033	2034	2035	2036	2037	SUM	Andel av totalen
NFP-team: Lønn og sosiale kostnader	143,5 MNOK	143,7 MNOK	143,8 MNOK	144,0 MNOK	144,1 MNOK	1 336,5 MNOK	79,1%
NFP-team: Andre driftskostnader	16,0 MNOK	16,0 MNOK	16,0 MNOK	16,0 MNOK	16,0 MNOK	148,8 MNOK	8,8%
Nasjonalt kontor	14,6 MNOK	14,6 MNOK	14,6 MNOK	14,6 MNOK	14,6 MNOK	174,9 MNOK	10,4%
Lisens til UCD	0,12 MNOK	0,12 MNOK	0,12 MNOK	0,12 MNOK	0,12 MNOK	1,0 MNOK	0,1%
Myndighet: Ressursbruk i statlig direktorat	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	8,0 MNOK	0,5%
Statforvalters rolle som pådriver og tilrettelegger	- MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	19,4 MNOK	1,1%
Totale kostnader (kr i 2023)	**174,7 MNOK**	**174,9 MNOK**	**175,1 MNOK**	**175,2 MNOK**	**175,3 MNOK**	**1 688,6 MNOK**	**100,0%**

7.3.3 Fordeling av kostnader på aktørene i modell 2 og modell 2+

For modell 2 legger vi til grunn finansieringsmodellen beskrevet i avsnitt 6.3.5. Finanseringen av kostnadselementene er fordelt på stat og kommunene:

- Staten dekker 60 prosent av lønn og sosiale kostnader for NFP-team for etablering eller utvidelse av NFP-team i 3 år gjennom programfinansiering eller skjønnsmidler.
    - For eksempel etableres NFP-team Oslo 2 i 2028 med 5 årsverk. Staten dekker dermed 60 prosent av lønn og sosiale kostnader til de 5 årsverkene i 2028-2030. I 2030 utvides NFP-team Oslo 2 med 3 ytterligere årsverk. Staten dekker dermed 60 prosent av lønn og sosiale kostnader til de 3 årsverkene i 2030-2032. I 2031 utvides NFP-team Oslo 2 med 2 ytterligere årsverk. Staten dekker dermed 60 prosent av lønn og sosiale kostnader til de 2 årsverkene i 2031-2033. Legger man dette sammen, dekker staten 60 prosent av lønn og sosiale kostnader til 5 årsverk i 2028-2029, 8 årsverk i 2030, 5 årsverk i 2031-2032 og 2 årsverk i 2033 for NFP-team Oslo 2.
- Kommunene dekker resterende lønn og sosiale kostnader + andre driftskostnader til NFP-team.
- Staten dekker tilskudd til nasjonalt kontor/RBUP, inkludert lønn og sosiale kostnader + andre driftskostnader samt lisens til UCD.
- Staten dekker kostnad knyttet til ressursbruk i statlig direktorat.

Tabell 10 viser fordelingen av finansering av modell 2 fra 2027 til 2037.

Tabell 10 Finansering av modell 2 (2027-2037) inkl. MVA

Aktør	Kostnads-element	2027	2028	2029	2030	2031	2032
Stat	Ressursbruk i statlig direktorat	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK
Stat	Tilskudd til nasjonalt kontor/RBUP	3,6 MNOK	21,9 MNOK	21,9 MNOK	21,9 MNOK	18,3 MNOK	14,6 MNOK
Stat	Tilskudd til etablering og utvidelse av NFP-team	- MNOK	16,4 MNOK	16,4 MNOK	18,4 MNOK	3,3 MNOK	3,3 MNOK
Kommune	Resterende kostnader til NFP-team	- MNOK	65,6 MNOK	65,6 MNOK	67,2 MNOK	84,8 MNOK	84,8 MNOK
Totale kostnader (kr i 2023)		**4,1 MNOK**	**104,4 MNOK**	**104,4 MNOK**	**108,1 MNOK**	**106,9 MNOK**	**103,2 MNOK**

Aktør	Kostnads-element	2033	2034	2035	2036	2037	SUM	Andel av av totalen
Stat	Ressursbruk i statlig direktorat	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	5,5 MNOK	0,5 %
Stat	Tilskudd til nasjonalt kontor/RBUP	14,6 MNOK	14,6 MNOK	14,6 MNOK	14,6 MNOK	14,6 MNOK	175,5 MNOK	16,8 %
Stat	Tilskudd til etablering og utvidelse av NFP-team	1,3 MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	59,2 MNOK	5,7 %
Kommune	Resterende kostnader til NFP-team	86,8 MNOK	88,1 MNOK	88,1 MNOK	88,1 MNOK	88,1 MNOK	807,1 MNOK	77,1 %
Totale kostnader (kr i 2023)		**103,2 MNOK**	**103,2 MNOK**	**103,2 MNOK**	**103,2 MNOK**	**103,2 MNOK**	**1 047,3 MNOK**	**100,0 %**

For modell 2+ legger vi til grunn finansieringsmodellen beskrevet i 6.4.6. Finanseringen av kostnadselementene er fordelt på stat og kommunene:

- Staten dekker 60 prosent av lønn og sosiale kostnader for NFP-team for etablering eller utvidelse av NFP-team i 3 år gjennom programfinansiering eller skjønnsmidler.
    - For eksempel etableres NFP-team Oslo 2 i 2028 med 5 årsverk. Staten dekker dermed 60 prosent av lønn og sosiale kostnader til de 5 årsverkene i 2028-2030. I 2030 utvides NFP-team Oslo 2 med 3 ytterligere årsverk. Staten dekker dermed 60 prosent av lønn og sosiale kostnader til de 3 årsverkene i 2030-2032. I 2031 utvides NFP-team Oslo 2 med 2 ytterligere årsverk. Staten dekker dermed 60 prosent av lønn og sosiale kostnader til de 2 årsverkene i 2031-2033. Legger man dette sammen dekker dermed staten 60 prosent av lønn og sosiale kostnader til 5 årsverk i 2028-2029, 8 årsverk i 2030, 5 årsverk i 2031-2032 og 2 årsverk i 2033 for NFP-team Oslo 2.
    - Et annet eksempel er NFP-teamet i Trondheim som utvides med 2 årsverk i 2029. Staten dekker dermed 60 prosent av lønn og sosiale kostnader til de 2 årsverkene i 2029-2031.
- Kommunene dekker resterende lønn og sosiale kostnader + andre driftskostnader til NFP-team
- Staten dekker tilskudd til nasjonalt kontor/RBUP, inkludert lønn og sosiale kostnader + andre driftskostnader samt lisens til UCD.
- Staten dekker kostnader knyttet til ressursbruk i statlig direktorat.
- Staten dekker kostnader knyttet til statforvalters pådriver- og tilretteleggerrolle.

Tabell 11 viser fordelingen av finansering av modell 2 fra 2027 til 2037.

Tabell 11 Finansering av modell 2+ (2027-2037) inkl. MVA

Aktør	Kostnads-element	2027	2028	2029	2030	2031	2032
Stat	Ressursbruk i statlig direktorat	1 MNOK	1 MNOK	1 MNOK	1 MNOK	1 MNOK	0,5 MNOK
Stat	Statforvalters rolle som pådriver og tilrettelegger	4,3 MNOK	4,3 MNOK	4,3 MNOK	4,3 MNOK	2,2 MNOK	- MNOK
Stat	Tilskudd til nasjonalt kontor/RBUP	3,6 MNOK	21,9 MNOK	21,9 MNOK	22,0 MNOK	18,3 MNOK	14,7 MNOK
Stat	Tilskudd til etablering og	- MNOK	30,5 MNOK	35,5 MNOK	49,7 MNOK	28,1 MNOK	23,1 MNOK

	utvidelse av NFP-team						
Kommune	Resterende kostnader til NFP-team	- MNOK	77,4 MNOK	81,4 MNOK	93,3 MNOK	131,0 MNOK	136,2 MNOK
Totale kostnader (kr i 2023)		**8,9 MNOK**	**135,1 MNOK**	**144,2 MNOK**	**170,2 MNOK**	**180,6 MNOK**	**174,4 MNOK**

Aktør	Kostnads-element	2033	2034	2035	2036	2037	SUM	Andel av totalen
Stat	Ressursbruk i statlig direktorat	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	8,0 MNOK	0,5 %
Stat	Statforvalters rolle som pådriver og tilrettelegger	- MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	19,4 MNOK	1,1 %
Stat	Tilskudd til nasjonalt kontor/RBUP	14,7 MNOK	14,7 MNOK	14,7 MNOK	14,7 MNOK	14,7 MNOK	176,0 MNOK	10,4 %
Stat	Tilskudd til etablering og utvidelse av NFP-team	9,0 MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	175,8 MNOK	10,4 %
Kommune	Resterende kostnader til NFP-team	150,6 MNOK	159,7 MNOK	159,9 MNOK	160,0 MNOK	160,1 MNOK	1 309,5 MNOK	77,5 %
Totale kostnader (kr i 2023)		**174,7 MNOK**	**174,9 MNOK**	**175,1 MNOK**	**175,2 MNOK**	**175,3 MNOK**	**1 688,6 MNOK**	**100,0 %**

7.4 Samfunnsøkonomiske virkninger av *Sammen på vei*

Samfunnsøkonomiske virkninger av *Sammen på vei* er endringer sammenliknet med nullalternativet som øker eller reduserer velferden for én eller flere grupper i samfunnet. Vi har sett på hvordan de virkningsdrivende egenskapene i en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* påvirker berørte grupper i modell 2 og modell 2+, sammenliknet med nullalternativet. Flere av virkningene er prissatt. Her har vi støttet oss på tidligere utredninger og samfunnsøkonomiske analyser innenfor tematikken for å kunne vurdere sparte samfunnsøkonomiske kostnader som følge av at foreldrene får støtte til å mestre eget liv og bli tryggere foreldre, som igjen også får positive virkninger for barnet.

7.4.1 Verdsetting av samfunnsøkonomiske virkninger

I følge veilederen for samfunnsøkonomiske analyser (Direktoratet for økonomistyring, 2023) skal samfunnsøkonomiske virkninger verdsettes i kroner så langt det er mulig og hensiktsmessig. Vi har vurdert at vi kan prissette fire av nyttevirkningene i kroner, basert på tidligere samfunnsøkonomiske analyser og utredninger. For disse virkningene har vi håndtert usikkerhet i effektiviteten av *Sammen på vei* ved å lage alternative estimater med lav, medium og høy effekt. Avslutningsvis vurderer vi hvor robust den samfunnsøkonomiske lønnsomheten er for modell 2 og 2+ ved å vurdere hvor avhengig man er av høy effekt for å få tilstrekkelig lønnsomhet, se kapittel 7.5.

For de ikke-prissatte virkningene har vi brukt verdimatrisemetoden beskrevet i den nye veilederen for samfunnsøkonomisk analyse fra DFØ. Metoden går ut på å vurdere antall som blir berørt og hvor stor påvirkningen av tiltaket er på hver av de berørte for å beskrive kvantum. Kvantum vurderes deretter ved hjelp av en syv-punktsskala, som går fra stort negativt, til stort positivt. Deretter gjør vi en vurdering av enhetsverdien med skalaen lav, middels og høy. Tabell 12 oppsummerer skalaene vi bruker i verdimatrisemetoden. Tabell 13 viser hvordan vurdering av kvantum og vurdering av enhetsverdi kombineres for å vurdere den samfunnsøkonomiske virkningen.

Tabell 12 Beskrivelse av skala for å vurdere kvantum, enhetsverdi og samfunnsøkonomisk virkning med verdimatrisemetoden

Skala for vurdering av kvantum	Skala for vurdering av enhetsverdi	Skala for vurdering av samfunnsøkonomisk virkning
• Stort negativt • Middels negativt • Lite negativt • Verken positivt eller negativt • Lite positivt • Middels positivt • Stort positivt	• Lav • Middels • Høy	• Meget stor negativ virkning • Stor negativ virkning • Middels negativ virkning • Liten negativ virkning • Ubetydelig/ingen virkning • Liten positiv virkning • Middels positiv virkning • Stor positiv virkning • Meget stor positiv virkning

Tabell 13 Verdimatrise for vurdering av samfunnsøkonomisk virkning

Kvantum/ Enhetsverdi	Liten	Middels	Høy
Stort positivt	Middels positiv	Stor positiv	Meget stor positiv
Middels positivt	Liten positiv	Middels positiv	Stor positiv
Lite positivt	Ubetydelig/ingen	Liten positiv	Middels positiv
Verken positivt eller negativt	Ubetydelig/ingen	Ubetydelig/ingen	Ubetydelig/ingen
Lite negativt	Ubetydelig/ingen	Liten negativ	Middels negativ
Middels negativt	Liten negativ	Middels negativ	Stor negativ
Stort negativt	Middels negativ	Stor negativ	Meget stor negativ

7.4.2 Virkningsdrivende egenskaper ved programmet Sammen på vei

For å identifisere samfunnsøkonomiske virkninger av en nasjonal utrulling av *Sammen på vei,* må vi identifisere hva som er de virkningsdrivende egenskapene i tiltaket. Vi tar utgangspunkt i følgeevalueringen av piloten av *Sammen på vei* fra Arbeidsforskningsinstituttet som skriver følgende om det de kaller virkningsmekanismer i programmet: *«Programmet lykkes særlig i å danne gode og terapeutiske relasjoner mellom sykepleiere og familier. Denne relasjonen er en av de sterkeste virkningsmekanismene i programmet, og er viktig for at de andre elementene skal kunne leveres»* (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019, s. 23). Videre skriver de at både deltakere og sykepleiere i NFP indikerer at NFP er en god måte å gi ekstra støtte til førstegangsmødre i en sårbar livsfase, og at programmet både styrker foreldrenes omsorgsevner og tilknytning til barnet, hjelper familiene med praktiske ting som bolig, inntektssikring, arbeidssøking og utdannelsesplaner, og hjelper dem med å finne nødvendig hjelp fra andre som psykisk helsehjelp, forsterket barnehage og familiens nettverk av slekt og venner.

Arbeidsforskningsinstituttet skriver også at *«[b]lant sykepleierne er det stor sikkerhet om at NFP har hatt en stor innvirkning på livskvaliteten til deltagerne, og at de har hatt nytte av å være med i programmet»* og at *«helse- og velferdssystemet rundt familiene opplyser om at programmet virker å ha høy nytteverdi.»* (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019, s. 23).

Oppsummert peker Arbeidsforskningsinstituttet på tre virkningsmekanismer ved *Sammen på vei:*

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

I påvente av effektstudien av *Sammen på vei,* som pågår frem til 2027, baserer vi oss på disse observasjonene og funnene fra Arbeidsforskningsinstituttet, og antar at *Sammen på vei* oppnår programmålene som er satt for deltakerne i programmet:

1. Forbedret svangerskapsutfall gjennom god helserelatert adferd
2. Forbedre barnets helse og utvikling
3. Forbedre foreldrenes økonomiske selvstendighet og fremtidige livssituasjon.

Oppnådde programmål blir dermed den ene virkningsdrivende egenskapen i nasjonal utrulling av *Sammen på vei.* Den andre virkningsdrivende egenskapen i tiltaket er at *Sammen på vei skal* rulles ut nasjonalt og gjøres tilgjengelig for flere deltakere. Avhengig av hvor mange som får tilgang på programmet, gir dette både økte nyttevirkninger av tiltaket, og økt ressursbruk og kostnader knyttet til tiltaket.

Figur 10 illustrerer sammenhengen mellom virkningsmekanismene i programmet *Sammen på vei,* som innebærer at programmet har effekt og oppnår programmålene for den enkelte deltaker. Når tiltaket rulles ut nasjonalt øker dette både nytten og kostnadene knyttet til tiltaket. Vi har deretter identifisert det vi mener er de mest vesentlige samfunnsøkonomiske virkningene av tiltaket, og verdsatt disse som prissatte eller ikke-prissatte virkninger.



Figur 10 De virkningsfulle mekanismene i *Sammen på vei* underbygger at tiltaket virker og at programmålene blir oppnådd. Dette gir grunnlag for å vurdere samfunnsøkonomiske virkninger ved en nasjonal utrulling

7.4.3 Oversikt over samfunnsøkonomiske virkninger

Vi har identifisert ni samfunnsøkonomiske virkninger. Disse har vi verdsatt i tråd med DFØ sin veileder i samfunnsøkonomisk analyse (Direktoratet for økonomistyring, 2023). Tabell 14 oppsummerer berørt aktør, virkningen og hvorvidt virkningen er vurdert prissatt eller ikke-prissatt. Deretter går vi gjennom verdsettingen for hver enkelt virkning.

Tabell 14 Oversikt over samfunnsøkonomiske virkninger av nasjonal utrulling av Sammen på vei

Berørt aktør	Virkning	Type
Barn i sårbare familier	Bedre helse og økt livskvalitet for barnet	Ikke-prissatt
Barn i sårbare familier	Unngåtte dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn	Prissatt
Barn i sårbare familier	Langtidsvirkning: flere barn i jobb ved voksen alder (redusert produksjonstap)	Prissatt
Barn i sårbare familier	Generasjonseffekt: barnets barn får bedre forutsetninger	Ikke-prissatt
Førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon	Bedre helse og livskvalitet for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon	Ikke-prissatt
Førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon	Høyere arbeidsdeltakelse for mor (redusert produksjonstap)	Prissatt

Kommunene	Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser	Prissatt
Samfunnet, offentlige budsjetter	Myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team	Prissatt
Samfunnet, offentlige budsjetter	Skattefinansieringskostnad/-gevinst	Prissatt

7.4.4 Bedre helse og økt livskvalitet for barn i sårbare familier

Vi verdsetter verdien av bedre helse og livskvalitet for barna som en ikke-prissatt virkning ved hjelp av verdimatrisemetoden. Vi har vurdert om vi hadde grunnlag for å verdsette denne virkningen med utgangspunkt i bruk av kvalitetsjusterte leveår og Helsedirektoratets veileder for verdsetting av helseeffekter utenfor helsesektoren, men kom frem til at vi innenfor rammene av denne utredningen hadde for lite grunnlag å bygge antakelsene våre på. Imidlertid har vi trukket ut verdien av unngåtte dødsfall som følge av omsorgssvikt i en egen prissatt virkning. Unngåtte dødsfall er derfor ikke tatt med i vurderingen av denne virkningen.

Unngått alvorlig vold

I 2019 utga Kripos en rapport om alvorlig vold mot barn under 4 år. I perioden 2015-2018 har de identifisert 90 saker som gjelder alvorlig vold mot barn. For 80[9] av barna oppstår det alvorlig skade i form av bruddskade (50 skader) brudd i hodeskallen (21 skader), voldsom risting (17 skader), annen skade (12 skader), omfattende sår/brannskade (5 skader) og forgiftning (5 skader). Bruddskadene forekommer ofte som én av flere typer skader, og over halvparten av bruddskadene ble oppdaget hos barn som er 5 måneder eller yngre. Når det gjelder brudd i hodeskallen ble 76 prosent av barna utsatt for hodeskallebrudd før de fylte 1 år (Kripos, 2019).

Rapporten fra Kripos beskriver at nesten 92 prosent av de anmeldte er barnas mor eller far. De går også gjennom kjente risikofaktorer for å utøve vold mot barn, og sammenholder dette med utvalget. De finner at drøyt en fjerdedel av de anmeldte bruker eller har tidligere brukt rusmidler, at litt over halvparten av de anmeldte har en påvist diagnose og/eller en annen form for helseproblem, der de vanligste helseproblemene blant anmeldte er angst og/eller ulike stemningslidelser. Andelen arbeidsledige eller trygdet er 31 prosent, som er langt høyere enn gjennomsnittet i normalbefolkningen, og rapporten peker på at forskning har vist at barn som lever i familier med dårlig råd og der foreldrene har lav utdanning eller er arbeidsløse, har større risiko for å oppleve vold (Kripos, 2019).

Vi vurderer at det er stor overlapp mellom risikofaktorene som Kripos finner i sin rapport og inklusjonskriteriene i *Sammen på vei* (se avsnitt 3.1.1), noe vi mener indikerer at *Sammen på vei* er et tiltak som har forutsetninger for å nå ut til foreldre med høy risiko for å senere utøve alvorlig vold mot barna sine. Kripos kommenterer også at det «*trolig er svært få foreldre som* ønsker *skade barna sine»* (Kripos, 2019, s. 35), noe som underbygger at forebyggende foreldrestøtteprogrammer vil ha effekt. Kripos peker også i rapporten på *Sammen på vei* som et tiltak som kan ha den ønskede forebyggende effekten.

Bedre forutsetninger for å gi barna god omsorg

Omsorgssvikt overfor barn er mer enn alvorlig vold og kan være knyttet til ulike forhold eller livssituasjoner som kan være skadelig for barn. Blant annet kan dette være situasjoner der barnet ikke får dekket sine grunnleggende fysiske, psykiske eller følelsesmessige behov, foreldrene har egne utfordringer knyttet til alkohol- eller rusbruk, kriminalitet, konflikter og vold i parforholdet, foreldre eller søsken blir utsatt for vold, barna får ikke grunnleggende omsorg i form av godt stell, mat og klær (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.). Nordisk ministerråd viser til at *«påkjenninger i løpet av de første årene, som mangel på nærhet, kjærlighet og et trygt forhold til foreldrene, omsorgssvikt, vold eller andre alvorlige trusler kan svekke grunnlaget for god psykisk helse permanent.»* (Nordic Council of Ministers, 2022, s. 6).

