

En tidlig implementeringsstudie av Nurse-Family Partnership i Norge

Elin Brekke og Alexandra Jakobsen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2017

En tidlig implementeringsstudie av Nurse-Family Partnership i Norge

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo, vår 2017

Elin Brekke og Alexandra Jakobsen

© Elin Brekke og Alexandra Jakobsen

2017

En tidlig implementeringsstudie av Nurse-Family Partnership i Norge

Elin Brekke og Alexandra Jakobsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Elin Brekke og Alexandra Jakobsen

Tittel: En tidlig implementeringsstudie av Nurse-Family Partnership i Norge

Veileder: Terje Ogden

Biveileder: Eirin Pedersen

Bakgrunn: Utgangspunktet for denne hovedoppgaven er programmet Nurse-Family Partnership (NFP), som har blitt bragt til Norge for pilotering i perioden 2016-2019. NFP er et sykepleierbasert hjemmebesøksprogram som tilbys til risikoutsatte førstegangsfødende fra graviditet til barnet er 2 år. Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan den initielle implementeringen har forløpt, med overordnet fokus på å identifisere fremmende og hemmende faktorer for den tidlige piloteringen. Håpet er at resultatene vil ha overføringsverdi til lignende implementeringsarbeid og implikasjoner for det videre arbeidet til NFP i Norge.

Metode: Oppgaven er et selvstendig forskningsprosjekt, basert på eget innsamlet datamateriale. Vi benytter to former for triangulering: kombinasjon av to datainnsamlingsverktøy (intervju og spørreskjema) og to analysemetoder (Measures of Implementation Components [MIC; Fixsen et al., 2008] og tematisk analyse). MIC er forankret i implementeringsrammeverket Active Implementation Drivers, som utgjør det teoretiske grunnlaget for denne studien. Utvalget bestod av elleve informanter, fra flere nivåer av organisasjonen: saksbehandler, klinisk fagsjef og teamledere og familiesykepleiere fra begge implementeringsområder (Rogaland og Oslo). Basert på MIC, utviklet vi to spørreskjema og tre intervjuguider, og gjennomførte individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer. Datamaterialet analyseres ved hjelp av MIC og tematisk analyse. Den metodologiske trianguleringen gjør det mulig å undersøke om inkluderingen av tematisk analyse vil gi et additivt bidrag til resultatene fra MIC, hvilket er en sekundær problemstilling i oppgaven.

Resultater/diskusjon: Av fremmende faktorer fremstår egenskaper ved programmet i seg selv og hvordan det bidrar til å sikre opprettelsen av interne og eksterne støttesystemer som avgjørende. Kvaliteter ved organisasjonskulturen later til å fungere som en drivkraft for utprøvingen. Arbeidet med å tilpasse NFP til norske sosiokulturelle forhold pågår, og det er sikret en politisk forankring for piloteringen. Av hemmende faktorer, fremstår henvisnings- og rekrutteringsproblemer som mest presserende. Uforutsette forsinkelser og samarbeidsvansker med enkelte henvisende instanser er bidragsyttere til dette. Programmet er i en piloteringsfase, preget av ressurskrevende tilpasningsarbeid og usikkerhet rundt programmets effektivitet og fremtid i

Norge. Selv om arbeidet med tilpasning pågår, er det noen sosiopolitiske og kulturelle forskjeller mellom Norge og eksisterende NFP-land som vanskeliggjør implementeringen.

Konklusjon: Inkludering av tematisk analyse hadde et additivt bidrag til resultatene fra MIC. Resultatene indikerer at implementeringen har kommet godt i gang, tross noen uforutsette problemer i oppstarten. Oppgaven peker på noen problemområder som bør forbedres for optimal implementering. NFP kan være et egnet middel for forebyggingsarbeid i Norge. Det er imidlertid uvisst om programmet vil nå sine rekrutterings- og utfallsmål.

Sånn at noen ganger så føles det litt som å være den der curlingsteinen, ikke sant, at de her internasjonale rådgiverne løper og koster foran oss, og prøver å liksom glatte veien da, og prøver å ha alt klart for oss, og så lugger det litt innimellom, fordi at “Oi, nei den ble ikke ferdig den data-manualen! Oi, vi holder på med en ny versjon, skjønner du, kan dere vente i noen uker?”, og så “Åh!”, så blir vi stoppet litt i prosessen vår, og så må vi finne på noe annet og så “Hmm”, og så “Oi!” og så kommer vi litt videre...

– Intervjudeltager

Forord

Vårt første møte med NFP var på åpningskonferansen i Oslo. Varierte og spennende foredrag vekket vår nysgjerrighet for programmet og hva det kan oppnå i Norge. Samtidig ble vi også interesserte i hvordan arbeidet med selve utprøvingen ville foregå, og hva som skal til for å implementere et fremmedkulturelt program i det norske velferdssystemet. En av foredragsholderne var Terje Ogden fra Atferdssenteret, som ble vår veileder. Vi ønsker å takke ham for retningsstyring gjennom det komplekse implementeringslandskapet, kjappe tilbakemeldinger og støtte. En stor takk går også til Eirin Pedersen og Wendy Nilsen fra Arbeidsforskningsinstituttet for godt samarbeid, nyttige innspill og peptalks underveis. Takk til Eirin, som steppet inn som biveileder de siste månedene og hjalp oss med den kvalitative delen av oppgaven og mye mer.

En særlig takk rettes til deltagerne i studien. Uten deres innsikt, hjelpelighet og åpenhet ville ikke denne oppgaven ha vært gjennomførbar.

Mange takk til venner og familie som har bidratt med godt humør og moralsk støtte. Takk til Désirée og Helga for gjennomlesning. En spesiell takk til Tiago for kløktig bruk av Adobe og hjelp med design og utforming av figurer.

Vi ønsker også å takke hverandre for samarbeidet, kun avbrutt av pauser med kvalitets-TV, rusleturer og sporadisk allsang for å holde det flammende engasjementet og hovedoppgavespiriten oppe. Takk for at vi fikk være hverandres interne støttenettverk gjennom denne prosessen.

En avsluttende takk til Elins ubikvitære og pragmatiske, men likevel akk så kontraproduktive og rigorøse proponering av resonnable og følgeriktige ord som kunne ha begunstiget og distingvert – kanskje endatil fullbyrdet – hovedoppgaven, om de hadde fått konstituere og elaborere på den, og ikke blitt inhibert av krystalliserte balustrader av ekvivalente begreper og neoplasmer. At ønskelisten skulle kollateres i forordet var ikke som intendert eller forespeilet, men kreerer en prominent pendant for ekskommuniserte skabeloner og fyndord. Vi benytter også anledningen til å gjengi Alexandras aforismer, som dessverre måtte gjemme seg i fallgruvens skyggespill, nedhugget av jungelmacheten og sirenenes siste sang.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
Studiens forskningsspørsmål	2
2. Bakgrunn	3
Statistikk på utvalgte risikofaktorer	4
Nurse-Family Partnership (NFP)	5
NFP i Norge	8
Implementeringsforskning	11
3. Metode	14
Measures of Implementation Components (MIC)	14
Tematisk analyse	15
Utvalg	16
Datainnsamling	17
Analyse	19
Etske betraktninger	22
4. Resultater	24
Resultater fra Measures of Implementation Components	24
Resultater fra tematisk analyse	28
5. Diskusjon	38
Ledelsesdrivere	38
Kompetansedrivere	39
Organisasjonsdrivere	42
Additivt bidrag fra tematisk analyse	45
Er det behov for NFP i Norge?	48
Begrensninger ved studien	49
6. Konklusjon	51
Litteraturliste	52
Vedlegg A	59
Vedlegg B	60
Vedlegg C	64
Vedlegg D	70
Vedlegg E	72

Tabeller og figurer:

Tabell 1: Nøkkeltall for implementeringsområdene	9
Figur 1: Organisasjonskart.....	10
Figur 2: Active Implementation Drivers.....	12
Tabell 2: Kodeskjema fra initiell koding	21
Figur 3: Fordeling av skårer for kjernekomponentenes implementeringskomponenter.	25
Figur 4: Implementeringskomponenter med skårer ≤ 4	25
Figur 5: Temakart.....	28

1. Introduksjon

“[D]et forebyggende og foreldrestøttende arbeidet [må] få en større plass. [...] Gjennom treffsikre forebyggende tiltak vil vi kunne forhindre menneskelig lidelse og spare samfunnet for store kostnader. Regjeringen vil derfor prioritere det forebyggende arbeidet framover” (Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet [BLD], 2014, s. 9). En konsekvens av Regjeringens satsning på helsefremmende og forebyggende tiltak er at programmet Nurse-Family Partnership (NFP) har blitt bragt til Norge for pilotering i perioden 2016-2019. Programmet har i Norge fått navnet “Familie for første gang”, men vil i det følgende refereres til som NFP. NFP er et sykepleierbasert hjemmebesøksprogram som tilbys til risikoutsatte førstegangsfødende fra graviditet til barnet er 2 år. Målgruppen inkluderer mødre som for eksempel har lite nettverk, psykiske vansker, rusmisbruk, vedvarende lav inntekt eller som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep (BLD, 2015, s. 25). Programmet har tre overordnede mål: 1) Forbedring av mor og barns helse under svangerskapet; 2) Fremme barns helse og utvikling; 3) Forbedring av foreldres helse og fremtidige livssituasjon (Regionsenter for barn og unges psykiske helse [RBUP], 2016). NFP ble utviklet av David Olds ved University of Colorado Denver (UCD) i USA på 1970-tallet, og har siden da blitt videreutviklet gjennom tre tiår med randomiserte kontrollerte studier (RCTer), som har vist konsekvente, vedvarende effekter på mor og barns helse (Miller, 2015, s. 765; Olds et al., 2013, s. 111). Utgangspunktet for denne hovedoppgaven var å undersøke hvordan utprøvingens første fase hadde forløpt, med overordnet fokus på å identifisere hva som hadde vært fremmende og hemmende tidlig i piloteringen. Underordnede temaer som vi ønsket å belyse var aspekter ved programmet og organisasjonskulturen i NFP, samt eksterne påvirkningsfaktorer som allerede eksisterende helsetjenester rettet mot målgruppen, kulturspesifikke hensyn og sosiopolitiske forhold. Vi var blant annet nysgjerrige på hva som skal til for å overføre et utenlandsk program til det norske velferdssystemet, og om NFP var egnet for den norske målgruppen, og valgte å utføre en implementeringsstudie for å besvare disse spørsmålene.

Verdens helseorganisasjon definerer *implementeringsforskning* som det vitenskapelige studiet av prosessene som inngår i implementeringen av innovasjoner og de kontekstuelle faktorene som påvirker disse prosessene (Peters, Tran & Adam, 2013, s. 27). Vi ønsket å identifisere styrker og svakheter ved implementeringen, hvilket kan gi viktig innsikt i forbedringsområder (Meyers, Durlak & Wandersman, 2012, s. 474) og bidra til kvalitetsforbedring som er nødvendig for vellykket implementering (Peters et al., 2013, s. 8). Som metode valgte vi å benytte Measures of Implementation Components (MIC; Fixsen, Panzano, Naoom & Blaze, 2008), som er et empirisk basert verktøy for evaluering av implementering av ulike intervensjoner på tvers av fagfelt.

Et hovedpoeng fra implementeringsforskningen er at gode resultater oppnås når virksomme intervensjoner implementeres på effektiv måte (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005, s. 69). Tiårene med forskning på NFP (Miller, 2015) indikerer at det er et virksomt program, hvilket vi kommer tilbake til i neste kapittel. For at NFP skal innfri Regjeringens mål om forebyggende arbeid for målgruppen, blir det derfor avgjørende at det implementeres på en effektiv måte. Vi håper at studien vil kunne bidra til arbeidet med NFP i Norge, blant annet gjennom tidlig identifisering av oppstartsvansker. En sekundær målsetting er at resultatene vil ha overføringsverdi til lignende implementeringsarbeid og til implementeringsforskningen forøvrig, som ifølge Verdens helseorganisasjon forblir et neglisjert forskningsfelt (Peters et al., 2013, s. 11).

Studiens forskningsspørsmål

- 1) Hvilke faktorer virker hemmende og fremmende tidlig i piloteringen av Nurse-Family Partnership i Norge?

For å besvare forskningsspørsmålet, valgte vi å benytte to former for triangulering: kombinasjon av to datainnsamlingsverktøy (intervju og spørreskjema) og to analysemetoder (MIC [Fixsen et al., 2008] og tematisk analyse). Med bakgrunn i denne tilnærmingen, ønsket vi å demonstrere hvordan triangulering kan benyttes i implementeringsforskning og besvare følgende forskningsspørsmål:

- 2) Vil inkluderingen av tematisk analyse gi et additivt bidrag til resultatene fra MIC?

2. Bakgrunn

Norge er en velferdsstat, bygget på prinsipper om universalisme og sosialdemokrati. Christensen og Berg (2017) definerer *velferdsstat* som en stat som i betydelig grad garanterer samfunnets medlemmer hjelp hvis de skulle komme ut for helsesvikt, sosial nød eller tap av inntekt, og som sikrer den enkeltes rett til utdanning. Velferdsstaten omfatter en lang rekke offentlige ordninger – sosialpolitiske ordninger, helse- og omsorgstjenester, utdanningsinstitusjoner og familiepolitiske ordninger – hvorav særlig svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten var relevante for denne oppgaven. I 2016 ble det født 58 890 barn (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2017b). Svangerskapsomsorgen omfatter alle kontroller, tiltak og henvisninger som det er behov for i et normalt svangerskap, og har en oppslutning på nær 100 % i Norge. Dette er derfor en viktig arena for helsefremmende og forebyggende arbeid generelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 3). Helsestasjonsprogrammet innebærer at alle barn mellom 0-5 år bør få tilbud om totalt 14 regelmessige konsultasjoner på helsestasjonen, inkludert et hjemmebesøk til nyfødte (Helsedirektoratet, 2017, s. 40). Siden 2011 har andelen som har fått hjemmebesøk økt fra 78 til 83 %, og 97 % av nyfødte fikk en helseundersøkelse ved helsestasjon innen 8 ukers alder (SSB, 2016).

Til tross for at universelle tjenester er etablerte i Norge, er det likevel mulig at det ordinære tilbudet ikke er tilstrekkelig for alle førstegangs fødende, og at de ikke får den støtten og oppfølgingen de trenger. En utredningsrapport av Ogden, Kjølbi, Nærde, Olseth og Frønes (2015, s. 40-42) tok blant annet for seg norske registerdata og forskning på risikofaktorer under graviditet og i barns første leveår. De konkluderte med at blant alle som hadde fått barn før fylte 26 år, var det på landsbasis omtrent 1 % som befant seg i “høyrisikogruppen”, kjennetegnet av blant annet lav utdanning og inntekt hos både seg selv og sine foreldre. Barne- og likestillingsdepartementet (2016, s. 31) skriver:

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

Basert på Regjeringens vurderinger om behovet for forebyggingsarbeid, ble utprøving av NFP i Norge politisk vedtatt i 2014 (BLD, 2015, s. 25). NFP er forankret i to tiltaksplaner og to opptrappingsplaner: *En god barndom varer livet ut – Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)*, *Barn som lever i fattigdom – Regjeringens strategi (2015-2017)*, *Opptrappingsplanen mot vold og overgrep (2017-2021)* og *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*.

Statistikk på utvalgte risikofaktorer

Vi vil i det følgende presentere statistikk på utvalgte risikofaktorer knyttet til familier i Norge i dag, etterfulgt av en beskrivelse av NFPs utforming og dets fremvekst i Norge. Hvert år blir rundt 166 500 barn og unge behandlet for skader på sykehus og i primær- og sekundærhelsetjenesten (Folkehelseinstituttet [FHI], 2016, s. 32). Myhre, Thoresen, Grøgaard og Dyb (2012, s. 1) fant at skader hos barn mellom 18-36 måneder korrelerer negativt med faktorer som mors alder, psykiske helse og økonomi. FHI (2016, s. 39) skriver at internasjonal forskning viser at noen skader skjer oftere blant barn og unge i familier med lav inntekt og lavt utdanningsnivå, og at det er grunn til å tro at forekomsten i Norge følger samme sosioøkonomiske gradient. Vedrørende gjennomsnittlig utdanningsnivå i Norge, hadde 26,9 % av alle personer som var 16 år og eldre grunnskole som høyeste utdanning i 2015. 40,9 % hadde videregående skolenivå som høyeste utdanning, og 32,2 % universitets- og høyskolenivå (SSB, 2017c). Ifølge Utdanningsdirektoratet (2014, s. 71-75), er foreldrenes utdanningsnivå en viktig prediktor for barnas skoleresultater og mestringnivå. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) publiserte i 2015 en rapport hvor lav inntekt i husholdningen (lavere enn 60 % av medianinntekten) ble brukt som mål på barnefattigdom. Av alle barn i Norge, bodde 10 % i husholdninger med vedvarende lav inntekt, mens 6,1 % bodde i husholdninger som hadde mottatt sosialhjelp i løpet av året.

I tillegg til disse sosioøkonomiske risikofaktorene, kan foreldres levevaner og psykiske helseproblemer også ha konsekvenser for barnas utvikling. Ifølge Medisinsk fødselsregister (2017) var det 4,7 % som røykte ved svangerskapets begynnelse, mens 2,7 % røykte ved svangerskapets slutt. Ogden et al. (2015, s. 34) oppsummerer at nasjonal forskning indikerer at de fleste kvinner i Norge (minst 80,9 %; Dale, Bakketeig & Magnus, 2015, s. 277) avstår fra bruk av alkohol i svangerskapet, og at alkoholinntaket nedjusteres betydelig etter at de blir gravide. Barn som er pårørende til personer med rusproblemer er en spesielt sårbar gruppe (Helse- og omsorgsdepartementet [HOD], 2015, s. 34). Mellom 50 000 og 150 000 barn (4,5 – 13,5 %) i Norge lever med en mor eller far som har et risikofullt alkoholforbruk (Pentz, 2016). Videre har FHI anslått at 37 % av alle barn i Norge under 18 år har én eller to foreldre med en diagnostiserbar psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). Basert på data fra Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) fant Lukasse, Helbig, Benth og Eberhard-Gran (2014, s. 3) at psykiske helseproblemer (*emotional distress*) ble rapportert blant 7,4 % i 17. svangerskapsuke og 6,0 % i 30. svangerskapsuke. Ogden et al. (2015, s. 32) oppsummerer at det postnatalt forekommer depressive symptomer hos 10-15 % av mødre.

Forebygging av vold og overgrep står sentralt i Regjeringens tiltaks- og opptrappingsplaner. Det er ifølge BLD utfordrende å fremskaffe tilstrekkelig og god kunnskap om årsaker, omfang og konsekvenser av vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014, s. 37), og vi har begrenset data om hvor ofte fysisk og psykisk mishandling av barn forekommer i Norge (FHI, 2016, s. 19). Med hensyn til seksuelle overgrep, rapporterte SSB (2015) at blant 4 780 seksualforbrytelser som ble anmeldt i 2014, var det 812 tilfeller av seksuell omgang med barn og 486 tilfeller av seksuell handling med barn under 16 år. En spørreundersøkelse blant voksne viste at flere menn (33,0 %) enn kvinner (27,7 %) hadde opplevd mindre alvorlig fysisk vold fra foresatte i barndommen (lugging, klyping, slått med flat hånd; Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 15), og at om lag 5 % hadde opplevd alvorlig fysisk vold (FHI, 2016, s. 19). 15,4 % av kvinnene og 11,2 % av mennene i undersøkelsen hadde opplevd psykisk vold fra foresatte i barndommen (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 16). Vedrørende partnervold, fant en landsdekkende undersøkelse at litt over 5 % av begge kjønn hadde opplevd at partner hadde brukt fysisk makt i løpet av det siste året (Hjemdal, Thoresen & Holth, 2014, s. 34). Partnervold er assosiert med problemer med psykisk helse, substansmisbruk (Senn, Carey & Vanable, 2010, s. 2) og flere fysiske problemer. Omtrent 10 % av befolkningen har sett eller hørt sine foresatte bruke fysisk vold mot hverandre i barndommen (FHI, 2016, s. 20). Graviditeten representerer en periode hvor kvinner er spesielt sårbare overfor potensielle effekter av partnervold (Silverman, Decker, Reed & Raj, 2006, s. 140-141). Ifølge Ogden et al. (2015, s. 38), indikerer norsk og internasjonal forskning at vold mot gravide kvinner forekommer relativt sjelden. Når det inntreffer, representerer det imidlertid en alvorlig risikofaktor for den gravide og barnet.

Nurse-Family Partnership (NFP)

NFP har en solid empirisk forankring: Programmet ble først testet i tre RCTer i USA (Elmira, NY, Memphis, TN; Denver, CO; Olds et al., 2010, s. 421), og ble deretter utprøvd i Nederland, som var det første landet utenfor USA som fikk tillatelse til å oversette og kulturelt tilpasse NFP (Mejdoubi et al., 2011, s. 2-3). Miller (2015) utførte en systematisk gjennomgang av resultatene av NFP fra 1996-2013 for å estimere hvilke effekter og kostnadsbesparelser som kan forventes ved replikasjon av programmet. Programmer oppnår ofte mindre effekt når de repliseres i en anvendt setting enn i RCTer utført av programutviklerne (Lee et al., 2012, s. 16). Miller tok høyde for dette i sine utregninger, og estimerte at effekten av NFP ved replikasjon ville være 78,2 % av effekten som ble oppnådd i de opprinnelige RCTene (2015, s. 768). Sammenlignet med kontrollgrupper, predikeres det at NFP vil oppnå blant annet følgende effekter: 1) Røyking under graviditeten reduseres med 24,2 %; 2) Spedbarnsdødelighet reduseres med 45,4 %; 3) 31,2 % reduksjon

i tett påfølgende graviditeter (i.e. innen 24 måneder); 4) Partnervold frem til barnet er 4 år reduseres med 16,1 %; 5) Barnemishandling i alderen 4 til 15 år reduseres med 31,0 %; 6) Forsinkelser i språkutvikling reduseres med 39,1 %; 7) Arrestasjoner av ungdommer i alderen 11-19 år reduseres med 44,6 %; 8) Alkohol-, tobakk- og marijuanabruk i alderen 12-15 år reduseres med 53,2 % (Miller, 2015, s. 768-773). Miller (2015, s. 765) kalkulerte dessuten at investeringen i NFP i tidsrommet 1996-2013 på omtrent 1,6 milliarder dollar ville resultere i en besparelse av offentlige stønader på 3 milliarder dollar innen 2031. En undersøkelse av Karoly, Kilburn og Cannon fant at for høyrisiko-familier, fikk man tilbake 5,70 dollar for hver dollar som ble investert (2005, s. 115). Gjennomgangen til Miller konkluderte med at NFP er en god samfunnsøkonomisk investering, da programmet sparer penger, reduserer kriminalitet og forbedrer livene til mødre og barn som deltar (2015, s. 765).

Programmets kjerneelementer. Programmet er i dag operativt i 9 land: USA, Australia, Bulgaria, Canada, England, Nord-Irland, Skottland, Nederland, Norge (Nurse-Family Partnership, i.d.), og har etablert et internasjonalt fellesskap kalt NFP International. NFP National Service Office (NSO) er en nonprofit organisasjon i USA som har som formål å støtte replikasjon av programmet (Olds et al., 2013, s. 111) og programlojalitet (Nurse-Family Partnership, 2010, s. 3-5). Programlojalitet kalles også etterlevelse (*fidelity*), og defineres av Peters et al. (2013, s. 30) som i hvilken grad en intervensjon implementeres som foreskrevet i den opprinnelige manualen eller planen. UCD er lisenshaver, og for å få beholde lisensen, er det kontraktfestet at NFP-land må implementere programmet med streng etterlevelse etter NFP-modellen (Jack et al., 2012, s. 43). For at NFP skal kunne sammenlignes på tvers av land og implementeringsområder, og for å sikre implementering og måloppnåelse, har det blitt utviklet 18 kjerneelementer for hva programmet skal bestå av (Nurse-Family Partnership, 2010, s. 7-12). Kjerneelementene tar utgangspunkt i de tre teoretiske rammeverkene som NFP er basert på: Bronfenbrenners humanøkologiske teori (1979), Bowlbys tilknytningsteori (1969) og Banduras mestringssteori (1977). Sammen understreker disse teoriene betydningen av familiens sosiale kontekst, foreldrenes emosjonelle tilgjengelighet og responsivitet, motivasjon og mestringsstro. NFP har som mål å fremme trygg tilknytning mellom mor og barn. Dette gjøres blant annet ved å diskutere hvor viktig tilknytning er under hjemmebesøk og ved å lære mødrene foreldreferdigheter for å skape trygg tilknytning (Mejdoubi et al. 2011). NFP fremmer en respektfull og ressursorientert holdning til familiene (Olds, 2006, s. 13) internt mellom organisasjonens ansatte og eksternt til samarbeidspartnere (Nurse-Family Partnership, 2010, s. 16-32).