[9] For 10 av barna ender skaden med dødsfall. Disse holder vi utenfor i denne virkningen fordi vi prissetter verdien av unngåtte dødsfall i en egen virkning.

Forskning viser også at voksne som har blitt utsatt for vedvarende omsorgssvikt har betydelig høyere risiko for å utvikle psykiske vansker, somatiske sykdommer, kriminalitet, rus, fedme, hjerte- og karsykdommer, og at dette igjen påvirker levealderen. Sjansen for fysisk og psykisk sykelighet øker med omfanget av negative barndomserfaringer og mange negative barndomserfaringer kan redusere forventet levetid med opptil 20 år. (Felitti, et al., 1998)

Familiesykepleierne i *Sammen på vei* bruker temaark for å tilrettelegge for samtale og veiledning om programområdene familie og nettverk, barnet og foreldrerollen, personlig helse, livssituasjonen og tverrfaglig samarbeid med blant annet helse- og sosialtjenestene. Arbeidsforskningsinstituttet oppsummerer i sin sluttrapport fra følgeevalueringen av piloten *«at NFP har potensiale til å påvirke og endre familienes liv»* og at *«[u]tprøvingen synes å klare å levere støtte på de seks hovedområdene i NFP.»* (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019, s. 21)

Vi vurderer derfor at det er grunn for å anta at *Sammen på vei* gir foreldrene bedre forutsetninger for å gi barna den omsorgen barnet trenger, og bedre forutsetninger for å gode liv, både for seg selv og barnet. Dette igjen mener vi det er grunn for å anta at gir bedre grunnlag god psykisk helse gjennom livet, noe vi mener i en samfunnsøkonomisk vurdering må tillegges stor verdi. Figur 11 viser virkningskjeden for virkningen økt helse og livskvalitet for barn i sårbare familier. Tabell 15 viser vår verdsetting av denne samfunnsøkonomiske virkningen.



Figur 11 Virkningskjede for virkningen bedre helse og økt livskvalitet for barn i sårbare familier

Tabell 15 Verdsetting av virkningen bedre helse og økt livskvalitet for barn i sårbare familier

Bedre helse og økt livskvalitet for barn i sårbare familier			
Modell	**Kvantum**	**Enhetsverdi**	**Samfunnsøkonomisk verdi**
Modell 2	Vår analyse legger til grunn at 4,6 prosent av førstegangsmødre er i målgruppen for *Sammen på vei.* I modell 2 legger vi til grunn at 33 prosent av målgruppen får tilbud om *Sammen på vei.* Antall barn som blir berørt av *Sammen på vei* er derfor **få.** Nordisk ministerråd peker på at *«Påkjenninger i løpet av de første årene, som mangel på nærhet, kjærlighet og et trygt forhold til foreldrene, omsorgssvikt, vold eller andre alvorlige trusler kan svekke grunnlaget for god psykisk helse permanent. Nasjonale retningslinjer og tiltak som støtter foreldrene i foreldrerollen kan derfor ha vidtrekkende positive effekter som går langt ut over helse og velferd»* (Nordic Council of Ministers, 2022, s. 6)	Velferdstapet for barn og unge som utsettes for vold og omsorgssvikt er stort. Også «mildere» former for omsorgssvikt i form av mangel på nærhet, kjærlighet og et trygt forhold til foreldrene kan få livsvarige negative konsekvenser for barnets fysiske og psykiske helse. At verdien av statistisk liv kan dobles når det gjelder barn, er en tydelig metodisk indikator på at konsekvenser for barn skal vektes høyt i en samfunnsøkonomisk analyse. Vista analyse gjorde i 2017 en samfunnsøkonomisk analyse av omsorgssvikt og vold mot barn. De skriver at den største kostnaden ved vold og omsorgssvikt er barnas	**Stor positiv virkning,** basert på verdimatrisen.

	Sammen på vei er et slikt forskningsbasert tiltak som støtter foreldrene i foreldrerollen. Påvirkningen på hvert barn vurderes som **stor**, særlig fordi det er snakk om potensielle livstidsvirkninger for barna. For noen av barna kan *Sammen på vei* utgjøre forskjellen på å vokse opp i et hjem med alvorlig fysisk vold som kan gi varige skader. For andre kan det bety at barnet får forutsetninger for bedre fungering i familien, skolen og sosialt resten av livet. Samlet sett vurderer vi kvantum til **middels positivt.**	velferdstap som de ikke prissetter. De peker på at barnets fremtidige reduserte produktivitet, bare er en liten del av livstidskostnaden barnet påføres, og en konsekvens som for barnet ligger langt frem i tid og derfor vektes lavt i en samfunnsøkonomisk analyse med nåverdivurderinger, mens velferdstapet som ikke regnes på, i seg selv en tilstrekkelig begrunnelse for at samfunnet bør bruke ressurser på å hindre alvorlig omsorgssvikt mot barn. Samlet sett vurderer vi enhetsverdien som **høy.**	
Modell 2+	Målgruppen for *Sammen på vei* er den samme i modell 2 og modell 2+ (4,6 prosent av førstegangsmødre). Sammenliknet med modell 2, forventer vi i modell 2+ at 61 prosent av målgruppen får tilbud om *Sammen på vei.* Selv om dette er nesten 90 prosent flere barn enn i modell 2, mener vi fortsatt at antall barn som blir berørt, sammenliknet med alle barn, er **få.** Påvirkningen på hvert barn er den samme i modell 2 og modell 2+, og vurderes derfor som **stor** også i modell 2+. Samlet sett vurderer vi derfor kvantum til **middels positivt** også i modell 2+.	Enhetsverdien er lik i modell 2 og modell 2+, og vurderes til **høy** også i modell 2+.	**Stor positiv virkning** Fordi tiltaket potensielt når nesten 90 prosent flere barn i modell 2+ enn i modell 2, mener vi samtidig at den samfunnsøkonomiske virkningen er større i modell 2+ enn i modell 2.

7.4.5 Unngåtte dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn

Som tidligere nevnt er det en stor overlapp mellom risikofaktorene Kripos redegjør for i sin rapport om alvorlig vold mot små barn (Kripos, 2019) og inklusjonskriteriene for deltakerne i *Sammen på vei*. Rusmiddelproblemer, psykiske vansker, vedvarende eller alvorlige konflikter i parforholdet eller i andre relasjoner og at man selv har opplevd omsorgssvikt, vold, overgrep eller alvorlig mobbing er alle faktorer som øker sannsynligheten for vold og omsorgssvikt mot egne barn.

Et av hovedmålene i *Sammen på vei* er å fremme barnets helse og utvikling. Dette er et fokusområde i samtalene mellom familiesykepleieren og deltakeren, og som bidrar til en mer hensynsfull oppfølging av barna i programmet. Dette vil gi en oppvekst med mindre preg av vold, og vil bidra til færre dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn. Vi har også blitt fortalt om hvordan familiesykepleierne jobber svært systematisk og forskningsbasert overfor deltakerne når det gjelder temaet vold i nære relasjoner, og at de erfarer at de har gode metoder for å avdekke voldsproblematikk.



Figur 12 Virkningskjede for virkningen unngåtte dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn

Tabell 16 Verdsetting av virkningen unngåtte dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn

Unngåtte dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn			
Modell	**Kvantum**	**Enhetsverdi**	**Samfunnsøkonomisk verdi (MNOK, nåverdi)**
Modell 2	I snitt 359 nye mødre blir med i *Sammen på vei* årlig i perioden 2028 til 2037 ved utrulling av modell 2. Av disse 359 deltakerne oppfyller 36 prosent inklusjonskriteriet «vedvarende eller alvorlige konflikter i parforholdet eller i andre relasjoner», som tilsvarer rundt 129 mødre i året. Vi antar at for 50 prosent av mødrene som opplever vedvarende eller alvorlige konflikter i sine relasjoner, blir også barna utsatt for fysisk vold, enten fordi mors partner også utøver vold mot barnet, eller fordi mor selv løser konflikt og frustrasjon overfor barnet med vold. På bakgrunn av NOVA sin omfangsstudie om vold, og Kripos sin rapport om alvorlig vold, kan man estimere at 9 prosent av barna som utsettes for vold i alderen 0-5 år, utsettes for det som kategoriseres som «alvorlig vold» (Mossige & Stefansen, 2016). Fra Kripos sin rapport om alvorlig vold mot barn i Norge, endte 11 prosent av tilfellene med alvorlig vold mot små barn i dødsfall i perioden 2015 til 2018. På bakgrunn av disse anslagene, er det beregnet at man i løpet av perioden 2028-2037 møter omtrent 6 barn i *Sammen på vei* i modell 2, som ville mistet livet som følge av alvorlig vold i nullalternativet. Som det kommer frem i Kripos-rapporten, er det svært få foreldre som ønsker å skade barna sine. Derfor anslår vi at samtlige av de fremtidige dødsfallene for mødre i programmet vil bli avverget som følge av den tette oppfølgingen de får fra familiesykepleieren sin.	Verdien av et unngått dødsfall beregnes ved å bruke Direktoratet for forvaltning og økonomistyring sin veileder for verdien av et statistisk liv (DFØ, 2023). For 2023 er denne verdien satt til 54 890 000 kroner. Siden tiltaket *Sammen på vei* særlig er rettet mot barns sikkerhet, mener vi det er grunnlag for å doble verdien av statistisk liv, i tråd med rundskriv R-109/21 fra Finansdepartementet om prinsipper og krav for en samfunnsøkonomisk analyse. Dermed er verdien per unngåtte dødsfall satt til 109 780 000 kroner.	467 MNOK
Modell 2+	Samme forutsetninger blir gjort for å estimere hvor mange dødsfall som følge av alvorlig vold man unngår i modell 2+.	Verdien av et statistisk barneliv er lik for modell 2+, altså 109 780 000 kroner.	829 MNOK

	Der det i modell 2 var anslått å avverge dødsfall for 6 barn i perioden 2028 til 2037, er dette tallet 11 for modell 2+, fordi dekningsgraden er høyere i modell 2+.		

7.4.6 Langtidsvirkning: flere barn i jobb ved voksen alder (redusert produksjonstap)

Inklusjonskriteriene i *Sammen på vei* varierer i alvorlighetsgrad og risiko, men i gjennomsnitt oppfyller mødrene i programmet fire av kriteriene. Kriteriene fungerer som risikofaktorer for omsorgssvikt mot egne barn. Det er rimelig å anta at mødrene i programmet ikke ønsker å utsette barna sin for omsorgssvikt, men de har en del utfordrende forhold som gjør det vanskelig å følge opp et barn uten ekstra hjelp. Via samtaler med familiesykepleier vil mødrene i programmet få en økt kunnskap og forståelse for foreldrerollen. Dette vil videre føre til en tryggere oppvekst for barna, med mindre preg av mangelfull oppfølging, frykt og vold. Avvergingen av disse forholdene vil også gjøre at barna unngår langsiktige, permanente skader som vil gi bedre utfall i arbeidsmarkedet på lengre sikt.

I 2017 publiserte Vista Analyse en samfunnsøkonomisk analyse av konsekvensene ved omsorgssvikt og vold mot barn (Rasmussen & Vennemo, 2017). På tross av store mørketall og usikkerhet knyttet til konsekvensene og omfanget av vold mot barn, lykkes de likevel med å tallfeste flere konsekvenser av denne volden. Blant annet tallfestet de det anslåtte produksjonstapet for barn og unge som har blitt utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Denne utregningen kan brukes for å beregne effekten *Sammen på vei* har for de langsiktige konsekvensene i arbeidsmarkedet for barna i programmet.



Figur 13 Virkningskjede for virkningen flere barn i jobb ved voksen alder

Tabell 17 Verdsetting av virkningen flere barn i jobb ved voksen alder

Flere barn i jobb ved voksen alder			
Modell	**Kvantum**	**Enhetsverdi**	**Samfunnsøkonomisk verdi (MNOK, nåverdi)**
Modell 2	I snitt 359 nye mødre blir med i *Sammen på vei* årlig i perioden 2028 til 2037 ved utrulling av modell 2. På bakgrunn av at mødrene i gjennomsnitt oppfyller 4 av inklusjonskriteriene i programmet, er alle mødrene i risikogruppen for å utsette barna sine for omsorgssvikt. Av mødrene som har avsluttet programmet, har 51 prosent fullført programmet og 49 prosent valgt å avslutte før programmet var fullført. Bruker man dette som en framtidig antakelse tilsvarer det at i snitt 183 nye mødre som blir med årlig i *Sammen på vei* vil fullføre programmet.	Vista gjorde nåverdi-beregninger av produksjonstapet for de forskjellige kategoriene. De var som følger: Kategori 1: kr 0 Kategori 2: kr 7 784 000 Kategori 3: kr 2 615 000 Kategori 4: kr 4 618 000	

	At man er i en gruppe med høyere risiko for å utsette barna for omsorgssvikt, betyr ikke at man faktisk vil gjøre det. Samtidig, når gjennomsnittet blant deltakerne i *Sammen på vei* oppfyller 4 av 10 inklusjonskriterier er oppfylt, anslår vi at 60 prosent av barna i programmet ville blitt utsatt for alvorlig omsorgssvikt i nullalternativet. Dette tilsvarer rundt 110 barn i året som i nullalternativet ville blitt utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Vi antar at *Sammen på vei* lykkes med å forebygge alvorlig omsorgssvikt for 60 prosent av disse barna. I omfangsstudien av vold og overgrep mot barn fra NOVA i 2016, fant de at 6 prosent av barna ble utsatt for minst en form for grov vold av en av foreldrene (Mossige & Stefansen, 2016) Hvis dette er jevnt fordelt blant alle barn, betyr det at ca. 420 førstefødte barn som bor i et område med *Sammen på vei,* vil være utsatt for grov vold. Dårlig økonomi og rusproblematikk øker sannsynligheten med 3 og 4 gangen. I tillegg er grov omsorgssvikt mer enn kun grov vold, så vi mener at antakelsen om at *Sammen på vei* kan lykkes med å forebygge grov omsorgssvikt for 60 prosent av barna ikke fremstår som urimelig. Av de barna som opplever omsorgssvikt antar vi at *Sammen på vei* lykkes med å unngå langsiktige konsekvenser i arbeidsmarkedet for 60 prosent av disse igjen. Det tilsvarer rundt 660 barn i perioden 2028 til 2037 for modell 2. Vista delte konsekvensene i arbeidsmarkedet for barn utsatt for alvorlig omsorgssvikt inn i 4 kategorier. Kategori 1 – 40% av barna: Ingen langsiktige konsekvenser. Dette er en gruppe der alvorlig omsorgssvikt ikke påvirker deres utfall i arbeidsmarkedet Dette er blant annet barna som typisk omtales som løvetannbarn. Kategori 2 – 20% av barna: Varig ufør. Dette er en gruppe som aldri kommer i arbeid som følge av alvorlig omsorgssvikt. Denne kategorien omfatter også de med hjeneskader som følge av «shaken baby», og som er påført andre permanente skader av fysisk eller psykisk art. Kategori 3 – 20% av barna:	Disse tallene kan brukes ved å inflasjonsjustere beregningene til 2023-kroner, samt å justere nåverdien til perioden produksjonstapet ville truffet barna for hvert kull i *Sammen på vei.* Inflasjonsjustert til 2023-kroner blir nåverdien til kategoriene følgende: Kategori 1: kr 0 Kategori 2: kr 10 111 416 Kategori 3: kr 3 396 885 Kategori 4: kr 5 998 782	646 MNOK

	Redusert arbeidsevne og 5 år tidligere ufør. Denne kategorien kommer seg 3 år senere ut i arbeidslivet som følge av forsinket læring og når aldri kompetansenivået de ellers ville hatt. Senskader og yrkesvalg gjør at de går ut av arbeidslivet med uføretrygd 5 år før de ellers ville gjort. Kategori 4 – 20% av barna: Ustabil arbeidstilknytning og etter hvert helt ute av arbeidslivet. Rusproblemer, mangel på fullført utdannelse, reduserte muligheter i arbeidsmarkedet og perioder med ledighet gir 50 prosent reduksjon gjennom hele karrieren, og de faller ut av arbeidslivet 5 år før de ellers ville gjort.		
Modell 2+	Samme metodikk blir benyttet ved beregningen av denne nyttevirkningen for modell 2+, men man vil i denne modellen treffe en del flere mødre i programmet. Der man i modell 2 unngikk de langsiktige konsekvensene i arbeidsmarkedet for omtrent 660 barn som følge av *Sammen på vei*¸ vil man i modell 2+ nå rundt 1180 barn.	Enhetsverdien er likt beregnet som i modell 2, der den samme firedelingen av det langsiktige produksjonstapet for barna utsatt for alvorlig omsorgssvikt blir benyttet.	1 147 MNOK

7.4.7 Generasjonseffekt: barnets barn får bedre forutsetninger

Negative erfaringer fra egen barndom som opplevelser av vold og omsorgssvikt i barndommen kan prege et menneske gjennom hele livet, og gi vedvarende dårligere psykisk og fysisk helse. Det er høyere risiko for bruk av rusmidler og voksne som selv har vært utsatt for eller vitne til vold i oppveksten er mer tilbøyelig til selv å utføre vold. (Felitti, et al., 1998). Negative erfaringer fra barndommen kan derfor føre til at voksne selv får utfordringer med å være trygge og kompetente når de selv blir foreldre, på grunn av egen dårlig fysisk og psykisk helse, utfordringer med rusmidler, eller at man ikke har kunnskap og erfaring om hvordan gi barnet den fysiske, psykiske og emosjonelle omsorgen og tryggheten som barnet trenger. På den måten kan omsorgssvikt gå i arv i generasjoner.

Vi har ikke grunnlag for å prissette denne effekten, men vurderer den som en ikke-prissatt virkning. Figur 14 illustrerer virkningskjede for generasjonseffekten. Tabell 18 beskriver verdsettingen av virkningen.



Figur 14 Virkningskjede for generasjonsvirkningen av at barnets barn får bedre forutsetninger

Tabell 18 Verdsetting av generasjonsvirkningen av at barnets barn får bedre forutsetninger

Generasjonseffekt: barnets barn får bedre forutsetninger			
Modell	**Kvantum**	**Enhetsverdi**	**Samfunnsøkonomisk verdi**
Modell 2	Vår analyse legger til grunn at 4,6 prosent av førstegangsmødre er i målgruppen for *Sammen på vei.* I modell 2 legger vi til grunn at 33 prosent av målgruppen får tilbud om *Sammen på vei.* Antall barn som blir berørt av *Sammen på vei* er derfor **få.** *Sammen på vei* kan gjennom å gi støtte til sårbare foreldre, gi barnet bedre forutsetninger og redusere omfanget av negative barndomserfaringer. Vi vurderte i virkningen bedre helse og økt livskvalitet for barnet at *Sammen på vei* har en høy effekt fordi det var snakk om potensielle livstidsvirkninger. Når det gjelder effekten på barnets barn, legger vi til grunn at effekten er lavere, fordi ikke alle barn som selv utsettes for omsorgssvikt vil utsette sine egne barn for omsorgssvikt. I tillegg er det mange andre faktorer som kan spille inn i tillegg til effekten av *Sammen på vei* mellom at et barn er fra 0-2 år og til det selv står i foreldrerollen til egne barn, at det er vanskelig å anta at effekten holder seg høy helt til neste generasjon. Vi legger i stedet til grunn at påvirkningen per barn blir **medium.** Samlet vurderer vi dermed kvantum til **lite positivt.**	Vi vurderer i utgangspunktet verdien av at barnet i fremtiden får bedre forutsetninger til å fungere bedre i foreldrerollen som høy fordi den samfunnsøkonomiske kostnaden av omsorgssvikt er svært høy. Samtidig legger man i samfunnsøkonomiske analyser med nåverdivurderinger større vekt på virkninger som treffer nært i tid, fremfor virkninger som ligger langt frem i tid. Fordi generasjonseffekten ligger flere år frem i tid, vurderer vi at enhetsverdien er **medium.**	**Liten positiv virkning** basert på verdimatrisen
Modell 2+	Målgruppen for *Sammen på vei* er den samme i modell 2 og modell 2+ (4,6 prosent av førstegangsmødre). Sammenliknet med modell 2, forventer vi i modell 2+ at 61 prosent av målgruppen får tilbud om *Sammen på vei.* Selv om dette er nesten 90 prosent flere barn enn i modell 2, mener vi fortsatt at antall barn som blir berørt, sammenliknet med alle barn, er **få.** Påvirkningen på hvert barn er den samme i modell 2 og modell 2+, og vurderes derfor som **medium** også i modell 2+. Samlet sett vurderer vi derfor kvantum til **lite positivt** også i modell 2+.	Enhetsverdien er lik i modell 2 og modell 2+, og vurderes til **medium** også i modell 2+.	**Liten positiv virkning** Fordi tiltaket potensielt når nesten 90 prosent flere barn i modell 2+ enn i modell 2, mener vi samtidig at den samfunnsøkonomiske virkningen er større i modell 2+ enn i modell 2.