Kjerneelementene spesifiserer tre obligatoriske inntakskriterier for programdeltagelse: kvinnen deltar frivillig, det skal være første svangerskap hun gjennomfører, og hun skal være rekruttert innen 28. svangerskapsuke. Det er i tillegg krav om at mødrene som deltar skal være risikoutsatte; Kostnadsanalyser har vist gode resultater for høy-risiko mødre, mens investeringen ikke har svart seg for bedre fungerende mødre (Olds, 2006, s. 21).

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

For å veilede hjemmebesøkene, har NFP utviklet materiell kalt "fasilitatorer", som inkluderer psykoedukasjon, samtaleemner og oppgaver. Fasilitatorene er bygget på NFPs verdier og teoretiske grunnlag, og det finnes spesifikke fasilitatorer for graviditet, spedbarn og småbarn. En sentral del av arbeidet til familiesykepleierne er bruk av fasilitatorene skal tilpasses den enkelte familie. Familien har medbestemmelse i valg av fasilitatorer. Fokusområder for hjemmebesøk inkluderer: personlig helse (fysisk helse, ernæring, trening, rusmisbruk og psykisk helse), miljøet (hjem, arbeid og skole), livsløp (familieplanlegging, utdanning og inntekt), morsrollen (fysisk, atferdsmessig og emosjonell omsorg for barnet), venner og familie og ivaretagelse av familien i andre helsetjenester (henvisninger til og opplæring i bruk av andre helsetjenester).

Veiledning inngår i arbeidet til teamlederne, i form av regelmessig individuell veiledning, teamkonferanser/gruppeveiledning, teammøter og feltveiledning. Her fokuseres det på refleksjon

over arbeidet og situasjoner familiesykepleierne møter på, integrasjon av det teoretiske rammeverket, samt profesjonell utvikling. Familiesykepleierne og teamlederne skal i tillegg samle inn data om implementeringsprosessen og programeffekter. Datainnsamlingen brukes for å evaluere og veilede praksis, programimplementering og individuell veiledning.

NFP skal være forankret i en “vertsorganisasjon” som har erfaring med vellykket implementeringsarbeid rettet mot målgruppen. Vertsorganisasjonen har ansvar for å sikre tilstedeværelse av støttesystemer, regelmessig datainnsamling og overvåking av implementeringsprosessen. Det oppfordres til at NFP skal ha en politisk forankring, både for å sikre at det bevilges nok penger til initiell implementering og for å vedlikeholde og eventuelt oppskalere programmet. Politiske forkjempere for programmet kan operere på nasjonalt eller lokalt nivå, og fortrinnsvis bør man ha noen på begge nivåer. Som del av det eksterne støttesystemet til programmet, skal det opprettes et nasjonalt fagråd og lokale råd. Disse skal bidra til å sikre kvalitet, bærekraftighet og støtte fra sentrale samarbeidspartnere.

NFP i Norge

Tidligere statsråd Inga Marte Thorkildsen (SV) bragte interessen for NFP til Norge, og hennes engasjement for programmet ble videreført av sittende barne- og likestillingsminister Solveig Horne (FrP). Et samarbeid om utprøving av programmet ble inngått mellom Bufdir og Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør. For å velge de to implementeringsområdene og sikre egenmotivasjon, ble det utsendt en åpen invitasjon til over 200 kommuner, hvor programmet og forventninger til vertskommunene ble beskrevet i korte trekk. Aktuelle kommuner og bydeler ble oppmuntret til å melde sin interesse og fortelle om hvordan de ville bruke NFP. Implementeringsområdene ble valgt på bakgrunn av blant annet befolknings sammensetning og eksisterende samarbeidsrutiner i den lokale svangerskapsomsorgen (Mobråten & Elgesem, i.d., s. 2). Oslo og Rogaland ble valgt som implementeringsområder, med bydelene Gamle Oslo og Søndre Nordstrand i Oslo og kommunene Sandnes, Stavanger og Time i Rogaland. Alle områdene hadde uavhengig av hverandre søkt seg til prosjektet. Begge regionene fikk tilbud om deltagelse, gitt at de respektive bydelene/kommunene samarbeidet. Dette ble i all hovedsak gjort for å sikre et stort nok befolkningsgrunnlag. Utvalgte nøkkeltall om befolkningen i de to implementeringsområdene presenteres i Tabell 1. Som vist her, var det over dobbelt så mange bosatt i region Rogaland, og dobbelt så mange årlig levendefødte; Implementeringsområdene hadde med andre ord ulike utgangspunkt for rekruttering av familier til prosjektet.

Tabell 1

Nøkkeltall for implementeringsområdene

Variabel	Rogaland				Oslo		
	Stavanger	Sandnes	Time	Totalt	Gamle Oslo	Søndre Nordstrand	Totalt
Befolkning ^a	132 729	75 497	18 656	226 882	53 241	38 672	91 913
Antall levende-fødte	1 718 ^b	1 045 ^b	247 ^b	3 010	978 ^c	517 ^c	1 495
Arbeidsledige	5,2 % ^d	5,2 % ^d	3,4 % ^d	5,1 %	4,4 % ^e	4,0 % ^e	4,2 %
Sosialhjelps-mottagere	4,2 % ^f	4,0 % ^f	4,1 % ^f	4,1 %	7,9 % ^g	6,7 % ^g	7,4 %

Kilder. ^aSSB (2017a). ^bKommuneProfilen (2015). ^cStatistikkbanken Oslo kommune (2015). ^dSSB (2017d). ^eNAV (2017). ^fSSB (i.d.). ^gSSB (2017e)

Det ble reist spørsmål om NFP skulle gis i stedet for eller i tillegg til eksisterende helsetjenester for målgruppen. I likhet med blant annet NFP Nederland, ble det besluttet at i utprøvsperioden ville målgruppen i Norge motta NFP i tillegg til andre tjenester, inklusive svangerskapsomsorgen. Det ble satt rekrutteringsmål om totalt 150 familier (75 fra hvert implementeringsområde). I utredningsrapporten til Ogden et al. (2015) ble det gjort en utredning om målgrupper og inklusjonskriterier for utprøving av NFP i Norge. I tillegg til de tre obligatoriske inntakskriteriene nevnt ovenfor, anbefaler Ogden et al. (2015, s. 47-48) tre ytterligere inklusjonskriterier: 1) Deltagere rekrutteres innen et definert NFP-område; 2) Deltagere er førstegangsfødende som er 25 år eller yngre, og som har ett eller flere andre risiko-kjennetegn (e.g. psykiske helseproblemer, rusmisbruk, konflikt mellom foreldre, lav inntekt, lite sosial støtte); 3) Alle førstegangsfødende som noen gang har vært plassert utenfor hjemmet og/eller under barnevernets omsorg. NFP Norge opererte med en to-trinns rekrutteringsmodell. Denne prosedyren innebar at lokale første- og andrelinjetjenester i første runde henviste aktuelle førstegangsfødende kvinner til NFP, som i andre runde vurderte kvinnene etter de ovennevnte inklusjonskriteriene for deltakelse. Samarbeid med henvissende instanser var derfor avgjørende.

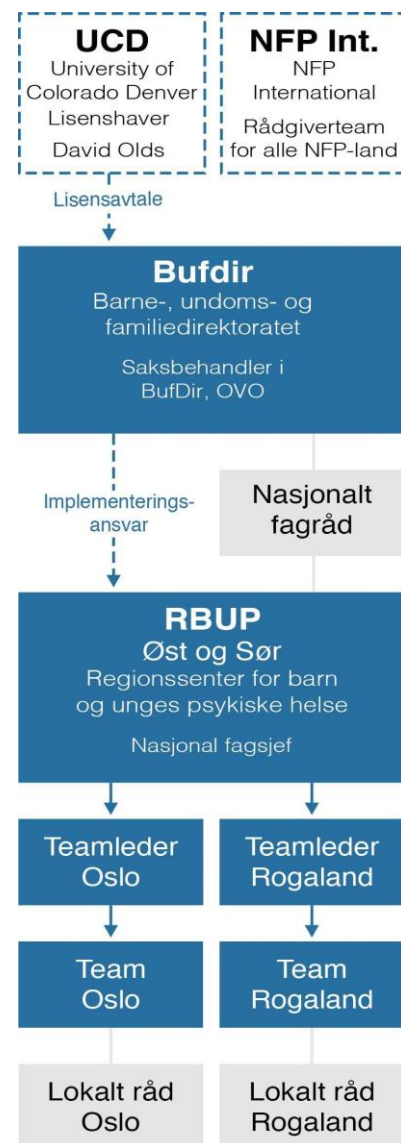
Organisering av NFP i Norge. Figur 1 gir en forenklet oversikt over organiseringen av NFP i Norge og tilknyttede systemer som var involvert i piloteringsarbeidet. Fullstendig organisasjonskart er å finne som Vedlegg A. Bufdir hadde lisensen til NFP, og saksbehandler i prosjektet var ansatt her. Det ble besluttet at implementeringsansvaret skulle legges til en annen instans, som ble Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør. RBUP bidro med faglig kompetanse, erfaring med implementeringsarbeid og forskningsstøtte, og et forskningsteam på RBUP assisterte med analysering av datainnsamlingen fra programmet. Klinisk fagsjef var ansatt ved RBUP. Hennes ansvar var å fatte alle kliniske tilpasningsbeslutninger

og tilpasse programmet til beste norske faglige praksis. Sammen med en representant fra helsestasjonstjenesten i hvert utprøvningsområde, stod saksbehandler fra Bufdir og klinisk fagsjef (heretter: “prosjektlederne”) for ansettelse av teamene. Det ble etablert et team i hvert implementeringsområde, bestående av en teamleder, fire familiesykepleiere og en teamsekretær i halv stilling. Teamlederne ble ansatt i februar 2016, etterfulgt av teammedlemmene. Det var planlagt at teamene skulle ansettes lokalt (i kommunene/bydelene; Ogden et al., 2015, s. 50), men ettersom man ønsket å omgå de kommunale ansettelsesprosessene, ble teamene ansatt i RBUP (Familie- og kulturkomiteen, 2016, s. 31).

Det nasjonale fagrådet bestod av representanter fra blant annet Helsedirektoratet, Arbeids- og Velferdsdirektoratet, KS, Allmennlegeforeningen, Norsk sykepleierforbund, Landsgruppen av helsesøstre, Jordmorforeningen, Jordmorforbundet og en brukerrepresentant. Nasjonalt fagråd hadde en rådgivende funksjon, og bidro i spørsmål knyttet til tilpasningsarbeid og struktur. I tillegg til det nasjonale fagrådet, var det opprettet lokale råd i Rogaland og Oslo, med representanter fra begge bydeler i Oslo og fra alle tre kommuner i Rogaland. Rådene hadde faglig, administrativ og politisk kompetanse, samt en brukerrepresentant. Målet var å verne om programmet i den lokale konteksten og å legge til rette for teamenes arbeid.

Lisenshaver University of Colorado Denver (UCD) forvaltet programmaterieell og sikret programetterlevelse ved at alle tilpasningsforslag måtte godkjennes av NFP NSO. NFP International utgjorde et rådgivende støttenettverk for alle land som arbeidet med NFP, og muliggjorde utveksling av erfaringer og materiell på tvers av landegrensener. Gjennom NFP International hadde prosjektlederne en mentor fra NFP i England som veiledet dem i utprøvingen.

På oppdrag fra og i dialog med Bufdir, foretar Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) en uavhengig, frittstående følgeevaluering av NFP i Norge. Denne prosess- og resultatevalueringen skal dokumentere erfaringene fra deltagende familier og NFP-sykepleiere, med fokus på gjennomførbarhet, egnethet og nytteverdi i en norsk kontekst (AFI, i.d.). Med utgangspunkt i resultatene fra utprøvingen, vil Regjeringen vurdere en utvidelse av programmet i flere deler av landet fra og med 2019 (BLD, 2016, s. 35).



Figur 1. Organisasjonskart.

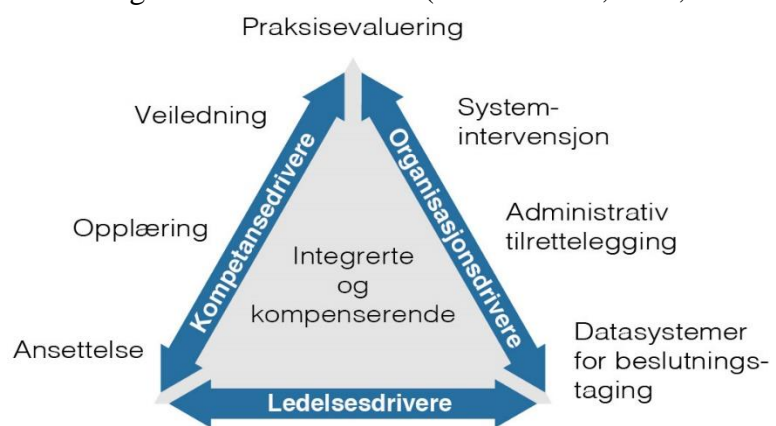
Implementeringsforskning

Oppgaven har så langt fokusert på NFP og piloteringen av programmet i Norge. Vi vil i det følgende redegjøre for sentrale prinsipper fra implementeringsforskningen, sammen med en beskrivelse av implementeringsrammeverket som ble valgt som teoretisk utgangspunkt for oppgaven. Implementering er ikke en enkelthendelse, men en prosess preget av nøye gjennomtenkte, organisasjonsmessige endringer som kan ta 2 til 4 år (Bertram, Blase, Shern, Shea, Fixsen, 2011, s. 10-11; Fixsen, Blase, Naoom, & Wallace, 2009, s. 533). Implementeringsforskningen kan adressere ethvert aspekt av implementeringen, inkludert faktorer som påvirker implementering, selve implementeringsprosessen og resultatene av den (Peters et al., 2013, s. 9). Dette kan bidra til å skille mellom utfordringer knyttet til implementeringsprosessen og problemer med innovasjonen i seg selv (Fixsen et al., 2005, s. 69-70). Systematiske studier av implementering har tradisjonelt sett ikke vært vanlige innen felt som utdanning, helse og omsorg, psykisk helse og forebygging. På begynnelsen av 1980-tallet begynte imidlertid dette å endre seg. Det dukket på denne tiden opp mange empiriske studier som indikerte viktigheten av god implementering for å oppnå ønskede utfall (Meyers et al., 2012, s. 464). Verdens helseorganisasjon skriver at intervensjoner som fungerer i pilotstudier altfor ofte ikke klarer å leve opp til forventningene når de oppskaleres i nasjonale strategier (Peters et al., 2013, s. 8). Dessuten hender det ofte at man på grunn av kontekstuelle forskjeller ikke klarer å overføre intervensjoner fra ett land til et annet. Implementeringsforskning kan belyse hvorfor dette skjer og bidra til kvalitetsforbedringen som er nødvendig for vellykket implementering (Peters et al., 2013, s. 8).

Valg av teoretisk rammeverk. Implementeringsrammeverk gir en oversikt over ideer og praksiser som former den komplekse implementeringsprosessen, og bidrar med kunnskap til forskere og utøvere i lignende prosjekter (Meyers et al., 2012, s. 465). Flere implementeringsrammeverk var aktuelle utgangspunkt for studien, eksempelvis The Quality Implementation Framework (QIF; Meyers et al., 2012), RE-AIM (Reach, Efficacy, Adoption, Implementation and Maintenance; Glasgow, Vogt & Boles, 1999) og Verdens helseorganisasjons rammeverk (Peters et al., 2013). Etter gjennomlesing av anerkjent implementeringslitteratur, fremstod rammeverket til National Implementation Research Network (NIRN; Fixsen et al., 2005; Bertram, Blase & Fixsen, 2015) som velegnet for studiens formål. Dette er et empirisk forankret, revidert og hyppig sitert rammeverk som kan anvendes på tvers av implementeringsfaser og organisasjonsnivåer. Basert på rammeverket, har det dessuten blitt utviklet flere metoder for å gjøre det anvendelig og etterprøvbart i forskningsøyemed (Fixsen et al., 2008; Fixsen, Blase, Naoom, og Duda, 2015).

NIRN er et amerikansk nettverk for implementeringsforskning. Målet til NIRN er å bidra til beste implementeringspraksis og -forskning, samt system- og organisasjonsendring, for å forbedre utfall på tvers av ulike tjenester (i.d.a). I 2005 foretok Fixsen et al. en litteraturgjennomgang på vegne av NIRN. Etter gjennomgang av nærmere 2000 kilder, gjenstod 743 artikler, hvorav 22 var eksperimentelle analyser eller metaanalyser av implementeringsvariabler (Fixsen et al. 2005, s. 4). Basert på litteraturgjennomgangen, postulerte forfatterne at implementering skjer i 6 stadier (Fixsen et al., 2005, s. 15-17; Fixsen, et al., 2008, s. 13-15): 1) Utforskning; 2) Installasjon; 3) Initiell implementering; 4) Full implementering; 5) Innovasjon; 6) Vedlikehold og videreføring. NFP Norge befant seg ved studiens tidspunkt i 3. stadium. Fixsen et al. (2005, s. 23-32) fremstilte også et implementeringsrammeverk, bestående av såkalte kjernekomponenter for implementering (*core implementation components*), som kan anvendes på tvers av implementeringsstadier og organisasjonsnivåer (Ogden et al., 2012, s. 2). Rammeverket har siden vært under revidering (se blant annet Bertram et al., 2015, s. 482; Bertram et al., 2011, s. 12). Active Implementation Drivers er den ledende versjonen av rammeverket i dag, og utgjør det teoretiske grunnlaget for denne studien.

Active Implementation Drivers. *Implementeringsdrivere* defineres av Bertram et al. (2011, s. 12) som kjernekomponenter som gjør det mulig å etablere nødvendige praksiser, programmer og endringer på systemnivå. Disse er nødvendige for at et program skal lykkes og for å oppnå forbedrede utfall for en befolkning (Bertram et al., 2015, s. 482). Active Implementation Drivers består av 8 kjernekomponenter, inndelt under 3 overordnede “implementeringsdrivere”: *ledelses-, kompetanse- og organisasjonsdrivere* (NIRN, i.d.b; Figur 2). Formålet med *kompetansedrivere* er å fremme kompetansen og tryggheten til de som arbeider med implementeringen av et program, for å øke sjansen for etterlevelse og forbedrede utfallsmål (Bertram et al., 2015, s. 482). Kompetansedrivere oppnår dette gjennom ansettelse, opplæring, veiledning og praksisevaluering (Bertram et al., 2015, s. 481). *Organisasjonsdrivere* har som mål å øke miljøets mottagelighet for det nye programmet og å bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring. Dette kan oppnås gjennom å



Figur 2. Active Implementation Drivers (oversatt fra Bertram et al., 2015).

gi støtte til effektiv bruk av kompetansedrivere og ved å benytte seg av tilbakemeldinger fra evaluering av praksis og utfallsdata for målgruppen (Bertram et al., 2011, s. 32). Organisasjonsdrivere bidrar til å etablere et åpent implementeringsmiljø, hvor organisasjonens kultur og klima kan formes av gjennomtenkte, modellrelevante tilpasninger (Bertram et al., 2015, s. 485). Dette gjøres gjennom administrativ tilrettelegging, systemintervensjon og datasystemer for beslutningstaking. *Ledelsesdrivere* omfatter rollene og arbeidsoppgavene til ledelsen av en gitt implementering. Gjennom de ulike implementeringsstadiene fungerer ledelsesdrivere som en støttestruktur for å etablere, overvåke og tilpasse kompetansedrivere og organisasjonsdrivere (Bertram et al., 2015, s. 482).

Implementeringsdriverne må være integrerte – for å bidra til etterlevelse og positive utfall – og kompenserende, slik at mangler ved én komponent kan veies opp for av styrker ved andre (Bertram et al., 2011, s. 13-14). Eksempelvis kan god veiledning kompensere for mangelfull opplæring, mens opplæring isolert sett har vist seg å være en ineffektiv implementeringsstrategi (Fixsen et al., 2009, s. 534). For å øke sjansen for at programlojalitet, effektiv implementering og resultater for målgruppen oppnås, bør organisasjonen overveie sine kjernekomponenter, hvert implementeringsstadium og hvordan implementeringsdrivere bør justeres (Bertram et al., 2015, s. 486). Neste kapittel vil ta for seg den metodologiske anvendelsen av dette rammeverket.

3. Metode

Formålet med studien var å avdekke hvilke faktorer som var hemmende og fremmende tidlig i piloteringen av Nurse-Family Partnership i Norge (jf. forskningsspørsmål 1). Med praktiske metoder for å evaluere implementering, kan implementeringsprosedyrer og -forskning fremmes hurtigere (Fixsen et al., 2015, s. 1). Det foreligger imidlertid ikke konsensus innad feltet om *hvilke* metoder som bør benyttes for å utføre implementeringsstudier (Fixsen et al. 2008, s. 1). Vi ønsket en empirisk basert metode som ville være egnet for å fange opp relevante variabler også på et tidlig stadium av implementeringen. Til dette formålet valgte vi å benytte Measures of Implementation Components (MIC; Fixsen et al. 2008), som er forankret i rammeverket Active Implementation Drivers (NIRN, i.d.b). Rasjonalet for valg av MIC er beskrevet under. Å følge dette rammeverket vil generere numeriske verdier som kan analyseres for å gi standardiserte evalueringer av en gitt implementering. Meyers et al. (2012, s. 51-52) påpeker imidlertid at fordi innovasjoner implementeres i en anvendt setting, er det umulig å utføre implementeringsforskning på en måte som kontrollerer for alle mulige påvirkningsvariabler. Når implementering vurderes, anbefaler derfor Peters et al. (2013, s. 51-52) og Fixsen et al. (2005, s. 75) at det benyttes kvalitative mål i tillegg til kvantitative mål. Med utgangspunkt i denne anbefalingen, bestemte vi oss for å benytte triangulering.

Triangulering er en prosess hvor to eller flere metoder for datainnsamling, datakilder eller dataanalyse brukes for å undersøke det samme fenomenet, med mål om å komme så nær “sannheten” om det som forskes på som mulig (Braun & Clarke, 2013, s. 285-6). Triangulering kan øke vissheten om at resultater som oppnås i en studie ikke er tilfeldige metodiske artefakter (Cohen, Manion, Morrison, 2013, s. 195-196). Det finnes ulike typer triangulering (beskrevet i Cohen et al., 2013, s. 196-197), hvorav studien vår baserte seg på to former: triangulering ved hjelp av ulike måleinstrumenter (*space triangulation*; her: kombinasjon av intervju og spørreskjema) og metodologisk triangulering (*between methods triangulation*; her: kombinasjon av MIC og tematisk analyse [rasjonale beskrevet under]). Vi kunne med dette undersøke om inkluderingen av tematisk analyse ville gi et additivt bidrag til resultatene fra MIC (jf. forskningsspørsmål 2).

Measures of Implementation Components (MIC)

Fixsen et al. (2008) forsøkte med MIC å lage en empirisk basert “beste praksis” for evaluering av implementering av ulike intervensjoner på tvers av fagfelt. MIC er et verktøy med 100 betingelser for vellykket implementering (“implementeringskomponenter”), fordelt på 9 kategorier (“kjernekomponenter”), skåret over en Likert-skala. Årsaken til valget av MIC var at dette er et

evidensbasert, tverrfaglig sammenlignbart verktøy som er utformet for å kunne anvendes på flere stadier av implementeringsprosessen. Implementeringskomponentene fremstod som lett anvendelige, uten behov for omfattende tilpasning utover oversettelse fra engelsk. Vi ønsket å undersøke bredden av informasjon denne metoden ville avdekke og hva den samlet sett ville si om implementeringsprosessen.