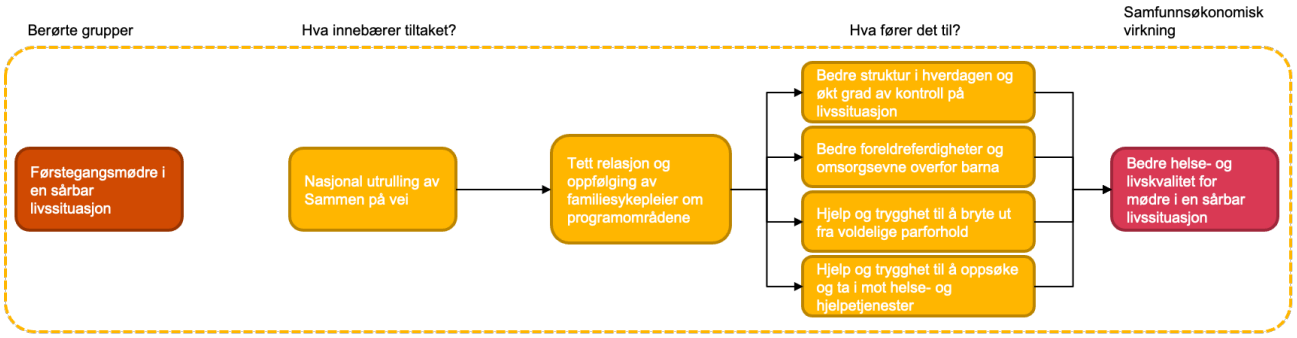
7.4.8 Bedre helse og livskvalitet for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon

Sammen på vei gir førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon støtte og veiledning gjennom at en spesialopplært familiesykepleier etablerer en terapeutisk relasjon med mødrene, og følger opp tett med hyppige hjemmebesøk fra tidlig i graviditeten til barnet er 2 år. Programområdene som er tema for oppfølgingen fra

familiesykepleier er familie og nettverk, barnet og foreldrerollen, personlig helse, livssituasjonen og tverrfaglig samarbeid med blant annet helse- og sosialtjenestene.

Målene med programmet er blant annet å forbedre både mor og barn sin helse under svangerskapet og forbedre foreldrenes helse og fremtidige livssituasjon. I en annen virkning har vi prissatt effekten av at flere mødre kommer i jobb, så vi holder velferdsøkningen som følge av arbeid utenfor i denne virkningen. I denne virkningen verdsetter vi kun mors økte velferd i form av bedre helse og livskvalitet.

Sammen på vei kan bidra til bedre helse og livskvalitet for mødrene i programmet på flere måter. Gjennom veiledning og oppfølgingen fra familiesykepleier får deltakerne hjelp til å etablere strukturer og rutiner i hverdagen som ferske foreldre, de får bedre omsorgsevne og foreldreferdigheter overfor barnet sitt. Vi legger til grunn at dette gir økt trygghet og mestring i foreldrerollen som gir mor en velferdsgevinst. Der det kommer frem at mor lever i voldelige forhold, vil familiesykepleieren kunne gi mor hjelp og trygghet til å håndtere situasjonen og bryte ut av et voldelig forhold eller gi familien verktøy for å ta ned konfliktnivået. Dette mener vi vil kunne ha positiv effekt på både fysisk og psykisk helse. Mange av mødrene som deltar i *Sammen på vei* sliter også med psykiske lidelser som utgjør et velferdstap for den enkelte moren, og som i seg selv kan gjøre det vanskeligere å oppsøke hjelp eller ta tak i livssituasjonen på annet vis. Familiesykepleieren kan øke morens tillit til det øvrige hjelpeapparatet, slik at mor får nødvendig helsehjelp, og med behandling også bedre helse.



Figur 15 Virkningskjede for bedre helse- og livskvalitet for sårbare førstegangsmødre

Tabell 19 Verdsetting av virkningen bedre helse og livskvalitet for mødre i en sårbar livssituasjon

Bedre helse og livskvalitet for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon			
Modell	**Kvantum**	**Enhetsverdi**	**Samfunnsøkonomisk verdi**
Modell 2	Vår analyse legger til grunn at 4,6 prosent av førstegangsmødre er i målgruppen for *Sammen på vei.* I modell 2 legger vi til grunn at 33 prosent av målgruppen får tilbud om *Sammen på vei.* Antall mødre som blir berørt av *Sammen på vei* er derfor **få.** Mødrene som har vært med i *Sammen på vei* møter i gjennomsnitt fire inklusjonskriterier. 85 prosent har psykiske vansker, 36 prosent lever med vedvarende eller alvorlige konflikter, 17 prosent har rusmiddelproblemer. Vi vurderer at disse tallene tyder på at førstegangsmødrene som får tilbud om *Sammen på vei* har dårligere helse og lavere livskvalitet enn gjennomsnittsbefolkingen. Det er vanskeligere å vurdere hvor stor	Vi vurderer enhetsverdien av bedre helse og livskvalitet som **høy,** også selv om produktivitet er verdsatt i en annen virkning. Fordi, som Arbeidsforskningsinstituttet (2019) skriver, at utfra familiens erfaringer har NFP potensiale til å påvirke og endre familienes liv.	**Middels høy positiv virkning** basert på verdimatrisen.

	påvirkning *Sammen på vei* har for den enkelte. Vi legger til grunn at programmet har stor påvirkning for noen, og mindre for noen. For noen vil heller ikke programmet klare å hjelpe i tilstrekkelig grad, og mor mister fortsatt omsorgen for barnet. Samlet vurderer vi påvirkningen som **middels.** Vi vurderer samlet kvantum til **lite positivt.**		
Modell 2+	Målgruppen for *Sammen på vei* er den samme i modell 2 og modell 2+ (4,6 prosent av førstegangsmødre). Sammenliknet med modell 2, forventer vi i modell 2+ at 61 prosent av målgruppen får tilbud om *Sammen på vei.* Selv om dette er nesten 90 prosent flere enn i modell 2, mener vi fortsatt at antall deltakere som blir berørt, sammenliknet med alle gravide, er **få.** Påvirkningen på hvert barn er den samme i modell 2 og modell 2+, og vurderes derfor som **middels** også i modell 2+. Samlet sett vurderer vi derfor kvantum til **lite positivt** også i modell 2+.	Enhetsverdien er lik i modell 2 og modell 2+, og vurderes til **høy** også i modell 2+.	**Middels høy positiv virkning** Fordi tiltaket potensielt når nesten 90 prosent flere i modell 2+ enn i modell 2, mener vi samtidig at den samfunnsøkonomiske virkningen er større i modell 2+ enn i modell 2.

7.4.9 Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser

Barnevernsloven tar utgangspunkt i prinsippet om at barn skal vokse opp hos sine foreldre. Likevel finnes det situasjoner der det er nødvendig at barnet blir flyttet ut av hjemmet, fordi barnevernet anser det som det beste alternativet for barnet. Slike omsorgsovertakelser av barn er en fellesbetegnelse for alle former for plasseringstiltak, som i beredskapshjem, fosterhjem, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon eller andre omsorgstiltak utenfor barnets hjem. Alle former for plasseringstiltak utenfor hjemmet fører med seg en kostnad som må dekkes av kommunene.

Inklusjonskriteriene i *Sammen på vei* innebærer at programmet treffer en gruppe mødre med forhold som kan gjøre det særlig vanskelig å følge opp barn på en tilstrekkelig måte. For noen av mødrene vil oppfølgingen av barna være så mangelfull at det i nullalternativet vil ende i en omsorgsovertakelse. Den tette relasjonen og oppfølgingen mødrene i programmet får fra sin familiesykepleier bidrar til å bedre oppfølgingen av barna i programmet, som videre vil redusere behovet for offentlige inngripen i form av omsorgsovertakelser.

Den samfunnsøkonomiske virkningen av reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser deles inn i to kategorier. Den første er de omsorgsovertakelsene som ville blitt gjennomført i nullalternativet, men som på grunn av *Sammen på vei* nå blir unngått. Flere slik tilfeller med unngåtte omsorgsovertakelser ble observert i piloteringen av *Sammen på vei* i Oslo og Rogaland, redegjort for i AFI sin delrapport 2 (Pedersen & Nilsen, 2018). Mødrene i programmet fikk økt kunnskap om foreldrerollen via sin familiesykepleier, som videre gjorde at de ble en tryggere omsorgspersonen for barna sine, og dermed avverget en omsorgsovertakelse som ville skjedd uten denne oppfølgingen.

Den andre kategorien er utsettelse av omsorgsovertakelser. Dette er familier der det i nullalternativet ville funnet sted en omsorgsovertakelse, men der *Sammen på vei* lykkes med å bedre omsorgssituasjonen i hjemmet

midlertidig og utsetter omsorgsovertakelsen med noen år. Både reduksjon i antall omsorgsovertakelser og utsettelse av omsorgsovertakelser bidrar til å redusere de totale kostnadene knyttet til omsorgsovertakelser.



Figur 15 Virkningskjede for virkningen reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser

Tabell 20 Verdsetting av nyttevirkningen reduksjon i antall omsorgsovertakelser

Reduksjon i antall omsorgsovertakelser			
Modell	**Kvantum**	**Enhetsverdi**	**Samfunnsøkonomisk verdi (MNOK, nåverdi)**
Modell 2	Piloteringen av *Sammen på vei* i Rogaland viste til 2 konkrete tilfeller av unngått omsorgsovertakelse for mødre i programmet, av totalt 86 nye deltakere i perioden 2016-2018 (Rasmussen & Vennemo, 2017). Det tilsvarer rundt 2,3 prosent av deltakerne. Fra piloten i Oslo ble det anslått en enda høyere reduksjon i omsorgsovertakelser, på 6-12 prosent for deltakerne. Fordi anslagene på unngåtte omsorgsovertakelser spriker, gjør vi et trippelanslag for antall omsorgsovertakelser man unngår på 2, 4 og 6 prosent. Antall mødre i programmet er estimert i utrullingstakten for modellen, som viser antall nye deltakere i programmet hvert år. For modell 2 er det i gjennomsnitt 359 nye deltakere hvert år mellom 2028 og 2037. Antallet nye mødre i programmet hvert år, kombinert med tredelingen av påvirkningen fra programmet er kvantumet som ligger til grunn ved beregning av nyttevirkningen.	Den veiledende satsen for fosterhjem per barn (0-6 år), per måned fra 1. juli 2021 er 14 523 kroner (KS, 2021). Dette tilsvarer 16 221 2023-kroner, og gir en årlig kostnad på 194 652. Denne kostnaden ligger til grunn ved beregning av enhetsverdien for nyttevirkningen, kombinert med hvor stort kvantum man anslår å treffe i utrullingen av modell 2. Vi forutsetter videre at omsorgsovertakelsene blir unngått tidlig i barnets liv, i gjennomsnitt når barnet er 1 år gammelt. Dermed unngår man kostnader i forbindelse med plasseringstiltak for barnet i alderen 1 til 18 år. Dette utgjør en totalbesparelse på omtrent 3,5 millioner kroner per barn.	Lavt anslag: 112 MNOK Middels anslag: 224 MNOK Høyt anslag: 335 MNOK
Modell 2+	Samme metodikk blir brukt for å finne kvantumet ved denne nyttevirkningen som i modell 2, men ved utrulling av modell 2+ blir flere deltakere inkludert i programmet. I gjennomsnitt blir 644 nye deltakere rekruttert til *Sammen på vei* modell 2+ hvert år mellom 2028 og 2037.	Beregningen av enhetsverdien for modell 2+ er også lik som i modell 2, altså er det den vektede kostnaden ved omsorgsovertakelse som er grunnlaget for beregning av nyttevirkningen. Det forutsettes også her at omsorgsovertakelsen blir unngått tidlig i barnets liv, og	Lavt anslag: 197 MNOK Middels anslag: 394 MNOK Høyt anslag: 592 MNOK

	På grunn av den samme usikkerheten ved effekten av programmet blir et trippelanslag også benyttet ved beregning av nyttevirkningen i modell 2+. Dette betyr at det regnes på effekten av nyttevirkningen ved at 2, 4 og 6 prosent av deltakerne avverger en omsorgsovertakelse på grunn av oppfølingen de får i programmet.	kostnadene ved plasseringstiltak i alderen 1-18 år blir avverget.	

Tabell 21 Verdsetting av nyttevirkningen utsettelse av omsorgsovertakelser for familier etter midlertidig bedring av omsorgsevnen

Utsettelse av omsorgsovertakelser for familier etter midlertidig bedring av omsorgsevnen			
Modell	**Kvantum**	**Enhetsverdi**	**Samfunnsøkonomisk verdi (MNOK, nåverdi)**
Modell 2	I perioden 2020 til 2022 har det i gjennomsnitt blitt gjennomført 122 nye omsorgsovertakelser i Norge hvert år (SSB, 2023). Vi forutsetter at det er like mange omsorgsovertakelser hos førstegangsfødende mødre som hos flergangsfødende, og da anslår vi at førstegangsfødende mødre utgjør 40 prosent av alle de årlige omsorgsovertakelsene. Det tilsvarer 49 overtakelser i året. Vi forutsetter videre at antallet omsorgsovertakelser for førstegangsfødende mødre vil holde seg stabilt i årene fremover. Vi antar også det er kun 75 prosent av omsorgsovertakelsene som skjer i familier som ville kunne blitt fanget opp av *Sammen på vei,* dersom tilbudet var etablert i et gitt område. Utrullingen av modell 2 treffer i gjennomsnitt rundt 30 prosent av alle i målgruppen i årene 2028 til 2037. Av mødrene som har avsluttet programmet, har 51 prosent fullført programmet og 49 prosent valgt å avslutte før programmet var fullført. Vi bruker dette som en framtidig antakelse og antar også at tiltaket kun har potensial til å utsette omsorgsovertakelser for de mødrene som fullfører hele programmet. Dette betyr at *Sammen på vei* årlig lykkes med å utsette omsorgsovertakelsen midlertidig for mellom 4 og 5 nye mødre som kommer inn i programmet. Hvor stor denne effekten er på disse mødrene er vanskelig å estimere, og vi benytter derfor et trippelanslag for å ta hensyn til denne usikkerheten. I det lave anslaget antar vi 1 års utsettelse av omsorgsovertakelse, i det middels anslaget antar vi 3 års utsettelse	Den veiledende satsen for fosterhjem per barn (0-6 år), per måned fra 1. juli 2021 er 14 523 kroner (KS, 2021). Dette tilsvarer 16 221 2023-kroner, og gir en total omsorgsbesparelse på 194 652 kroner i året per utsatte overtakelse for mødre i programmet.	Lavt anslag: 5 MNOK Middels anslag: 15 MNOK Høyt anslag: 24 MNOK

	og i det høye anslaget antar vi 5 års utsettelse. Dette gir kostnadsbesparelse på henholdsvis 1, 3 og 5 år med omsorgsovertakelse for 4-5 mødre i året.		
Modell 2+	Samme metodikk og forutsetninger blir benyttet for å beregne kvantumet for modell 2+. Den eneste forskjellen i beregningene av de to modellene, er at man i gjennomsnitt når ut til flere av de sårbare førstegangsmødre i modell 2+. Beregningen gir utsatte omsorgsovertakelser for rundt 6-8 mødre per kull i programmet, mot 4-5 i modell 2. Det samme trippelanslaget benyttes med lavt, middels og høyt anslag, men det totale kvantumet blir en del høyere fordi man når flere mødre i programmet.	Enhetsverdien av en omsorgsovertakelse er lik for modell 2+, med en kostnadsbesparelse på 194 652 kroner for hvert år man unngår omsorgsovertakelse i programmet.	Lavt anslag: 9 MNOK Middels anslag: 26 MNOK Høyt anslag: 43 MNOK

7.4.10 Høyere arbeidsdeltakelse for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon

Sammen på vei antas å ha en positiv effekt for deltakelsen i arbeidsmarkedet for mødrene i programmet. Kjernen i oppfølgingen fra familiesykepleier i programmet er tema som familie og nettverk, barnet og foreldrerollen, personlig helse, livssituasjonen og tverrfaglig samarbeid med blant annet helse- og sosialtjenestene. Alle disse faktorene bidrar sammen til økt grad av kontroll på egen livssituasjon for mødrene i programmet.

Ved å få kontroll på egen livssituasjon, og få bedre struktur og bedre relasjoner gir det økt mulighet for mødrene som tidligere har stått uten arbeid til å komme seg inn i arbeidslivet. En viktig del av en strukturert hverdag er deltakelse i arbeidsmarkedet, og det er derfor et naturlig mål å ha for mødrene i programmet.



Figur 16 Virkningskjede for virkningen høyere arbeidsdeltakelse for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon

Tabell 22 Verdsetting av virkningen høyere arbeidsdeltakelse for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon

Høyere arbeidsdeltakelse for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon			
Modell	**Kvantum**	**Enhetsverdi**	**Samfunnsøkonomisk verdi (MNOK, nåverdi)**
Modell 2	41 prosent av alle de førstegangsfødende i programmet oppfyller kriteriet «ikke i arbeid, opplæring eller utdanning og lavt utdanningsnivå». Dette tilsvarer rundt 147 mødre i året. Disse kan ved hjelp av programmet få hjelp til å komme seg ut i arbeidsmarkedet. På grunn av usikkerhet knyttet til hvor effektivt programmet virker, gjør vi et trippelanslag på effekten av programmet har for arbeidsdeltakelsen	NOU 2021: 2 beregnet den samlede samfunnsøkonomiske gevinsten av at én person står i jobb ett år ekstra til å utgjøre 0,6 millioner kroner årlig (Sysselsettingsutvalget, 2021). Samtidig er dette en gruppe med lavere utdanningsnivå enn gjennomsnittet i befolkningen, der 58 prosent kun har fullført grunnskole og videregående skole, mot 35 prosent ellers i	Lavt anslag: 304 MNOK Middels anslag: 608 MNOK Høyt anslag: 912 MNOK

	til mødrene som står utenfor arbeidslivet før programstart. Det lave anslaget er at 20 prosent av mødrene kommer ut i arbeid, middels anslag er 40 prosent og høyt anslag er 60. Vi er også usikre på hvor lenge mødrene blir værende i jobb som følge av støtten de får gjennom *Sammen på vei.* Vi har valgt å anta at mødrene i gjennomsnitt minst blir værende i jobb i tre år som følge av *Sammen på vei*, og at de starter i jobb ett år etter at de kom inn i programmet. Det er dermed tre år med arbeid som de ikke ville hatt i nullalternativet som vi legger til grunn som kvantum i denne virkningen.	befolkningen. Kun 13 prosent har fullført en mastergrad. I tillegg oppfyller som nevnt deltakerne i gjennomsnitt 4 av de relativt alvorlige inklusjonskriteriene. På bakgrunn av dette er det naturlig å nedjustere den samfunnsøkonomiske gevinsten ved at de er ett år ekstra i arbeid. Denne blir justert ned fra 600 000 til 500 000 kroner. Justert for inflasjon tilsvarer dette 559 432 2023-kroner per år ekstra i arbeid.	
Modell 2+	For modell 2+ brukes også det at 41 prosent av de førstefødende i programmet ikke er i arbeid, opplæring eller utdanning og med lavt utdanningsnivå som utgangspunkt. Det som skiller de to beregningene er at man i modell 2+ når ut til flere enn i modell 2, så kvantumet blir høyere selv om metodikken er uforandret.	Enhetsverdien er lik i modell 2+ som i modell 2, der verdien av ett år ekstra i arbeid for mødrene i programmet er satt til være verdt 559 432 kroner.	Lavt anslag: 540 MNOK Middels anslag: 1 079 MNOK Høyt anslag: 1 619 MNOK

7.4.11 Myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team

Myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team er beskrevet i kapittel 7.3, inkludert tabeller som viser kostnader per år i perioden 2027-2037. I Tabell 23 er kostnadene nåverdijustert fra Tabell 10 og Tabell 11.

Tabell 23 Verdsetting av myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team

Myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team		
Modell	**Beskrivelse**	**Samfunnsøkonomisk verdi (MNOK, nåverdi)**
Modell 2	Nåverdijustert fra Tabell 10.	-679 MNOK
Modell 2+	Nåverdijustert fra Tabell 11. Den er høyere enn i modell 2 generelt grunnet økningen i kostnader knyttet til flere årsverk i NFP-teamene.	-1 092 MNOK

7.4.12 Skattefinansieringskostnad/-gevinst

Skattefinansieringskostnaden er satt til 20 øre per krone, basert på DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser (Direktoratet for økonomistyring, 2023). Skattefinansieringskostnaden er derfor 20 prosent av myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team. Tabellen under viser den nåverdijusterte skattefinanseringskostnaden til modell 2 og 2+.