Begrensninger ved MIC. MIC bygger på omfattende implementeringsforskning, men er i seg selv et relativt lite utprøvd rammeverk (Fixsen, 2008, s. 1-2). Forfatterne forklarer ikke nøyaktig hvordan MIC skal anvendes eller hvordan resultatene skal sammenstilles. Rammeverket er under utarbeidelse, og forfatterne søker innspill på anvendelsen av det, for å kunne evaluere de enkelte komponentenes psykometriske kvaliteter (Fixsen et al., 2008, s. 2). Med unntak av kategorien “implementeringsklima”, var ikke reliabiliteten og validiteten til implementeringskomponentene etablert (Fixsen et al., 2008, s. 2). Forfatterne påpeker videre at en generell utfordring ved MIC er at komponentene ikke nødvendigvis er formulert på en måte som fanger det sentrale aspektet ved dem (jf. begrepsvaliditet). Den kvantitative utformingen gir anledning til å stille mange, detaljerte spørsmål om en gitt innovasjon, men muliggjør ikke utdypende svar eller forklaringer. Det er heller ikke sikkert at metoden fanger opp alt som er av relevans for implementeringsprosessen, hvilket var årsaken til at vi valgte å benytte triangulering.

Tematisk analyse

For å kunne fange opp eventuell tilleggsinformasjon som ikke ville bli avdekket ved hjelp av MIC, trengte vi en bred og åpen metode som lot deltageres subjektive oppfatninger komme frem. En fordel ved kvalitativ forskning er at det har potensiale for høy økologisk validitet, ettersom datainnsamlingen pleier å bli gjort på måter som er mindre distanserte fra naturalistiske settinger enn i kvantitativ forskning (Braun & Clarke, 2013, s. 280). Tematisk analyse ble valgt som en supplerende metode for å analysere datamaterialet. Dette er en hyppig brukt tilnærming, og er den vanligste måten å analysere transkripsjoner fra fokusgruppeintervjuer på (Wilkinson, 2015, s. 200). Tematisk analyse er en mønster-basert (Braun & Clarke, 2013, s. 173), teoretisk fleksibel (Clarke, Braun & Hayfield, 2015, s. 223-4) metode.

Begrensninger ved tematisk analyse. Innen det kvantitative paradigmet er det enighet om hvilke kriterier som brukes for å evaluere forskning: god forskning skal være reliabel, valid og generaliserbar (Braun & Clarke, 2013, s 278). En generell utfordring ved bruk av kvalitativ metode er at det ikke foreligger konsensus om kvalitetskriteriene som skal brukes (Braun & Clarke, 2013, s 293). Fordi kunnskap i større grad anses som kontekstavhengig og påvirkbar av

forskeren, er reliabilitet (muligheten for å generere de samme resultatene når samme målinger administreres av andre forskere til et annet utvalg) og validitet (hvorvidt forskningen med presisjon klarer å fange “virkeligheten”) vanskelige mål (Braun & Clarke, 2013, s. 279). Eksempelvis er det nærliggende å tenke at andre forskere ville utarbeide andre koder og temastrukturer enn undertegnede. Forskning forstås som en subjektiv prosess, hvor forskeren og deltageren er aktive bidragsytere til kunnskapen som genereres i en gitt studie. Vår tilnærming til studien, fra valg av forsknings spørsmål til gjennomføring av analyse, kan således ha vært påvirket av vår psykolog-faglige bakgrunn, erfaring og interesse for forebyggende arbeid.

Spesifikt for metoden tematisk analyse, beskriver Wilkinson (2015, s. 215) flere kodeproblemer som kan oppstå. Fordi hvert utsagn behandles som et isolert tilfelle, fanges det ikke opp om informanten endrer mening underveis i intervjuet. Særtrekk ved individet og eventuell interaksjon mellom intervjudeltagere kan også bortfalle i analysen. Detaljer kan gå tapt, og det kan være vanskelig å finne representative og velartikulerte sitater.

Overførbarhet. Braun og Clarke (2013, s. 282) beskriver konseptet *overførbarhet* (*transferability*), som handler om i hvilken grad kvalitative resultater kan overføres til andre utvalg og kontekster. For å øke overførbarheten, bør man beskrive deltagerne og omstendighetene til studien i detalj, slik at leseren kan vurdere potensialet for å anvende resultatene til andre kontekster eller deltagere. Vi ønsket at resultatene våre skulle være overførbare til andre land som utprøver NFP, samt til lignende implementeringsarbeid nasjonalt og internasjonalt. Følgelig vil relevant informasjon om prosjektet, deltagerne og utforming og administrering av datainnsamlingsverktøy oppgis.

Utvalg

Vi ønsket informanter som kunne belyse prosessen fra flere nivåer av organisasjonen, og som var aktive i den pågående piloteringen. Siden prosjektet i seg selv var studieobjektet, ble kvaliteter ved enkeltindividene vektlagt i mindre grad enn deltagerens rolle i implementeringen. I samarbeid med veileder Terje Ogden, kom vi i kontakt med prosjektlederne, som videreformidlet vår forespørsel om prosjektdeltagelse til teamene. Det var totalt 11 deltagere: saksbehandler fra Bufdir, klinisk fagsjef fra RBUP og teamledere og familiesykepleiere fra begge implementeringsområdene (Rogaland og Oslo). Utvalget utgjorde en relativt homogen gruppe. Alle var kvinner med mye kompetanse og lang erfaring. Med unntak av saksbehandler, var alle intervjudeltagerne utdannet sykepleiere med minst én spesialisering. Klinisk fagsjef var utdannet jordmor, og hadde erfaring fra prosjekt- og foreningsarbeid. Hvert team bestod av fire familiesykepleiere og en

teamleder. Teamene hadde hver sin jordmor, og resten av teammedlemmene var blant annet utdannet helsesøstre. I tillegg til diverse videreutdanning og spesialisering, var flere av teammedlemmene sertifisert i enkelte av metodene som ble benyttet i prosjektet, inkludert Marte Meo, Circle of Security (COS) og Motiverende intervju (MI). Flere av teammedlemmene hadde erfaring fra terapeutisk arbeid. Samtlige deltagere samtykket til deltagelse i studien, men en familiesykepleier uteble på grunn av sykdom.

Det ble vurdert å inkludere teamsekretærene i utvalget, men ettersom de var mindre involverte i implementeringsprosessen, anså vi dem som en del av teamenes støttesystem heller enn som aktive pågangsdrivere for piloteringen. Andre som ble ekskludert fra deltagelse omfattet: rådsmedlemmer, andre representanter fra RBUP, eksterne pågangsdrivere og internasjonale aktører. Eksklusjonsårsakene inkluderte hovedoppgavens tidsrammer og omfang, samt et ønske om å prioritere ansatte som var direkte involvert i piloteringen.

Datainnsamling

I tråd med den planlagte trianguleringen av to informasjonskilder, behøvde vi en metode for innsamling av numeriske verdier til MIC pluss en metode for å fange opp eventuelle tilleggsopplysninger. Til dette formålet ble spørreskjema og intervjuer vurdert som de mest egnede datainnsamlingsmetodene. Vi forsøkte å lage lettfattelige spørreskjemaer med mulighet for utdypende kommentarer, å ha relativt åpne spørsmål i intervjuguidene, samt å være tillitsbyggende og ivaretaende overfor deltagerne i intervjusituasjonene. Fremgangsmåte for personvern og etiske betraktninger knyttet til dette beskrives i siste del av kapittelet.

Utvikling av datainnsamlingsverktøy. Intervjuguider og spørreskjema ble utarbeidet parallelt, slik at de kunne utfylle hverandre. Detaljer om utviklingen av de respektive verktøyene er beskrevet under. Felles for datainnsamlingsverktøyene var at vi gjennomgikk MIC, oversatte de 9 kategoribeskrivelsene og selekterte aktuelle implementeringskomponenter på grunnlag av deres relevans for implementeringen av NFP. Vi beholdt kategorinavnene og strukturen til MIC, og la til en kategori kalt “helhetlig inntrykk”, som skulle gi deltagerne mulighet til å uttrykke sine helhetsoppfatninger av implementeringsprosessen på intervjutidspunktet. Implementeringskomponentene ble oversatt og deretter reformulert som spørsmål. Oversettelsesarbeidet var omfattende; Ordleggingen var tidvis innfløkt, og mange begreper måtte erstattes for å tilpasse MIC til NFP-rammeverket – eksempelvis ble “innovation” oversatt til “programmet”. Selv om MIC er utformet for å kunne benyttes på tvers av implementeringsstadier, var det vanskelig å anvende i lys av at NFP Norge var nystartet. Eksempelvis var begreper som “intern overføring av ansatte” uaktuelle i en nyopprettet organisasjon.

Utvikling av intervjuguider. Det var opprinnelig planlagt individuelle intervjuer med samtlige deltagere. Underveis i prosessen forespurte imidlertid teamene om muligheten for å gjøre fokusgruppeintervjuer i stedet. Vi besluttet å etterkomme dette ønsket. Wilkinson (2015, s. 200) skriver at fokusgruppeintervjuer kan brukes som en frittstående kvalitativ metode eller i kombinasjon med kvantitative teknikker. Baksiden ved fokusgrupper er at sosiale føringer kan påvirke hvilken informasjon som kommer frem; Braun og Clarke skriver at når fokusgrupper består av kolleger, kan dette begrense åpen diskusjon, og konfidensialitet kan være vanskelig å ivareta (2013, s. 114-5). Meddelsomheten til våre informanter kan ha blitt ytterligere redusert ved at teamlederne ble inkludert i fokusgruppeintervjuene. Vi forsøkte å motvirke dette gjennom å utføre separate, supplerende intervjuer med teamlederne. Etter eget ønske ble ikke det samme gjort med familiesykepleierne. Vi utviklet 3 forskjellige intervjuguider, til prosjektlederne, teamlederne og teammedlemmene. Intervjuguidene fulgte et semistrukturert format, med notater til intervjuerne om aktuelle oppfølgingsspørsmål. Intervjuguiden for teammedlemmene var tilpasset et fokusgruppeformat, og inneholdt færre, bredere spørsmål. Intervjuguiden for teammedlemmene er å finne som vedlegg B.

Utvikling av spørreskjema. Praktiske hensyn og overlapp mellom implementeringskomponentene i MIC førte til at studiens endelige spørreskjema ble betydelig kortere enn MIC. Tekniske komponenter og objektive parametere som vi hadde informasjon om fra før ble også ekskludert. Ettersom informantene kom fra ulike nivåer av organisasjonen, utviklet vi 2 spørreskjema: et for prosjektlederne og teamlederne og et for teammedlemmene. Spørreskjemaene var delvis overlappende, og inneholdt henholdsvis 21 og 20 utsagn som skulle skåres over en Likert-skala. Eventuelle kommentarer kunne tilføyes på slutten. Teammedlemmene ble dessuten bedt om å beskrive sin utdanning og tidligere jobberfaring, i tillegg til antall familier de hadde besøkt minst én gang på daværende tidspunkt. Se vedlegg C for spørreskjemaet til teammedlemmene.

Informert samtykke. Deltagerne mottok et informasjonsskriv med forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet (vedlegg D). De skrev under på en samtykkeerklæring for deltagelse og bruk av lydopptak. På intervjutidspunktet ble deltagerne minnet om formålet med studien og fikk ytterligere informasjon om intervjuformatet. Det ble understreket at målet var å få frem deltagerens subjektive opplevelser, og at opplysninger ville behandles konfidensielt.

Administrering. Datainnsamlingen foregikk over en tidsperiode på 5 uker i løpet av høsten 2016. Spørreskjemaene ble utsendt, utfylt og gjennomlest i forkant av intervjuene. Intervjuene

med prosjektlederne og fokusgruppeintervjuene med teamene varte i 2 timer hver, mens intervjuene med teamlederne varte i 12 og 20 minutter. Intervjuene ble gjennomført på intervjudeltageres respektive arbeidsplasser. Vi refererte til de utfylte spørreskjemaene underveis i intervjuet, og stilte oppfølgingsspørsmål hvis deltagerne hadde utelatt å skåre et utsagn eller det forelå stor diskrepans mellom de ulike deltagerens svar. På slutten av intervjuene var det mulighet for mer åpen samtale og spørsmål.

Analyse

I det følgende beskrives fremgangsmåtene for skåring av MIC og gjennomføring av den tematiske analysen. Arbeidet startet med transkribering av intervjumaterialet.

Transkribering. Vi ønsket å fokusere på det eksplisitte, semantiske innholdet i deltagerens utsagn heller enn på fortolkninger og latente meninger. Lydopptakene ble derfor transkribert etter den ortografiske metode, hvor man skriver ned det som blir sagt verbatim, men ikke *hvor* det blir sagt (Braun & Clarke, 2013, s. 161-2). Vi inkluderte fyllord, latter, gjentakelser, noe betoning og “bekreftende lyder” som mmm i transkriberingen, og ekskluderte bakgrunnsstøy, pauser og lyder som hmmm. Navnene til informantene ble anonymisert ved hjelp av en koblingsnøkkel.

Skåring av MIC. Sammen med skårene fra spørreskjemaene, ble transkripsjonene fra intervjuene brukt som grunnlag for skåring av MIC. Vi sammenstilte deltagerens skårer i spørreskjemaene og beregnet gjennomsnittsverdiene for hvert utsagn. Gjennomsnittsverdiene ble overført som skårer for de korresponderende implementeringskomponentene i MIC. De resterende komponentene i MIC ble skåret basert på informasjon fra intervjuene. Komponentene ble vurdert basert på tilstedeværelse, over en Likert-skala med 1 tilsvarende “ikke til stede” og 7 “helt til stede”. Dersom implementeringskomponenten ikke var relevant for NFP eller vi var usikre på grad av tilstedeværelse i organisasjonen, skåret vi dette som henholdsvis 8 eller 9.

Eliminering av implementeringsklima. MIC inkluderer en niende kategori, *implementeringsklima*, med implementeringskomponenter hentet fra Klein og Sorra (1996) og Panzano et al. (2004; Panzano & Roth, 2006). Implementeringsklima defineres imidlertid ikke som en kjernekomponent i Fixsen et al. sitt opprinnelige rammeverk (2005, s. 28-30), og heller ikke i forfatterens nyere publikasjoner (Bertram et al., 2011; 2015, s. 479) eller av NIRN (i.d.b). Implementeringskomponentene i denne kategorien fremstod som å mangle et sentralt organiserende konsept; Flere lot til å overlape med andre kjernekomponenter, og det var helhetlig sett en lite sammenhengende kategori. Usikkerhet rundt kategoriens innholdsvaliditet – dens evne til å måle det den

skal måle (Svartdal, 2017) – sammen med at den ikke er inkludert i det teoretiske rammeverket, gjorde at vi valgte å ekskludere denne kategorien fra våre analyser.

Gjennomføring av tematisk analyse. Vår analyse var primært induktiv, med utgangspunkt i datamaterialet (transkripsjonene) heller enn eksisterende teorier og konsepter (Clarke et al., 2015, s. 225). Vi tok utgangspunkt i fremgangsmåten som er beskrevet av Braun og Clarke (2013; Clarke et al., 2015), som består av 6 faser for tematisk analyse.

Fase 1: Gjennomgang av datamaterialet. Målet for denne fasen var å bli bedre kjent med datasettet og å begynne å legge merke til innhold som var relevant for forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2013, s 204). Fremgangsmåten vi valgte for denne fasen var å bevege oss på tvers av transkripsjonsnotatene fra de ulike intervjuene, slik at vi leste parallelt hva de ulike intervjudeltagerne svarte på de samme spørsmålskategoriene. Ettersom implementeringsfaktorer kunne identifiseres uten å følge intervjuene kronologisk, ble dette vurdert som en adekvat tilnærming.

Fase 2: Koding. En kode identifiserer og navngir noe i datamaterialet som er av interesse for forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2013, s. 234). Vi gjorde en komplett koding av datamaterialet, hvilket innebærer at alt som er av interesse for forskningsspørsmålet kodes (Braun & Clarke, 2013, s. 206-7). Vi brukte hovedsakelig data-deriverte/semantiske koder, og fokuserte på det konkrete meningsinnholdet i transkripsjonene og deltagerens språk og begreper. I tråd med hvordan vi gikk frem ved gjennomlesningen i fase 1, valgte vi å kode de 6 intervjutranskripsjonene parallelt, i en rekkefølge som begynte med teamene og tok for seg ett emne om gangen. Ettersom vi ønsket å ha en felles plattform å arbeide ut ifra, valgte vi å gjøre kodingen av det anonymiserte materialet i Google Regneark og Google Dokumenter. Fremgangsmåten var å lese igjennom kategorien, for så å sette inn koder som kommentarer på de aktuelle tekstutdragene. Enkelte sitater ble kodet flere ganger. I et separat Google Regneark førte vi opp samtlige koder og deres tilhørende tekstutdrag, fargesortert etter hvilke intervjuer sitatene var hentet fra. Kodene ble fordelt på rader, med sine respektive tekstutdrag i kolonner, som eksemplifisert i Tabell 2. Det var viktig for oss å gjøre et grundig arbeid på dette stadiet, og å opprette koder som også gav mening løsrevet fra datamaterialet. Innen første koding av transkripsjonene var omme, hadde vi generert 277 forskjellige koder. For å holde oversikt over disse, hadde vi grovsortert kodene i henhold til spørsmålskategoriene som ble benyttet i intervjuguidene. Vi gikk bort fra disse kategoriene i de påfølgende fasene.

Tabell 2

Kodeskjema fra initiell koding

Kode	Tekstutdrag		
NFP-rådet gir støtte	“Så det tenker jeg er utrolig godt å ha de, og de er så positive og de er så på, og de har et eierskap til prosjektet.”	“Og det at disse lederne sitter i det rådet og bidrar til å tilrettelegge for teamet, det er helt avgjørende. Det ser vi allerede nå, at vi kan troppe dem sammen og si ‘Vi har problemer med å rekruttere. Hvordan kan dere hjelpe oss?’”	“I hvert av de lokale NFP-rådene har de en rådsleder, og vedkommende er jo gjerne valgt fordi de er et lokomotiv – ‘det lille toget som kan’”
Utfordrende å nå frem til målgruppen	“de skal rekrutteres innen uke 28, skal være førstegangsfødende [...] Og så er det som jordmødrene sier ute er jo at de også må få en viss tillit. Det er vanskelig for dem å spørre på første konsultasjonen ikke sant, og så går tiden”	“Vi vet vel at disse familiene og kvinnene er der, på en måte, så det er liksom å få fatt i dem, det er jo det som er utfordringen, så i og med at det er et frivillig program, så må jo først og fremst kvinnen og familien ville det selv. Men så må de jo òg få vite om det.”	“Så hvis vi treffer riktig målgruppe – men blir en kunst, altså det forstår jeg, det blir virkelig en kunst å treffe riktig målgruppe, det blir noe vi må jobbe hardt for – å lære oss hvordan treffer vi riktig målgruppe.”

Fase 3: Leting etter tentative temaer og undertemaer. Et tema kjennetegnes av at det bygger på et *sentralt organiserende konsept*, også kjent som et analytisk hovedpoeng (Clarke et al., 2015, s. 236). Hvert tema skal ha et klart fokus og formål, være relativt avgrenset og bidra til et sammenhengende og meningsfylt bilde av dominerende mønstre i datamaterialet som adresserer forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2013, s. 249). Temaene ble inndelt i tre nivåer: *overordnede temaer*, *temaer* og *undertemaer*. Vi gjennomgikk samtlige koder og reduserte det totale antallet til 216 (1066 sitater, inkl. dobbelkoding), gjennom sammenslåing av lignende og/eller snevre koder. Basert på konkret innhold, grovsorterte vi kodene etter nye kategorier (e.g. “kulturforskjeller”, “organisasjonskultur”) og opprettet en “restkategori” for koder som ikke passet inn i eksisterende kategorier. Etter denne revisjonen, ble samtlige koder inndelt i de overordnede temaene “fremmende faktorer” og “hemmende faktorer”. Antall koder var 137 fremmende (717 sitater) og 79 hemmende (349 sitater). Kodene ble så løsrevet fra eksisterende kategorier, og vi søkte på nytt etter sammenhenger innad de overordnede temaene, uavhengig av tidligere strukturering. Basert på forbindelser som begynte å komme til syne i materialet, postulerte vi tentative undertemaer som kodene kunne sorteres etter. Noen koder ble i første omgang dobbeltsortert, da de inneholdt elementer av flere undertemaer, men samtlige endte opp under kun ett undertema.

Fase 4: Gjennomgang av temaer og undertemaer. I fase 4 gjennomgås de tentative temaene på to måter: Først kontrollerer man at temaene korresponderer med det tilhørende kodede materialet, dernest at temaene og den helhetlige analysen fanger hovedpoeng og mønstre i det

samlede datamaterialet (Clarke et al., 2015, s. 238). Mens vi i fase 3 hadde hatt hovedfokus på datamaterialets undertemaer, beveget vi oss i denne fasen opp et abstraksjonsnivå og lette etter samlende, klart adskilte temaer. For å få en oversikt over forholdene mellom koder, potensielle tema og undertema, opprettet vi figurative representasjoner av disse i form av *tematiske kart*. Vi tegnet først tematiske kart hver for oss, og nådde uavhengig av hverandre en høy grad av konsensus om hvilke temaer som fremstod som mest betydningsfulle og hvordan undertemaene kunne organiseres under disse. Etter revisjon og drøfting av hvordan det analytiske hovedpoenget i hvert tentative tema kunne ivaretas, kom vi frem til en struktur hvor vi hadde tre temaer for hvert overordnede tema. Endelig tematisk kart er å finne i Figur 5.

Fase 5: Temadefinisjoner og temanavn. I fase 5 fikk temaene navn, og vi skrev *temadefinisjoner* – korte beskrivelser som forklarer det sentrale organiserende konseptet, omfanget og avgrensningene for hvert tema (Clarke et al., 2015, s. 240). Vi refererte til både de underordnede kodene og de enkelte sitatene disse bygget på ved utforming av tema- og undertemadefinisjoner, for å øke samsvaret mellom de analytiske tolkningene og råmaterialet. Mens undertemadefinisjonene hovedsakelig utgjorde oppsummeringer av kodene de bygget på, løftet temadefinisjonene analysen til et høyere abstraksjonsnivå og hypotetiserte om sammenhenger i materialet. Temadefinisjonene presenteres i neste kapittel, sammen med utdrag fra undertemadefinisjonene og illustrerende sitater.

Fase 6: Rapportskrivning. Målet for denne fasen var å sammenstille temadefinisjonene og å trekke konklusjoner på tvers av tema. I tråd med Clarke et al. (2015, s. 244) sine anbefalinger, valgte vi å presentere den tematiske analysens resultater adskilt fra diskusjonen. Resultatene er å finne i neste kapittel.

Etiske betraktninger

Braun og Clarke (2013, s. 62-3) foreskriver blant annet følgende etiske standarder som aktuelle ved kvalitativ forskning: personvern, konfidensialitet, informert samtykke, retten til å trekke seg, risikoreduksjon, at man ikke bedrar og at deltagerne får mulighet til å stille spørsmål og eventuelt lese en oppsummering av forskningen. Med tanke på personvern, er et prosjekt meldepliktig til Norsk senter for forskningsdata (NSD; 2015) hvis det behandler personopplysninger ved hjelp av datamaskinbasert utstyr eller manuell systematisering av sensitive opplysninger. Ettersom vi skulle oppbevare personopplysninger på kryptert minnepinne og ha en manuell koblingsnøkkel, meldte vi prosjektet til NSD, som gav følgende tilbakemelding: “Personvernombudet har vurdert

prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven” (vedlegg E).