Tabell 24 Verdsetting av skattefinanseringskostnad

Skattefinansieringskostnad		
Modell	**Beskrivelse**	**Samfunnsøkonomisk verdi (MNOK, nåverdi)**
Modell 2	20 prosent av myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team (se Tabell 10 og Tabell 23).	-136 MNOK
Modell 2+	20 prosent av myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team (se Tabell 11 og Tabell 23).	-218 MNOK

DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser presiserer at hvis et tiltak gir en netto besparelse på offentlige budsjetter, kan denne betegnes som en skattefinanseringsgevinst (Direktoratet for økonomistyring, 2023). Siden samfunnet i form av offentlige budsjetter er den berørte aktøren til virkningen reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser, gir denne en skattefinansieringsgevinst. Denne er derfor satt til 20 prosent av den prissatte virkningen reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser (se kapittel 7.4.9) og nåverdijustert.

Tabell 25 Verdsetting av skattefinanseringsgevinst

Skattefinansieringsgevinst		
Modell	**Beskrivelse**	**Samfunnsøkonomisk verdi (MNOK, nåverdi)**
Modell 2	20 prosent av reduksjon i omsorgsovertakelser (se Tabell 20) og utsettelse av omsorgsovertakelser (se Tabell 21).	Lavt anslag: 23 MNOK Middels anslag: 48 MNOK Høyt anslag: 72 MNOK
Modell 2+	20 prosent av reduksjon i omsorgsovertakelser (se Tabell 20) og utsettelse av omsorgsovertakelser (se Tabell 21).	Lavt anslag: 41 MNOK Middels anslag: 84 MNOK Høyt anslag: 127 MNOK

7.5 Vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Tabellen under viser en oversikt av verdsetting av de prissatte virkningene, og samfunnsøkonomisk lønnsomhet for lavt, middels og høyt anslag for modell 2 og 2+.

Tabell 26 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet for lavt, middels og høyt anslag i modell 2 og modell 2+

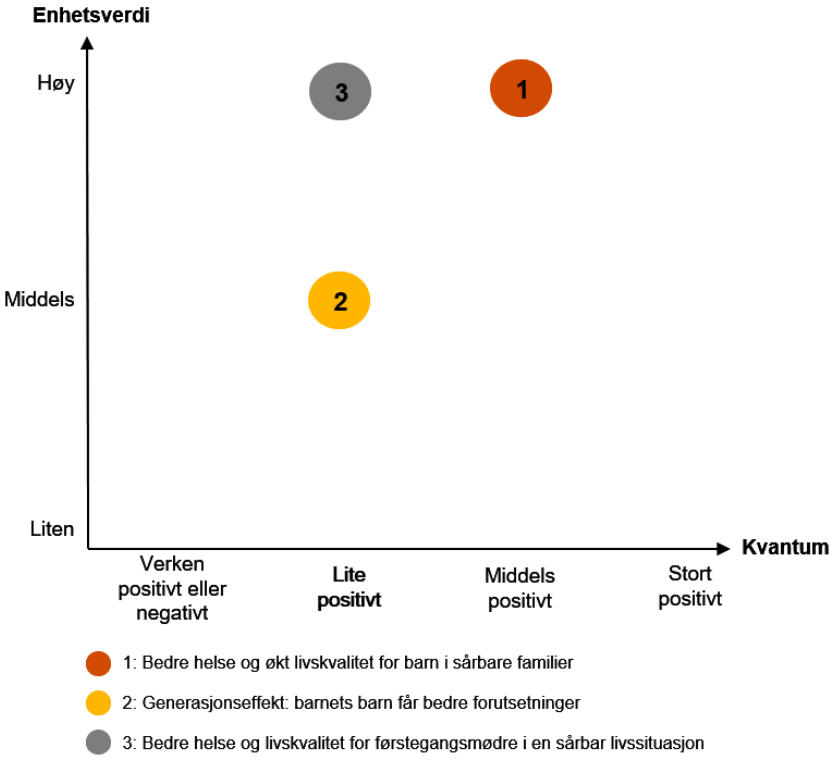
Berørt aktør	Virkning	Anslag	Modell 2 (nåverdi)	Modell 2+ (nåverdi)
Barn i sårbare familier	Unngåtte dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn	N/A	467 MNOK	829 MNOK
Barn i sårbare familier	Langtidsvirkning: flere barn i jobb ved voksen alder (redusert produksjonstap)	N/A	646 MNOK	1 147 MNOK

Førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon	Høyere arbeidsdeltakelse for mor (redusert produksjonstap)	Lav	304 MNOK	540 MNOK
Førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon	Høyere arbeidsdeltakelse for mor (redusert produksjonstap)	Middels	608 MNOK	1 079 MNOK
Førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon	Høyere arbeidsdeltakelse for mor (redusert produksjonstap)	Høy	912 MNOK	1 619 MNOK
Kommunene	Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser	Lav	117 MNOK	206 MNOK
Kommunene	Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser	Middels	238 MNOK	420 MNOK
Kommunene	Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser	Høy	360 MNOK	635 MNOK
Samfunnet, offentlige budsjetter	Myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team	N/A	-679 MNOK	-1 092 MNOK
Samfunnet, offentlige budsjetter	Skattefinanseringskostnad	N/A	-136 MNOK	-218 MNOK
Samfunnet, offentlige budsjetter	Skattefinanseringsgevinst	Lav	23 MNOK	41 MNOK
Samfunnet, offentlige budsjetter	Skattefinanseringsgevinst	Middels	48 MNOK	84 MNOK
Samfunnet, offentlige budsjetter	Skattefinanseringsgevinst	Høy	72 MNOK	127 MNOK
	Sum	**Lav**	**743 MNOK**	**1 452 MNOK**
	Sum	**Middels**	**1 193 MNOK**	**2 249 MNOK**
	Sum	**Høy**	**1 642 MNOK**	**3 046 MNOK**

Tabell 26 viser at både modell 2 og modell 2+ er samfunnsøkonomisk lønnsomme i vår analyse, også når vi kun vurderer de lave anslagene for virkningene. For modell 2 har vi beregnet en samfunnsøkonomisk netto nytte på mellom 0,7 og 1,6 milliarder kroner. For modell 2+ er samfunnsøkonomisk netto nytte beregnet til mellom 1,5 og 3,0 milliarder kroner.

I tillegg kommer de ikke-prissatte nyttevirkningene knyttet til bedre helse og økt livskvalitet for barnet, generasjonseffekten av at barnets barn får bedre forutsetninger og bedre helse og livskvalitet for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon. Figuren under viser verdsettingen av de ikke-prissatte virkningene, og gjelder for både modell 2 og modell 2+.

Figur 17 Verdsetting av ikke-prissatte virkninger



Fordi det både i modell 2 og modell 2+ er snakk om få berørte, har de ikke-prissatte virkningene fått samme samfunnsøkonomiske verdsetting i både modell 2 og 2+. Samtidig, fordi det er antatt flere deltakere i modell 2+, mener vi likevel at de har litt høyere verdi i 2+ enn i 2. Presisjonsnivået i den ikke-prissatte metoden er bare ikke god nok til å få det frem.

Den viktigste driveren for nyttevirkninger, både prissatte og ikke-prissatte, er hvor stor andel av målgruppen som får tilbud om *Sammen på vei.* Dermed er samfunnsøkonomisk lønnsomhet, når man ser på både prissatte og ikke-prissatte virkninger, høyere i modell 2+ enn i modell 2 for både lavt, middels og høyt anslag.

Break-even-analyse

Vi har vurdert hvor robust den samfunnsøkonomiske lønnsomheten er, i lys av at forutsetningene er usikre. Tabell 27 oppsummerer resultatet, og viser at modell 2 og modell 2+ fortsatt vil være samfunnsøkonomisk lønnsom selv om nytteeffektene bare blir 60% av det vi har lagt til grunn i de lave anslagene i analysen over. De ikke-prissatte virkningene kommer fortsatt i tillegg. Samtidig viser trippelanslagene for flere av virkningene at nyttepotensialet er stort, dersom det kan dokumenteres større effekt av programmet enn det vi har lagt til grunn i de laveste anslagene. Vi mener derfor at den samfunnsøkonomiske lønnsomheten for *Sammen på vei* fremstår som robust, fordi samfunnets kostnader ved utenforskap i tidligere analyser har blitt anslått å være så store.

Tabell 27 Break even analyse

Berørt aktør	Virkning	Modell 2 (60% effekt av lavt anslag)	Modell 2+ (60% effekt av lavt anslag)
Barn i sårbare familier	Unngåtte dødsfall som følge av alvorlig vold	280 MNOK	498 MNOK
Kommunene	Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser - unngåtte	67 MNOK	118 MNOK
Kommunene	Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser - utsatte	3 MNOK	5 MNOK
Førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon	Høyere arbeidsdeltakelse (redusert produksjonstap) for mor	182 MNOK	323 MNOK
Barn i sårbare familier	Langtidsvirkning: flere barn i jobb ved voksen alder (redusert produksjonstap)	388 MNOK	688 MNOK
Samfunnet, offentlige budsjetter	Skattefinansieringsgevinst	14 MNOK	25 MNOK
Staten	Finansiering	- 156 MNOK	- 257 MNOK
Kommunene	Finansiering	- 523 MNOK	- 835 MNOK
Samfunnet øvrig	Skattefinansieringskostnad	- 136 MNOK	- 218 MNOK
Netto nytte		**120 MNOK**	**347 MNOK**

Vi har også stilt spørsmålet: Hvis man ser på *Sammen på vei* som en måte å investere i fremtiden til førstegangsmødre i en sårbarlivssituasjon og deres barn, hvor stor blir avkastningen av de investerte midlene? Tabell 28 gir et bilde på hvor mye samfunnet vil kunne få igjen for hver krone som blir «investert» i *Sammen på vei*, altså:

$$Avkastning = (Nytte\ per\ deltaker - Kost\ per\ deltaker)/(Kost\ per\ deltaker)$$

Denne er ulik for modell 2 og modell 2+, siden modell 2+ treffer en større andel av målgruppen. Samtidig er det stordriftsfordeler ved utrullingen, som innebærer at kostnadene er avtakende for antall deltakere. Kombinasjonen av dette gjør at man får en høyere avkastning per krone investert i modell 2+, enn i modell 2.

Legger vi til grunn det lave anslaget på nytteeffekter fra den samfunnsøkonomiske analysen, blir avkastningen per deltaker 91 prosent med det lave anslaget i modell 2, og 202 prosent hvis de høye anslagene er riktige. For modell 2+ ligger avkastningen mellom 111 og 232 prosent.

Tabell 28 Avkastning av Sammen på vei

	Modell 2	Modell 2+
Kost per deltaker	kr -213 492	kr -196 894
Avkastning (lavt anslag)	91 %	111 %
Avkastning (høyt anslag)	202 %	232 %

7.5.1 Vurdering av usikkerhet i analysen

Den samfunnsøkonomiske analysen baserer seg på en rekke forutsetninger som vi har beskrevet gjennom denne rapporten. Som beskrevet i kapittel 7.1 er det viktig å at den samfunnsøkonomiske analysen tolkes som en illustrasjon av et potensial.

Utover dette ønsker vi å peke på én forutsetning som er vesentlig for hele analysen. Vi har estimert målgruppen til *Sammen på vei* til å være 2783 deltakere (se kapittel 5.4.1), basert på en forutsetning om at 4,6 prosent av førstefødende er en del av målgruppen til *Sammen på vei*, fordelt jevnt nasjonalt og over tid.

AFI har gjennom følgeevalueringen (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019) og samtaler gitt et uttrykk for at 2-5 prosent av førstegangsfødende er en del av målgruppen til *Sammen på vei.* Hvis vi bruker dette spennet får vi en estimert målgruppe som ligger mellom 1213 deltakere og 3032 deltakere i løpet av en periode på 2,5 år fra 2027.

Hvis målgruppen for *Sammen på vei* viser seg å være vesentlig lavere enn vi har lagt til grunn i våre analyser, vil grunnlaget for å etablere store og bærekraftige team være mindre. Både nyttevirkninger og kostnadsvirkninger er direkte knyttet til antall deltakere. Fordi vi har funnet en stordriftsfordel i tilbudet, vil en mindre målgruppe kunne gi høyere kostnader per deltakere.

Samtidig er et av kjerneelementene til *Sammen på vei* at deltakeren er frivillig med. I løpet av pilotfasen (2016-2019) var det 71 prosent av rekrutterte deltakere som frivillig startet i programmet (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019). Hvis andelen som frivillig takker ja til å delta øker når *Sammen på vei* blir et velkjent og etablert program, vil andelen førstefødende som er en del av målgruppen sannsynligvis være nærmere maksimum i spennet (5 prosent) enn minimum i spennet (2,5 prosent), og dermed nærmere vår forutsetning på 4,6 prosent.

7.6 Vurdering av fordelingsvirkninger

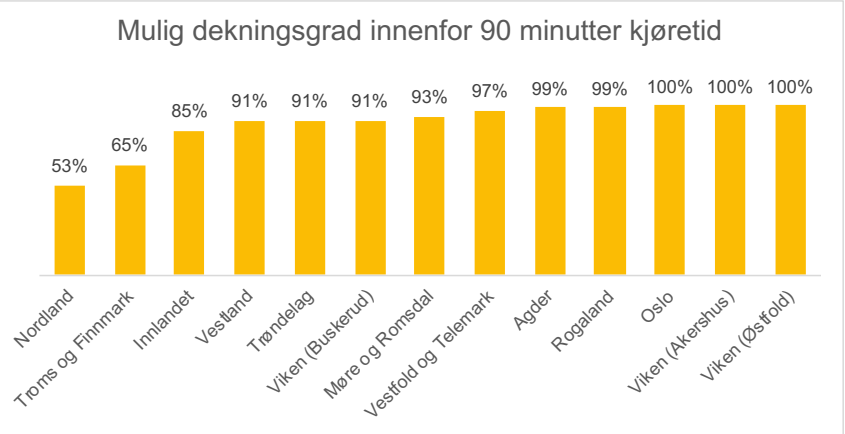
Den samfunnsøkonomiske analysen viser at en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* alt i alt er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det betyr at vi verdsetter de samlede nyttevirkningene av tiltaket høyere enn de samlede kostnadsvirkningene. Samtidig er det noen fordelingsvirkninger vi også ønsker å peke på. Tiltaket treffer ikke jevnt over hele landet, slik at målgruppen for *Sammen på vei* relativt sett kan få et bedre tilbud i noen deler av landet enn i andre. Det er allerede mangel på helsesykepleiere og jordmødre, og etablering av *Sammen på vei* kan føre til at kvalifisert personell i praksis overføres fra et universelt tilbud som treffer alle gravide og småbarnsforeldre til et spesialisert tilbud innrettet mot en liten, men sårbar gruppe. De største varige kostnadene ved tilbudet må i våre modeller dekkes av kommunene, men det er mer usikkert hvor stor den økonomiske gevinsten for en kommune vil bli. Nedenfor beskriver vi disse fordelingsvirkningene nærmere.

7.6.1 Geografisk variasjon i dekningsgrad

Våre modeller gir ulik dekningsgrad på tvers av fylkene. Noen av forskjellene følger av våre antakelser[10] om hvor mange team som blir etablert i et fylke, og noen av forskjellene følger av at det er ulike geografiske forutsetninger for å etablere et tilbud som *Sammen på vei,* med hyppige hjemmebesøk over en lang tidsperiode. På generelt grunnlag mener vi at dersom effekten av *Sammen på vei* blir godt dokumentert, og viser seg å gi de effektene vi har lagt til grunn i denne analysen, så vil det kunne oppstå vesentlige fordelingsvirkninger over tid. De førstegangsmødrene som befinner seg i en sårbar livssituasjon, og deres barn, som får hjelp fra *Sammen på vei,* vil ha potensial for vesentlige positive effekter, sammenliknet med tilsvarende målgruppe som bor i et område der det ikke finnes et tilbud om *Sammen på vei.*

Vi mener det særlig er grunn til å være oppmerksom på fordelingsvirkningene som skyldes ulike geografiske forutsetninger. I vår utforsking av ressursmessige rammebetingelser (se avsnitt 5.4.), utforsket vi hvilken dekningsgrad det teoretisk var mulig å oppnå. Figur 18 viser hvordan mulig dekningsgrad varierer mellom fylkene i den modellen.

[10] For eksempel har vi antatt at Oslo både i modell 2 og 2+ etablerer to store team. Den beregnede dekningsgraden i Oslo blir derfor 49 prosent i både modell 2 og 2+. I modell 2 blir Oslo dermed det fylket med høyest dekningsgrad, og i modell 2+ blir Oslo et av fylkene med lavere dekningsgrad.



Figur 18 Mulig dekningsgrad per fylke, innenfor en kjøretid på 90 minutter

Analysen viser at det i 10 av fylkene er mulig å oppnå en dekningsgrad over 90 prosent. I Innlandet klarte vi å oppnå en dekningsgrad på 85 prosent, mens Nordland og Troms og Finnmark skiller seg ut. Her klarte vi å oppnå en dekningsgrad på henholdsvis 53 og 65 prosent. Vi mener de forskjellige geografiske forutsetningene for å tilby *Sammen på vei*, taler for at det bør jobbes videre med å se på hva som kan være hensiktsmessige tilpasninger i måten programmet leveres på, for å gjøre det bærekraftig å nå ut til områder med få deltakere som bor langt fra hverandre.

Vi vet at dette er et tema som både Bufdir og RBUP er svært opptatt av, og anbefaler at det blir jobbet videre med å utvikle en virkningsfull tilpasning av *Sammen på vei* som kan leveres i et område med liten og svært spredt målgruppe, der kjøreavstandene gjør det umulig å etablere den ordinære NFP-modellen. Hvis det blir etablert et NFP-team i Nord-Norge, for eksempel i Tromsø, bør det etableres et samarbeid mellom teamet, nasjonalt kontor, statsforvalteren, RKBU Nord, de øvrige kommunale tjenestene i regionen og Nasjonalt samisk kompetansesenter (NASAK), som jobber med å styrke kvaliteten på tilbudet for samiske barn, voksne og familier i barnevernet, familievernet og krisesentrene og de øvrige kommunale tjenestene i regionen, for å se på mulige tilpasninger.

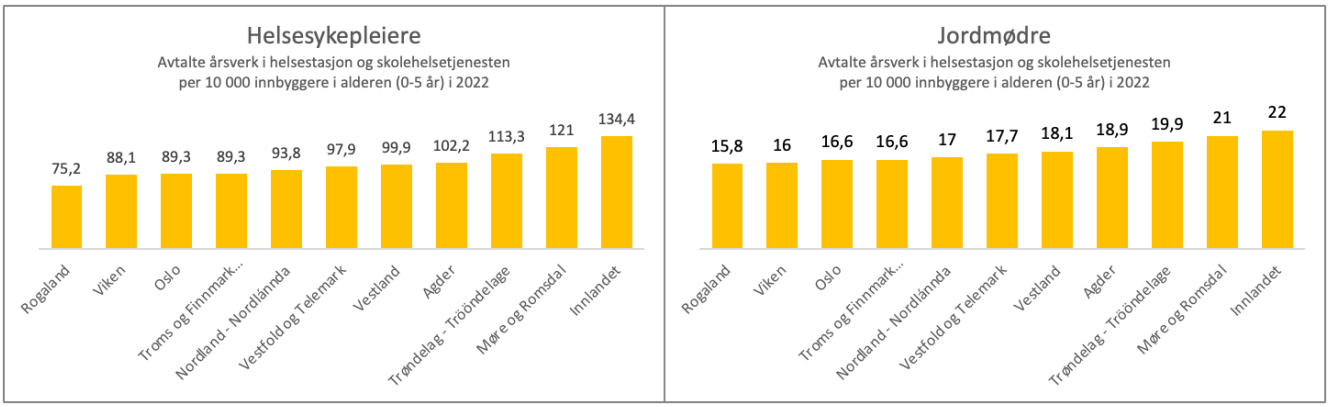
7.6.2 Overføring av ressurser fra det universelle tjenestetilbudet til *Sammen på vei*

Helsesykepleiere og jordmødre som ansettes i *Sammen på vei,* rekrutteres i hovedsak fra jordmor- og helsestasjonstilbudet i kommunal helse- og omsorgstjeneste, eller blant jordmødre i spesialisthelsetjenesten. Per 2023 er fordelingen mellom helsesykepleier og jordmødre som jobber i *Sammen på vei* 64 prosent helsesykepleiere, 28 prosent jordmødre og 8 prosent begge deler. Antakelsene vi gjør i modell 2 tilsier at det vil være behov for 72 årsverk i kommunene. I modell 2+ tilsier antakelsene at det vil være behov for 130 årsverk. Vår estimerte maksmodell, tilsier et behov for opp mot 200 årsverk. Med unntak av koordinatorene, er alle årsverkene helsesykepleiere eller jordmødre.

I 2021 utarbeidet Helsedirektoratet to rapporter som så på tilgang og behov for hhv helsesykepleiere og jordmødre. Om helsesykepleiere vurdere Helsedirektoratet følgende: *«[H]elsesykepleiere og jordmødre [har] for liten kapasitet til å dekke opp stillingene i svangerskapsomsorgen, helsestasjon 0 til 5 år, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Det er for lav kapasitet til å imøtekomme etterspørselen etter helsesykepleiere og dekke oppgaver som skal ytes i dag og kommende år i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, flyktninghelsetjenesten og smittevern.»* (Helsedirektoratet, 2021). I rapporten vises det til beregninger fra SSB, som anslår at det vil være tilnærmet balanse mellom tilbud og etterspørsel av jordmødre i 2035, hvis både utdanningstakten og det fremtidige behovet opprettholdes.

I rapporten om tilgang og behov for jordmødre, går det frem at det per 2021 allerede var mangel på jordmødre på landsbasis, og det vises til at SSB i 2019 fremskrev et underskudd på omkring 700 jordmorårsverk i 2035. Det pekes også på at det har vært en økt utfordring å beholde jordmødre i spesialisthelsetjenesten, og at økt etterspørsel etter jordmødre i kommunal helse- og omsorgstjeneste har gjort det vanskeligere for sykehusene å rekruttere og beholde jordmødre. (Helsedirektoratet, 2021)

Data fra SSB[11] viser at antall helsesykepleierårsverk og jordmorårsverk i kommunene, per 10 000 barn i alderen 0-5 år, varierer mellom fylkene, se Figur 19. Innlandet, Møre og Romsdal og Trøndelag har høyest dekning per 10 000 barn, mens Rogaland, Viken og Oslo har lavest dekning. Mellom Rogaland og Innlandet, som har den største differansen, er det 80 prosent flere helsesykepleiere og 39 prosent flere jordmødre per 10 000 barn i alderen 0-5 år. Samlet sett viser disse dataene at det i 2022 var 3 252 helsesykepleierårsverk og 607 jordmorårsverk i helsestasjon- og skolehelsetjenesten i kommunene, til sammen 3860 årsverk.



Figur 19 Oversikt over helsesykepleier og jordmødre i kommunene per fylke i 2022

Det estimerte behovet for jordmor- og helsesykepleierårsverk i *Sammen på vei* i modell 2 utgjør 2 prosent av disse årsverkene i kommunen. I modell 2+ utgjør de 3 prosent og i vårt estimerte maksimumsscenario utgjør de 5 prosent.

Med mindre det gjøres andre tiltak for å øke tilbudet av helsesykepleiere og jordmødre, vil etablering av *Sammen på vei* kunne føre til en overføring av årsverk fra det ordinære tilbudet til gravide kvinner og oppfølging av spe- og småbarn. I samtalene våre med kommuner og teamledere, spurte vi om hvordan det har vært å rekruttere ansatte til teamene. De fleste forteller at de har fått mange søkere. Vi tolker dette som at tilbudet er en attraktiv arbeidsplass for personer med denne kompetansen. Vi anerkjenner at dette kan bidra til å øke mangelen på helsesykepleiere og jordmødre, og forstår fra Helsedirektoratets rapporter om tematikken og helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4), at utfordringen trolig vil bli større blant jordmødre enn blant helsesykepleiere. Det er dermed en risiko for at *Sammen på vei* flytter ressurser fra det ordinære, universelle tilbudet, og over til en svært sårbar og utsatt gruppe.

Samtidig mener vi at det også kan argumenteres for at *Sammen på vei* bidrar til å rette opp en negativ forskjell som er der i dag. Med de universelle tjenestene er det en risiko for at marginaliserte grupper faller utenfor og ikke klarer å oppsøke eller ta imot hjelp de egentlig har krav på. *Sammen på vei* bidrar blant annet til at deltakerne blir tryggere på det ordinære tilbudet og oppsøker og tar imot hjelp de har rett på. Selv om vi observerer en mulig omfordelingseffekt som følge av *Sammen på vei*, mener vi derfor at dette ikke nødvendigvis er negativt.

Vi har også vurdert om det burde inkluderes en ikke-prissatt kostnadsvirkning i den samfunnsøkonomiske analysen for å synliggjøre at vellykket etablering av *Sammen på vei* innebærer at de øvrige kommunale tjenestene dels får noen nye oppgaver, knyttet til å rekruttere deltakere til *Sammen på vei,* og dels kan oppleve at etterspørselen etter dere tilbud og tjenester øker fordi familiesykepleierne jobber med å etablere tilstrekkelig støtte og tilbud rundt deltakerne og motivere deltakerne til å oppsøke og ta i mot hjelp fra det ordinære tilbudet.

Samtidig har tjenestene allerede i dag en oppgave med å avdekke og hjelpe de som trenger det, og selv om de ikke har kunnet henvise disse kvinnene til *Sammen på vei* tidligere, legger vi til grunn at de har strukket seg så langt de har kunnet for å gi disse kvinnene ekstra oppfølging, veiledning og støtte. I tillegg mener vi som i drøftingen over, at det snarere kan være snakk om å rette opp en skjevhet som finnes i dagens helse- og hjelpetilbud, som innebærer at målgruppen i *Sammen på vei* i mindre grad enn andre klarer å nyttiggjøre seg av det ordinære tilbudet som finnes.

[11] *Kostradata, Tabell 11994, Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-5 år*

7.6.3 Nyttevirkningene treffer bare delvis de samme aktørene som skal finansiere programmet

Den samfunnsøkonomiske analysen viser at de største nyttevirkningene fra *Sammen på vei* tilfaller barna, mødrene, og til dels samfunnet stort i form av redusert fremtidig produksjonstap, både for mødrene og barna. Kostnadene tilfaller i hovedsak kommunene (77-78 prosent av kostnadene i modell 2 og 2+). Nyttevirkningen knyttet til utsatte og unngåtte omsorgsovertakelser er en nyttevirkning som med vår beregning i hovedsak tilfaller kommunene. I både modell 2 og 2+ er både det lave og det høye anslaget for denne virkningen lavere enn de estimerte kommunale kostnadene.

Tabell 29 Netto kostnad/gevinst for kommunene

	Modell 2	Modell 2+
Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser (lavt anslag)	117 MNOK	205 MNOK
Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser (middels anslag)	*238 MNOK*	*420 MNOK*
Reduserte kostnader knyttet til omsorgsovertakelser (høyt anslag)	*360 MNOK*	*635 MNOK*
Kommunenes kostnader	-523 MNOK	-835 MNOK
Netto kostnad/gevinst for kommunen (lavt anslag)	-406 MNOK	-630 MNOK

Selv om *Sammen på vei* viser seg å gi unngåtte og utsatte omsorgsovertakelser som vi har lagt til grunn i analysen, viser våre beregninger at tiltaket over tid vil være netto negativt for kommunale budsjetter. I tillegg vil det være vanskelig for kommunene å vise at eventuelle reduserte kostnader til omsorgsovertakelser er direkte følge av *Sammen på vei.*

Dersom kommunene kun vurderer denne nettonytten når de vurderer om de skal prioritere å etablere *Sammen på vei,* er det en stor risiko for at *Sammen på vei* blir etablert i mindre omfang, en det som er den samlede samfunnsøkonomiske nytten av tiltaket tilsier at er optimalt. Dersom det over tid viser seg at *Sammen på vei* gir de effektene vi har identifisert, er det viktig å følge med på om kommunene etablerer tilbudet i ønsket omfang. Hvis ikke bør staten vurdere enda sterkere virkemiddelbruk, for eksempel økt statlig finansiering av tiltaket.

8 Vår anbefaling av modell

8.1 Kriterier for valg av modell

Vi ser på samfunnsøkonomisk lønnsomhet og dekningsgrad som de to hovedkriteriene for valg av anbefalt modell. Den samfunnsøkonomiske analysen er en samlet vurdering av netto nåverdi av prissatte kost- og nyttevirkninger, ikke-prissatte virkninger og usikkerhet i henhold til DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser (Direktoratet for økonomistyring, 2023). Dekningsgraden er et kriterium fordi målet med å eventuelt rulle ut *Sammen på vei* som et nasjonalt tilbud er å gi sårbare førstegangsmødre et likeverdig tilbud uavhengig av hvor man bor i landet. Med dekningsgrad mener vi andelen av målgruppen *Sammen på vei* vil kunne gi et tilbud i modell 2 og modell 2+.

8.2 Vår anbefaling av modell

Tabell 30 viser netto nåverdi av modell 2 og modell 2+, og er hentet fra Tabell 26. Den viser at den samfunnsøkonomiske lønnsomheten er høyere for modell 2+ i både et lavt, middels og høyt anslag.

Tabell 30 Netto nåverdi av modell 2 og 2+

Anslag	Modell 2	Modell 2+
Lav	743 MNOK	1 452 MNOK
Middels	1 193 MNOK	2 249 MNOK
Høy	1 642 MNOK	3 046 MNOK

Alle de ikke-prissatte virkningene er vurdert til å ha den samme samfunnsøkonomiske verdien i modell 2 og 2+. Samtidig, som beskrevet i kapittel 7.4, mener vi at den samfunnsøkonomiske virkningen er større i modell 2+ enn i modell 2 fordi tiltaket potensielt når nesten 90 prosent flere barn.

Usikkerheten i analysen, spesielt frivilligheten blant kommuner, usikkerhet om effekt av *Sammen på vei,* og usikkerhet om faktisk omfang på målgruppen treffer modell 2 og 2+ ganske likt, som beskrevet i avsnitt 7.1.2, 7.1.1 og 7.5.1.

Dekningsgraden, altså andelen av målgruppen *Sammen på vei* vil kunne gi et tilbud i modell 2 og modell 2+, ved full kapasitet som nås i 2031 (se kapittel 7.2) er 33 prosent i modell 2 og 61 prosent i modell 2+.

Vi anbefaler at en eventuell nasjonal utrulling av *Sammen på vei* baserer seg på modell 2+ fordi vi mener denne modellen vil gi høyere dekningsgrad enn modell 2, og fordi den samfunnsøkonomiske lønnsomheten også blir høyere når dekningsgraden øker. Vi mener det må være opp til kommunene om de ønsker å tilby *Sammen på vei* til sine innbyggere, men at staten gjennom statsforvalterne kan ta en aktiv pådriver- og tilretteleggerrolle for å motivere kommuner til å etablere tilbudet. Vi anbefaler videre at rollen som fagdirektorat og lisensholder i Norge videreføres hos Bufdir, men at det etableres en sterkere tverrsektoriell forankring av tilbudet, og både Budfir og Helsedirektoratet bør stå bak en felles anbefaling til kommuner om å etablere tilbudet. Nasjonalt kontor bør videreføres hos RBUP slik som i dag og være ansvarlig for å tilrettelegge og oversette verktøy og metodikk fra den internasjonale NFP-organisasjonen, ha ansvar for opplæring av familiesykepleiere og veiledning av teamledere, gi opplæring og bidra til koordinering med statsforvaltere og være ansvarlig for innsamling av data og rapportering til Bufdir og NFP Internasjonalt.

Vi anbefaler at staten ved Bufdir fortsetter å finansiere det nasjonale kontoret ved RBUP gjennom tilskudd, og at kommuner kan søke tilskudd til oppstart og utvidelse av nye team, enten fra en form for programfinansiering, eller fra statsforvalterens skjønnsmidler. I våre beregninger har vi lagt til grunn at kommunene kan få dekket 60 prosent av lønnskostnadene i tre år ved etablering eller utvidelse av team.

8.3 Økonomiske og administrative konsekvenser av anbefalt modell

Tabell 31 oppsummerer kostnadene ved å implementere modell 2+, gitt den deltakelsen vi har lagt til grunn i vår analyse av modell 2+. Statens tilskudd til kommunene for etablering av team og kommunenes team-kostnader

er det som i størst grad påvirkes av at det er frivillig for kommunene å etablere tilbudet. Statens kostnader til ressursbruk i statlig direktorat, pådriver- og tilretteleggerrollen hos statsforvalterne og tilskudd til nasjonalt kontor ved RBUP, blir i mindre grad påvirket av denne usikkerheten, så lenge staten holder fast ved intensjonen i modell 2+ om å jobbe aktivt for å at flest mulig kommuner skal ønske å etablere tilbudet.

Tabell 31 Finansering av modell 2+ (2027-2037) inkl. MVA

Aktør	Kostnads-element	2027	2028	2029	2030	2031	2032
Stat	Ressursbruk i statlig direktorat	1 MNOK	1 MNOK	1 MNOK	1 MNOK	1 MNOK	0,5 MNOK
Stat	Statforvalters rolle som pådriver og tilrettelegger	4,3 MNOK	4,3 MNOK	4,3 MNOK	4,3 MNOK	2,2 MNOK	- MNOK
Stat	Tilskudd til nasjonalt kontor/RBUP	3,6 MNOK	21,9 MNOK	21,9 MNOK	22,0 MNOK	18,3 MNOK	14,7 MNOK
Stat	Tilskudd til etablering og utvidelse av NFP-team	- MNOK	30,5 MNOK	35,5 MNOK	49,7 MNOK	28,1 MNOK	23,1 MNOK
Kommune	Resterende kostnader til NFP-team	- MNOK	77,4 MNOK	81,4 MNOK	93,3 MNOK	131,0 MNOK	136,2 MNOK
Totale kostnader (kr i 2023)		**8,9 MNOK**	**135,1 MNOK**	**144,2 MNOK**	**170,2 MNOK**	**180,6 MNOK**	**174,4 MNOK**

Aktør	Kostnads-element	2033	2034	2035	2036	2037	SUM	Andel av totalen
Stat	Ressursbruk i statlig direktorat	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	0,5 MNOK	8,0 MNOK	0,5 %
Stat	Statforvalters rolle som pådriver og tilrettelegger	- MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	19,4 MNOK	1,1 %
Stat	Tilskudd til nasjonalt kontor/RBUP	14,7 MNOK	14,7 MNOK	14,7 MNOK	14,7 MNOK	14,7 MNOK	176,0 MNOK	10,4 %
Stat	Tilskudd til etablering og utvidelse av NFP-team	9,0 MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	- MNOK	175,8 MNOK	10,4 %
Kommune	Resterende kostnader til NFP-team	150,6 MNOK	159,7 MNOK	159,9 MNOK	160,0 MNOK	160,1 MNOK	1 309,5 MNOK	77,5 %
Totale kostnader (kr i 2023)		**174,7 MNOK**	**174,9 MNOK**	**175,1 MNOK**	**175,2 MNOK**	**175,3 MNOK**	**1 688,6 MNOK**	**100,0 %**

9 Videre arbeid med nasjonal utrulling av *Sammen på vei*

Gjennom denne utredningen har vi pekt på noen sentrale suksessfaktorer for en nasjonal utrulling, og noen forutsetninger som bør være på plass. Her gjentar vi kort de aktivitetene vi mener det er særlig viktig å jobbe videre med som forberedelser til en eventuell nasjonal utrulling. Vi har også utarbeidet en overordnet tidsplan for en eventuell nasjonal utrulling, men denne vil være helt avhengig av at kommunene mobiliseres og ønsker å etablere NFP-team for sin kommune.

9.1 Tverrsektoriell forankring av satsingen

Fordi *Sammen på vei* som tiltak befinner seg i skjæringspunktet mellom helsehjelp, foreldrestøtte og forebyggende barnevern, mener vi det er viktig at programmet har en tverrsektoriell forankring, og at både barne- og familiesektoren og helse- og oppvekstsektoren står sammen bak en anbefaling til kommunene om å etablere NFP-team. Både Barne- og familisedepartementet og Bufdir bør jobbe for å etablere en bedre forankring av en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* hos Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Vi lurer også på om kjernegruppa i departementet (se avsnitt 5.2.1) kan være en egnet forankringsarena.

Vi har også anbefalt at kommuner kan søke om tilskudd til etablering og utvidelse av NFP-team, enten gjennom en form for programfinansiering eller gjennom skjønnsmidler fra statsforvalteren. I begge tilfeller vil det være behov for en tverrsektoriell enighet om å prioritere midler til en tilskuddsordning der kommunene blant annet kan søke om støtte til etablering eller utvidelse av NFP-team.

9.2 Videre arbeid med personvern i en nasjonal utrulling av *Sammen på vei*

Som det går frem av drøftingen i avsnitt 5.3.4, 6.3.6 og 6.4.7 er det vår vurdering at det vil være behov for ytterligere arbeid på personvernområdet i forkant av en nasjonal utrulling av *Sammen på vei.* Vi oppsummerer hovedpunktene her:

- Roller og ansvar mellom aktørene i en nasjonal utrulling bør utredes nærmere, både for å sørge for ivaretakelse av deltakernes personvern, unngå usikkerhet blant aktørene og sikre at de riktige avtalene (databehandleravtale eller avtale om felles behandlingsansvar) blir inngått.
- Det må utarbeides en ny eller oppdatert forskrift for en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* for å etablere rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger som går utover det som er nødvendig for å yte helsehjelpen. Det er viktig at grensen mellom helsehjelp på den ene siden og foreldrestøtte og forebyggende barnevern på den andre siden, fastsettes.
- Det bør utredes om det bør innføres særregler for taushetsplikt og deling av personopplysninger mellom offentlige instanser i forbindelse med deltakelse i *Sammen på vei.* Taushetsplikten etter helsepersonelloven er mer omfattende enn taushetsplikten etter forvaltningsloven Det vil antagelig være vanskelig for den enkelte deltaker å forstå hvilke opplysninger som er omfattet av hvilken taushetsplikt, og mange vil nok anta at alle opplysninger er omfattet av helsepersonells strenge taushetsplikt. Dette gjelder særlig fordi det i all hovedsak er helsepersonell som yter bistand gjennom programmet.
- Selv om plikten til å utarbeide personvernkonsekvensvurdering i utgangspunktet ligger på den behandlingsansvarlige, tilsier omfanget av innsamling av svært sensitive personopplysninger, i kombinasjon med at de registrerte kvinnene kan ha utfordringer med å benytte sine rettigheter, at lovgiver bør gjøre en grundig personvernkonsekvensvurdering før en nasjonal utrulling av *Sammen på vei.* Departementet har trolig bedre personvernkompetanse enn mange små kommuner og bedre muligheter til å sikre at de registrertes synspunkter blir hørt, eksempelvis gjennom relevante organisasjoner.
- Som følge av opplysningenes sensitivitet og omfanget av opplysninger, mener vi at det heller ikke kan utelukkes at det vil være nødvendig å gjennomføre forhåndsdrøftelse med Datatilsynet.

9.3 Mobilisering av statsforvalterne og kommuner

Vi mener at statsforvalterne kan spille en nøkkelrolle når det kommer til å være en pådriver for etablering av NFP-team i kommuner i sine fylker. Dette forutsetter at statsforvalterne mobiliseres og settes i stand til å spille den rollen. Det forutsetter opplæring og informasjon til statsforvalterne om *Sammen på vei,* hvordan og hvorfor det virker, hvordan det er organisert, hva det vil kreve av kommunene og hvordan de kan støtte kommunene i arbeidet med etablering av nye NFP-team.

Vi anbefaler at det er kommunene som selv må beslutte å etablere NFP-team i sin kommune eller i et samarbeid med omkringliggende kommuner. Etablering av nye team vil kreve at kommunene betaler en andel av kostnadene for nye team fra start. Det betyr at en beslutning om etablering av nye team krever at det finnes rom i de kommunale budsjettene. For å klare å finne det nødvendige handlingsrommet i budsjettene, må kommunene mobiliseres i god tid før oppstart av nasjonal utrulling starter, slik at de får fulgt sine ordinære plan- og budsjettprosesser.

9.4 Videreutvikle metodikk for å tilby *Sammen på vei* i svært grisgrendte strøk

Som vi peker på i drøftingen av fordelingsvirkninger i avsnitt 7.6.1 er det geografiske og demografiske forskjeller mellom kommuner og landsdeler som gjør at det er ulike rammevilkår i kommunene for å tilby et program som *Sammen på vei* som baserer seg på hyppige hjemmebesøk. Vi anbefaler at Bufdir og RBUP jobber videre med å utvikle metodikk som tilrettelegger for en noe høyere andel digitale møter og utforsker videre hvordan programmet kan leveres med tilstrekkelig kvalitet i de mest grisgrendte områdene. Vi forstår at man i Skottland har jobbet svært systematisk for å teste ut ulike modeller for å tilby programmet i de mest grisgrendte områdene i Skottland. Her bør Norge fortsette å hente erfaringer, samtidig som det også må testes ut i Norge. Vi oppfatter at teamtilhørigheten og den systematiske oppfølgingen av familiesykepleierne er en viktig faktor for at *Sammen på vei* skal ha effekt. Vi anbefaler derfor at hvis det skal testes ut mer bruk av satellitter over større avstander og nye måter å tilby programmet på, bør dette gjøres i tilknytning til et etablert team. For eksempel, dersom det blir etablert et NFP-team i Tromsø, mener vi det vil være naturlig at dette teamet også får et ansvar for å utforske mulighetsrommet for ulike måter å tilby *Sammen på vei* til de mest grisgrendte områdene i Troms og Finnmark. Her vil vi anbefale at det etableres et samarbeid mellom teamet, nasjonalt kontor, statsforvalteren, RKBU Nord, de øvrige kommunale tjenestene i regionen og Nasjonalt samisk kompetansesenter (NASAK), som jobber med å styrke kvaliteten på tilbudet for samiske barn, voksne og familier i barnevernet, familievernet og krisesentrene og de øvrige kommunale tjenestene i regionen, for å se på mulige tilpasninger.