Informasjonsskrivet (vedlegg D) informerte om muligheten for å trekke seg underveis. Alle som deltok i prosjektet fikk tilbud om å lese igjennom datamaterialet fra sitt intervju. Gjennom mail-korrespondanse i etterkant av intervjuene, ble det dessuten gitt tilbud om gjennomlesing av seksjonene hvor deltagerne siteres før innlevering av oppgaven. Vi etterstrebet å behandle personopplysninger så konfidensielt som mulig, og råmaterialet ble oppbevart på krypterte minnepinner. Demografisk informasjon som navn, stilling, tidligere utdanning og arbeidserfaring ble innsamlet. Navnene til deltagerne ble anonymisert ved hjelp av koblingsnøkkel. I informasjonsskrivet og forut for intervjuene informerte vi om at enkelte deltagere kunne være identifiserbare i oppgaven grunnet sine posisjoner i prosjektet. Etter anbefaling fra NSD (vedlegg E), ble tredjepersoner omtalt i en så lite identifiserende grad som mulig, og konkrete opplysninger om eksterne samarbeidspartnere og familier som deltok i prosjektet ble ekskludert fra analysen. Lydopptak, spørreskjema og koblingsnøkkel vil oppbevares inntil oppgaven er vurdert, for så å slettes.

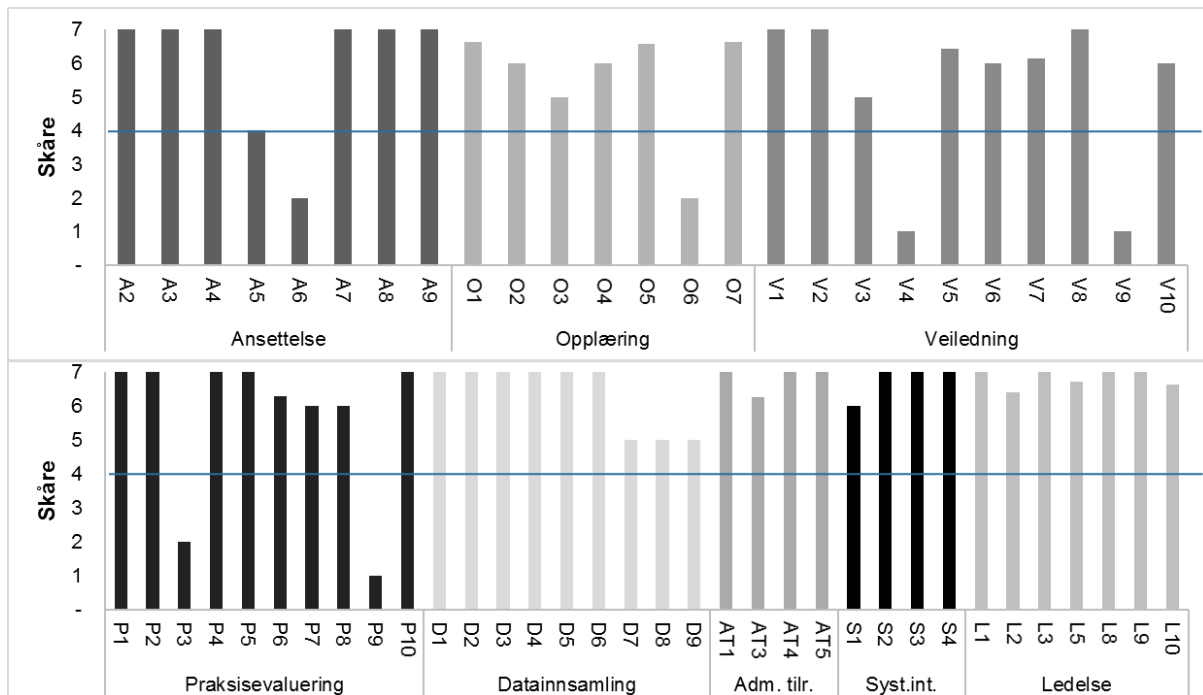
4. Resultater

I dette kapittelet presenteres først resultatene fra MIC og deretter fra den tematiske analysen. Resultatene vil sammenstilles, utdypes og diskuteres i neste kapittel.

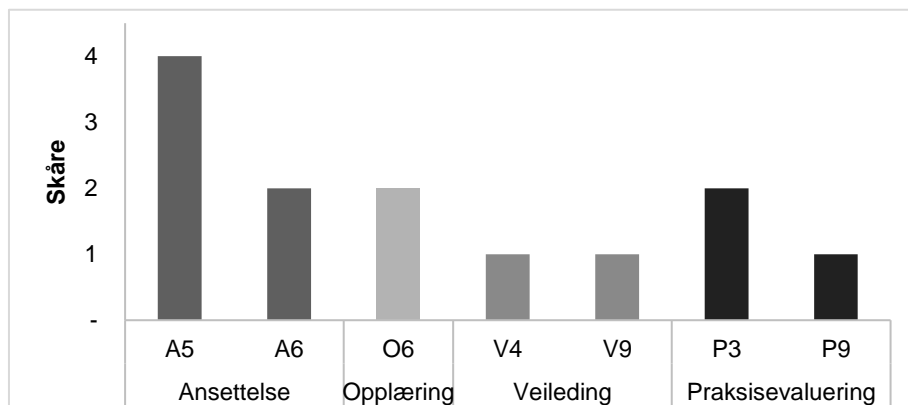
Resultater fra Measures of Implementation Components

Her presenterer vi først de kvantitative resultatene fra MIC, for så å beskrive hva vi basert på spørreskjemaene og intervjuene vurderte som fremmende og hemmende under hver kjernekomponent. Kjernekomponentenes definisjoner er hentet fra Fixsen et al. (2005; 2008), og er strukturert etter MIC. Etter eksklusjon av kategorien *implementeringsklime*, gjenstod 8 kjernekomponenter, med totalt 68 implementeringskomponenter. Av disse var det 9 implementeringskomponenter som ikke kunne besvares, da det forelå begrenset informasjon eller de var beregnet på programmer som var kommet lengre i implementeringen.

Implementeringskomponentene ble navngitt med en bokstav som indikerer kjernekomponent pluss nummerering (e.g. O2 = andre implementeringskomponent i kjernekomponenten Opp-læring). Disse ble skåret basert på tilstedeværelse, over en Likert-skala med 1 tilsvarende “ikke til stede” og 7 “helt til stede”. Figur 3 viser fordelingen av skårer på implementeringskomponentene for de respektive kjernekomponentene. Vi valgte å sette ≤ 4 som cut-off for tilstedeværelse, etter som en skåre på >4 indikerte en viss grad av tilstedeværelse. Implementeringskomponenter med skårer ≤ 4 ble operasjonalisert som hemmende faktorer for implementeringen. Figur 4 viser de 7 implementeringskomponentene som gjenstod etter eliminering av alle skårer >4 . Et interessant funn var at samtlige komponenter med skåre ≤ 4 var kompetansedrivere; Det var ingen implementeringskomponenter fra ledelsesdrivere eller organisasjonsdrivere som oppnådde skårer på ≤ 4 . Årsakene til lave skårer var: mangel på NFP-ekspertise (definert som en som har erfaring med å jobbe i NFP) ved ansettelse (A5 og A6), opplæring (O6) og veiledning (V4); mangel på direkte observasjon i veiledning (V9) og praksisevaluering (P3); mangel på regelmessige skriftlige tilbakemeldinger fra praksisevalueringen (P9). Med utgangspunkt i MIC, var det med andre ord kun disse spesifikke vanskene i forbindelse med *kompetansedrivere* som kom frem som hemmende faktorer for implementeringen av NFP i Norge.



Figur 3. Fordeling av skårer for kjernekomponentenes implementeringskomponenter.



Figur 4. Implementeringskomponenter med skårer ≤ 4.

Gjennomsnitt for kjernekomponentene. Helhetlig sett var det høye skårer for de fleste implementeringskomponenter i MIC, med en gjennomsnittsskåre på 6,01. Gjennomsnittlig sett var det kjernekomponenten veiledning som hadde lavest skåre ($M = 5,26$, $SD = 3,23$), mens administrativ tilrettelegging ($M = 6,81$, $SD = 0,38$), systemintervensjon ($M = 6,75$, $SD = 0,50$) og ledelse ($M = 6,82$, $SD = 0,24$) hadde høyest skårer, med lite spredning. Gjennomsnittet for ansettelse var 6,00 ($SD = 1,93$), opplæring 5,55 ($SD = 1,68$), praksisevaluering 5,63 ($SD = 2,23$) og datainnsamling 6,33 ($SD = 0,68$).

Ansettelse (*practitioner selection*). Denne kjernekomponenten omhandler metodene som benyttes for å rekruttere de som skal være utøvere av et gitt program, samt deres utdanning, erfa-

ringer og personlige egenskaper. NFP var nystartet i Norge, og det ble utlyst stillinger for alle posisjoner. Jobbintervjuene ble gjennomført etter NFP-manualen. Intervjuene fokuserte på arbeidsoppgavene i programmet og inneholdt blant annet rollespill. De som gjennomførte intervjuene mottok støtte og veiledning fra NFP International og mentor, men hadde ikke tidligere vært utøvere av programmet eller utført intervjuer i dets øyemed.

Opplæring (*training*) omhandler hvordan det tilrettelegges for at utøvere skal tilegne seg ny kunnskap og ferdigheter, gjennom opplæring i programmet, ferdighetstrening og tilbakemeldinger i et trygt læringsmiljø. Opplæringen for NFP Norge var lagt opp etter arbeidsoppgavene i programmet, og inkluderte atferdstrening. Teamlederne hadde fått to dager med spesifikk opplæring i teamlederrollene. De deltok også på opplæringen til teammedlemmene, som foregikk over to separate uker. Opplæringen ble hovedsakelig gjennomført internt på RBUP, med deltagelse fra mentor fra England. Deler av opplæringen, eksempelvis Newborn Behavioral Observation (NBO), ble imidlertid ikke gjennomført av en NFP-ekspert.

Veiledning (*supervision/coaching*) omhandler hvordan veiledning på tvers av implementeringsstadier gir støtte til utøvernes arbeid, i form av blant annet observasjon, undervisning, tilbakemeldinger og ferdighetstrening. En av rollene til teamlederne var å være veileder for familiesykepleierne. Veiledningen fokuserte hovedsakelig på å hjelpe teammedlemmene med å utvikle programspesifikk kunnskap og ferdigheter, og det ble samlet inn data fra veiledningen. Veilederne hadde imidlertid ikke vært utøvere av programmet tidligere (i.e. ikke NFP-eksperter). I Oslo kom de tidlig i gang med regelmessig individuell veiledning, men ikke med gruppeveiledning. I Rogaland var det motsatt. Teamveilederne hadde ikke kommet i gang med direkte observasjon av teammedlemmenes kliniske ferdigheter.

Praksisevaluering (*performance assessment*) omhandler tilstedeværelsen av egnede datainnsamlingsverktøy for evaluering av utøvelsen til de ansatte og organisasjonen. NFP-programmet inneholder detaljerte skjemaer og datasystemer for å evaluere arbeidet til teamene og den enkelte brukers progresjon. Eksempelvis samles det inn data om familiene gjennom PHQ-9, GAD-7 og BDI-II. Prosentandel av tiden teammedlemmene brukte innen de forskjellige arbeidsområdene og eventuelle avtaleendringer ble registrert, og deres praksis ble i tillegg evaluert av brukerne og teamlederne. De ansatte var informert om formålet med og innholdet til metodene for praksisevaluering. Et viktig moment i den tidlige implementeringsprosessen var at det oppstod forsinkelser i forbindelse med oppstart av rekruttering av deltagere. Årsaken til dette var at Datatilsynets godkjenning av datainnsamlingsverktøy tok lengre tid enn forespeilet. Rekrutteringsoppstart var

planlagt i mai 2016, men måtte følgelig utsettes til august. Tross forsinkelser, var datainnsamlingsystemene på plass ved intervjutidspunktet, og det var rekruttert omlag 20 familier. Teamsekretærene bidro til at data ble sammenfattet og oversendt til datainnsamlingsenheten på RBUP. Utøvernes arbeid hadde ikke blitt evaluert ved direkte observasjon på intervjutidspunktet. Det var for tidlig til å si noe om resultatene av familiearbeidet.

Datasystemer for beslutningstaking (*decision support data systems*) omhandler hvorvidt det gis regelmessige tilbakemeldinger fra praksisevalueringen av ansatte og organisasjonen til utøvere og administrasjonen. Datasystemene kan brukes for å evaluere og sikre implementering av sentrale implementeringskomponenter over tid. I tillegg til AFIs følgeevaluering, ble det benyttet spesifikke protokoller og analyseverktøy for å rapportere om programmets prosesser og utfall. På grunn av forsinkelsene ved godkjenning av datainnsamlingsystemer, hadde ikke regelmessige, skriftlige tilbakemeldinger til teamene kommet i gang på intervjutidspunktet. Det ble imidlertid beskrevet en relativt fri informasjonsutveksling på tvers av organisasjonsnivåene, slik at teammedlemmer, teamledere og prosjektledere var oppdaterte på hvordan det gikk med implementeringsprosessen. Denne informasjonsutvekslingen fremstod som hovedsakelig uformell og muntlig.

Administrativ tilrettelegging (*facilitative administration*) omhandler endringer som har blitt gjort på administrativt nivå for å tilrettelegge for implementering av programmet, samt hvorvidt de ovennevnte datasystemene brukes regelmessig for å fatte tilpasningsbeslutninger. Prosjektlederne hadde fått opplæring i programmet, og administrative rutiner, praksis og prosedyrer hadde blitt tilpasset de spesifikke, identifiserte behovene til NFP. Dette ble blant annet gjort ved å gi RBUP og klinisk fagsjef implementeringsansvaret. Det forelå ved intervjutidspunktet ingen informasjon om hvorvidt datasystemer for beslutningstaking hadde bidratt til den administrative tilretteleggingen.

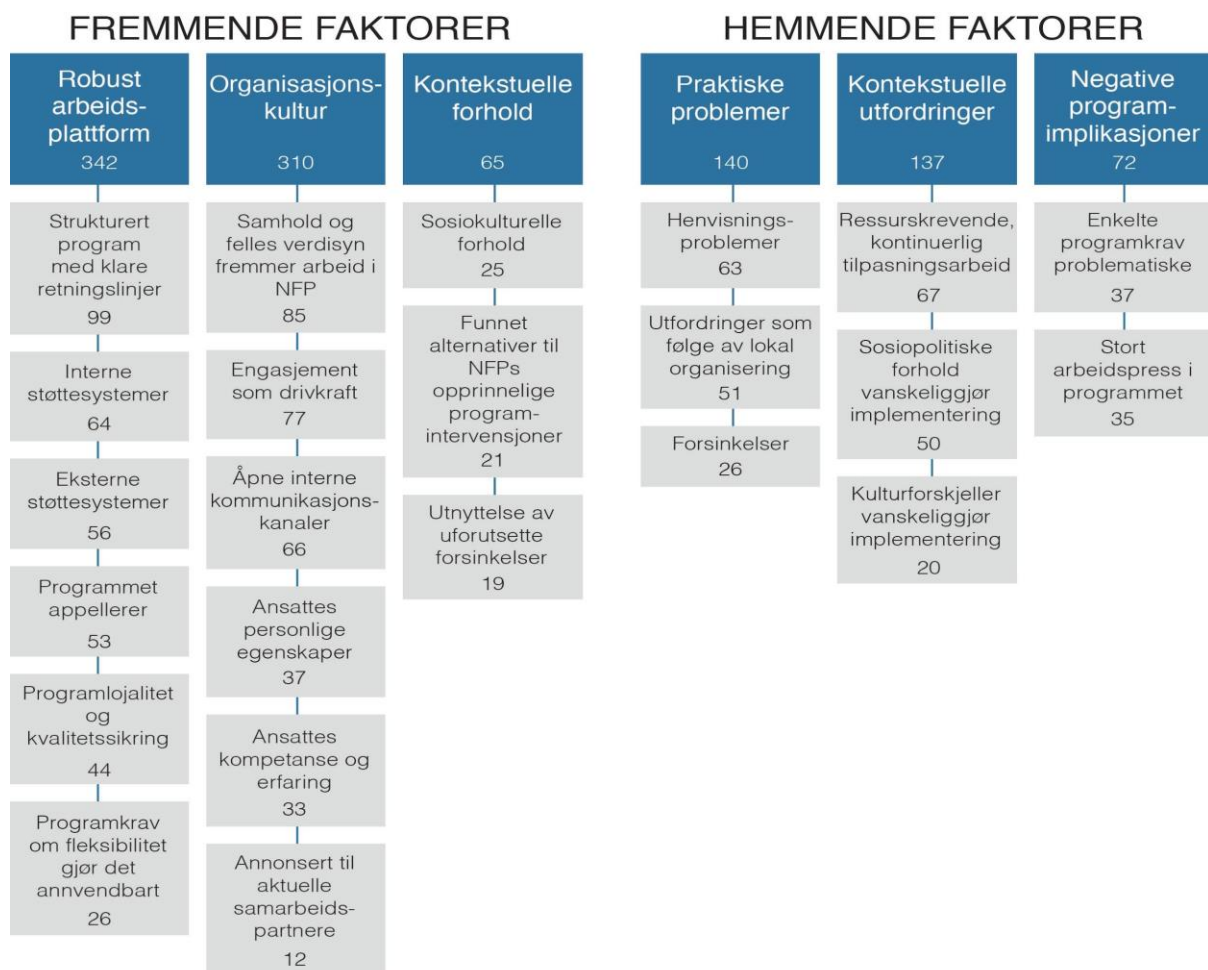
Systemintervensjon (*systems intervention*) omhandler arbeid med eksterne systemer og sikring av ressurser til utøvernes arbeid. Gjennom blant annet konferanser og samarbeidsmøter, hadde prosjektlederne og teamlederne arbeidet aktivt for å påvirke eksterne systemer til å bli mer åpne for de spesifikke metodene, verdiene og filosofien til programmet. Fremgangsmåter for dette arbeidet er beskrevet i NFP-manualen. Med hensyn til finansiering av prosjektet, hadde det blitt sikret tilstrekkelig med ressurser for utprøvsperioden.

Ledelse (*leadership*) omhandler måten ledere på ulike nivåer i organisasjonen bidrar til implementeringsprosessen gjennom å fatte beslutninger, samle tilbakemeldinger og gi støtte til og

kommunisere med utøverne (Ogden et al., 2012, s. 6). I vår studie ble ledelsen definert som teamlederne og prosjektlederne. Prosjektlederne hadde vært aktivt involverte i blant annet ansettelsesprosessen og opplæringen, og holdt seg oppdaterte på hvordan det gikk med teamene gjennom de åpne kommunikasjonskanalene i prosjektet. Prosjektlederne hadde gjort tilpasninger som var i tråd med programmet, og de hadde vært aktive i å løse utfordringer. Teammedlemmene oppfattet teamlederne som rettferdige, respektfulle og omtensksomme.

Resultater fra tematisk analyse

Temastrukturen bestod av to overordnede temaer: fremmende og hemmende faktorer. Disse hadde tre temaer hver, bestående av 2–6 undertemaer. Temastrukturen er illustrert i Figur 5. Temakartets tallverdier angir antall sitater i hvert tema og undertema. Tema- og undertemadefinisjoner presenteres her, sammen med utvalgte illustrerende sitater. I tråd med intensjonen om å ha en tekstnær analyse, hvor intervjudeltagernes betoning av ulike emner gjenspeiles, er tema og undertema sortert etter antall sitater (i.e. hovedsortering etter tema, undersortering etter undertema).



Figur 5. Temakart.

Fremmende faktorer. Den tematiske analysen avdekket totalt 137 fremmende faktorer for den tidlige piloteringen av NFP i Norge, fordelt over tre tema.

Robust arbeidsplattform. Temaet *robust arbeidsplattform* betegner fremmende faktorer som omhandler utformingen til og kvaliteter ved NFP-programmet. Sammen med både programfestede og allerede eksisterende støttesystemer utgjorde dette fundamentet som de ansatte arbeidet ut ifra – deres arbeidsplattform. Intervjudeltagerne fortalte at programmets utforming, med hensyn til retningslinjer og innebygd kvalitetssikring, appellerte til dem selv, familiene og eksterne aktører. Programmet var tydelig strukturert, samtidig som det fordret fleksibilitet fra de ansatte. Denne kombinasjonen fremstod som viktig for programmets anvendbarhet. Programkravene foreskriver at det skal opprettes nettverk og støttesystemer for å forbedre drift av programmet og for å skape en forbindelse med eksisterende tjenester, målgruppen og andre interessenter. Internt i organisasjonen hadde lokale og nasjonale råd, sammen med NFP International, en konsultativ funksjon. Eksternt var det viktig med tverrfaglig samarbeid, og det ble blant annet hentet inn kompetanse fra andre fagmiljøer. Helhetlig sett kom det frem at programmet la føringer for opprettelsen av en robust arbeidsplattform som gav gode betingelser for implementeringen av det.

Strukturert program med klare retningslinjer. Dette undertemaet omhandler hvordan tydelige programkrav var med på å effektivisere implementeringen av NFP i Norge. En prosjektleder forklarte:

Det er jo det som er litt forskjellig med denne modellen eller dette programmet versus andre, er at her får man diktert hva man skal gjøre og hvordan det skal gjøres. [...] Det er litt sånn befriende òg, å kunne lene seg tilbake på at “Nei, vet du hva? Forskningen sier at dette fungerer. Da gjør vi det sånn”.

Eksempelvis ble det nevnt som fordelaktig at opplæringen var utformet for å speile arbeidsoppgavene i NFP: “alt føles så tilrettelagt og riktig, og riktig på en måte plassert i forhold til tid og sted når det har kommet i opplæringen” (teammedlem).

Interne støttesystemer beskriver hvordan ansatte i NFP Norge, RBUP, NFP International og NFP NSO bidro med kompetanse, rådgivning og praktisk bistand i implementeringsarbeidet. Klinisk fagsjef var et sentralt ledd i det interne støttesystemet. Hun fortalte: “helt fra starten har jeg i grunnen gjort det, hjulpet for å tilrettelegge, for denne utprøvingen og for at teamet skal gjøre et godt stykke arbeid.” Videre berettet hun om hvordan de ansatte nyttiggjorde seg av Spedbarnsnettverket på RBUP: “det er genialt å være plassert her [på RBUP] blant folk som har erfaring med prosjektutprøving og folk med erfaring med forskning. [...] det er en stor faktor for suksess.” En teamleder fortalte hvordan NFP NSO ble konsultert fortløpende for tilpasningsarbeid:

Det må godkjennes internasjonalt, eller med faktisk David Olds himself, holdt jeg på å si, helt på detaljnivå så skal alle endringer eller tilpasninger må godkjennes. Så vi kommer med innspill, og etter hvert som vi erfarer så melder vi det inn til [RBUP], og så tar de det videre.

Eksterne støttesystemer omfatter støttesystemer som befant seg utenfor organisasjonen i Norge og som bistod i implementeringen. Blant annet ble NFP-rådene nevnt som et viktig eksternt støttesystem: rådene “bidrar til å tilrettelegge for teamet, det er helt avgjørende. Det ser vi allerede nå, at vi kan troppe dem sammen og si ‘Vi har problemer med å rekruttere. Hvordan kan dere hjelpe oss?’” (prosjektleder). I tillegg til rådsstrukturene, benyttet teamene eksternt kompetanse, som påpekt av en teamleder: “vi har så mye støtte rundt oss, alt i fra materiell for å kvalitetssikre til de beste folkene nesten på sine felt i regionen. Så det ligger i hvert fall til rette for at vi skal kunne nyttiggjøre oss av veldig mye god kompetanse.” Viktigheten av tverrfaglig samarbeid ble gjentatte ganger understreket i intervjuene, og utgjorde en sentral del av det eksterne støttesystemet. Eksempelvis sa en prosjektleder:

vi [er] helt avhengige av å få til godt samarbeid for at familiene våre skal oppleve at dette henger sammen og ikke bare er en sånn blindtarm på siden av det ordinære tilbudet de skal ha, da. Så de får også bedre hjelp hvis vi klarer å samarbeide godt.

Programmet appellerer til ansatte, til familiene som deltar og til andre som får høre om det. En teamleder fortalte at mange eksterne aktører hadde positive holdninger til NFP Norge: “bortsett fra noen instanser, så blir det tatt utrolig positivt imot. Veldig, veldig positivt imot. Altså at ansatte der ute synes det er helt fantastisk”. NFP-tilnærmingen ble beskrevet som alliansebyggende. Blant annet sa et teammedlem:

vi har et styrke- og ressursfokus. Vi kommer ikke inn og ser på alle feilene og ser alt som ikke er bra, men vi prøver å løfte det som er der og det som er bra, og det er det alle plasser så er det noe bra å løfte å jobbe videre med. Og det tenker jeg òg er med å lage en god relasjon.

Programlojalitet og kvalitetssikring er innebygd i programmet, og gir informasjon om og korreksjoner på fremgangen til NFP Norge. En teamleder utdypet: “du har teamet, du har materiellet, du har altså utrolig mye verktøy som kvalitetssikrer den jobben du skal gjøre”. Blant annet blir de ansattes aktiviteter dataført, som forklart av en prosjektleder:

det er også noe av det som er hensikten med hele det datasystemstrukturen som er bygget opp i NFP, at de veilederne skal også kunne trekke ut på en måte data om sitt team – “hvordan [går det] med sykepleierne mine? Hvordan fordeler de tiden sin i hjemmebesøket på de ulike temaområdene?”

En annen måte programetterlevelse ble sikret på var ved at en NFP-ekspert bidro med utforming av det norske opplæringsprogrammet: “man får støtte [fra NFP-ekspert] i begynnelsen til å liksom få både rammen og innholdet og alt liksom i et system [...], og så er man oppe og står på egne bein etter det” (prosjektleder).

Programkrav om fleksibilitet gjør det anvendbart. Fleksibilitet lå som programkrav både som egenskap hos de ansatte og i deres arbeide. Et teammedlem fortalte:

selv om det er manualbasert så har vi jo en viss fleksibilitet innen ... det er disse temaene, og så er det mange fasilitatorer, så da velger du på en måte den som du tenker, vurderer selv med din bakgrunn og din kunnskap at [...] passer inn i akkurat denne situasjonen

En teamleder utdypet: “det å vise fleksibilitet og evne til å ta ting litt på sparket [...] er det som trengs i denne jobben”.

Organisasjonskultur. “Organisasjonskultur omfatter de felles verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg blant medlemmene i en organisasjon” (Sagberg, 2016). En teamleder sa om NFPs organisasjonskultur:

Jeg tror at det er en veldig styrke for organisasjonen, både internasjonalt, men også i de enkelte land på distriktsnivå, det å føle at du er en del av noe som er større enn deg selv, du er en del av et stort, velfungerende system, det tror jeg er en suksessfaktor i seg selv, som er bygget på det holdningssettet som vi har snakket om i dag.

I tillegg til at programmet i seg selv gjerne vekket en umiddelbar entusiasme hos ansatte og eksterne aktører, var det også konstruert med henblikk på å skape og opprettholde engasjement, koheasjon (gruppesamhold; Egidius, 2008, s. 264), en positiv gruppedynamikk og åpen kommunikasjon på alle nivåer. Temaet beskriver hvordan denne organisasjonskulturen var med på å drive implementeringen. Intervjudeltagerne introduserte begrepet *parallellprosesser*:

Man er jo veldig opptatt av parallellprosesser i dette programmet [...], hele “storfamilietreet vårt” skal helst være preget av den samme typen dialog, tillit, styrkebaserings som vi ønsker å se hjemme i stuene til de som er deltagere i programmet. Så det er liksom vår oppgave å bygge de gode tillitsrelasjonene oss imellom også, for da legger vi grunnlaget for at sykepleierne også skal få det til med deltagerne som jo faktisk er de som skal skape resultatene i egne liv (prosjektleder)

Denne holdningen ble fremmet både internt i organisasjonen og i samarbeid med eksterne aktører, og gav føringer for hvilke egenskaper som ble vektlagt ved ansettelse.

Samhold og felles verdisyn fremmer arbeid i NFP. Sammen med et felles verdisyn og holdningssett, var fellesskapsfølelsen innad NFP med på å drive implementeringen. Et teammedlem fortalte om det tette samholdet innad teamet:

det er ganske sterkt egentlig, det som vi har i sammen her. [...] grunnfundamentet eller det med verdisyn og hvordan vi tenker vi møter folk som vi treffer på, på vår vei. Der tror jeg vi er ganske like [...] veldig rom for å ta opp ting, både sånt faglig som går på jobben, og i forhold til hvordan vi har det selv.

Fellesskapsfølelsen ble karakterisert med begreper som “familie” og “NFP-spirit”: “vi har den samme spiriten, vi har den samme gløden for, for å ... ønsket om å hjelpe familier til å fungere best mulig. Så det tenker jeg, den spiriten den er med i oss, uansett hvor vi er [...] i andre deler av verden, så er det en connection med én gang” (teammedlem).

Engasjement som drivkraft ble beskrevet av en teamleder: “det gjennomsyrrer liksom organisasjonen da, den der positiviteten, og dette målet man ønsker å oppnå, som jeg tenker gjør noe ... Det gjør noe med meg, i hvert fall”. Engasjementet startet allerede fra politisk hold:

Både forrige og nåværende statsråd er veldig engasjert, det er et av deres hjertebarn. De tror virkelig på dette, de er kjempeinteresserte i det og veldig engasjerte i hvordan det går. [...] det tenker jeg nok har vært viktig, at vi har hatt høyt profilerte beslutningstakere som liksom ... som har engasjert seg personlig i det, det tror jeg har vært veldig [...] utslagsgivende. (prosjektleder)

Den andre prosjektlederen fortalte at “Folk i NFP er gjerne over middels engasjerte, uansett hvor de kommer fra, hvilket land de kommer fra, når vi møtes, og på hvilket nivå”.

Åpne interne kommunikasjonskanaler betegner kommunikasjonen nasjonalt og internasjonalt i NFP, både innad i teamene og på tvers av organisasjonsnivåer. Blant annet ble det beskrevet et tett samarbeid mellom prosjektlederne: “det er spesielt i dette programmet, når jeg har prøvd andre programmer så ringer man ikke inn til direktoratet og sier ‘Du skal vi ta en prat?’ Men sånn er det i NFP”. Likedan beskrev prosjektlederne en åpen kommunikasjonskanal til NFP International: “innimellom har vi jammen vært fortvilet og tenkt ‘Nei, nei, nei, hva gjør vi med dette her? Gud! Hvordan henger dette sammen?’ og tatt kontakt internasjonalt. Og da finner vi at de faktisk har tenkt på problemene før”.

Egnethet for arbeidet fremmes av de ansattes personlige egenskaper. En prosjektleder fortalte: “vi har jo toppmotiverte, høyt utdannede, sensitive, varme folk ute i tjenestene våre som har veldig troen på dette også. Så det tror jeg er en god match”. Den andre prosjektlederen sa: “jeg er kjempeprivilegert for å ha fått så engasjerte ansatte. [...] De arbeider helt utrolig godt. Altså de er idérike, de er kloke og kompetente i deres arbeide”.

Egnethet for arbeidet fremmes av de ansattes kompetanse og erfaring. Et teammedlem oppsummerte: “Vi har jo ulik arbeidserfaring, sant, vi er utdannet likt, vi har da, men vi har jobbet på ulike arbeidsplasser. Jeg tenker at den erfaringen vi har med oss, den er ... den er gull verdt”. Et annet teammedlem vektla at “det med å være fleksibel, det å bruke det du har lært og opplevd gjennom et langt liv [...] er kjempenyttig og viktig”.

Annonsering til aktuelle samarbeidspartnere – deriblant til potensielle kommuner/bydeler og ansatte. Prosjektlederne var tidlig ute med å danne samarbeidsrelasjoner: “jeg brukte kanskje litt tid i oppstarten på å bevise at jeg visste hva jeg snakket om [...]. Og så er det stort sett åpne dører over alt. Så det er veldig mye engasjement og veldig mye gode tilbakemeldinger.” Det ble også holdt åpningskonferanser for aktuelle samarbeidspartnere:

Vi har hatt egne sånne lanseringskonferanser i utprøvningsområdene, for der tenker vi jo at det er kjempeviktig at et bredt spekter av [tjenester] kjenner til programmet sånn at de kan henvise og snakke godt om det og vite hva vi holder på med og hvorfor. (prosjektleder)

Tidlig annonsering gjorde det mulig å skape et nettverk og finne kvalifiserte ansatte.

Kontekstuelle forhold. Temaet *kontekstuelle forhold* betegner fremmede faktorer som ikke omhandlet NFP-programmet i seg selv, men som utgjorde gode betingelser for å implementere det. Temaet dekker både forutgående kontekstuelle betingelser og fortløpende tilpasninger til praktiske omstendigheter. Således belyser temaet samspillet mellom gunstige forutsetninger for NFP og fleksibilitet i møte med kontekstuelle forhold og endringer i implementeringslandskapet.

Sosiokulturelle forhold. Analysen avdekket flere sosiokulturelle forhold i Norge som var gunstige for implementeringen. Eksempelvis fortalte en prosjektleder at det var et behov for forebyggingsarbeid i Norge:

vi har enormt gode universelle tjenester, de er åpne, tilgjengelige for alle, men alle får ikke godt nok utbytte av dem [...] dette er ikke et sånn program for de store massene i Norge, på ingen måte, men vi er ute etter de som ikke får den samme nytten av de universelle tjenestene som det normalbefolkningen gjør.

Videre forelå det enighet blant intervjudeltagerne om at hjemmebesøk som metode var velegnet i Norge, og at dette kunne tilføye noe til det eksisterende hjelpeapparatet: “det at vi jobber hjemme hos familiene der problemene faktisk er, vi får tilfang av informasjon og hindringer som vi, som kan være vanskelig å få tak på hvis det er sånn at familiene må kommet til et annet sted” (teammedlem). Intervjudeltagerne fortalte at familiene fikk vanlig oppfølging av blant annet fastlege, jordmor og helsestasjonstjenesten, og at universelle tilbud dermed utgjorde et supplement til deres eget arbeid.

Utnyttelse av uforutsette forsinkelser til ytterligere forberedelser; eksempelvis fortalte et teammedlem at den trege rekrutteringen hadde gitt dem tid til å sette seg grundigere inn i materialet, hvilket lot til å ha resultert i forbedret opplæring: “vi har fått begynt ganske rolig med hver sin dame til å begynne med, og fått testet ut programmet [...]. Så det har vært en veldig fin måte å starte opp på, synes jeg, når vi parallelt jobber med utdanningen, eller opplæringen.”

Funnet alternativer til NFPs opprinnelige programintervensjoner. NFP ble tilpasset til beste norske praksis, i form av å finne alternativer til de av NFPs opprinnelige programintervensjoner som ikke var tilgjengelige i Norge. Eksempelvis ble det gitt opplæring i NBO og Marte Meo. En teamleder fortalte at “den amerikanske strukturen inneholder jo mange ulike metoder [...]. Og så har jo Norge da valgt ut disse for NFP i Norge, sant, i en dialog med det internasjonale styret og de som, lisensholder [...] for å få det på en måte tilpasset norsk.”

Hemmende faktorer. Den tematiske analysen avdekket totalt 79 hemmende faktorer for den tidlige piloteringen av NFP i Norge, fordelt over tre tema.

Praktiske problemer. Temaet *praktiske problemer* betegner hemmende faktorer som ikke omhandlet NFP-programmet i seg selv, men som skapte logistiske utfordringer da programmet skulle implementeres. Praktiske problemer som ble drøftet inkluderte programkrav som var vanskelige å gjennomføre i de ulike implementeringsområdene, utfordringer i møte med eksterne systemer og uforutsette problemstillinger. Sammen med diverse forsinkelser, var dette med på å vanskeliggjøre rekruttering av deltagere. Dette bidro i neste omgang til treg igangsettelse av programkrav som regelmessig veiledning og datainnsamling. Praktiske problemer hadde i så måte en substansiell innvirkning på implementeringen. Analysene indikerte at disse utfordringene var mer utslagsgivende i Oslo enn i Rogaland.

Henvisningsproblemer vanskeliggjorde rekruttering av deltagere. En teamleder fortalte: “det går veldig tregt. [...] Selv om rekrutteringsarbeid er vanskelig, og [...] selv om jeg hadde det med meg inn, den erfaringen, om at det er utfordrende, så overrasket det meg litt at det skulle være så tungt”. Årsaken til henvisningsproblemene var usikker – et teammedlem poengterte at programmet “blir veldig godt mottatt, men henvisningene kommer ikke”. Det ble beskrevet som utfordrende å nå frem til målgruppen: “de skal rekrutteres innen uke 28, skal være førstegangsfødende [...]. Og mange av de her brukerne kommer jo rett fra fødsel for eksempel til jordmor. De kommer sent da. Det er vanskelig også å fange opp noen tidlig” (teammedlem). Enkelte familier takket nei til deltagelse etter samtale med familiesykepleier, og andre familier oppfylte ikke inklusjonskriteriene. I tillegg fortalte en teamleder at henvisende instanser kunne vegre seg for å henvise, av frykt for at tilbudet ville oppleves stigmatiserende:

Det er et eller annet i det å skulle spørre noen andre, er redd for å stigmatisere. Det er vel kanskje litt det som er min opplevelse av det norske hjelpeapparat generelt, at de er ekstremt gode på å hjelpe folk når de ber om hjelp, men ikke når de ikke ber om det selv, men trenger det. Da er det noe som skjer med oss.

Det ble også spekulert i om stigma hindret familier fra å takke ja til tilbudet: “familier som strever kan jo også ha en dobbelthet på det, at ting er vanskelig [...] at ‘oi har du det så vanskelig, trenger du så mye?’” (teammedlem).

Utfordringer som følge av lokal organisering, sammen med geografiske forhold og avstander, påvirket implementeringen negativt. Implementeringsområdene strakk seg over flere bydeler/kommuner, hvilket en prosjektleder fortalte at var utfordrende: “Når man skal samarbeide

om noe som koster penger, krever lokaler, oppfølging, arbeidsgiverforhold, og man er flere aktører som skal bli enige, viste det seg å være veldig vanskelig”. Vedrørende utfordringene som lå til grunn for at utøverne ikke var ansatt lokalt, fortalte hun:

hvordan skulle de håndtere utgifter mellom tre kommuner, hvordan skulle de da justere, hvem ville få noe? Det ville bli forhandling på forhandling på forhandling og ikke utprøving. Så da ansatte vi dem [på RBUP], men med lokaler der hvor de sitter.

En konsekvens av denne løsningen var at det ble stor avstand og lang reisevei mellom et team og arbeidsgiver RBUP: “jeg tror nok igjen at Oslo-teamet er, de er mer sentralt, de er mer tett på [...] reisen er slitsom, og det blir lange dager” (teammedlem). En utfordring for Oslo-teamet var at lokalene ikke var klare til prosjektstart: “det at vi har flytta så mye rundt har jo gjort at vi ennå er der at vi har ikke helt liksom landet i hvordan det vil fungere faktisk å jobbe her” (teammedlem). Det var dessuten dårlig fremkommelighet i dette implementeringsområdet, hvilket et teammedlem så for seg at ville bli et betydelig problem i fremtiden: “Det er umulig å kjøre bil i denne bydelen, hvert fall i stor skala. [...] Vi må nok planlegge godt. [...] i to bydeler, og etter hvert når vi får mange, så blir det det å komme gjennom dagen uten for store forsinkelser”.

Forsinkelser beskriver de negative konsekvensene av forsinket igangsettelse av prosjektet, som oppstod i påvente av godkjenning fra Datatilsynet. En prosjektleder fortalte:

14 spørreskjemaer, datainnsamling på alle besøk [...], det må jo godkjennes at det er i orden å gjøre det [...], men det var en tyngre prosess enn hvis dere hadde spurt meg når jeg ble ansatt. “Æh, det går sikkert greit”. Og så “Oi, hmm ...”. Og det gikk og sånne ting, men man vil jo gjerne ha ting på plass relativt fort, og sånne ting tar jo tid.

Forsinkelsene førte blant annet til at ikke all veiledning ble regelmessig: “det er vel først *nå* vi begynner å komme inn i sånn regelmessighet. Vi har reist en del, og så, det tok litt tid før vi fikk [veiledning] på plass” (teammedlem).

Kontekstuelle utfordringer. Norske forhold satte betingelser for programmet som var annerledes fra konteksten det var utviklet i. All tilpasning av programmet må gå via UCD og NFP NSO for at det skal kunne sammenlignes på tvers av NFP-land. Temaet *kontekstuelle utfordringer* dekker hvordan allerede eksisterende forhold vanskeliggjorde utprøvingen og/eller fordret ressurskrevende tilpasning av programmet og tidkrevende forhandlinger. Hvordan programmet vil se ut til slutt var ved intervju tidspunktet uklart. Det var også usikkert hvilken effekt intervensjonen ville ha, og følgelig også dens fremtid.

Ressurskrevende, kontinuerlig tilpasningsarbeid var nødvendig for å anvende NFP i Norge. En prosjektleder berettet “ingen har så gode universelle helse- og sosialtjenester som det vi har her i Norge. Sånn er det. Og det er jo fryktelig bra at det er sånn, men det ... ja, det gjør at

vi har helt andre utfordringer enn de andre landene som jobber med NFP”. Alt materiell måtte oversettes:

vi er jo da ett av bare to land som ikke er, eller tre land nå da, som ikke er engelskspråklige, sånn at det er en egen utfordring i seg selv, da, at alle de andre landene kan bare sende ting til hverandre og bruke dem ganske sånn ufordøyd, holdt jeg på å si. Altså sånn “oi, ja dette var fint for oss, men da ...”, mens vi må jo oversette absolutt alt (prosjektleder).

Et teammedlem oppsummerte: “Det som jeg synes har vært litt vanskelig det er at ikke alt sånn stoff er på plass, altså sånn fasilitatorer, sånn datainnsamling, datasystem, journalsystem”. Arbeidet med tilpasning av fasilitatorer ble særlig vektlagt, og på intervjudtidspunktet var disse ikke tilpasset Helsedirektoratets anbefalinger. En konsekvens av tilpasningsvanskene var at ansatte utelot å bruke enkelte fasilitatorer: “det noe vi ikke som ikke jeg helt skjønner av fasilitatorene som, ‘hva egentlig mener de her?’ [...] Da hopper vi over den, da tar vi noe annet” (teammedlem).

Sosiopolitiske forhold vanskeliggjør implementering. Det var flere aspekter ved det sosio-politiske landskapet i Norge som intervjudeltagerne fremhevet som problematiske. Blant annet hadde det vært omfattende systemdiskusjoner, som beskrevet av en prosjektleder: “Alt er vanskelig! Alle de diskusjonene der har vi hatt ... og de kommer tilbake igjen og tilbake igjen. [...] alt fra små, administrative, tekniske greier i statlig økonomi til liksom de store systemiske spørsmålene og veldig sånn fagspørsmål”. En annen utfordring som kom frem her var de usikre fremtidsutsiktene for NFP Norge:

Er dette noe som bør videreføres, bør vi gjøre enda flere tilpasninger, skal vi prøve det ut i litt større skala, skal vi liksom prøve det ut i andre deler av landet for å lære nye ting, eller er dette noe som ikke gir oss den merverdien vi ønsker oss i forhold til investeringen og vi skal ikke gjøre det, men kanskje noe annet? (prosjektleder)

Det var også utfordringer i samarbeidet med eksterne aktører, som nevnt av et teammedlem:

Jeg synes nok det har vært litt vanskelig det her med den motstanden som jeg har følt [...] får liksom høre litt sånn [...] at det faktisk er litt sånn reell motstand, at det er litt sånn: “Ja, kunne ikke bare vi fått de ressursene så kunne vi gjort jobben selv?”

I tillegg fortalte teammedlemmer om tilfeller hvor konkurrerende tilbud ble prioritert over NFP: “det er for mye å både be om henvisning til Ullevålsteamet og til NFP. Og da velger de Ullevålsteamet først, og så går det for lang tid”.

Kulturforskjeller vanskeliggjør implementering. Visse kulturelle forhold i Norge var forskjellige fra andre NFP-land. Programkravene later til å ha blitt problematiske blant annet som følge av Norges mangel på erfaring med NFP, samt at enkelte programkrav ikke passet i den norske konteksten: “mange av disse fasilitatorene er ikke bruknes i Norge fordi de ikke er tilpasset til norske forhold” (teammedlem). Mer dyptgående kulturforskjeller ble også nevnt, som at NFP strider mot norsk grunnholdning om universalitet:

vi er jo ikke så vant til i Norge å tenke på målgruppespesifikke intervensjoner. Vi liker best at alle skal få alt og at alle skal få like mye ut av alt. Det liker vi på en måte å tro, at sånn fungerer verden. Og så er det ... Det er litt utfordrende å argumentere for at her skal man bruke mye ressurser i en ganske lang periode med få familier. [...] Det er en litt uvant måte for oss å tenke på, at noen skal få mer bare fordi de er de de er (prosjektleder)

Et annet poeng som kom frem var at Norges målgruppe var forskjellig fra andre lands: “vi har helt andre utfordringer enn de andre landene som jobber med NFP. De har for mange i målgruppen og må si nei til folk, vi leter etter dem med lupe og lykte. [...] du kan ikke rekruttere folk etter hvilken adresse de bor på” (prosjektleder).

Negative programimplikasjoner. Temaet *negative programimplikasjoner* omfatter ulike hemmende aspekter ved NFP-programmet i seg selv, og inkluderer både konkrete programkrav og implikasjoner programmet har for de ansatte.

Enkelte programkrav er problematiske ved utprøving i en uerfaren, norsk kontekst. Disse kodene handlet primært om utfordrende aspekter ved utformingen av teamlederstillingen, som den ene teamlederen beskrev som følger:

I og med at jeg både er familiesykepleier selv og skal ha tre familier i prosjektperioden [...], og at du er veileder og har jo et visst ansvar i forhold til det med lisensen, ikke sant, og overholde at vi følger manualen og intensjonene i programmet, og rekrutteringen kjenner jeg på et visst ansvar for òg, ja. Så det ... det er en spesiell jobb, siden det er såpass mange ulike roller

Det ble også nevnt at teamlederstillingen var utfordrende ettersom teamlederne ikke hadde erfaring fra arbeid i NFP: “jeg kan ingenting mer enn dem om dette. [...] jeg ble jo like overveldet som dem den første uka i forhold til mengden av papirer og ... Og den følelsen av å skulle lede noen, samtidig som du også skal lære det samme ...” (teamleder).

Stort arbeidspress i programmet gjenspeiler intervjudeltagernes opplevelse av at programkravene skapte arbeidspress: “jeg følte det var veldig overveldende må jeg si, [det er] liksom så mye nytt å sette seg inn i” (teammedlem). Et medlem av det andre teamet delte denne opplevelsen: “jeg synes det er ganske vanskelig med alle de fasilitatorene, da. Jeg tenker at ‘ok, skritt for skritt inn i det’, men det, jeg har liksom kjent det som ganske overveldende at ‘hvordan i all verden skal jeg finne frem i denne jungelen?’”

5. Diskusjon

Formålet med studien var å avdekke hva som har vært hemmende og fremmende tidlig i piloteringen av NFP i Norge, samt å undersøke om inkluderingen av tematisk analyse ville gi et additivt bidrag til resultatene fra MIC. Håpet var at resultatene ville ha overføringsverdi til lignende implementeringsarbeid og implikasjoner for det videre arbeidet til NFP Norge. Som sett i resultatene fra MIC, oppnådde implementeringskomponentene jevnt over høye skårer, selv om kompetansedriverne hadde noe lavere skårer. Likedan avdekket den tematiske analysen en overvekt av fremmende faktorer, hvorav mange sammenfalt med resultatene fra MIC. Det samlede inntrykket fra MIC og den tematiske analysen var at implementeringen var på rett vei, og at det hadde blitt gjort mye riktig i henhold til implementeringsforskningen.