9.5 Suksessfaktorer og tentativ tidsplan for nasjonal utrulling

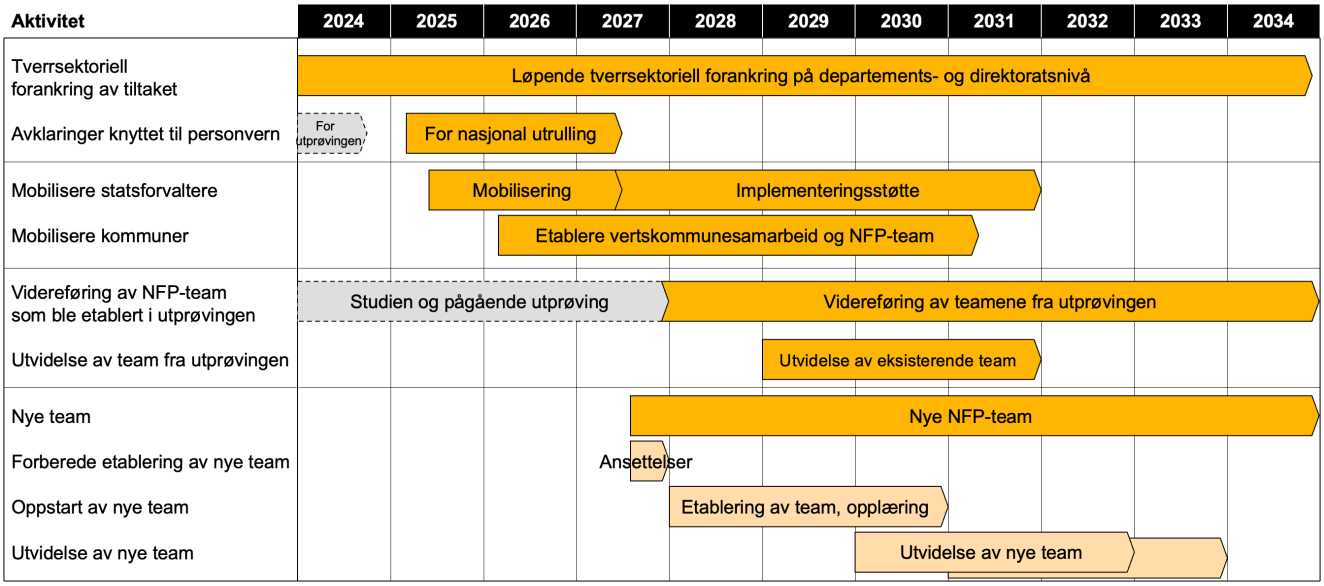
Nedenfor (Figur 20) har vi laget en tentativ tidsplan for arbeidet med nasjonal utrulling av *Sammen på vei.* Planen illustrerer at teamene som allerede er etablert i utprøvingen videreføres, og over tid utvides med inntil åtte familiesykepleiere, mens nye team etableres fra 2028, og gradvis utvides i 2030 og 2031 til de når en størrelse på inntil åtte familiesykepleiere.

Planen representerer en ønsket situasjon, der kommuner er klare til å etablere nye team allerede i 2028. Her er det stor usikkerhet, men vi mener at å starte tidlig med mobiliseringsaktiviteter mot statsforvaltere og deretter kommuner vil være en kritisk suksessfaktor. Vi mener at Bufdir bør drøfte med BFD hvor langt det er hensiktsmessig å gå i et mobiliseringsarbeid rettet mot statsforvaltere og kommuner før det foreligger en mer tydelig intensjon fra regjeringen om at *Sammen på vei* skal rulles ut nasjonalt.

I tillegg til mobilisering av statsforvaltere og kommuner, mener vi en viktig suksessfaktor vil være å sikre en tverrsektoriell forankring av *Sammen på vei* som en satsing rettet mot en sårbar gruppe. Vi tror en tydelig felles anbefaling fra flere statlige fagmyndigheter som Bufdir og Helsedirektoratet også vil gjøre det lettere å motivere kommunene til å etablere tilbudet.

Rekruttering av jordmødre og helsesykepleiere til tiltaket kan bli utfordrende. I avsnitt 7.6.2 beskriver vi at en fordelingsvirkning av tiltaket kan være at det representerer en overføring av ressurser fra det universelle helsetilbudet til gravide kvinner og småbarnsforeldre. Erfaringene så langt har vært at kommunene får mange kvalifiserte søknader når de lyser ut stillinger til *Sammen på vei*. Samtidig peker helsekommisjonen på at det et

gap mellom etterspørselen etter helsepersonell til kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten, og tilgangen på helsepersonell. De peker på at det har blitt merkbart vanskeligere for kommunene å rekruttere helsepersonell siste årene, og at sykepleiere er blant personellgruppene som det er særlig vanskelig å få tak i. Helsepersonellkommisjonen er også tydelig på at dersom antallet ansatte økes i ett tjenesteområde, vil det måtte bli reduksjon i sysselsettingen et annet sted. (NOU 2023:4)



Figur 20 Tentativ plan for en nasjonal utrulling

10 Kilder

Oslo Economics. (2018). *Forventet samfunnsnytte og konsekvenser for kommunene av Familie for første gang.*

Barne- og likestillingsdepartementet. (2018). *Trygge foreldre - trygge barn - Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018-2021).*

Prop. 1 S (2022-2023). (2022). *Prop 1 S (2022-2023) For budsjettåret 2023 under Barne- og familiedepartementet Utgiftskapittel: 800–882, 2530 Inntektskapittel: 3841, 3842, 3847, 3855, 3856, 3858, 3868.*

NOU 2023:7. (2023). *Trygg barndom, sikker fremtid – Gjennomgang av rettssikkerheten for barn og foreldre i barnevernet.* Barne- og familiedepartementet.

Nilsen, W., & Pedersen, E. (2018). *Følgeevaluering av Nurse-Family Partnership (NFP) i Norge, Familie for første gang, Delrapport 1: Oppstartsprosessen 2016-17.* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet.

Pedersen, E., & Nilsen, W. (2018). *Følgeevaluering av «FAMILIE FOR FØRSTE GANG», Delrapport 2: Prosjektfase 2017-2018.* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet.

Rasmussen, I., & Vennemo, H. (2017). *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn.* Oslo: Vista Analyse.

Social Research. (2022). *The Family Nurse Partnership in Scotland 10 Years On: A Detailed Analysis of NFP Data.* Scottish Government.

REvaluation, & Scottish Government. (2019). *Revaluation of the Family Nurse Partnership in Scotland.* Scottish Government.

Scottish Children and Families Directorate. (2021, August 20). *Coronavirus (COVID-19) Family Nurse Partnership insights: evaluation report.* Hentet fra https://www.gov.scot/publications/family-nurse-partnership-insights-covid-19-evaluation-report/pages/2/

Finansdepartementet. (2021, juni 25). *regjerinngen.no.* Hentet fra Rundskriv R-109/2021 Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøknomiske analyser: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2021.pdf

Lippestad, J. W., Pedersen, E., Melby, L., & Kaasbøll, J. (2018). *Utredning av mulig framtidig organisering av Familie for første gang - Nurse Family Partnership i Norge.* Oslo: SINTEF.

Rambøll Management Consulting og Oslo kommune. (2022). *Evaluering av hjemmeveiledning - barn med nedsatt funksjonsevne.* Oslo: Rambøll Management Consulting.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.). *Hva er barnevernsreformen?* Hentet September 2023 fra bufdir.no: https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/hva-er-barnevernsreformen/

University of Colorado. (2023). *Nurse-Family Partnership (NFP) International - Kjerneelementer for Sammen på vei | Kortversjon .* Aurora: University of Colorado.

Nordic Council of Ministers. (2022). *Barnets første 1000 dager i Norden - Anbefalinger.*

Nordic Councel of Ministers. (2020). *The first 1000 Days in the Nordic Countries - Psychososial Interventions and Psychologcial Tests: A Review of the Evidence.*

0-24 Samarbeidet. (u.å.). *Pilot for programfinansiering – 2020-2022.* Hentet September 28, 2023 fra https://0-24-samarbeidet.udir.no/wp-content/uploads/2019/10/Bakgrunnsdokument-pfp-v1.0.pdf

0-24 Samarbeidet. (u.å.). *Om oss - 0-24 Samarbeidet*. Hentet September 2023 fra 0-24 samarbeidet: https://0-24-samarbeidet.udir.no/om-oss/

Granone, F., Reikerås, E., Særbø, J., Solheim, K., Kaltvedt, E., Ree, M., . . . Dybvig-Joner, M. (2022). *Tidlig innsats, tidlig i livet - En sammenstilling og analyse av eksisterende kunnskap og forskning om de 1000 første dagene i et individs liv, inklusive livet i magen.* KS FoU, Universitetet i Stavanger, Stavanger.

Kommunal og moderniseringsdepartemenet. (2021). *Gode hver for oss. Best sammen. Overordnet strategi for departementsfellesskapene 2021-2025.*

Meld. St. 32 (2020-2021). (2021). *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv.* Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Andreassen, M., Glemmestad, E., Fjeld, R., & Vabo, S. I. (2017, Desember 19). *Områdegjennomgang av øremerkede tilskudd til kommunesektoren - Økt treffsikkerhet - bedre effekt - mindre byråkrati.* Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/4c7c2f30e95141d0b15e276c78a6d365/omradegjennomgang_av_oremerkede_tilskudd_til_kommunesektoren.pdf

Statsforvalterens hovedinstruks, Oppgave 5.2.2.1. (2023). *Styringsportalen for statsforvalteren*. Hentet fra Styringsportalen for statsforvalteren 2023: https://styringsportalen.statsforvalteren.no/2023/styringsdokumenter/

Prop. 110 S (2021-2022). (2023). *Kommuneproposisjonen 2023.* Kommunal- og distriktsdepartementet.

Helsedirektoratet. (2021). *Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser. Sektorveileder til Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen). Utkast.*

Direktoratet for økonomistyring. (2023, Juni). *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Hentet Oktober-November 2023 fra dfo.no: https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser

Kripos. (2019). *Alvorlig vold mot små barn.*

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.). *Hva er omsorgssvikt*. Hentet november 2023 fra bufdir.no: https://www.bufdir.no/barnevern/omsorgssvikt/

Menon Economics. (2023). *Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner.* Menon-publikasjon nr 15/2023.

Felitti, V., Anda, R. F., Nordenberg, D., Willliamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med, 14*, 245-58.

Norges Bank. (2023). *Valutakurser*. Hentet fra https://www.norges-bank.no/tema/Statistikk/Valutakurser/?tab=currency&id=USD

Helsedirektoratet. (2021). *Tilgang og behov for helsesykepleiere.* Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-helsesykepleiere

Helsedirektoratet. (2021, November 22). *Tilgang og behov for jordmødre.* Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre

Mossige, S., & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge, omfang og utviklingstrekk 2007-2015.* Oslo: Velferdsforskningsintituttet NOVA.

DFØ. (2023, 11 10). *Diraktoratet for forvaltning og økonomistyring*. Hentet fra dfo.no: https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/verdien-av-et-statistisk-liv-vsl

SSB. (2023, 10 3). SSB statistikkbank tabell 09050: Barn 0-24 år med omsorgstiltak i løpet av året. Oslo, Oslo, Norway.

Sysselsettingsutvalget. (2021). *NOU 2021:2 Kompetanse, aktivitet og inntektssikring .* Oslo.

Arbeidsforskningsinstituttet. (2019). *Utprøving av Familie for første gang - Sluttrapport fra en fireårig følgeevaluering av "Nurse Family Partnership" i Norge.* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet.

KS. (2021). *Veiledende satser for fosterhjem og besøkshjem*. Hentet fra KS: https://www.ks.no/fagomrader/barn-og-unge/barnevern/veiledende-satser-for-fosterhjem-og-besokshjem-2021/

RBUP. (2022). *Implementeringsprosessen i Norge*. Hentet fra Sammen på vei: https://sammenpavei.no/om-oss/implementeringsprosessen/

NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.* Helse- og omsorgsdepartementet.

11 Oversikt over tabeller i rapporten

Tabell 1 Kjerneelementene i *Sammen på vei* 14

Tabell 2 Inklusjonskriterier for *Sammen på vei,* og andel deltakere som oppfyller de ulike kriteriene. 15

Tabell 3 Oversikt over utprøvingsområdene i *Sammen på vei* 20

Tabell 4: Lokalisering og dimensjonering av team får å dekke 93 prosent av målgruppen innenfor 90 minutters kjøretid 37

Tabell 5 Oversikt over vurderte modeller for nasjonal utrulling 40

Tabell 6 Antakelser om antall team, ansatte og deltakere i beregninger knyttet til modell 2 47

Tabell 7 Antakelser om antall team, ansatte og deltakere i beregninger knyttet til modell 2+ 52

Tabell 8 Kostnadselementer i modell 2 (2027-2037) inkl. MVA 58

Tabell 9 Kostnadselementer i modell 2+ (2027-3027) inkl. MVA 58

Tabell 10 Finansering av modell 2 (2027-2037) inkl. MVA 59

Tabell 11 Finansering av modell 2+ (2027-2037) inkl. MVA 60

Tabell 12 Beskrivelse av skala for å vurdere kvantum, enhetsverdi og samfunnsøkonomisk virkning med verdimatrisemetoden 62

Tabell 13 Verdimatrise for vurdering av samfunnsøkonomisk virkning 62

Tabell 14 Oversikt over samfunnsøkonomiske virkninger av nasjonal utrulling av Sammen på vei 63

Tabell 15 Verdsetting av virkningen bedre helse og økt livskvalitet for barn i sårbare familier 65

Tabell 16 Verdsetting av virkningen unngåtte dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn 67

Tabell 17 Verdsetting av virkningen flere barn i jobb ved voksen alder 68

Tabell 18 Verdsetting av generasjonsvirkningen av at barnets barn får bedre forutsetninger 71

Tabell 19 Verdsetting av virkningen bedre helse og livskvalitet for mødre i en sårbar livssituasjon 72

Tabell 20 Verdsetting av nyttevirkningen reduksjon i antall omsorgsovertakelser 74
Tabell 21 Verdsetting av nyttevirkningen utsettelse av omsorgsovertakelser for familier etter midlertidig bedring av omsorgsevnen 75
Tabell 22 Verdsetting av virkningen høyere arbeidsdeltakelse for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon .. 76
Tabell 23 Verdsetting av myndighetskostnader, kostnader til nasjonalt kontor, lisens og kostnader til NFP-team 77
Tabell 24 Verdsetting av skattefinanseringskostnad 78
Tabell 25 Verdsetting av skattefinanseringsgevinst 78
Tabell 26 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet for lavt, middels og høyt anslag i modell 2 og modell 2+ 78
Tabell 27 Break even analyse 81
Tabell 28 Avkastning av Sammen på vei 81
Tabell 29 Netto kostnad/gevinst for kommunene 85
Tabell 30 Netto nåverdi av modell 2 og 2+ 86
Tabell 31 Finansering av modell 2+ (2027-2037) inkl. MVA 87
Tabell 32: Tidsbruk per familiesykepleier (kjøretid som uavhengig variabel) 98
Tabell 33 Totale kostnader for et NFP-team per år (i 2023 kr), basert på størrelsen av NFP-teamet 105

12 Oversikt over figurer i rapporten

Figur 1 Innramming av mulighetsrommet for nasjonal utrulling av Sammen på vei 11
Figur 2 Antall deltakere per familiesykepleier per NFP-team, 2016-2023 17
Figur 3 Tidslinje som viser de ulike fasene i utprøving av Sammen på vei i Norge 19
Figur 4 Estimert målgruppen i Sammen på vei i 2,5 år fra 2027 per kommune (og per bydel i Oslo) 36
Figur 5 Kommuner og målgruppen som dekkes i modell 2 48
Figur 6 Kommuner og målgruppen som dekkes i modell 2+ 53
Figur 7 Modell for økt kapasitet i de etablerte teamene fra utprøvingsperioden av *Sammen på vei* 55
Figur 8 Modell for etablering og gradvis utvidelse av nye NFP-team som etableres ved en nasjonal utrulling av Sammen på vei 56
Figur 9 Kostnader ved nasjonal utrulling av Sammen på vei 57
Figur 10 De virkningsfulle mekanismene i *Sammen på vei* underbygger at tiltaket virker og at programmålene blir oppnådd. Dette gir grunnlag for å vurdere samfunnsøkonomiske virkninger ved en nasjonal utrulling 63
Figur 11 Virkningskjede for virkningen bedre helse og økt livskvalitet for barn i sårbare familier 65
Figur 12 Virkningskjede for virkningen unngåtte dødsfall som følge av vold og omsorgssvikt mot små barn 67
Figur 13 Virkningskjede for virkningen flere barn i jobb ved voksen alder 68
Figur 14 Virkningskjede for generasjonsvirkningen av at barnets barn får bedre forutsetninger 70
Figur 15 Virkningskjede for bedre helse- og livskvalitet for sårbare førstegangsmødre 72
Figur 16 Virkningskjede for virkningen høyere arbeidsdeltakelse for førstegangsmødre i en sårbar livssituasjon 76
Figur 17 Verdsetting av ikke-prissatte virkninger 80

Figur 18 Mulig dekningsgrad per fylke, innenfor en kjøretid på 90 minutter 83
Figur 19 Oversikt over helsesykepleier og jordmødre i kommunene per fylke i 2022..... 84
Figur 20 Tentativ plan for en nasjonal utrulling 90
Figur 21 Kostnad per årsverk per NFP-team i 2023. Kostnadene inkluderer lønn, sosiale kostnader og andre driftskostander. 104

13 Vedlegg

13.1 Anslag på målgruppe og dimensjonering av tilbudet

Dette vedlegget er en referanse til kapittel 2.2.

Siden det ikke er tilgjengelig data på målgruppen i *Sammen på vei* per kommune per år, ble følgende metode brukt for å estimere målgruppen:

1. Samle inn relevant data, inkludert befolkning, fødte og førstefødte.
2. Estimere framskrevet førstefødte per år i tidsperioden 2027-2037, per kommune i Norge og bydel i Oslo.
3. Estimere andel førstefødte som er i målgruppen.

Steg 1: Samle inn relevant data

Data ble samlet inn fra offentlig registre eller direkte bestilt fra SSB. Dette inkluderer data på historisk befolkning, framskrevet befolkning, historisk antall fødte, framskrevet antall fødte og historisk antall førstefødte. For alle framskrivninger brukes middelalternativet. Se kapittel 2.4.4 for en detaljert beskrivelse av datakildene.

Steg 2: Estimere framskrevet førstefødte per år i tidsperioden 2027-2037, samt per kommune i Norge og bydel i Oslo

Det var ikke tilgang på data, hverken offentlig er bestilt, på framskrevete førstefødte per kommune i Norge og per bydel i Oslo i tidsperioden 2027-2037.

Følgende formel ble brukt for å estimere framskrevet førstefødte per kommune i Norge (ekskludert bydeler i Oslo), per år i 2027-2037:

$$Antall\ førstefødte\ (framskrevet)\ i\ kommune\ X\ i\ år\ 20XX = Antall\ fødte\ (framskrevet)\ i\ kommune\ X\ i\ år\ 20XX * Andel\ førstefødte\ i\ kommune\ X\ i\ perioden\ 01.06.2020\ til\ 31.12.2022$$

For eksempel er antall førstefødte (framskrevet) i Halden kommune i 2027 = 254 * 40% = 102.

Antall fødte (framskrevet) per kommune X i år 20XX er baserer seg på SSBs befolkningsfremskrivninger som er åpent tilgjengelig på ssb.no. *Andel førstefødte i kommune X i perioden 01.06.2020 til 31.12.2022* ble beregnet på følgende måte:

$$Andel\ førstegangsfødte\ i\ kommune\ X\ i\ perioden\ 01.06.2020\ til\ 31.12.2022 = \frac{(Førstegangsfødte\ i\ kommune\ X\ i\ 2020/2 + førstegangsfødte\ i\ kommune\ X\ i\ 2021 + førstegangsfødte\ i\ kommune\ X\ i\ 2022)}{(Fødte\ i\ kommune\ X\ i\ 2020/2 + fødte\ i\ kommune\ X\ i\ 2021 + fødte\ i\ kommune\ X\ i\ 2022)}$$

For eksempel er andel førstefødte i Halden i perioden 01.06.2020 til 31.12.2022 = (113/2 + 91 + 99) / (254/2 + 260 + 226) = 40%.

Førstefødte i kommune X i 2020, 2021 og 2022 er bestilt data fra SSB, og *fødte i kommune X i 2020, 2021 og 2022* er offentlig tilgjengelig registerdata.

Det er to viktige momenter som ligger bak beregningene. En forutsetning er at andel førstegangsfødende av alle fødende for perioden 01.06.2020-31.12.2022 per kommune vil være lik i tidsperioden 2027-2037 per kommune. I tillegg er varigheten på tidsperioden 01.06.2020-31.12.2022 valgt til 2,5 år, ettersom dette tilsvarer en gjennomsnittlig forventet tidsperiode en deltaker er i *Sammen på vei*.