Fordi det var så mange sammenfallende funn mellom MIC og den tematiske analysen, besluttet vi å sammenstille resultatene fra disse i den videre diskusjonen. Dette innebar at temastrukturen ble oppløst. Samtlige temaer og undertemaer er imidlertid representert. Sammenstillingen er strukturert etter Active Implementation Drivers (NIRN, i.d.b; Bertram et al., 2011; 2015). Med utgangspunkt i disse kjernekomponentene, vil diskusjonen ta for seg betraktninger rundt hva som har fungert så langt og hva som fremstår som forbedringsområder ved implementeringsprosessen til NFP Norge. Deretter vil temaer som ble avdekket i den tematiske analysen og som ikke lot seg strukturere i henhold til MIC drøftes. Avslutningsvis diskuteres behovet for NFP i Norge og begrensninger ved studien.

Ledelsesdrivere

Mens MIC indikerte at det ikke var noen problemer med ledelsesdriveren, gav den tematiske analysen et mer nyansert bilde. I vår studie ble ledelsen definert som teamlederne og prosjektlederne. Teamlederstillingen er nøye spesifisert i programmet, og omfatter 6 ulike roller. Samtidig som at teamlederne skal ivareta teamet, skal de også selv være teammedlem. Stillingen fordrer en evne til å beherske multiple roller som alle byr på ulike arbeidsoppgaver, i et program som i seg selv er komplekst og medfører omfattende materiale og rutiner å sette seg inn i. Særlig tidlig i implementeringen ble dette vanskeliggjort gjennom at teamlederne ikke hadde erfaring med å jobbe som teammedlem. Det er mulig at de to dagene med opplæring som ble gitt til teamlederne ikke var tilstrekkelige. Mangler etter opplæring kan ifølge Bertram et al. (2011, s. 24) kompenseres for med veiledning. Teamlederne i NFP Norge hadde ingen formell veileder, men konsulterte klinisk fagsjef på ukentlig basis. I Rogaland hadde teamlederen dessuten etablert et samarbeid med psykolog, som skulle ha en konsulterende funksjon for teamet. Teamlederne opplevde samarbeidet

seg imellom som en viktig støtte.

Både teammedlemmene og teamlederne rapporterte om gode kommunikasjonskanaler til klinisk fagsjef. Saksbehandler og klinisk fagsjef beskrev dessuten et usedvanlig solid og nært samarbeid seg imellom. Prosjektlederne fortalte om en stor ansvarsfølelse i forbindelse med piloteringen, og viste tydelig engasjement for NFP. Teammedlemmene rapporterte i både spørreskjemaene og intervjuene at de opplevde å få støtte fra sine respektive teamledere og fra prosjektlederne. På intervjutidspunktet kom det imidlertid frem at saksbehandler var i ferd med å utfase sin involvering i teamene. Dette kan ha gjort støtte fra prosjektlederne mindre direkte tilgjengelig, hvilket kan ha hatt negative konsekvenser ettersom begge teamene, inkludert teamlederne, rapporterte om at de tidvis følte seg overveldet av arbeidsoppgavene i programmet.

NFPs rådsstruktur er utformet for å bistå ledelsen med faglig kompetanse og rådgivning. Rådene fremstod som viktige bidragsyttere i implementeringsarbeidet, og fungerte som bindeledd til andre faglige instanser. I samarbeid med rådene, vil ledelsen ha en sentral rolle i tilpasningsarbeidet, vedlikehold av programmet og eventuell videreføring og/eller oppskalering. God ledelse er helhetlig sett en avgjørende driver for samtlige implementeringsstadier.

Kompetansedriverere

Resultatene fra MIC indikerte at kompetansedriverne var implementeringsprosessens akilleshæl. Ogden et al. gjorde i 2012 en retrospektiv implementeringsstudie av Parent Management Training, the Oregon Model (PMTO) og Multisystemic Therapy (MST) i Norge, basert på MIC. Forfatterne fant at for disse prosjektene var det hovedsakelig organisasjonsdriverne som oppnådde lave skårer. Satt opp imot disse funnene, kan det virke som om NFP Norge tilrettela for implementeringen på en effektiv måte (jf. organisasjonsdriverne), mens mer tekniske aspekter ved utøvernes ansettelses-, opplærings- og veiledningsprosedyrer bød på problemer.

Ansettelse. Program-relevante forutsetninger og personlige egenskaper kan ofte ikke læres bort eller trenes opp; derfor bør disse være del av de forutbestemte seleksjonskriteriene ved ansettelse (Bertram et al., 2011, s. 26). NFP er et strukturert program med klare retningslinjer for alle stadier av implementeringen, inkludert ansettelsesprosessen. Oppstarten av NFP i Norge innebar at det ble opprettet en ny organisasjon og lyst ut programspesifikke stillinger; følgelig var det ingen intern overføring av tidligere ansatte. Ettersom dette var første ansettelsesrunde i NFP Norge og det ikke deltok noen NFP-ekspert på jobbintervjuene, er det mulig at full etterlevelse etter NFP-manualen ikke ble oppnådd. Økt erfaring med ansettelsesprosessen kan påvirke hvilke egenskaper som settes i søkelyset og hvordan seleksjonskriteriene anvendes.

Egenmotivasjon er ifølge Gagné og Deci knyttet til utøvelse, tillit og trivsel på arbeidsplassen (2005, s. 356). Ansatte beskrev en umiddelbar draging mot å jobbe i og med NFP og mot å jobbe i tette, langvarige relasjoner. Flere fortalte at de hadde søkt på stillingene til tross for trivsel i tidligere jobb. CV og jobbsøknad hadde blitt gjennomgått på forhånd, og i tråd med programkravene, var sykepleierutdanning et seleksjonskriterium. Fixsen et al. (2005, s. 39) foreslår at bakgrunn, karakterer og direkte observasjon og ferdighetsvurdering gjennom rollespill kan være viktige seleksjonskriterier. NFPs intervjumodell inkorporerer disse elementene; Ansettelsesintervjuene inneholdt case-arbeid, rollespill og såkalt "speed-date" med representanter fra brukergruppen. Variasjonen i intervjuoppgaver kan ha økt sjansen for å finne ansatte med riktige forutsetninger for arbeidet. Ansettelsesprosessen la dessuten opp til å teste kandidatenes fleksibilitet: De måtte møte opp på kort varsel og gjennomføre oppgaver som de ikke kjente til på forhånd. Det kan imidlertid stilles spørsmål til hvorvidt dette formatet gav valide mål på fleksibilitet, og om inntrykkene kan generaliseres til de ansattes fleksibilitet i møte med brukere. Videre er det tenkelig at den korte tidsfristen og de uforutsette, uvante oppgavene kan ha ført til eksklusjon av kandidater som ellers ville ha vært egnet for NFP. Intervjudeltagerne rapporterte likevel at de likte jobbintervjuets format. Ledelsen gav tydelig uttrykk for at de var veldig fornøyde med de ansatte, og beskrev dem som varme, ydmyke, sensitive og lærevillige mennesker.

Opplæring. Ansatte gjennomgikk en intensiv opplæring, med omfattende manualer å sette seg inn i. Bertram et al. (2015, s. 483) foreskriver at det bør være mulighet for å øve på programrelevante ferdigheter og motta støttende, konstruktive tilbakemeldinger i et trygt miljø. Opplæringen speilet arbeidsoppgavene i NFP, og inneholdt en balanse mellom teori og praksis. Dette inkluderte case-øvelser, rollespill, COS og MI. Det var utfordrende at ikke alle de opprinnelige programintervensjonene var tilgjengelige i Norge, ettersom dette gjorde at RBUP måtte arbeide for å finne ekvivalente alternativer, som de ansatte så måtte tilpasse til de programspesifikke arbeidsoppgavene. I tillegg til ekstraarbeidet dette medførte for de ansatte, ble samsvaret mellom opplæringsopplegget til NFP Norge og andre NFP-land redusert. Disse utfordringene kan få ringvirkninger med hensyn til hvordan opplæringen legges opp i en eventuell oppskalering av programmet. At metodene som benyttes i NFP ikke er tilgjengelige i alle land kan i så måte være en generell utfordring for sammenlignbarhet, oppskalering og internasjonal spredning av programmet.

På tvers av kompetansedriverne, vektlegger MIC viktigheten av ekspertise (i.e. en som har erfaring med å jobbe med programmet). En NFP-ekspert var med på utformingen av det

norske opplæringsprogrammet, for å gi NFP Norge nødvendige erfaringer, materiell og kompetanse til å videreføre og oppskalere programmet på egen hånd dersom aktuelt i fremtiden. Prosjektlederne mottok sin opplæring fra NFP-eksperter, men med unntak av enkelte foredrag, ble ikke teamenes opplæring gitt av NFP-eksperter.

Opplæringen i NFP Norge innebar en omstillingsprosess, da de ansattes kompetanse og erfaring ofte ikke var direkte overførbare til NFPs arbeidsmetode. Noen ansatte meldte om at de opplevde opplæringen om visse temaer som mangelfull. Eksempler inkluderte opplæring om norsk lovverk, psykiske lidelser og anvendelse av tilknytningsteori i klinisk arbeid. Det kom likevel frem at de ansatte likte opplæringen, og at de opplevde denne som tilstrekkelig til å kunne begynne med arbeidet.

Veiledning. Mens opplæringen bidrar til forståelse, grunnleggende kunnskap og ferdigheter, er kyndig veiledning den mest effektive måten å utvikle kompetanse i bruk av et program på (Bertram et al., 2015, s. 483). Veiledningen fulgte NFPs veiledningsmodell, og fokuserte på å hjelpe utøverne med å utvikle programspesifikk kunnskap og ferdigheter. Under den tidlige implementeringsfasen er det spesielt viktig at veiledningen støtter de ansatte i utprøving av nye ferdigheter (Bertram et al., 2015, s. 483). Det var derfor positivt at veiledningen blant annet inneholdt case-veiledning. Implementeringslitteraturen understreker at veiledning alltid bør inkludere en form for direkte observasjon, for å kunne vurdere og videreutvikle utøvernes ferdigheter og kliniske skjønn (Bertram et al., 2011, s. 30; Bertram et al., 2015, s. 484), men direkte observasjon av teammedlemmene hadde ikke kommet i gang på intervjuetidspunktet. For å skape et trygt læringsmiljø, kan det være fordelaktig å komme i gang med dette tidlig i implementeringsprosessen.

Teammedlemmene hadde ulike erfaringer med veiledning. Dette medførte at det tok lengre tid å etablere klare rammer for hvordan veiledningen skulle legges opp, hvordan teammedlemmene skulle forberede seg og hva som skulle være målet med veiledningen. Forhandlingsarbeidet hadde pågått i begge implementeringsområder, og kan ha gått utover kvaliteten på den tidlige veiledningen. En annen hemmer for denne kjernekomponenten var forsinkelsene som oppstod i forbindelse med godkjenning fra Datatilsynet. Forsinkelsene hindret rekruttering av deltakere, hvilket gjorde veiledning overflødig, ettersom det ikke var noe konkret arbeid å veiledes på. Rogaland løste situasjonen ved å utsette oppstart av individuell veiledning, slik at denne startet parallelt med familiarbeidet. Oslo begynte tidlig med individuell veiledning, men utsatte i motsetning til Rogaland oppstart av gruppeveiledning. Teamene kom med andre ord i gang med én programforeskrevet veiledningsform hver, men gikk samtidig glipp av læringspotensialet i den

andre. Grunnet forsinkelsene, gikk de dessuten glipp av muligheten til å lære fra det parallelle arbeidet med familier og veiledning den første tiden i prosjektperioden.

Praksisevaluering. Kjernekomponenten praksisevaluering handler om å undersøke etterlevelse, hvilket gjøres på to måter (Bertram et al., 2011, s. 30): i form av de ansattes utøvelse overfor brukere og i form av organisasjonens utøvelse. Praksisevaluering muliggjør kontinuerlig kvalitetsforbedring av organisasjonsdrivere og kompetansedrivere, gjennom at implementeringsdata brukes til programutvikling og veiledning av ansatte (Bertram et al., 2015, s. 484). NFP inneholder en mengde skjemaer for å vurdere utøvelsen til de ansatte og organisasjonen. Denne informasjonen kan brukes i kjernekomponenten datasystemer for beslutningstaking til å avdekke problematiske forhold og iverksette forbedrende tiltak. Dataføring av de ansattes aktiviteter var på intervjuetidspunktet i gang, men ettersom deres arbeid ikke hadde blitt evaluert ved direkte observasjon, inngikk ikke dette i praksisevalueringen. Mangelen på direkte observasjon kan ha svekket vurderingsgrunnlaget for kvalitetsforbedring tidlig i implementeringen.

Ulempen ved den omfattende praksisevalueringen i NFP er at den innebærer mye materiale og nye rutiner for de ansatte. Utfylling av skjemaer kan være tidkrevende, hvilket kan komme til å gå på bekostning av tid til direkte familiearbeid. Det var på intervjuetidspunktet for tidlig til å si noe om hvor omfattende praksisevalueringen ville bli når programmet var i full drift.

Organisasjonsdrivere

Mens MIC-resultatene indikerte at det ikke var noen hemmende faktorer knyttet til organisasjonsdriverne, avdekket den tematiske analysen tilstedeværelsen av enkelte utfordringer, og gav en rikere forståelse av implementeringsdriveren.

Datasystemer for beslutningstaking. Ifølge Bertram et al. (2015, s. 486), bør datasystemer for beslutningstaking ideelt sett etableres tidlig, i stadiene Installering eller Initiell implementering. Datasystemene til NFP eksisterte, men det forelå ikke godkjenning fra Datatilsynet til å bruke dem ved prosjektstart. Prosjektlederne antydte at de undervurderte hvor lang tid det ville ta å motta konsesjon fra Datatilsynet, hvor behandlingstiden varierer. Som beskrevet av Norges forskningsråd (2016, s. 56), kan det å kjenne til registrene, deres datainnhold (variabler, dekning, mangler) og rutiner for utlevering gjøre prosessen adskillig mer smidig. Det er tenkelig at ytterligere erfaring med implementeringsarbeid blant administrasjonen kunne ha gjort at prosessen hadde kommet i gang tidligere og dermed blitt mindre tidkrevende. På den andre siden kan det også være at programmet i seg selv er utformet for hurtigere implementering enn det som var mu-

lig i Norge, hvor store systemdiskusjoner, tilpasningsarbeid og godkjenning av datainnsamlingsverktøy satte naturlige bremsen for prosessen.

Som en konsekvens av forsinkelsene, hadde prosjektet på intervjuetidspunktet ikke kommet i gang med regelmessige, skriftlige tilbakemeldinger på de ansatte og organisasjonens utøvelse. Mangelen på skriftlige rapporter kan ha begrenset beslutningsgrunnlaget for å vedlikeholde og forbedre programmet. I ytterste konsekvens kunne det ha oppstått et fravær av datautveksling, slik at beslutninger ble basert på subjektive oppfatninger og klinisk skjønn alene. Prosjektet avverget dette ved å kompensere for mangelen på formelle rapporter med en relativt fri informasjonsutveksling på tvers av organisasjonsnivåer og mellom NFP og datainnsamlingsenheten på RBUP. Beslutninger kunne dermed baseres på informasjon fra datainnsamlingen, selv om den formelle datarapporteringen ikke var i gang.

Administrativ tilrettelegging omhandler endringer som har blitt gjort på administrativt nivå for å tilrettelegge for effektiv og virksom implementering av programmet. Tilpasninger var nødvendige for å gjøre programmet kompatibelt med det norske helsevesenet. Klinisk fagsjef hadde månedlige telefonkonferanser med UCD, som hadde endelig beslutningsansvar for programendringer. Hun hadde også jevnlig kontakt med NFP International, hvor det foregikk en fortløpende utveksling av erfaringer og materiale slik at de ulike NFP-landene kunne samarbeide om videreutvikling av programmet. Ytterligere kvalitetssikring ble gitt ved at ledelsens mentor holdt overoppsyn med programetterlevelsen. På lokalt nivå tilrettela teamlederne fortløpende for at implementeringen skulle skje i tråd med programkravene. Administrativ tilrettelegging oppstod med andre ord ikke i et vakuum, men var et produkt av flere runder med samarbeid og kvalitetssikring av tilpasningsforslag. NFP legger opp til at implementeringen skal gjøres på denne måten, for å sikre etterlevelse og sammenlignbarhet på tvers av NFP-land. Ulempen er at tilpasningsarbeidet blir tidkrevende, og at man kan få avslag på tilpasninger som ville ha gjort programmet mer egnet i den gitte kontekst. Et eksempel som kom frem i intervjuene var fasilitatorene. Disse var opprinnelig utviklet for bruk i USA, hvor både helsevesen og målgruppe stilte andre krav til familiearbeid. Enkelte fasilitatorer var inkompatible med norsk praksis, og andre fasilitatorer ble mislikt av brukerne selv. Etersom ikke alle fasilitatorer var egnet for bruk i Norge ved oppstart, hadde teamene fått i oppgave å gjennomgå disse for tilpasning, hvilket var et omfattende arbeid. Mangelen på egnede fasilitatorer resulterte i at sykepleierne utelot å bruke enkelte, slik at familienes valgmuligheter ble innskrenket. Helhetlig sett, var den administrative i gang, men ble gjort til en omstendelig, tidkrevende prosess grunnet programmets oppbygning og de store forskjellene mellom NFP-land.

Systemintervensjon. På alle implementeringsstadier må sentrale beslutningstagere analysere hvilke faktorer på systemnivå som virker hemmende eller fremmende for etterlevelse og måloppnåelse. De må arbeide for å etablere og opprettholde nødvendige lovgivninger, organisasjonsklima og finansieringsmekanismer for programimplementering (Bertram et al., 2011, s. 34). Programmanualen spesifiserer at politikere bør involveres for å drive implementeringsarbeidet (Nurse-Family Partnership, 2010, s. 34). NFP Norge later til å ha klart å etablere det nødvendige politiske samarbeidet, som synliggjort ved at programmet har overlevd et regjeringsbytte. Allerede fra tidlig av nyttiggjorde prosjektlederne seg av eksisterende nettverk og kontakter: Saksbehandler var tidlig ute med å danne samarbeidsrelasjoner og bygge tillit til sentrale interessenter, og klinisk fagsjef brukte sin erfaring fra fagforeningsarbeid til å engasjere lokalpolitikere i implementeringsprosessen. Sikring av politiske forkjempere er blant annet viktig fordi det er disse som har mulighet til å påvirke videreføring og oppskalering av programmet. NFP er et kostbart program, og selv om det foreløpig er helfinansiert for utprøving, er det usikkert om det kommer til å bli videreført.

Fra programmet først ble foreslått, har det vært omfattende, tverrfaglige systemdiskusjoner vedrørende utforming, plassering, finansiering og skalering av NFP i Norge. Kommunene/bydelene slo seg sammen som implementeringsområder, hvilket var en løsning som stilte betydelige krav til samarbeid. Etter diskusjoner om hvor ansettelsesansvaret skulle ligge, ble det besluttet at teamene skulle ansettes i RBUP, og ikke lokalt. Det er mulig at lokal ansettelse hadde fungert som en mer effektiv ansettelsesstruktur og gjort det lettere for teamene å samarbeide med andre lokale tjenester og bydelene/kommunene.

Ledelsen beskrev sin tilnærming til eksterne samarbeidspartnere som åpen og avvæpnende. Intervjudeltagerne fortalte at programmet med få unntak hadde blitt svært godt mottatt av eksterne aktører, og at disse utviste positive holdninger til NFP Norge. De få unntakene lot imidlertid til å ha hatt betydelig påvirkning, særlig for rekrutteringen av deltagere til prosjektet. Rekrutteringen tok lengre tid og var vanskeligere enn forventet, og begge implementeringsområder lå etter. Det ble uttrykt tvil om at de ville nå målet om 150 familier. På intervjutidspunktet hadde Rogaland rekruttert omlag dobbelt så mange familier som Oslo. Årsaken til rekrutteringsvanskene var usikker, men ulike forklaringer ble postulert i intervjuene. Disse inkluderte vansker med å nå frem til målgruppen, muligens grunnet manglende innsats hos henvisende instanser. Flere ansatte delte en oppfatning om at det forelå passiv og/eller aktiv motstand fra enkelte eksterne aktører i Oslo, og opplevde samarbeidet med helsestasjonstjenesten i bydelene som vanskelig. Utsegn fra både ledelse og team spekulerte i at egen overkommunisering av programmets inklu-

sjonskriterier i samtale med henvisende instanser kan ha bidratt til denne motstanden mot å hen- vise. Tilbud om deltagelse i NFP kan oppleves stigmatiserende, hvilket ble påpekt som en mulig bidragsyter til at henvisende instanser vegret seg for å videreformidle tilbudet. Det ble også fore- slått at henvisende instanser og aktuelle familiers manglende kjennskap til NFP kan ha medvirket til treg rekruttering. De ansatte arbeidet aktivt for å forsøke å løse rekrutteringsproblemene, gjen- nom samarbeidsmøter med aktuelle henvisende instanser i implementeringsområdene. Som vist i kapittel 2, hadde implementeringsområdet Rogaland dobbelt så stort befolkningsgrunnlag og an- tall årlig levendefødte som Oslo. Noe overraskende, ble ikke dette nevnt i intervjuene som en mu- lig bidragsyter til at Oslo hadde rekruttert halvparten så mange deltagere.

Et eksempel på hvordan prosjektlederne tilrettela for implementeringen var valget om å innta en restriktiv posisjon overfor bruk av media. Dette ble gjort for å skjerme teammedlemmene og familiene mot overeksponering. Prosjektlederne antydte dessuten at frykt for stigmatisering av målgruppen var en av grunnene til at media ikke hadde blitt brukt mer aktivt i rekrutteringsøye- med. I intervjuene fremstod det som om teamene ikke hadde blitt informert om prosjektledernes vurdering. De fortalte at de ønsket mer bruk av media for rekruttering, og var usikre på hvorfor media ikke hadde vist mer interesse for prosjektet. Mens kommunikasjonen mellom prosjektle- derne og teamene hovedsakelig virket åpen, var dette et tilfelle hvor det lot til å foreligge en kom- munikasjonsbrist. Det var interessant at temaet rekrutteringsvansker, som fremstod som den største hindringen for implementeringen i Norge, også var det eneste området hvor denne studien fant en kommunikasjonsbrist mellom team og prosjektlederne. Ytterligere kommunikasjon om rekrutteringsproblemene med prosjektledelsen kunne kanskje ha hjulpet teammedlemmene til å forstå noe av mekanismene bak henvisningsvanskene og finne mer adekvate løsninger på disse.

Additivt bidrag fra tematisk analyse

Mens resultatene fra MIC gav et tilstandsbilde av implementeringen, sa de numeriske verdiene lite om *hvordan* faktorer virket hemmende eller fremmende, bakenforliggende årsaker, vektleg- gingen av hver enkelt implementeringskomponent eller implikasjoner for det videre implemente- ringsarbeidet. Vi valgte derfor å inkludere en sekundær metode – tematisk analyse – og ønsket å undersøke om dette ville gi et additivt bidrag til resultatene fra MIC (jf. forskningsspørsmål 2). Begge metodene bidro til å belyse implementeringsprosessen, men store deler av informasjonen som diskuteres ble først tydeliggjort gjennom den tematiske analysen. I tillegg til å supplere MIC, avdekket den tematiske analysen fremmende og hemmende faktorer som ikke lot seg sortere un- der Active Implementation Drivers, men som fremstod som viktige for å forstå implementerings-

prosessen. Disse faktorene omhandler aspekter ved anvendelsen av programmet, dets amerikanske utgangspunkt og organisasjonskulturen i NFP.

Anvendelsen av programmet. Fixsen et al. (2005, s. 17) anbefaler at før det gjøres programmodifikasjoner, bør etterlevelse være oppnådd. Intervjudeltagerne antydte imidlertid at å være fleksibel i anvendelsen av NFP (på bekostning av etterlevelse) gjorde implementeringsarbeidet lettere. Programmanualene spesifiserer at programmet skal anvendes på en fleksibel måte i møte med familiene. At programmet er strukturert, men samtidig anmoder om fleksibilitet, fremstod som viktig for dets anvendbarhet, særlig i denne tidlige fasen hvor programmateriale ikke var ferdig tilpasset og rutineene mindre etablerte. Fleksibiliteten som foreskrives i NFP-manualen lot til å være av begrenset karakter, og innen et rammeverk av rigide strukturer som skulle sikre programlojalitet. Samtidig var det en ikke ubetydelig diskrepans mellom de opprinnelige programkravene og den norske tilpasningen. En potensiell fallgrube ved omfattende modifikasjoner på et så tidlig implementeringsstadium er at tilpasningene kan skape usikkerhet rundt ivaretagelsen av originale kjernekomponenter. Det kan dermed bli vanskelig å avgjøre hvorvidt resultatene som oppnås (eller ikke oppnås) skyldes den originale intervensjonen eller program-modifikasjonene.

Et relatert aspekt ved anvendelsen av NFP var hvordan piloteringen muliggjorde kontinuerlig program- og systemtilpasning før en eventuell større implementering. En utfordring ved piloteringsarbeid er at dette er en fase hvor det kan være vanskelig å sikre kontinuitet i brukertilbudet. Under og etter opplæringen måtte de ansatte ha en utprøvende tilnærming til arbeidet sitt, hvilket tillot dem å lære av egne erfaringer og å tilpasse seg den enkelte bruker. Familiesykepleiernes utprøvende tilnærming virket med andre ord gunstig for deres egen opplæring, men kan samtidig medføre at tilbudet til de siste familiene blir av en annen kvalitet enn til de første. Denne problemstillingen er vanskelig å unngå ved initiell implementering.

Amerikansk utgangspunkt. Et eksempel på hvordan det amerikanske utgangspunktet påvirket implementeringen var at NFP sin måte å ordlegge seg på bar preg av en amerikansk talemåte som var annerledes fra den mer konservative skandinaviske. Aktørene beskrev dette som en "svulstig tilnærming til ting", og fortalte at de følte et behov for å moderere tonen for å passe i en norsk kontekst. Samtidig kom det også frem at nettopp denne amerikanske tilnærmingen hadde en viss appell til både ansatte og brukere, da den tilføyde en ny måte å snakke om og tilnærme seg temaer knyttet til foreldreskap på. Både de konkrete fasilitatorene og NFPs generelle tilnærming ble beskrevet som å virke alliansebyggende i møte med familiene. De ansatte var åpne for denne uvante fremgangsmåten, og utviste villighet til å gi programmet en sjanse som foreskrevet.

Å redusere tilpasning av programmet til et minimum vil øke både etterlevelsen og sjansen for at man tilfører noe nytt til eksisterende tilbud. Således kan det å holde på den amerikanske tilnærmingen vise seg å være fordelaktig for piloteringen.

Organisasjonskultur. Ansatte beskrev NFP som en familie. De fortalte at de opplevde en umiddelbar følelse av samhold innad NFP Norge og overfor internasjonale kolleger. Noe av dette later til å bunne i et felles verdisyn; Ansatte fortalte at de delte en visjon for og tro på programmet, et ønske om å hjelpe og en respektfull, ressursfokuset holdning til mennesker. Denne holdningen, sammen med engasjement og entusiasme for arbeidet, ble av intervjudeltagerne omtalt som “NFP-spirit”. Sjansen for at programmet oppnår suksess øker når det har bred støtte i organisasjonen og innad i lokalsamfunnet (Nurse-Family Partnership, 2010, s. 13). At NFP legger opp til aktiv bruk av engasjement kan derfor bidra til å sikre vellykket implementering og gode resultater. En del av den overordnede NFP-filosofien er at det skal foregå en parallellprosess mellom dynamikken i organisasjonen og arbeidet med familiene. Parallellprosessene kommer til syne i organisasjonen helhetlig sett og internt i teamene. Teammedlemmene fortalte at de fikk støtte fra hverandre og at de hadde et nært samhold både innad i teamet og mellom teamene. Arbeidsmiljøet fremstod helhetlig sett som å være kjennetegnet av en fellesskapsfølelse og “NFP-spirit” som gikk på tvers av nivåene i organisasjonen.

En potensiell fallgrube? En mulig bakside ved denne organisasjonskulturen er at de tydelige sosiale føringene kan gjøre det vanskelig for de enkelte aktørene å komme med tilbakemeldinger som er kontrære med den allmenne oppfatningen. Forskningen viser at når gruppenormer understreker verdien av samarbeid og enighet, unngår medlemmer av grupper med høy kohesjon uenighet mer enn medlemmer av grupper med lite kohesjon (Forsyth, 2014, s. 154). Vi så i fokusgruppeintervjuene tendenser til at meninger som stred mot gruppens perspektiver ble motsagt eller avvist. Kritiske stemmer er lite kompatible med fokuset på optimisme og entusiasme som ellers kjennetegner organisasjonskulturen i NFP. Dette kan ha en polariserende effekt på ansatte med ulike oppfatninger, og kan føre til at mer kritiske/negativt innstilte ansatte vegrer seg for å påpeke nødvendige forbedringsområder. Dermed kan den kontinuerlige kvalitetsforbedringen som kjennetegner en vellykket implementeringsprosess stagnere. Grupper med høy kohesjon kan ha en utestengende effekt på gruppedlemmer som ikke føler seg like nært bundet som de andre (Forsyth, 2014, s. 154). En mulig konsekvens kan være at ansatte mistrives eller slutter. Ifølge teorien om gruppetenkning, vil presset gruppekohesjonen skaper undergrave gruppens villighet til å se kritisk på sine beslutninger (Forsyth, 2014, s. 154). Selv om kvalitetene ved “NFP-spirit” fremstår som gunstige for implementeringen, er det med andre ord visse forbehold som bør tas for at

arbeidsmiljøet ikke skal fungere mot sin hensikt. Eksempelvis bør det være rom for kritikk, og denne bør tas imot på en konstruktiv måte som bidrar til å forbedre programmet og implementeringsarbeidet.

Er det behov for NFP i Norge?

Implementeringsforskningen foreskriver at det gjøres en grundig vurdering av innovasjonens egnethet før full implementering (Meyers et al., 2012, s. 468; Jack et al., 2012, s. 43). Egnethet (*appropriateness*) defineres av Peters et al. (2013, s. 30) som hvor passende eller relevant en intervensjon er for en viss setting, målgruppe eller problemstilling. Etter gjennomgang av våre analyser, sitter vi igjen med spørsmål om hvorvidt behovet for NFP var grundig nok utredet forut for implementeringen og om NFP egentlig er egnet i Norge. I den tematiske analysen kom det frem flere koder som omhandlet NFPs egnethet i Norge. I motsetning til enkelte NFP-land, har Norge et universelt helsevesen. Tross dette, understreket intervjudeltagerne at det er et behov for forebyggingsarbeid. De fortalte at eksisterende universelle helsetjenester per dags dato ikke gir tilstrekkelig tilbud til familier som trenger ekstra støtte i tiden rundt fødsel av første barn. Hjemmebesøk tenkes å være en effektiv metode for å nå frem til disse familiene. En generell fordel ved hjemmebesøksintervensjoner er at de lykkes i å nå unge, risikoutsatte gravide kvinner under et sårbart stadium i livet, hvilket er en gruppe som er vanskelig å nå gjennom vanlige tjenester (Mejdoubi et al., 2011, s. 8). Aktørene så i denne sammenheng nytteverdien av NFP.

Teamene hadde likevel vansker med å rekruttere familier. I tillegg til samarbeidsvansker med enkelte eksterne aktører, ble det rapportert om tilfeller hvor konkurrerende tilbud hadde blitt prioritert over NFP. Det eksisterte dessuten lignende tilbud for målgruppen innenfor og utenfor implementeringsområdet, som Ullevålsteamet som jobber for risikoutsatte gravide i Oslo. Et annet eksempel som kom frem i intervjuene var tiltaket “Nye familier”, som var operativt i flere bydeler i Oslo (Hansen, 2016). Modellen bygget på mange av NFPs verdier og arbeidsmetoder, men var mindre omfattende og hadde ikke like strenge inklusjonskriterier – eksempelvis kunne kvinner rekrutteres etter fødsel. Tilbudet var ved intervjutidspunktet ikke tilgjengelig i implementeringsområdene, men var under oppskalering (Christophersen, 2016). Stavanger kommune hadde på sin side forsterket helsestasjonstilbud for gravide og småbarnsfamilier med rusmiddelproblemer. Dersom lignende tilbud i implementeringsområdene viser seg å være bedre egnet for målgruppen, kan det være aktuelt å stille spørsmål ved om NFP er det mest egnede programmet.

Målgruppen i Norge ble beskrevet som mindre synlig, vanskeligere å nå frem til, og med andre sosioøkonomiske forutsetninger enn i andre NFP-land. Dette kan ha vært en bidragsyter til de ovennevnte rekrutteringsvanskene. En relevant betraktning er hvorvidt målgruppen er stor nok

i Norge til å gjennomføre NFP som foreskrevet. I denne sammenheng var det et innsiktsfullt tiltak å slå sammen bydeler og kommuner for å øke populasjonsgrunlaget i implementeringsområdene. Vanskene med rekruttering kan likevel antyde at befolkningsstørrelsen fortsatt ikke var stor nok. De strenge inklusjonskriteriene kan også vanskeliggjøre rekruttering; Risikofaktorene vil gjerne være av mindre alvorlighetsgrad og synlighet under svangerskapet, og kommer noen ganger ikke til syne før på senere tidspunkt, etter at fristen for rekruttering til prosjektet er utgått. Det er mulig at tilbud med utvidede rekrutteringsfrister – eksempelvis “Nye Familier” – vil være mer egnet i Norge.

NFP medfører en stor investering av ressurser over tid, til en svært avgrenset målgruppe. Tradisjonelt sett har den norske velferdsstaten verdsatt prinsippet om universalitet i tjenestetilbud, hvilket målgruppespesifikke intervensjoner som NFP strider mot. Det er mulig at disse motstridende ideologiene medvirker til å redusere programmets egnethet i Norge, gjennom at politiske aktører, andre tjenestetilbud og sentrale beslutningstagere er mindre åpne for det. Dette kan medvirke til motstand mot utprøving og eventuell fremtidig oppskalering.

Det rådet usikkerhet rundt hvilken effekt NFP ville ha i Norge, hvilket er avgjørende for spørsmålet om det skal videreføres. Fremtidig bevilgning av ressurser var uavklart, noe som vanskeliggjorde langsiktig planlegging. Det ble nevnt at programutvikleren selv tvilte på merverdien programmet kunne ha i det etablerte velferdssystemet. De ukjente fremtidsutsiktene fremstod som en utfordring i seg selv. Hvorvidt programmet oppnår resultatene som predikeres av Miller (2015) er et spennende spørsmål for videre programevalueringer, men kan ikke besvares på nåværende tidspunkt.

Samlet sett virket det som om flere aspekter ved den sosiopolitiske konteksten påvirket NFPs egnethet i Norge. Det virker som om det *er* et behov for forebyggingsarbeid; spørsmålet er bare om NFP er riktig middel. Det er mulig at et bedre alternativ hadde vært å utvikle et program spesifikt for den norske målgruppen, som lettere kunne integreres med velferdssystemet og -ideologien. På den andre siden er NFP et grundig utprøvd, evidensbasert program som kommer med klare retningslinjer for implementering, ferdig utarbeidede manualer og støtte i et internasjonalt fellesskap. Det er for tidlig i implementeringen til å trekke klare slutninger om NFPs egnethet og gjennomførbarhet i Norge. Denne studien har avdekket noen relevante problemområder som det er viktig å undersøke i den videre evalueringen før beslutninger om videreføring tas.

Begrensninger ved studien

I tillegg til de metodologiske begrensningene som ble beskrevet i kapittel 3, hadde studiedesignet noen generelle begrensninger. MIC-gjennomgangen indikerte at kompetansedriverne var mest

problematiske for implementeringen. Ved tolkning av resultatene bør man imidlertid også ha i mente at intervjuene inntraff på kun ett tidspunkt, tidlig i implementeringsprosessen. Grunnet forsinkelser, hadde ikke prosjektet kommet så langt som forespeilet ved studiens oppstart. Ved datainnsamlingen var derfor jobbintervju og opplæring de områdene deltagerne hadde mest å fortelle om. Studiens tidlige måletidspunkt kan i så måte ha redusert mengden informasjon om andre implementeringsdrivere som er mer innflytelsesrike og åpenbare senere i implementeringsprosessen. På den andre siden muliggjør denne typen studier innsikt i tidlige implementeringsstadier, hvilket kan bidra til å avdekke forbedringsområder i oppstartfasen. Utbyttet kunne ha vært desto større dersom studien i tillegg hadde fulgt implementeringsarbeidet over tid.

Den tematiske analysen avdekket informasjon om organisasjonskulturen og gruppedynamikken i NFP, men det ble ikke generert noen koder om teammedlemmenes interaksjon i intervjusituasjonen. Vi satt imidlertid igjen med inntrykk av hvordan gruppedynamikken var etter hvert fokusgruppeintervju, og ble som tidligere nevnt oppmerksomme på at gruppekohesjonen kan ha begrenset deltagerens fritalenhet. Gruppedynamikken kan dermed ha påvirket resultatet i retning av å rose/male implementeringen og redusere informasjon om hemmende faktorer.

Gitt at implementeringen av NFP i Norge spenner seg over to ulike, geografisk adskilte regioner, kunne det ha vært aktuelt å analysere implementeringsregionenes hemmende og fremmende faktorer hver for seg. Vi så at det var regionale forskjeller mellom Oslo og Rogaland, og opprettet egne koder for disse. Eksempelvis var fremkommeligheten dårligere i Oslo. Ved revidering av kodene, fremstod imidlertid forskjellene som mindre utslagsgivende for implementeringsprosessen. Vi besluttet følgelig å behandle de to implementeringsregionene under ett, med mål om å få et samlet bilde av implementeringen av NFP i Norge. Dette betyr ikke at regionene var identiske; De ulike kontekstene gav ulike forutsetninger for utprøvingen, med påfølgende unike interaksjoner mellom kontekst og intervensjon. At studien ikke klarte å fange opp større forskjeller mellom implementeringsområdene kan indikere begrensninger ved forskningsprosessen.

6. Konklusjon

Studien har avdekket noen faktorer som har vært fremmende og hemmende for den tidlige piloteringen av NFP i Norge. Oppgaven peker på noen problemområder som bør forbedres for optimal implementering. Håpet er at resultatene fra studien vil kunne bidra til arbeidet med den pågående utprøvingen og for en eventuell oppskalering av programmet. Disse betraktningene kan også ha overføringsverdi til andre land som utprøver NFP, samt til lignende implementeringsarbeid nasjonalt og internasjonalt. Studien har demonstrert hvordan man kan benytte to former for triangulering til å studere implementeringsprosesser. Inkludering av tematisk analyse hadde et additivt bidrag til resultatene fra MIC.

Av fremmende faktorer fremstod kvaliteter ved programmet i seg selv og hvordan det bidro til å sikre opprettelsen av interne og eksterne støttesystemer som avgjørende. Alt i alt virket det som om mye av det som hadde vært vellykket til nå kunne tilskrives programmets tilrettelegging og forbehold. NFP er et strukturert, gjennomtestet program med klare retningslinjer, utført i tråd med hva implementeringsforskningen tilsier at er nødvendig for en vellykket implementering. Organisasjonskulturen og de ansattes "NFP-spirit" lot til å fungere som en drivkraft for utprøvingen av programmet. Arbeidet med å tilpasse NFP til norske sosiokulturelle forhold var kommet i gang, og det var sikret en politisk forankring for piloteringen.

Blant de hemmende faktorene fremstod henvisnings- og rekrutteringsproblemene som mest presserende for implementeringen av NFP. Forsinkelser i forbindelse med godkjenning av datainnsamlingsverktøy, kombinert med samarbeidsvansker med enkelte henvisende instanser, lot til å være avgjørende bidragsytere til dette. Programmet var i en piloteringsfase, preget av ressurskrevende, kontinuerlig tilpasningsarbeid og usikkerhet rundt programmets effekt og fremtid i Norge. Selv om arbeidet med tilpasning pågikk, var det noen sosiopolitiske og kulturelle forskjeller mellom Norge og eksisterende NFP-land som programmet ikke tok høyde for. NFP inneholder omfattende materiale, manualer og datasystemer. Ulempen ved dette er at det kan medføre vesentlig arbeidspress, hvilket ble gjenspeilet i de ansattes bekymring for overveldende arbeidsmengde i fremtiden.

Studien har beskrevet behovet for forebygging for førstegangsfødende i Norge. NFP kan være et egnet middel for å nå ut til denne målgruppen. Tross noen uforutsette problemer rundt oppstarten, later implementeringen til å ha kommet godt i gang. Det er imidlertid uvisst om programmet vil nå sine rekrutterings- og utfallsmål. Dette vil være viktige spørsmål for videre evalueringer av NFP i Norge.

Litteraturliste

- Arbeidsforskningsinstituttet. (i.d.). «Nurse-Family Partnership» (NFP). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Prosjekter-AFI/Nurse-Family-Partnership-NFP>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2015). *Barn som lever i fattigdom. Regjeringens strategi (2015- 2017)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/ff601d1ab03d4f2dad1e86e706dc4fd3/barn-som-lever-i-fattigdom_q-1230-b.pdf
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2015). *Barnefattigdom kommunistatistikk*. Hentet fra https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/
- Bertram, R. M., Blase, K. A., & Fixsen, D. L. (2015). Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 477-487. <https://doi.org/10.1177/1049731514537687>
- Bertram, R. M., Blase, K. A., Shern, D., Shea, P., and Fixsen, D. L. (2011). *Policy Research Brief: Implementation Opportunities and Challenges for Prevention and Promotion Initiatives*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD).
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. London: SAGE Publications Ltd.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I Smith, J. A. (Red.), *Qualitative Psychology: A practical Guide to Research Methods* (3rd edition) (222-248). London: SAGE Publications Ltd.

- Christensen, J., & Berg, O. T. (2017). Velferdsstat. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/velferdsstat>.
- Christophersen, G. (2016, 18. november). Tilbyr hjemmebesøk til nye familier. *BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende*, n.p. Hentet fra <http://nyheter.barnsbeste.no/artikkel/tilbyr-hjemmebesok-til-nye-familier.html>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2013). *Research Methods in Education* (7. utg.). Hoboken, NJ: Taylor and Francis.
- Dale, M. T., Bakketeig, L. S., & Magnus, P. (2015). Alcohol Consumption Among First-Time Mothers and the Risk of Preterm Birth: A Cohort Study. *Annals of Epidemiology*, 26(4), 275-286. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.08.013>
- Egidius, H. (2008). Kohesjon. I *Psykologisk leksikon*. (Rygge, J., & Anderssen, T. M., overs.). (264). Otta: Aschehoug.
- Familie- og kulturkomiteen. (2016). *Innstilling fra familie- og kulturkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2017, kapitler under Barne- og likestillingsdepartementet, Kulturdepartementet og Kunnskapsdepartementet (rammeområdene 2 og 3)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2016-2017/inns-201617-014s.pdf>
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Duda, M. (2015). *Implementation Drivers: Assessing Best Practices* [PDF-dokument]. Hentet fra National Implementation Research Network: <http://implementation.fpg.unc.edu/sites/implementation.fpg.unc.edu/files/NIRN-ImplementationDriversAssessingBestPractices.pdf>
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531–540. <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Fixsen, D. L., Panzano, P., Naoom, S. F., & Blase, K. A. (2008). *Measures of Implementation Components of the National Implementation Research Network Frameworks*. Chapel Hill, NC: The National Implementation Research Network. Hentet fra http://signature-network.org/content_page_assets/content_page_13/NIRN2008_Measures%20of%20Implementation.doc
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Barn, miljø og helse: Risiko- og helsefremmende faktorer*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/produksjonsmigring/dokumenter/barn-miljo-og-helse-pdf.pdf>

- Forsyth, D. R. (2014). *Group Dynamics* (6. utg.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-Determination Theory and Work Motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327. <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Hansen, A. (2016, 28. september). Helsesøster kommer hjem til gravide. *Dagbladet*, n.p. Hentet fra <http://www.dagbladet.no/nyheter/helsesoster-kommer-hjem-til-gravide/63421634>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Hjemdal, O. K., Thoresen, S., & Holth, I. K. (2014). Bakgrunn og problemstillinger. I Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (Red.), *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (31-40). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Jack, S. M., Busser, L. D., Sheehan, D., Gonzales, A., Zwyzers, E. J., & MacMillan, H. J. (2012). Adaptation and Implementation of the Nurse-Family Partnership in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(1), S42-S48. <https://dx.doi.org/10.17269/cjph.103.2972>
- Karoly, L. A., Kilburn, M. R., & Cannon, J. S. (2005). *Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080. <https://doi.org/10.2307/259164>
- KommuneProfilen. (2015). *Fødte, døde og fødselsoverskudd - antall og per 1000 innbyggere. 2000-2016* [tabell]. Hentet fra http://www.kommuneprofilen.no/Profil/Befolkning/DinRegion/bef_fodt_region.aspx
- Lee, S., Aos, S., Drake, E., Pennucci, A., Miller, M., & Anderson, L. (2012). *Return on Investment: Evidence-Based Options to Improve Statewide Outcomes*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Lukasse, M., Helbig, A., Benth, J. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). Antenatal maternal emotional distress and duration of pregnancy. *PLOS ONE*, 9(7), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101682>

- Medisinsk fødselsregister. (2017). *Dataset: Is7: Mors røykevaner i svangerskapet*. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, S., Struijf, E., van Leerdam, F., Hirasing, R. & Crijnen, A. (2011). Addressing Risk Factors for Child Abuse Among High Risk Pregnant Women: Design of a Randomised Controlled Trial of the Nurse Family Partnership in Dutch Preventive Health Care. *BMC Public Health*, 11(823), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-823>
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50, 462-480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Miller, T. R. (2015). Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, USA. *Prevention Science*, 16(6), 765-777. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0572-9>
- Mobråten, W., & Elgesem, E. (i.d.). Forventninger til pilotkommuner i NFP-utprøvingen i Norge. Hentet fra [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Forventninger%20til%20pilotkommuner%20NFP.pdf/\\$file/Forventninger%20til%20pilotkommuner%20NFP.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Forventninger%20til%20pilotkommuner%20NFP.pdf/$file/Forventninger%20til%20pilotkommuner%20NFP.pdf)
- Myhre, M. C., Thoresen, S., Grøgaard, J. B., & Dyb, G. (2012). Familial Factors and Child Characteristics as Predictors of Injuries in Toddlers: a Prospective Cohort Study. *BMJ Open*, 2(2), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000740>
- National Implementation Research Network. (i.d.a). About NIRN. Hentet fra <http://nirn.fpg.unc.edu/about-nirn>
- National Implementation Research Network. (i.d.b). Implementation Drivers. Hentet fra <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-drivers>
- NAV. (2017). *Hovedtall om arbeidsmarkedet. Oslo. Januar 2017*. Hentet fra https://www.nav.no/no/Lokalt/Oslo/Pressemeldinger/_attachment/466562?_download=true&_ts=15a02a73930
- Norges forskningsråd. (2016). *Enklere tilgang – mer forskning. Status og forbedringsmuligheter for norske persondata til helseforskning*. Stabekk: Agenda Kaupang AS. Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/EnkleretilgangmerforskningWEB.pdf>
- Norsk senter for forskningsdata. (2015). *Skal du samle inn data om personer?* [Brosjyre]. N.P.: NSD personvern. Hentet fra http://www.nsd.uib.no/personvern/doc/3191-14-NSD_Skal_du_samle_inn_data.pdf