For å estimere framskrevete førstefødte per bydel i Oslo, per år i 2027-2037 er samme metode brukt som for kommuner i Norge. Forskjellen er at det kur er offentlig tilgjengelig registerdata på antall fødte per bydel i Oslo i 2020-2022, utenom bydelene Sentrum og Marka. Vi fant heller ikke framskrivninger på antall førstefødte per bydel i Oslo.

Antall fødte i bydel Sentrum og Marka per år i 2020-2022 har blitt estimert ved å ta totalt antall fødte i Oslo kommune minus summen av antall fødte i bydelene i Oslo (bortsett fra Sentrum og Marka) per år i 2020-2022. Halvparten av resterende fødte personer i Oslo ble tildelt Sentrum, og den andre halvparten ble tildelt Marka. Dette estimatet har liten innflytelse på anslaget på målgruppe totalt sett, ettersom Sentrum og Marka kombinert har en estimert målgruppe på under 1 person per år i 2027-2037.

Antall framskrevede fødte per bydel i Oslo, per år i 2027-2037 ble estimert ved bruk av formelen:

$$Antall\ framskrevet\ fødte\ i\ bydel\ X\ i\ år\ 20XX = \frac{(Antall\ fødte\ i\ bydel\ X\ fra\ 01.06.2020\ til\ 31.12.2022)}{(Befolkning\ i\ bydel\ X\ fra\ 01.06.2020\ til\ 31.12.2022)} * Framskrevet\ befolkning\ i\ bydel\ X\ i\ år\ 20XX$$

For eksempel er antall framskrevet fødte i bydel Gamle Oslo i 2027 = (1057/2 + 1049 + 942) / (58671/2 + 59876 + 60209) * 64225 = 1083. Tidsperioden 01.06.2020-31.12.2022 er den samme som er brukt ved beregning av framskrevet førstefødte.

Steg 3: Estimere andel førstefødte som er i målgruppen.

For å estimere antall framskrevet i målgruppen til *Sammen på vei*, per kommune i Norge og per bydel i Oslo, per år i tidsperioden 2027-2037 basert på framskrevet førstefødte brukes formelen:

$$Antall\ i\ målgruppen\ (framskrevet) i\ kommune\ X\ eller\ bydel\ X\ i\ 20XX = Antall\ førstegangsfødte\ (framskrevet)\ i\ kommune\ X\ eller\ bydel\ X\ i\ år\ 20XX * Andel\ førstegangsfødte\ i\ målgruppen$$

For eksempel er antall i målgruppen (framskrevet) i Halden kommune i 2027 = 102 * 4,6% = 5.

En viktig forutsetning er at 4,6 prosent av førstegangsfødende er en del av målgruppen til *Sammen på vei*, fordelt jevnt nasjonalt og over tid. I piloten inkluderte NFP-teamet i Rogaland ca 2,5 prosent av førstegangsfødende i sitt område som deltakere i *Sammen på vei.* I Oslo var det ca 5 prosent (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019). Parallelt med denne utredningen har det nettopp blitt startet opp en omfattende kontrollert, randomisert studie av *Sammen på vei* i Norge, som er beskrevet i kapittel 2.3. I en samtale med AFI uttrykkes et håp om at man klarer å rekruttere 5 prosent av førstegangsfødende i effektstudien.

Et eget estimat på andel førstefødte i målgruppen har blitt beregnet ved å sammenlikne antall deltakere + venteliste i *Sammen på vei* i piloten med antall førstefødte i samme periode og område. I piloten var det 84 innmeldte deltakere i Oslo og 101 i Rogaland. I tillegg var det 18 deltakere som oppfylte kriteriene i Rogaland på venteliste (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019). Det gir en total på 203.

Tallmaterialet til AFI er innhentet av familiesykepleierne ved flere ulike tidspunkt fram til september 2019 (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019). Data fra RBUP viser at antall deltakere per familiesykepleier i Oslo og Rogaland er lavest i 2016 når NFP-teamene ble først etablert, og øker betydelig for hvert år fram til 2019. Se kapittel 3.1.2 for en beskrivelse av dette. For å justere for dette er en antakelse at antall deltakere + venteliste i piloten i *Sammen på vei* er den samme som potensielt antall deltakere i perioden 01.06.2017-31.12.2019 ved full kapasitet per familiesykepleier. Dermed sammenliknes deltakere + venteliste i piloten (fra 2016 til september 2019) på 203 med antall førstefødte i perioden 01.06.2017-31.12.2019.

Antall fødte i perioden 01.06.2017-31.12.2019 for kommunene og bydelene i piloten har blitt hentet fra SSB og statistikkbanken Oslo kommune, som beskrevet i kapittel 2.4.4. Totalt antall fødte i utprøvingsområdet i denne perioden er 11 061. Videre anslår AFI at andel førstegangsfødende av alle fødte er ca. 40 prosent førstegangsfødende (Arbeidsforskningsinstituttet, 2019). Ved bruk av denne antakelsen er antall førstefødte i utprøvingsområdet i perioden = 11 061 * 40% = 4424. Følgende formel brukes for å finne andel førstefødte i målgruppen i *Sammen på vei:*

$$Andel\ førstefødte\ i\ målgruppen\ i\ Sammen\ på\ vei = \frac{Deltakere+venteliste\ i\ piloten\ fra\ 2016\ til\ september\ 2019}{Antall\ førstefødte\ i\ utprøvingsområde\ fr\square\square\ 01.06.2017\ til\ 31.12.2019}$$

= 203 / 4424 = 4.6%. Dette faller innenfor estimatene til AFI på 2,5-5 prosent, og vi har derfor valgt å bruke denne andelen.

Et anslag på målgruppen i 2,5 år fra 2027 har til slutt blitt estimert for å undersøke antall deltakere *Sammen på vei* kan potensielt ha til en hver tid ved nasjonal utrulling. Varigheten på 2,5 år er igjen brukt ettersom dette omtrent tilsvarer varigheten av *Sammen på vei* for deltakerne som fullfører programmet. Anslaget på målgruppen i 2,5 år fra 2027 per kommune i Norge eller bydel i Oslo estimeres ved bruk av formelen:

$$Antall\ i\ målgruppen\ i\ kommune\ X\ i\ 2{,}5\ fra\ 2027 = Antall\ i\ målgruppen\ i\ kommune\ X\ i\ 2027/2 + Antall\ i\ målgruppen\ i\ kommune\ X\ i\ 2028 + Antall\ i\ målgruppen\ i\ kommune\ X\ i\ 2029$$

For eksempel er antall i målgruppen i Halden kommune i 2,5 år fra 2027 = 4,7/2 + 4,7 + 4,8 = 11,9.

13.2 Estimert behov for årsverk

Dette vedlegget er en referanse til kapittel 5.4.3.

Fremgangsmåten består av følgende steg:

1. Estimere tidsbruk per familiesykepleier
2. Beregne gjennomsnittlig kjøretid per NFP-team eller satellitt
3. Beregne kapasitet på antall deltakere per familiesykepleier
4. Beregne estimert behov for årsverk for familiesykepleiere per NFP-team og satellitt
5. Beregne estimert behov for totalt antall årsverk (familiesykepleiere, teamledere, administrasjonskonsulenter/teamkoordinatorere) per NFP-team og satellitt

Steg 1: Estimere tidsbruk per familiesykepleier

Tabell 32 viser hvordan en gjennomsnittlig arbeidsuke kan se ut for en familiesykepleier etter at man har fullført opplæring og har en full caseload. Viktige forutsetninger er at tidsbruken er lik på tvers av NFP-team, og i samsvar med gjennomsnittlig antall og lengde basert på begrunnelser/kilder, med unntak av kjøretid.

Tabellen legger opp til at kjøretid blir den uavhengige variabelen som styrer kapasitet på antall deltakere per familiesykepleier, som beskrives i steg 3.

Tabell 32: Tidsbruk per familiesykepleier (kjøretid som uavhengig variabel)

Tidsbruk per familiesykepleier	Antall	Lengde (minutter)	Arbeidsår (minutter)	Totalt antall minutter i én arbeidsuke	Begrunnelse/kilde
Arbeidsuke			10 1700	2250	Ett årsverk er definert som 1695 timer eller 230 arbeidsdager. Én arbeidsuke er definert som 37,5 timer.
Teammøter	46	180	8280	180	Basert på samtaler med teamledere og nasjonalt kontor: Ett teammøte hver uke, varighet på tre timer.
Veiledningsmøter	46	60	2760	60	Basert på samtaler med teamledere og nasjonalt kontor: Familiesykepleierne får én times veiledning i uken med teamleder.
Kursing	5	450	2250	49	Basert på samtaler med teamledere og nasjonalt kontor.
Samlinger	6	450	2700	59	
Utadrettet virksomhet + annet diverse				248	Satt til 11 prosent av én arbeidsuke. Originalt 10 prosent, men justert opp for å reflektere at maks kapasitet for antall deltakere per familiesykepleier med

					kortest kjøretid (Oslo) er 18. Se steg 3 for beregningen.
Resterende tid				1655	
Besøk per deltaker + forberedelse og etterarbeid	43	205	3526	77	43 er gjennomsnittlig antall besøk per deltaker per familiesykepleier, uavhengig av besøkssted, i mottatt data fra RBUP. 205 = 85 minutter til besøket + 120 minutter til forberedelse og etterarbeid. 85 minutter er gjennomsnittlig varighet på et besøk i deltakerens hjem, i mottatt data fra RBUP. Gjennomsnittlig varighet uavhengig av besøkssted er 83, men vi har valgt å justere dette opp til 85 for å reflektere at besøk i hovedsak utføres som hjemmebesøk og ikke digitalt som under Covid-19 pandemien. 120 minutter består av en antakelse på 60 minutter til forberedelse og 60 minutter til etterarbeid som journalføring. Forberedelser og etterarbeid er en viktig del av hjemmebesøkene, og i utprøvingen har familiesykepleiere uttrykt at det ikke er nok tid til dette (Nilsen & Pedersen, 2018).
Kjøretid	40	X	40*X/2,5*2	(40*X/2,5*2)*5/230	40 er gjennomsnittlig antall besøk per deltaker per familiesykepleier, med unntak av telefon- og videosamtaler, i mottatt data fra RBUP. Vi antar at i dag vil disse 40 besøkene gjennomføres som hjemmebesøk, hvor en del av de ble gjennomført andre steder under Covid-19 pandemien. X er gjennomsnittlig kjøretid som beregnes per NFP-team i steg 2. Formelen (40*X/2,5*2)*5/230 estimerer gjennomsnittlig kjøretid per uke per deltaker. 2,5 = Antall år deltakeren er i *Sammen på vei* 2 = Tur-retur kjøring 5/230 = Justert for per uke, 5 dager per arbeidsuke og 230 arbeidsdager per år.

Steg 2: Beregne gjennomsnittlig kjøretid per NFP-team eller satellitt

Som tabellen i kapittel 5.4.2 viser betjener hvert NFP-team og satellitt et sett med kommuner (eller bydeler i Oslo). En kommune er alltid tildelt ett NFP-team eller satellitt, slik at ingen kommuner betjenes av flere team. I modellen har vi tildelt en kommune det NFP-teamet med kortest kjøretid, gitt at kjøretiden er under 90 minutter.

Gjennomsnittlig kjøretid for et NFP-team eller satellitt er beregnet ved bruk av følgende formel:

$$Gjennomsnittlig\ kjøretid = ((\sum_{n=X}^{X+Y} Kjøretid\ fra\ NFP\ kommune\ til\ kommune\ X * Antall\ i\ målgruppen\ i\ 2{,}5\ år\ fra\ 2027\ i\ kommune\ X)/\ Antall\ deltakere\ dekket\ av\ NFP\ teamet) + 10\ minutter$$

For eksempel er den gjennomsnittlige kjøretiden til et NFP-team i Bærum kommune ved høyest dekningsgrad i en nasjonal utrulling av *Sammen på vei* = ((Kjøretid i Bærum kommune * Målgruppen i Bærum kommune + Kjøretid fra Bærum kommune til Asker kommune * Målgruppen i Asker kommune + Kjøretid fra Bærum kommune til Jevnaker kommune * Målgruppen i Jevnaker kommune) / Antall deltakere dekket av NFP-teamet i Bærum kommune) + 10 minutter = ((58*15+39*15+3*55) / 100) + 10 = 26 minutter.

Kjøretidene er samlet inn fra Google Maps, og er i utgangspunktet tatt fra dagens lokasjoner til NFP-team eller sentrum av kommunen (f.eks. sykehus, rådhus, osv.). En forutsetning er at kjøretiden hentet fra Google Maps er den samme som den gjennomsnittlige kjøretiden fra et NFP-team til deltakerne i en kommune, selv om deltakerne kan bo spredt. 10 minutter ekstra er lagt for å reflektere avstanden fra dør til dør, og inkluderer å gå til bilen, trafikk, å parkere bilen, osv.

Steg 3: Beregne kapasitet på antall deltakere per familiesykepleier

Kapasitet på antall deltakere per familiesykepleier er beregnet basert på steg 1 og 2. Steg 1 estimerer tidsbruken til en opplært familiesykepleier, med unntak av kjøretid som gjenstår som en uavhengig variabel. Steg 2 beregner kjøretid for hvert NFP-team og satellitt.

Følgende formel er brukt for å beregne kapasitet på antall deltakere per familiesykepleier i et bestemt NFP-team eller satellitt:

$$Kapasitet\ på\ antall\ deltakere\ per\ familiesykepleier = Resterende\ tid / (Antall\ minutter\ i\ uken\ per\ besøk\ av\ deltaker, inkludert\ forberedelse\ og\ etterarbeid + \left(Antall\ kjøreturer\ én\ vei * \frac{Gjennomsnittlig\ kjøretid\ for\ NFP\ team\ eller\ satellitt}{2{,}5} * 2\right) * \frac{5}{230})$$

For eksempel er kapasiteten for NFP-teamet i Bærum kommune ved høy dekningsgrad = 1655/(77+(40*26/2,5*2)*5/230) = 17.

Se i tabellen til steg 1 under variabelen kjøretid for en begrunnelse av verdiene 2, 2,5, 5 og 230. Resterende er også fra denne tabellen, resterende tid = antall minutter i en arbeidsuke – teammøter i en arbeidsuke – veiledningsmøter i en arbeidsuke – kursing i en uke – samlinger i en uke – utadrettet virksomhet og annet diverse i en uke = 2250 – 180 – 60 – 59 – 49 – 248 = 1655 (ikke 1654 grunnet desimaler som ekskludert i eksempelformelen her).

I kapittel 3.1.2 drøftes arbeidsbelastningen til familiesykepleierne i *Sammen på vei*, hvor blant annet de kommer fram at en caseload på 20 deltakere har blitt nedjustert til 15-18 deltakere i Norge. En caseload på 18 deltakere kan også være krevende for en familiesykepleier. Originalt var utadrettet virksomhet og annet diverse satt til 10 prosent av en arbeidsuke. Vi har justert den opp til 11 prosent, slik at NFP-teamet med kortest gjennomsnittlig kjøretid (Oslo) har en caseload som ikke er over 18. Det er viktig å presisere at dette er et forslag til caseload for en familiesykepleier som er helt opplært. Vi har tatt caseloaden til en familiesykepleier under opplæring til betrakning i drøftingen av utrullingstakt i kapittel 7.2.

Steg 4: Beregne estimert behov for årsverk for familiesykepleiere per NFP-team og satellitt

Følgende formel er brukt for å estimere behov for årsverk for familiesykepleier for et bestemt NFP-team eller satellitt:

$$Antall\ årsverk\ familiesykepleier = \frac{Antall\ i\ målgruppen\ dekket\ av\ NFP\ team\ eller\ satellitt}{Kapasitet\ på\ antall\ deltakere\ per\ familiesykepleier}$$

For eksempel er antall årsverk for familiesykepleiere for NFP-teamet i Bærum kommune ved høy dekningsgrad = 100/17 = 6.

Estimert antall årsverk for familiesykepleiere for å oppnå 93 prosent dekningsgrad av målgruppen i *Sammen på vei* er 156 familiesykepleiere.

Steg 5: Beregne estimert behov for antall årsverk (familiesykepleiere, teamledere, administrasjonskonsulenter/teamkoordinatorer) per NFP-team og satellitt

Det er behov for 1 årsverk knyttet til teamleder per NFP-team.

Administrasjonskonsulent eller teamkoordinator har lavere årsverk for små team ettersom det er et mindre behov å koordinere teamet. I tillegg har tidligere arbeid som å manuelt overføre data fra papir til digitalt falt bort. Kjerneelementene i *Sammen på vei* presiserer at minste teamstørrelse er fire sykepleier med veileder, samt en fulltidsveileder kan lede et team på høyst åtte sykepleiere og en administrasjonskonsulent eller teamkoordinator (University of Colorado, 2023). Administrasjonskonsulent eller teamkoordinator har blitt beregnet på følgende måte:

- NFP-team med 4-4,9 familiesykepleiere → 0 årsverk knyttet til administrasjonskonsulent eller teamkoordinator
- NFP-team med 5-5,9 familiesykepleiere → 0,5 årsverk knyttet til administrasjonskonsulent eller teamkoordinator
- NFP-team med 6-8 familiesykepleiere → 1 årsverk knyttet til administrasjonskonsulent eller teamkoordinator
- En satellitt er knyttet til et annet NFP-team, og har derfor ingen ekstra årsverk til teamleder eller administrasjonskonsulent.

13.3 Estimert utrullingstakt

Dette vedlegget er en referanse til kapittel 7.2.

Beregninger knyttet til utrullingstakten per år i tidsperioden 2027-2037 følger disse stegene:

1. Beregne behov for antall familiesykepleiere per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+.
2. Beregne behov for antall årsverk per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+.
3. Beregne kapasitet på antall deltakere, per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+.
4. Beregne nye deltakere per år, per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+.
5. Beregne dekning av målgruppen per år, per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+.

Steg 1: Beregne behov for antall familiesykepleiere per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+

Modell 2:

- For NFP-teamene fra utprøvingsperioden videreføres antall familiesykepleiere. Disse er dermed konstant i tidsperioden 2027-2037.
- Nye NFP-team ansetter 4 familiesykepleiere i 2029, og holdes konstant til 2037. Unntaket er det nye teamet i Oslo, hvor 4 familiesykepleiere ansettes i 2029, 2 ansettes i 2030 og 2 ansettes i 2031.

Modell 2+:

- For NFP-teamene fra utprøvingsperioden utvides antall familiesykepleiere. Antall familiesykepleiere beholdes likt fra utprøvingen fram til 2028, og økes til 8 familiesykepleiere i 2029. Antall familiesykepleiere er dermed 8 fra 2029 til 2037.
- Nye NFP-team ansetter 4 familiesykepleiere i 2028, opp til 2 nye familiesykepleiere i 2030 ved behov og opp til 2 nye familiesykepleiere i 2031 ved behov. For eksempel ansetter NFP-teamet i Hamar 4 familiesykepleiere i 2028, 2 nye i 2030 og 2 nye i 2031. I tillegg er årsverkene justert for befolkningsframskrivninger, og kan øke gradvis opp til 8 hvis behovet tilsier dette. Et eksempel er NFP-teamet i Ålesund som ansetter 4 familiesykepleiere i 2028, ansetter 0,3 årsverk i 2030 og har en gradvis økning derfra opp til 4,5 årsverk i 2037.

Steg 2: Beregne behov for antall årsverk per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+

Det er behov for 1 årsverk knyttet til teamleder per NFP-team.

- NFP-team med 4-4,9 familiesykepleiere → 0 årsverk knyttet til administrasjonskonsulent eller teamkoordinator

- NFP-team med 5-5,9 familiesykepleiere → 0,5 årsverk knyttet til administrasjonskonsulent eller teamkoordinator
- NFP-team med 6-8 familiesykepleiere → 1 årsverk knyttet til administrasjonskonsulent eller teamkoordinator
- En satellitt er knyttet til et annet NFP-team, og har derfor ingen ekstra årsverk til teamleder eller administrasjonskonsulent.

For eksempel vil NFP-teamet i Hamar ansette 4 familiesykepleier + 1 teamleder i 2028 = 5 årsverk, 2 nye familiesykepleiere + 1 administrasjonskonsulent eller teamkoordinator i 2030 = 3 nye årsverk, og 2 nye familiesykepleiere i 2031 = 2 årsverk. Det gir totalt 10 årsverk fra 2031 til 2037.

For en begrunnelse av beregning av antall årsverk per NFP-team og satellitt, se steg 5 i kapittel 5.4.3.

Steg 3: Beregne kapasitet på antall deltakere, per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+

For både modell 2 og 2+ beregnes kapasitet på antall deltakere per NFP-team og satellitt ved å følge samme fremgangsmåte:

- Justere estimatet for målgruppen som NFP-teamet skal dekke for befolkningsframskrivninger. Det betyr at totalt målgruppen i 2029 = nye i målgruppen i 2027/2 + nye i målgruppen i 2028 + nye i målgruppen i 2029. Videre er totalt målgruppen i 2030 = nye i målgruppen i 2028/2 + nye i målgruppen i 2029 + nye i målgruppen i 2030. Denne beregningen fortsetter for hvert år til 2037.
- Beregne maksimal kapasitet for et NFP-team basert på figurene til utrullingstakten i starten av dette kapittelet.
- Sammenlikne målgruppen og maksimal kapasitet for et NFP-team. Hvis maksimal kapasitet for et NFP-team er lavere enn målgruppen NFP-teamet skal dekke, velges maksimal kapasitet for NFP-teamet som antallet. Hvis målgruppen NFP-teamet skal dekke er lavere enn potensiell maksimal kapasitet for et NFP-team, velges målgruppen NFP-teamet dekker som antallet og årsverk knyttet til familiesykepleiere = målgruppen / kapasitet per familiesykepleier (som brukes i steg 1).
    - Det er et unntak i modell 2 for NFP-teamene i Tromsø, Drammen, Bærum og Lillestrøm, som alltid har 4 familiesykepleiere hver.

Utrullingen av NFP-teamet i Drammen i modell 2+ eksemplifiserer fremgangsmåten:

- I 2027-2032 er kapasiteten til NFP-teamet under utrullingen lavere enn målgruppen NFP-teamet skal dekke. For eksempel er i 2030 er kapasiteten til NFP-teamet = 4 familiesykepleiere med full kapasitet av caseload + 2 familiesykepleiere med 40% kapasitet av caseload = 4*16 + 2*16*0,4 = 77. Målgruppen som NFP-teamet dekker for 2030 = 114. Siden kapasiteten til NFP-teamet (77) er lavere enn målgruppen som NFP-teamet dekker (114), velges kapasiteten til NFP-teamet (77) for Drammen i modell 2+ i 2030.
- I 2033-2037 er målgruppen som NFP-teamet dekker lavere enn potensiell maksimal kapasitet til NFP-teamet. For eksempel er i 2034 målgruppen som NFP-teamet dekker = 119. Potensiell maksimal kapasitet til NFP-teamet i 2034 = 8 familiesykepleiere * full kapasitet av caseload = 8*16,1 = 129. Siden målgruppen NFP-teamet dekker (119) er lavere enn potensiell maksimal kapasitet til NFP-teamet (129), velges målgruppen NFP-teamet dekker som antallet. Dermed blir årsverk for antall familiesykepleiere i 2034 (som brukes i steg 1) = 119/16,1 = 7,4.

Steg 4: Beregne nye deltakere per år, per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+

For både modell 2 og 2+ beregnes nye deltakere per år, per NFP-team og satellitt ved å følge samme fremgangsmåte:

- Hvis antall familiesykepleiere er konstant fra utprøvingen, er nye deltakere = rullering av innkommende og utgående deltakere = kapasitet/2,5.
- Hvis nye familiesykepleiere ansettes:
    - Beregner man nye i målgruppen NFP-teamet skal dekke

- Beregner man kapasitet til NFP-teamet basert på tidligere rekruttering = Kapasitet på antall deltakere (fra steg 3) – rekrutterte deltakere fra året før – rekrutterte deltakere fra to år før *0,5
- Velger verdien som er lavest som nye deltakere rekruttert for dette året

Igjen eksemplifiserer utrullingen av NFP-teamet i Drammen i modell 2+ fremgangsmåten:

- I 2027 er antall familiesykepleiere fra utprøvingen konstant (0). Rullering av deltakere = 0/2,5 = 0.
- Nye familiesykepleiere ansettes fra 2028.
- I 2028-2032 er kapasitet til NFP-teamet basert på tidligere rekruttering lavere enn nye i målgruppen NFP-teamet skal dekke. For eksempel er i 2030 kapasiteten til NFP-teamet basert på tidligere rekruttering = Kapasitet på antall deltakere i 2030 (fra steg 3) – rekrutterte deltakere fra 2029 – rekrutterte deltakere fra 2028*0,5 = 53-32-21*0,5 = 11. Nye i målgruppen i 2030 = 46. Siden kapasitet til NFP-teamet basert på tidligere rekruttering (11) er lavere enn nye i målgruppen (46), velges kapasitet til NFP-teamet basert på tidligere rekruttering som antallet i 2030.
- I 2033-2037 er nye i målgruppen lavere enn kapasitet til NFP-teamet basert på tidligere rekruttering. For eksempel i 2034 er nye i målgruppen = 48,1. Kapasiteteten til NFP-teamet i 2034 basert på tidligere rekruttering = 119,0-47,5-46,5*0,5 = 48,3. Siden nye i målgruppen (48,1) er lavere enn kapasiteten til NFP-teamet basert på tidligere rekruttering (48,3), velges nye i målgruppen som antallet i 2034.

Steg 5: Beregne dekning av målgruppen per år, per NFP-team og satellitt for modell 2 og 2+

For både modell 2 og 2+ beregnes dekning av målgruppen per år, NFP-team og satellitt ved å følge samme fremgangsmåte:

- Hvis antall familiesykepleiere er konstant fra utprøvingen, er dekning av målgruppen = kapasitet på antall deltakere per NFP-team = nye deltakere per år * 2,5.
- Hvis nye familiesykepleiere ansettes, er dekning av målgruppen = nye deltakere for året + nye deltakere fra året før + nye deltakere fra to år før * 0,5.

Utrullingen av NFP-teamet i Kristiansand i modell 2+ eksemplifiserer fremgangsmåten:

- I 2027-2028 er antall familiesykepleiere konstant fra utprøvingen. I 2027 og 2028 er dekning av målgruppen = kapasitet på antall deltakere per NFP-team = 99, eller dekning av målgruppen = nye deltakere i 2027 eller 2028 * 2,5 = 39,76*2,5 = 99.
- Nye familiesykepleiere ansettes fra 2029.
- I 2029-2037 er dekning av målgruppen = nye deltakere for året + nye deltakere fra året før + nye deltakere fra to år før * 0,5. For eksempel er dekning av målgruppen i 2034 = 50,3+50,4+49,9*0,5 = 126.

13.4 Kostnadsmodell og felles antakelser

Dette vedlegget er en referanse til kapittel 7.3.1.

Kostnadsanalysen bruker følgende metode:

1. Beregne kostnad per årsverk for NFP-teamene og nasjonalt kontor i utprøvingen.
2. Beregne totale kostnader for NFP-team i modell 2 og 2+ (i 2023 kr), per år
3. Beregne kostnader for nasjonalt kontor og lisens i modell 2 og 2+ (i 2023 kr), per år
4. Beregne kostnader for myndighet i modell 2 og 2+ (i 2023 kr), per år

Steg 1: Beregne kostnad per årsverk for NFP-teamene i utprøvingen og nasjonalt kontor

For å beregne kostnad per årsverk for NFP-teamene i utprøving og nasjonalt kontor brukes følgende formel:

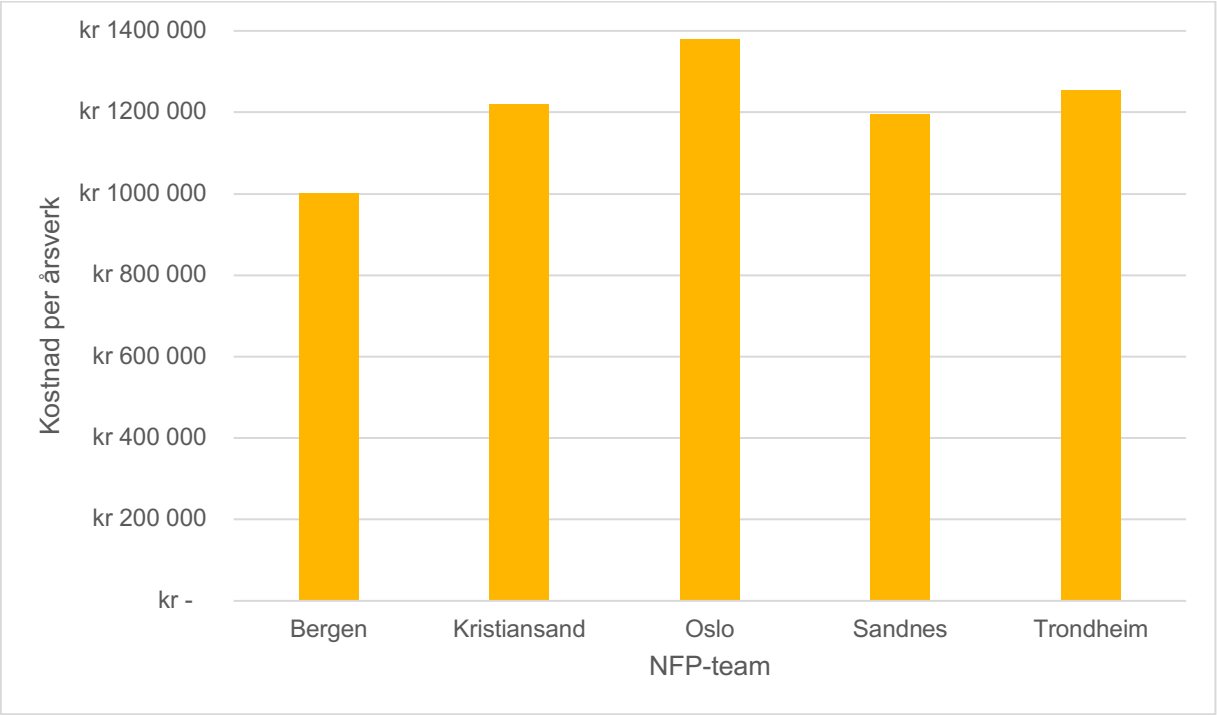
$$Kostnad\ per\ årsverk\ for\ NFP\ team\ eller\ nasjonalt\ fagkontor = (Lønn\ og\ sosiale\ kostnader\ for\ NFP\ team\ eller\ nasjonalt\ fagkontor + andre\ driftskostnader\ for\ NFP\ team\ eller\ nasjonalt\ fagkontor) / Årsverk\ totalt\ for\ NFP\ team\ eller\ nasjonalt\ fagkontor$$

Lønn og sosiale kostnader + andre driftskostnader er hentet fra årsprognoser for kostnader i 2023 for NFP-teamene i utprøvingen og nasjonalt kontor. Vi bruker prognosene for 2023 ettersom kostnadsanalysen for tidsperioden 2027-2037 er i 2023 kroner. I tillegg hentes lønn og sosiale kostnader + andre driftskostnader fra årsrapporter i 2022 for NFP-teamene i utprøvingen og nasjonalt kontor som et sammenlikningsgrunnlag for årsprogonser for kostnader i 2023, og dermed sjekke at det er ingen betydelige avvik.

For eksempel er prognosen for kostnad per årsverk for NFP-teamet i Kristiansand i 2023 = kr 10 155 788 / 8,33 årsverk = 1 219 182 kroner per årsverk. Til sammenlikning var kostnad per årsverk i 2022 = kr 1 154 001, som ikke er et betydelig avvik.

Figur 21 viser kostnad per årsverk for NFP-teamene i 2023.

Figur 21 Kostnad per årsverk per NFP-team i 2023. Kostnadene inkluderer lønn, sosiale kostnader og andre driftskostander.



Kostnad per årsverk for nasjonalt kontor = kr 14 576 284 / 5 årsverk = 2 915 247 kroner per årsverk.

Kostnad per årsverk for alle NFP-teamene i Norge i 2023 = kr 51 552 634 / 42,33 årsverk = 1 217 875 kroner per årsverk.

Steg 2: Beregne totale kostnader for NFP-team i modell 2 og 2+, per år (i 2023 kr)

For å beregne totale kostnader for NFP-teamene samlet i modell 2 og 2+, per år (i 2023 kr) brukes følgende formel:

$$Totale\ kostnader\ for\ NFP\ teamene\ samlet\ i\ 20XX = Kostnad\ per\ årsverk\ for\ alle\ NFP\ teamene\ i\ Norge\ i\ 2023 * Antall\ årsverk\ for\ alle\ NFP\ teamene\ i\ Norge\ i\ 20XX$$

Kostnader per årsverk for alle NFP-teamene i Norge i 2023 er hentet fra steg 1. Antall årsverk for alle NFP-teamene i Norge i 20XX er hentet fra estimert utrullingstakt i steg 2 i kapittel 7.2.

For eksempel er totale kostnader for NFP-teamene samlet i modell 2+ i 2034 (i 2023 kr) = kr 1 217 875 * 131 = kr 159 684 750.

Totale kostnader for et NFP-team per år (i 2023 kr) basert på størrelsen av et NFP-team gir et bilde på kostnad per NFP-team ved en nasjonal utrulling av *Sammen på vei*. Tabell 33 illustrerer dette for både modell 2 og 2+.

Tabell 33 Totale kostnader for et NFP-team per år (i 2023 kr), basert på størrelsen av NFP-teamet

Årsverk		Totale kostnader	
Familiesykepleier	NFP-team		
4,0	5,0	kr	6 089 373
5,0	6,5	kr	7 916 185
6,0	7,5	kr	9 134 060
7,0	9,0	kr	10 960 872
8,0	10,0	kr	12 178 747

I den samfunnsøkonomiske analysen har vi brukt kostnader ekskludert MVA, noe som var inkludert i kostnadsdataen mottatt fra Stiftelsen Pilar. Forskjellen i kostnader til NFP-team gjelder kun for andre driftskostnader. Andre driftskostnader ekskludert MVA, per år beregnes ved bruk av følgende formel:

$$\begin{aligned}&Andre\ driftskostnader\ ekskludert\ MVA\ i\ 20XX\\&\quad = Andre\ driftskostnader\ inkludert\ MVA\ i\ 20XX/(1\\&\quad + Gjennomsnittlig\ MVA\ på\ andre\ driftskostnader\ for\ NFP\ teamene\ i\ 2023)\end{aligned}$$

Vi har satt MVA til 12,5% for reisekostnader og transport til hjemmebesøk, og 25,0% for resterende andre driftskostnader. Gjennomsnittlig MVA på andre driftskostnader basert på andre driftskostnader til NFP-teamene i 2023 = 17,6%.

For eksempel er andre driftskostnader for NFP-teamene ekskludert MVA i modell 2+ i 2034 = kr 16 000 970/(1+17,6%) = kr 13 606 730.

Steg 3: Beregne kostnader for nasjonalt kontor og lisens i modell 2 og 2+ (i 2023 kr), per år

For å beregne kostnader for nasjonalt kontor og lisens i modell 2 og 2+, per år (i 2023 kr) brukes følgende formel:

$$\begin{aligned}&Kostnad\ for\ nasjonalt\ fagkontor\ og\ lisens\\&\quad = Kostnad\ per\ årsverk\ for\ nasjonalt\ kontor\ i\ 2023\\&\quad * Antall\ årsverk\ for\ nasjonalt\ kontor\ i\ 20XX + Lisenskostnad\ til\ UCD\end{aligned}$$

Kostnad per årsverk for nasjonalt kontor i 2023 er hentet fra steg 1. Antall årsverk for nasjonalt kontor er antatt basert på 5 årsverk i nasjonalt kontor i 2023 og at majoriteten av totalt antall årsverk ansettes innen 2031 (basert på utrullingstakten i kapittel 7.2). I modell 2+ økes antall årsverk for nasjonalt kontor med 50% til 7,5 årsverk ved etablering av nye team i 2028-31 for å ivareta økt opplæring og veiledningsbehov. I tillegg legges det til grunn en halvårseffekt i 2027 til 2031, samt en nedjustering til 5 årsverk fra 2032. Modell 2 er lik som modell 2+ ettersom belastningen for opplæringsbehov er lavere grunnet færre nye familiesykepleiere og teamledere, samtidig som det er en høyere belastning grunnet ingen implementeringsstøtte sammenliknet med modell 2+ (se steg 4 for en beskrivelse).

I den samfunnsøkonomiske analysen har vi brukt kostnader ekskludert MVA, noe som var inkludert i kostnadsdataen mottatt fra Stiftelsen Pilar. Forskjellen i kostnader til nasjonalt kontor gjelder kun for andre driftskostnader. Andre driftskostnader ekskludert MVA, per år beregnes ved bruk av følgende formel:

$$\begin{aligned}&Andre\ driftskostnader\ ekskludert\ MVA\ i\ 20XX\\&\quad = Andre\ driftskostnader\ inkludert\ MVA\ i\ 20XX/(1\\&\quad + Gjennomsnittlig\ MVA\ på\ andre\ driftskostnader\ for\ nasjonalt\ kontor\ i\ 2023)\end{aligned}$$

Vi har satt MVA til 12,5% for reisekostnader og transport til hjemmebesøk, og 25,0% for resterende andre driftskostnader. Gjennomsnittlig MVA på andre driftskostnader basert på andre driftskostnader til nasjonalt kontor i 2023 = 24,2%.

For eksempel er andre driftskostnader for nasjonalt kontor ekskludert MVA i modell 2+ i 2034 = kr 7 597 689 1/(1+24,2%) = kr 6 118 329.

For å beregne lisenskostnaden til UCD brukes følgende formel:

$$\begin{aligned} &Lisenskostnad\ til\ UCD \\ &\quad = Lisensavgift\ per\ deltaker\ i\ USD\ i\ 2023 * Valutakurs\ USD\ til\ NOK\ i\ 2023 \\ &\quad * Antall\ deltakere\ i\ 20XX \end{aligned}$$

Lisensavgiften per deltaker i 2023 er 6,42 USD. Den gjennomsnittlige valutakursen fra USD til NOK for året 2023 er per oktober 2023 = 10,53. Antall deltakere i *Sammen på vei* per år er hentet fra steg 5 i kapittel 7.2.

For eksempel er kostnad for nasjonalt kontor og lisens i modell 2+ i 2034 (i 2023 kr) = kr 2 619 385 * 5,0 + 6,42 USD * 10,53 USD/NOK * 1732 = kr 13 213 992.

Steg 4: Beregne kostnader for myndighet i modell 2 og 2+ (i 2023 kr), per år

For å beregne kostnader for myndighet i modell 2 og 2+, per år (i 2023 kr) brukes følgende formel:

$$\begin{aligned} &Kostnad\ for\ myndighet \\ &\quad = Kostnader\ knyttet\ til\ ressursbruk\ i\ statlig\ direktorat \\ &\quad + kostnader\ knyttet\ til\ pådriver\ og\ tilretteleggerrolle \end{aligned}$$

Ressursbruk i statlig direktorat i modell 2 antas som 0,5 årsverk til å håndtere tilskudd til RBUP og rapportering til departementet, eventuelle regelverksavklaringer og koordinering med andre myndigheter. I modell 2+ antas ressursbruk i statlig direktoratet som 1 årsverk i utrullingsfasen, og kan nedjusteres til 0,5 årsverk etter etablering av NFP-teamene (i 2031 som i steg 3). Behovet er knyttet til oppfølging av statsforvaltere, RBUP og lisensholder. Bufdir antar at 1 årsverk koster ca. 1 million kroner.

Det er ingen pådriver- og tilretteleggerrolle i modell 2. I modell 2+ er antas en pådriver- og tilretteleggerrolle fra 2027 til 2031 under forberedelse til og hovedutrulling av *Sammen på vei,* med en halvårseffekt i 2031. Det antas et behov for 1 årsverk samlet for Oslo og Viken (som har den største andelen av målgruppen), 0,5 årsverk hver til Innlandet, Nordland og Finnmark grunnet etablering av nye team og større avstander i fylkene, og 0,3 årsverk hver til Agder, Møre og Romsdal, Trøndelag, Vestfold og Telemark og Vestland grunnet mindre avstander i fylkene. Her brukes også antakelsen fra Bufdir om at 1 årsverk koster ca. 1 million kroner.

For eksempel er kostnad for myndighet i modell 2+ i 2030 (i 2023 kr) = kr 1 000 000 + kr 4 300 000 = kr 5 300 000.

PwCs ansvarsfraskrivelse

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i dokumenter og intervjuer med ansatte i Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir), og blant Bufdirs samarbeidsparter i arbeidet med *Sammen på vei*. PricewaterhouseCoopers (PwC) har så langt mulig forsøkt å verifisere den informasjon som har fremkommet for oss gjennom bruk av flere kilder. PwC kan likevel ikke innestå for at informasjonen er komplett og at det ikke finnes ytterligere informasjon vi burde hatt innsikt i. PwC har ikke utført noen form for revisjon/kontrollhandlinger av Bufdirs virksomhet eller virksomheten som utføres av Bufdirs samarbeidsparter i forbindelse med *Sammen på vei*

Bufdir har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med avtalen mellom Bufdir og PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Bufdir eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller engasjementsbrevet. Ved deling av hele eller deler av rapporten skal Bufdir sikre at enhver ansvarsfraskrivelse PwC har inkludert eller senere ønsker å inkludere i rapporten, blir gjengitt i sin helhet i alle eksemplarer som deles.

PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.





Opptre med integritet



Utgjøre en forskjell



Bry oss



Jobbe sammen



Utfordre og tenke nytt

© 2023 PwC. All rights reserved. In this context, “PwC” refers to PricewaterhouseCoopers AS, Advokatfirmaet PricewaterhouseCoopers AS and PwC Tax Services AS which are member firms of PricewaterhouseCoopers International Limited, each member firm of which is a separate legal entity.