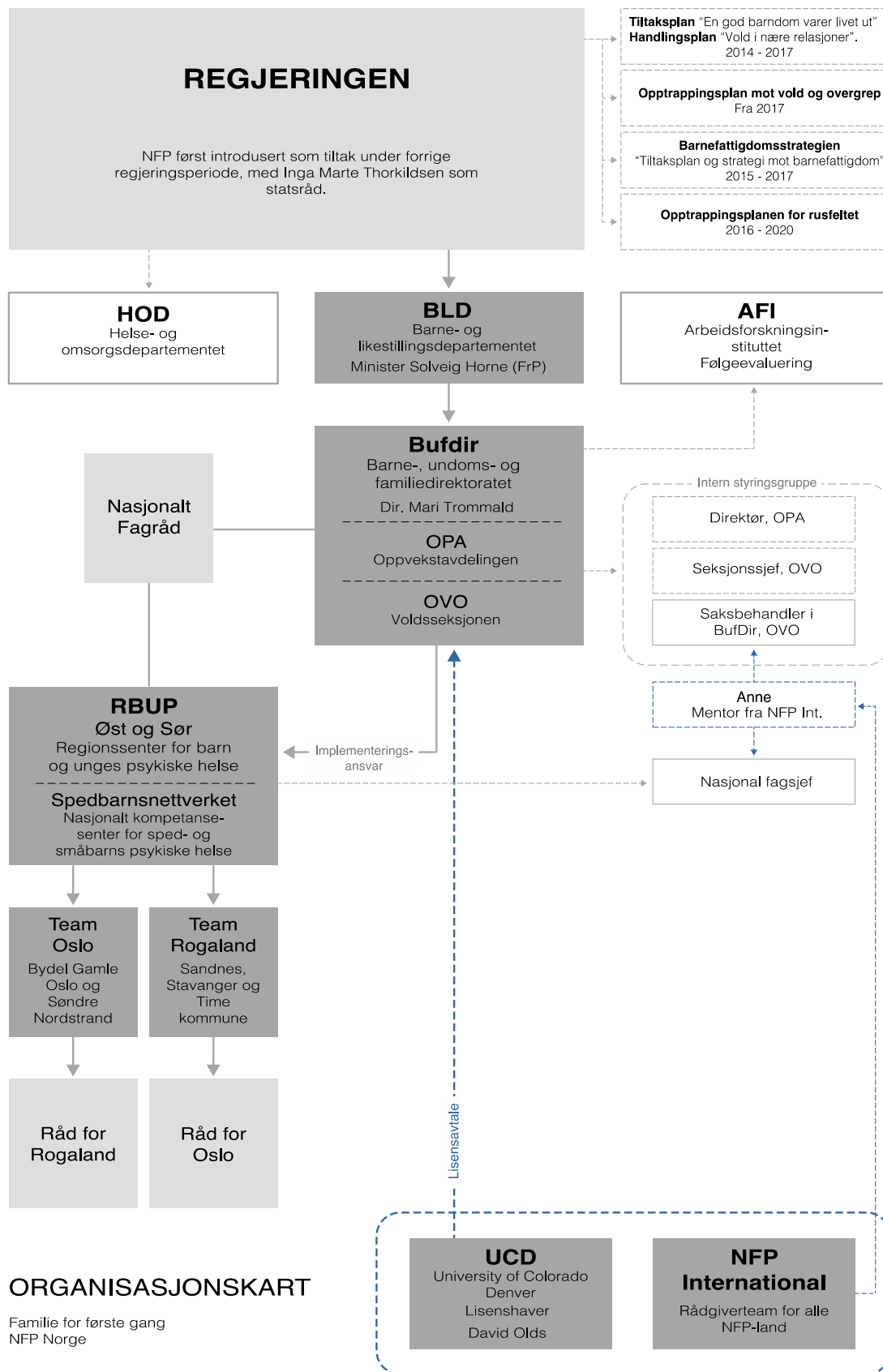
- Nurse-Family Partnership. (2010). *Implementation Overview & Planning: A Guide for Prospective Nurse-Family Partnership Implementing Agencies*. Denver, CO: Nurse-Family Partnership. Hentet fra https://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/HV-Funding-Guidance/NFP_Overview_Planning
- Nurse-Family Partnership. (i.d.). *Nurse-Family Partnership International*. Hentet fra <http://www.nursefamilypartnership.org/communities/NFP-Abroad>
- Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollefsen, N. (2012). Measurement of Implementation Components Ten Years After a Nationwide Introduction of Empirically Supported Programs – a Pilot Study. *Implementation Science*, 7(49), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-49>
- Ogden, T., Kjøbli, J., Nærde, A., Olseth, A., & Frønes, I. (2015). Utredning om målgrupper, inklusjonskriterier og forskningsdesign for utprøving av Nurse-Family Partnership i Norge. *Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis* [Rapport]. Oslo: Atferdssenteret-Unirand.
- Olds, D. L. (2006). The Nurse–Family Partnership: An Evidence-Based Preventive Intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/imhj.20077>
- Olds, D. L., Donelan-McCall, N., O’Brien, R., MacMillan, H., Jack, S., Jenkins, T., ... Beeber, L. (2013). Improving the Nurse–Family Partnership in Community Practice. *Pediatrics*, 132(2), 110-117. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1021i>
- Olds, D. L., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Hanks, C. A., Arcoletto, K. J., Anson, E. A., ... Stevenson, A. J. (2010). Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Maternal Life Course and Government Spending: Follow-up of a Randomized Trial Among Children at Age 12 Years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(5), 419-424. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.49>
- Panzano, P. C., & Roth, D. (2006). The Decision to Adopt Evidence-Based and Other Innovative Mental Health Practices: Risky business? *Psychiatric Services*, 57(8), 1153-1161. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1153>
- Panzano, P. C., Seffrin, B. A., Chaney-Jones, S., Roth, D., Crane-Ross, D., Massatti, R., & Carstens, C. (2004). The Innovation Diffusion and Adoption Research Project (IDARP): Moving from the Diffusion of Research Results to Promoting the Adoption of Evidence-Based Innovations in the Ohio Mental Health System. I D. Roth & W. Lutz (Red.), *New Research in Mental Health* (78-89). Columbus, OH: The Ohio Department of Mental Health Office of Program Evaluation and Research.

- Pentz, B. (2016). *Familien må med i rusbehandling*. Hentet fra <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-psykologi/2016/06/familien-ma-med-i-rusbehandling>
- Peters, D. H., Tran, N. T., & Adams, T. (2013). *Implementation Research in Health: A Practical Guide*. Geneva: WHO Document Production Services.
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse. (2016). *Familie for første gang* [PowerPoint]. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3123612/cache=1477635293000/HK+2016%2C+Tine+Gammelgaard+Aaserud.pdf>
- Sagberg, I. (2016). Organisasjonskultur. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/organisasjonskultur>
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Venable, P. A. (2010). The Intersection of Violence, Substance Use, Depression, and STDs: Testing of a Syndemic Pattern Among Patients Attending an Urban STD Clinic. *Journal of the National Medical Association, 102*, 614-620. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)30639-8](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)30639-8)
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>
- Silverman, J. G., Decker, M. R., Reed, E., & Raj, A. (2006). Intimate Partner Violence Victimization Prior to and During Pregnancy Among Women Residing in 26 U.S. States: Associations with Maternal and Neonatal Health. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 195*, 140-148. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.10.490>
- Statistikkbanken Oslo Kommune. (2015). *Fødte etter mors alder (B)*. Hentet fra <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/index.jsp?catalog=http%3A%2F%2F192.168.101.44%3A80%2Fobj%2FfCatalog%2FCatalog42&sub-mode=catalog&mode=documentation&top=yes>
- Statistisk sentralbyrå. (2015). *Anmeldte lovbrudd, 2014*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/lovbrudda/aar/2015-04-15>
- Statistisk sentralbyrå. (2016). *Kommunehelsetenesta, 2015*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko>
- Statistisk sentralbyrå. (2017a). *Folkemengde og befolkningsendringar*. Hentet fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommunetall>
- Statistisk sentralbyrå. (2017b). *Fødte, 2016*. Hentet fra <https://www.ssb.no/fodte/>
- Statistisk sentralbyrå. (2017c). *Nøkkeltall for utdanning*. Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/nokkeltall/utdanning>

- Statistisk sentralbyrå. (2017d). *Registrerte arbeidsledige*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regledig/aar/2017-01-26>
- Statistisk sentralbyrå. (2017e). *Utvalgte nøkkeltall, bydel - nivå 1, Ureviderte tall per 15.03.2017*. <http://www.ssb.no/a/kostra/stt/velg.cgi?f=1079281141195317>
- Statistisk sentralbyrå. (i.d.). *Kommunefakta*. Hentet fra <http://www.ssb.no/kommunefakta>
- Svartdal, F. (2017). Validitet i Psykologi. I *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/validitet_i_psykologi
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (Red.) (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsspektiv*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20114-pdf.pdf>
- Utdanningsdirektoratet. (2014). *Utdanningsspeilet 2014: Tall og analyse av barnehager og grunnsopplæringen i Norge*. Hentet fra <https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/utdanningspeilet-2014-utskriftsversjon.pdf>
- Wilkinson, S. (2015). Focus Groups. I Smith, J. A. (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3rd edition) (199-221). London: SAGE Publications Ltd.

Vedlegg A

Fullstendig organisasjonskart



Vedlegg B

INTERVJUGUIDE: TEAM

En tidlig evaluering av implementeringen av NFP i Norge

Ansettelse

1. Hvordan opplevde dere ansettelsesprosessen?

Opplæring

2. *Har du fått opplæring i gjennomføring av NFP?

3. Hvordan ble opplæringen deres lagt opp?

4. Hvordan opplever dere at opplæringen har gått så langt?

5. *Fikk du anledning til å øve på ferdighetene som er nødvendige for å jobbe med NFP? Fikk du f.eks. mulighet til å øve på praktisk gjennomføring av NFP-manualen?

6. → Blir dere evaluert i forbindelse med opplæringen?

7. * Er det noe opplæring dere savner for å være klare for å jobbe i NFP?

8. Dere har alle unike erfaringer fra før. Opplever dere at det er rom for å anvende disse i et så manualbasert program? (Er det plass til individualitet?)

Veiledning

9. *Hva fokuseres det på i veiledningen? (Er det fokus på å hjelpe dere til å utvikle deres kunnskap og ferdigheter i direkte tilknytning til NFP?)

10. *Diskuterer dere utfordringer dere møter med veilederen/teamet? (Hva slags utfordringer pleier dere å ta opp?)

11. → Hva tar veiledningen utgangspunkt i (selvrapport, video-/lydopptak, observasjon)?

12. → Samles det inn data fra veiledningen? (Ja/nei)

13. → *Har veiledningen vært regelmessig til nå? (minst en gang i uken de første 6 mnd.)
Forutsigbar timeplan?
Element 14 i manualen: Ukentlig en-til-en klinisk veiledning (1 time), Annenhver uke saksgjennomgang (1 ½ - 2 timer), Annenhver uke teammøte (minst 1 time), Feltveiledning hver 4. mnd. (minst 2-3 timer)

14. Opplever dere at dere klarer å støtte hverandre innad i teamet? (Hvordan jobber dere for å støtte hverandre innad i teamet? Hva slags kollegastøtte har dere trengt?)

Praksisevaluering

Det gjøres en fortløpende evaluering av arbeidet dere gjør.

15. *Har dere fått nok informasjon om formålet med, innholdet i og metodene som brukes for å vurdere utøvelsen deres?

16. → Hvem har dere fått denne informasjonen av?

Systemintervensjon

17. Hvilke andre tilbud mottar familiene? Kan dette påvirke deres arbeid med familiene?

18. Har dere ved dette arbeidsstedet gjort noen spesielle tilpasninger av programmet til lokalsamfunnet? Hvis ja: hva har dere gjort, og hvorfor?

Rekruttering av deltakere/familier

19. Hvordan går det med rekruttering av familier her?

- To-trinns rekruttering?
- Selvhenvendelse, henvisning fra lege/sykepleier/helsestasjon/andre?
- Jevn strøm av henvendelser, uregelmessig? (Hvorfor?)
- Dersom dere har måttet gi avslag på henvisninger: hvordan har dere håndtert dette?

Ledelse

20. *I hvilken grad har dere opplevd at Tine Gammelgaard Aaserud/Elise Skarsaune har vært involvert på lokalnivå? Hva med Elise Skarsaune?

21. Er det noen andre lokale eller nasjonale ledere i prosjektet som dere har kontakt med?

22. *Er det en klar kommunikasjonskanal fra dere ved dette arbeidsstedet til de nasjonale prosjektlederne? Hvordan foregår kommunikasjonen? Kan dere gi tilbakemeldinger ang. lokale fremskritt og utfordringer?

Implementeringsklima

De tre hovedmålene til NFP er:

- 1) forbedre utfall av graviditet ved å hjelpe kvinner til å forbedre sin prenatale helse
- 2) bedre barns helse og utvikling ved å hjelpe foreldrene til å gi mer sensitiv og kompetent omsorg
- 3) bedre foreldrenes livskvalitet ved å hjelpe dem til å planlegge fremtidige graviditeter, fullføre utdanning og finne arbeid.

23. *I hvilken grad ser du for deg at Familie for første gang er egnet for å forbedre utfall av graviditet ved å hjelpe kvinner til å forbedre sin prenatale helse?

24. *I hvilken grad ser du for deg at Familie for første gang er egnet for å bedre barns helse og utvikling ved å hjelpe foreldrene til å gi mer sensitiv og kompetent omsorg?

25. *I hvilken grad ser du for deg at Familie for første gang er egnet for å bedre foreldrenes livskvalitet ved å hjelpe dem til å planlegge fremtidige graviditeter, fullføre utdanning og finne arbeid?
26. *Helhetlig sett, i hvilken grad ser du for deg at Familie for første gang er egnet som middel for å oppnå de tre hovedmålene til NFP?
27. *Har dere troen på at Familier for første gang kommer til å ha en effekt i Norge?
28. Hva ser dere for dere at kommer til å bli mest påvirket av Familie for første gang i Norge?
29. Trenger man ekstra engasjement for å jobbe med NFP?
30. Hvis ja: på hvilken måte merker dere dette ekstra engasjementet i arbeidsdagen? Er det f.eks. ekstra bra oppmøte blant dere, aktiv deltagelse, folk påtar seg ekstra oppgaver?
31. →*Har dere hatt nok tid til å planlegge detaljene rundt oppstart av NFP her?
32. Hvordan oppfatter dere at media og andre interessenter stiller seg til NFP?
33. *Hvem samarbeider dere med utenfor programmet? Hvordan opplever dere dette samarbeidet? (Er det velfungerende?)
34. *Hvilket inntrykk har dere av andre lokale helsetjenesters oppfatning av NFP?

Helhetlig inntrykk

35. Hva har gått greit i utprøvingen så langt? (Fremmende faktorer) <ul style="list-style-type: none"> • Hva mener dere at har vært det viktigste for å få i gang Familie for første gang hos dere?
36. Hva har vært vanskelig? (Hemmende faktorer) <ul style="list-style-type: none"> • Hva har dere gjort for å løse disse utfordringene? • Er det noen utfordringer som ikke kan løses? Er det evt. andres ansvar å løse dem? • Hva kan evt. være gode løsninger på disse utfordringene i fremtiden?
37. NFP er et relasjonsbasert program. Hva tenker dere om at NFP gjerne omtaler seg selv som en stor familie? <ul style="list-style-type: none"> • Hva tror dere at det gjør med organisasjonen?

Vedlegg C

Spørreskjema - Familie for første gang

Dette spørreskjemaet er utviklet i forbindelse med en hovedoppgave som utarbeides ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Spørreskjemaet tar for seg spørsmål knyttet til din opplevelse av implementeringen (oppstarten) av Familie for første gang i din kommune. Det påfølgende intervjuet vil ta utgangspunkt i dine svar. Målet med undersøkelsen er å få et helhetlig inntrykk av hvordan det går med oppstarten av Familie for første gang i kommunene som er involvert, og hvilke faktorer som har vært positive og negative for programmet så langt.

For å kunne gjøre en vurdering av hvordan de ulike aktørene i prosjektet oppfatter implementeringen, spør vi om navn og stilling. Navn vil ikke bli oppgitt i oppgaven, men avhengig av hvilken stilling du har kan det være mulig å identifisere enkelte aktører. Hvis du ikke ønsker å oppgi denne informasjonen, eller har spørsmål knyttet til dette, kan du la disse feltene stå åpne. Du kan når som helst velge å trekke deg fra studien, uten å oppgi årsak. Vi takker for din deltagelse!

Navn:

Stilling:

Region:

Hvor mange familier har du møtt?	
Hvor mange har takket ja?	
Hvor mange har fått avslag?	
Hvor mange har takket nei?	
Hvor mange har hatt minst ett hjemmebesøk?	
Hvor stor stillingsprosent har du?	

Beskriv kort hva slags utdanning og tidligere jobberfaring du hadde forut for ansettelse i prosjektet:

Vennligst sett en sirkel rundt det tallet som best beskriver hvor enig eller uenig du er i følgende utsagn. Ta utgangspunkt i din egen opplevelse - det finnes ingen riktige eller gale svar.

Opplæring

1. Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i gjennomføring av NFP.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

2. Jeg fikk anledning til å øve på ferdighetene som er nødvendige for å jobbe med NFP.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

3. Jeg føler meg klar for å jobbe med NFP etter opplæringen som ble gitt.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

Veiledning

4. Veiledningen hjelper meg å utvikle ferdigheter som er direkte relevante for min rolle som sykepleier i NFP-programmet.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

5. Veiledningen har så langt vært forutsigbar og regelmessig.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

6. Det er rom for å ta opp utfordringer jeg møter i din hverdag med veilederen min.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

Praksisevaluering

7. Jeg har fått nok informasjon om formålet med, innholdet i og metodene som brukes for å vurdere min utøvelse som sykepleier i Familie for første gang.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

Ledelse

8. Det er en klar kommunikasjonskanal fra de lokale aktørene ved dette arbeidsstedet til de nasjonale prosjektlederne, hvor vi kan gi tilbakemeldinger ang. fremskritt og utfordringer på lokalt nivå.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

9. Jeg opplever at min teamleder er rettferdig, respektfull og omtenksum overfor meg selv og andre ansatte.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

10. Jeg opplever at de nasjonale lederne har vært involvert på lokalnivå.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

Implementeringsklima

Organisasjoner har en "personlighet" som reflekteres i organisasjonens daglige fungering og de ansattes syn på arbeidet de gjør. Disse spørsmålene retter seg mot noen aspekter ved dette.

11. Familie for første gang er egnet for å forbedre utfall av graviditet ved å hjelpe kvinner til å forbedre sin prenatale helse.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

12. Familie for første gang er egnet for å bedre barns helse og utvikling ved å hjelpe foreldrene til å gi mer sensitiv og kompetent omsorg.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

13. Familie for første gang er egnet for å bedre foreldrenes livskvalitet ved å hjelpe dem til å planlegge fremtidige graviditeter, fullføre utdanning og finne arbeid.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

14. Helhetlig sett er Familie for første gang egnet som middel for å oppnå de tre hovedmålene til NFP:

1. Forbedre utfall av graviditet ved å hjelpe kvinner til å forbedre sin prenatale helse
2. Bedre barns helse og utvikling ved å hjelpe foreldrene til å gi mer sensitiv og kompetent omsorg
3. Bedre foreldrenes livskvalitet ved å hjelpe dem til å planlegge fremtidige graviditeter, fullføre utdanning og finne arbeid

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

15. Jeg tror at Familier for første gang kommer til å ha en signifikant effekt i Norge.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

16. Vi har fått nok tid til å planlegge detaljene rundt oppstart av Familie for første gang her.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

17. Jeg har fått tilstrekkelig teknisk assistanse.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

18. Vi har et velfungerende samarbeid med kolleger utenfor programmet.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

19. Familie for første gang har generelt sett blitt godt mottatt av de andre kommunale helse-tjenestene.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

Helhetlig inntrykk

20. Generelt sett, har implementeringen av Familie for første gang vært vellykket i denne kommunen så langt.

1	2	3	4	5	6	7	?
Veldig uenig	Uenig	Litt uenig	Hverken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Veldig enig	Vet ikke / Ikke aktuelt

Kommentarer:

Vedlegg D

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Studie av implementeringen av NFP i Norge

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie. Studiens hensikt er å få mer kunnskap om implementeringen av Familie for første gang (Nurse-Family Partnership; NFP) i Norge, med utgangspunkt i erfaringene til deg som arbeider med prosjektet. Vi ønsker å intervju både sykepleiere og andre aktører som er involvert i Familie for første gang. Målet med undersøkelsen er å få et helhetlig inntrykk av hvordan det går med oppstarten av programmet i kommunene som er involvert, og hvilke faktorer som har vært positive og negative for programmet så langt. Studien er en del av en hovedoppgave i psykologi ved Universitetet i Oslo (UiO).

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse innebærer at du blir intervjuet om dine erfaringer med Familie for første gang. Du vil også bli tilsendt et kort spørreskjema som vi ber deg fylle ut i forkant av intervjuet. Intervjuet handler om hvordan du opplever at oppstarten av programmet har vært så langt, og tar utgangspunkt i temaer som ansettelsesprosessen, opplæring, veiledning, ledelse og helhetlig inntrykk. Målet vårt er å få frem din personlige erfaring. Intervjuet tar omtrent 2 timer, og vil gjennomføres i løpet av høsten 2016. Intervjuet kan gjennomføres på din arbeidsplass. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuene for videre analyse. Data fra spørreskjemaet kan bli brukt til å supplere analysen, men hovedvekten vil være på materialet fra intervjuet.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke seg fra studien

Deltakelse i prosjektet er helt frivillig, og du kan når som helst velge å trekke deg fra studien, uten å oppgi årsak. Dersom du trekker deg fra prosjektet slettes alle opplysninger om deg, med mindre opplysningene allerede inngår i analyser eller vitenskapelige publikasjoner. Hvis du ønsker å trekke deg på et senere tidspunkt, eller har spørsmål knyttet til prosjektet, kan du kontakte undertegnede psykologstudenter (Alexandra Jakobsen: alexajak@student.sv.uio.no, Elin Brekke: elinbrek@student.sv.uio.no) eller veileder (Terje Ogden: telefonnummer 23 20 58 00 eller e-postadresse terje.ogden@atferdssenteret.no).

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Vi spør om navn og stilling, for å kunne vurdere om erfaringene med Familie for første gang varierer mellom ulike aktører i ulike regioner. Navn vil ikke bli oppgitt i oppgaven, men avhengig av hvilken stilling du har kan det være mulig å identifisere enkelte aktører. Vi etterstreber å behandle personopplysninger så konfidensielt som mulig. Det er kun undertegnede og veileder som har tilgang til personopplysninger og datamaterialet. Alle som deltar får tilbud om å lese igjennom datamaterialet fra sitt intervju, og kan komme med innspill og korreksjoner. Prosjektet skal etter planen avsluttes i april 2017. Lydopptak og spørreskjemaer oppbevares inntil oppgaven er vurdert og godkjent. Materialet vil deretter slettes.

Samtykke til deltakelse i studien

- Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.
- Jeg samtykker til at det gjøres lydopptak av intervjuet i prosjektet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg E

Tilbakemelding fra NSD

Terje Ogden
Psykologisk institutt Universitetet i Oslo
Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO



Vår dato: 08.12.2016

Vår ref: 50803 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.10.2016.
Meldingen gjelder prosjektet:

50803	<i>Implementeringen av NFP i Norge</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Terje Ogden</i>
<i>Student</i>	<i>Elin Brekke</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 25.04.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen
Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Elin Brekke elinbrek@student.sv.uio.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Vi anbefaler imidlertid at du skriver at datamaterialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt, heller enn slettet, slik at du kan ta vare på anonymt datamateriale.

Vi legger til grunn at dere tar hensyn til taushetsplikten informantene har overfor pasienter og eventuelt overfor medarbeidere.

Det behandles enkelte opplysninger om tredjeperson (samarbeidspartnere, ildsjeler). Det skal kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet. Opplysningene skal være av mindre omfang og ikke sensitive, og skal anonymiseres i publikasjon. Så fremt personvernulempen for tredjeperson reduseres på denne måten, kan prosjektleder unntas fra informasjonsplikten overfor tredjeperson, fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å informere. Personvernombudet anbefaler likevel at du ber informantene om å omtale andre personer i en så lite identifiserende grad som mulig.

Sykepleierne vil uttale seg om forholdet til sine ledere. Lederne bør derfor være informert om gjennomføring av forskningsprosjektet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet.

Det oppgis at personopplysninger skal publiseres. Personvernombudet legger til grunn at det foreligger eksplisitt samtykke fra den enkelte til dette. Vi anbefaler at deltakerne gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

Forventet prosjektslutt er 25.04.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak