

Fra kunnskap til handling

En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med Newborn Behavioral Observation

—

Maja Myrvang og Siri Høylo Fundingsrud

Hovedoppgave til graden Cand. Psychol. Mai 2017.

Fra kunnskap til handling

En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med Newborn Behavioral Observation

From knowledge to action

A qualitative study of health personnel experiences with Newborn Behavioral Observation

Maja Myrvang og Siri Høylo Fundingsrud

Veiledere:

Professor Catharina E.A. Wang

Professor Geir F. Lorem

Førsteamanuensis Inger Pauline Landsem

Hovedoppgave til graden Cand.Psychol.

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for Psykologi

UiT, Norges Arktiske Universitet

Tromsø, mai 2017

Forord

Denne studien omhandler de erfaringer helsepersonell i Tromsø har med implementering av en ny metode og er en avsluttende hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi, Universitetet i Tromsø.

Ideen til oppgaven kom fra forskningsteamet bak «God Start for Små i Nord» våren 2016. Vi har selv utformet målsetning og forskningsspørsmål, gjennomført datainnsamling, de kvalitative analysene samt skrevet oppgaven. Begge forfatterne har bidratt i alle deler av undersøkelsen, fra prosjektbeskrivelse og rekruttering til gjennomføring av intervju, transkribering, analysering og skrivearbeid.

Vi ønsker å rette en stor takk til våre elleve deltakere som har delt sine erfaringer med oss. Denne studien hadde ikke blitt til uten dere! Vi vil også takke våre veiledere: professor Catharina E. A. Wang, Institutt for Psykologi, professor Geir F. Lorem og førsteamanuensis Inger Pauline Landsem, Institutt for Helse- og omsorgsfag, for deres uvurderlige engasjement, innspill og tilbakemeldinger. Det har vært en krevende, spennende og lærerik prosess.

Sist, men ikke minst – Tobias og Per, takk for at dere alltid støtter og heier på oss!

Sammendrag

Våren 2015 startet 27 deltakere fra ulike helseprofesjoner i Tromsø på en opplæring i Newborn Behavioral Observation (NBO) som et ledd i forskningsprosjektet «God Start for Små i Nord». NBO er en metode som skal styrke relasjonen mellom foreldre og spedbarnet. Målet var å implementere NBO i føde-barselomsorgen og forebyggende helsetjenester i Tromsø. Implementering av nye metoder i helsevesenet har vist seg å være utfordrende. Basert på kvalitative metoder har studien benyttet seg av sosio-narrative intervju og visuelt materiale for å undersøke helsepersonells erfaringer med opplæring i og bruk av NBO. Funnene er basert på 11 deltakere som ble intervjuet og bedt om å tegne deres erfaringer med bruk av NBO som metode. Våre funn viser at helsepersonell så en positiv endring i relasjonen mellom foreldre og barn ved bruk av NBO. Funnene viser også at metoden er fleksibel og i tråd med egen profesjonsforståelse. Organisatoriske aspekter, slik som dårlig forankring i ledelse og begrenset tid var hemmende faktorer for implementering av NBO i ordinær praksis. Mangel på forkunnskap, og en opplevelse av at metoden ikke var nyttig for den aktuelle målgruppen var faktorer som også virket inn på implementeringsprosessen. Studiens implikasjoner for videre implementering blir diskutert.

Nøkkelord: NBO, samspill, arbeidsmetode, fellesprosjekt, rolleforståelse, implementering

I overgangen til å bli foreldre kan nybakte mødre og fedre oppleve endringer av egen rolle og relasjon til partner. Slike endringer kan ifølge Ngai og Chan (2012) øke stressnivået hos nybakte foreldre og påvirke samspillet både mellom foreldrene og mellom foreldrene og spedbarnet. Postpartum depresjon (heretter fødselsdepresjon) er en tilstand som kan ramme foreldre før og etter fødsel (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Dette kan forårsakes av belastninger som konflikter i parforholdet, lav selvtilitt og lite nettverk (Milgrom et al., 2008). En oversiktsstudie på psykososiale og psykologiske tiltak viste at blant annet informasjon og oppfølging i hjemmet kan redusere risikoen for å utvikle fødselsdepresjon (Dennis & Dowswell, 2013). Ubehandlet fødselsdepresjon kan i sin tur føre til utrygg tilknytning, emosjonelle, utviklingsmessige og sosiale forsinkelser hos barnet i tillegg til samspillproblemer mellom foreldrene og barnet (Ngai & Ngu, 2014). I en metaanalyse fra 2010 ble det rapportert at 23,8 % av kvinner og 10,4 % av menn på verdensbasis lider av klinisk depresjon mellom første trimester og ett år etter fødsel (Paulson & Bazemore, 2010).

Behandling som fokuserer på samspillet mellom foreldre og barn, som for eksempel «Toddler-Parent psychotherapy» og «Interpersonal psychotherapy», kan bidra til å forebygge uheldige konsekvenser for barn av deprimerte mødre (Nylen, Moran, Franklin & O'Hara, 2006).

Newborn Behavioral Observation (NBO) er en foreldreveiledningsmetode som vektlegger etablering av relasjon mellom omsorgsgivere og barnet (Cheetham, Landsem & Tunby, 2011). Metoden er relativt ny og utviklet for helsepersonell. Erfaring tilsier imidlertid at implementering av nye metoder kan være utfordrende (Backer, 2000; Christensen & Mauseth, 2007; Reedtz & Lauritzen, 2015). Negative holdninger, begrenset tid og ressurser, samt lite veiledning er eksempler på hemmende faktorer (Ploeg, Davies, Edwards, Gifford & Miller, 2007; Reedtz & Lauritzen, 2015).

I utviklingen av evidensbasert praksis har implementeringsforskning blitt lite prioritert (Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010). Dette til tross for at implementeringskvaliteten i stor grad påvirker utbyttet for de som skal motta hjelp gjennom nye metoder (Durlak & DuPre, 2008). Implementeringskvalitet utgjør dermed en viktig kilde for hvilke resultater som oppnås gjennom nye intervensjoner. Dette vil bli beskrevet nærmere nedenfor. For å omsette evidensbasert forskning til klinisk praksis vil det være spesielt viktig å vite noe om erfaringer helsepersonell gjør seg ved opplæring og bruk av nye metoder.

Tidlig intervensjon

Bowlby (1982) var den første som beskrev et biologisk basert tilknytningssystem som er nødvendig for spedbarnets overlevelse. Spedbarn har tilknytningsatferd (klenging, gråt, smiling, blick, kryping etc.) som skal sørge for at de holder seg i nærheten av omsorgsgiver. Mange av disse formene for atferd er tilstede allerede ved fødsel (Nugent, Keefer, Minear, Johnson & Blanchard, 2007). I følge Braarud og Nordanger (2011) er tilknytning det emosjonelle båndet spedbarnet har til omsorgsgiver, og en begynnende tilknytning utvikles allerede fra før fødsel og i nyfødtpå perioden. Barn som utvikler trygg tilknytning har erfart at omsorgspersonen er tilgjengelig, oppmerksom og handlende i forhold til dets behov og tilstand.

Regulering av atferd. Den psykologiske prosessen og forberedelsen på samspill mellom barnet og foreldrene begynner allerede før barnet er født. Foreldrenes omsorg før og etter fødsel spiller derfor en viktig rolle i barnets utvikling (Nugent, 2015).

Transaksjonsmodellen er en modell som vektlegger hvordan barnet tilegner seg nye kognitive, emosjonelle og sosiale ferdigheter i interaksjonen mellom seg og omgivelsene (Sameroff & Chandler, 1975). Modellen omfatter biologiske og miljømessige årsaksfaktorer som er i kontinuerlig og gjensidig forandring over tid. Både biologisk basert modning og miljøet rundt barnet spiller en viktig rolle i utviklingsprosessen (Slinning, Hansen, Moe &

Smith, 2010). Dersom omsorgsgivere er oppmerksom og sensitiv på barnets psykologiske behov vil utviklingen mest sannsynlig gå i riktig retning. Transaksjonsmodellen gir grunnlag for et optimistisk syn på tidlig intervensjon, ettersom den er basert på en antagelse om at de fleste barn har mulighet til å komme seg til tross for tidlig risiko (Slinning et al., 2010).

Sensitiv omsorg i nyfødtp perioden vil blant annet innebære riktig oppfatning av og reaksjon på barnets atferdstilstand. Foreldrene har en viktig rolle i å hjelpe spedbarnet å regulere egen emosjonell og fysiologisk aktivering. Gjennom affektive og atferdsmessige responser som vugging, mating, bytte bleie, bære o.l. vil foreldre kunne hjelpe det nyfødte barnet til å regulere seg selv (Nugent et al., 2007). Foreldrenes tilstedeværelse og psykiske helsetilstand er sentrale faktorer som kan påvirke omsorgsevnen og er derfor av betydning for barnets utvikling. Fødselsdepresjon hos foreldrene kan føre til likegyldighet ovenfor barnet, og gjøre at man blir ufølsom ovenfor barnets behov (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Helsepersonells rolle i føde- og barselomsorgen

Spedbarnstiden utgjør en sårbar fase av livet for nybakte foreldre og deres barn. En gjennomgang av studier på foreldreopplevelser gjennom barnets første år viste at foreldrene var overveldet av den nye situasjonen og hadde et behov for støtte fra partner, eget nettverk og offentlige helsesøstre (Nyström & Öhring, 2004). Som omsorgsyttere i spedbarnsperioden er sykepleiere i helsesøstertjenesten og føde-barselomsorgen i posisjon til å støtte foreldre i rolleovergangen (Sanders & Buckner, 2006). Å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse utgjør sykepleieres fire grunnleggende ansvarsområder (Norsk sykepleierforbund, 2007).

Svangerskaps- og barselomsorgen er et tjenestetilbud av forebyggende karakter (Helsedirektoratet, 2014). Retningslinjen for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid støtter at det legges til rette for en lokal barseloppfølging av mor og barn der hjemmebesøk av helsesøster og jordmor er en sentral del av tilbudet. Anbefalingen fra Helsedirektoratet (2014)

innebærer blant annet mål om å støtte foreldre, bidra til en god start på tilknytningen til barnet og sikre mestring av foreldrerollen. Gode støttepersoner er viktige for at dette skal fungere optimalt og far/partner har en sentral rolle. Helsedirektoratet (2014) anbefaler en intensiv og fleksibel støtte, gjerne i form av hjemmebesøk, for å forebygge fødselsdepresjon. Tilbud om veiledning av foreldre i deres eget miljø kan gi familien en god start på barseltiden og bidra til å forsterke foreldrerollen (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Helsesøstre, jordmødre og barnesykepleiere er faggrupper som har barn og foreldre som sin målgruppe, men som har ulike arbeidsoppgaver og rammer for praksis i sitt møte med familiene.

Helsesøster. Helsesøstre har spesiell kompetanse i opplysnings-, veilednings-, og rådgivningsvirksomhet for foreldre, barn og unge (Norsk sykepleierforbund, 2008). I de senere år har deres arbeidsfelt blitt utvidet til å også inkludere oppfølging av psykososiale tiltak, i tillegg til oppgaver som vekstkontroll, vaksinerings og rådgivning for barn og unge og deres foreldre. Ved behov, skal familier som kommer til helsestasjonen få tilpasset hjelp og støtte (Helsedirektoratet, 2014). Helsesøstre drar også på hjemmebesøk, dette har normalt vært 14 dager etter fødsel. Det er anbefalt av Helsedirektoratet (2014) at hjemmebesøket skjer på et tidligere tidspunkt enn dette, ettersom mor og spedbarn nå skrives tidligere ut fra fødebarselavdelingen.

Jordmor. Jordmødre som arbeider i kommunen har arbeidsoppgaver som blant annet består av å ta imot gravide til svangerskapskontroll, gi råd og veiledning om fysiske og psykiske forandringer i svangerskapet, veilede under fødsel og overvåke moren og det nyfødte barnets tilstand (Norsk sykepleierforbund, u. å). Jordmødrene i spesialisthelsetjenesten møter hovedsakelig mødrene ved fødsel, og hjemreisen planlegges mellom 4-24 timer etter fødselen (Helsedirektoratet, 2014). Sykehusoppholdet bør likevel være langt nok til å sikre at eventuelle tidlige problemer hos familien er kartlagt, og at

foreldrene er i stand til å ta seg av barnet hjemme. Helsedirektoratet (2014) foreslår også at familiene får hjemmebesøk av jordmor en uke etter fødsel, før helsesøster overtar.

Barnesykepleier. Barnesykepleierens arbeidsområde er hovedsakelig syke barn og deres pårørende. De utgjør således en arbeidsgruppe som treffer familier i svært sårbare situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2009). Barnesykepleieren har kompetanse på barns fysiske, psykiske og sosiale utvikling. Det er også viktig at barnesykepleierne inkluderer barnets omsorgspersoner som likeverdige samarbeidspartnere, slik at de får hjelp og støtte til å tolke barnets atferdstilstand (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Gjennom samarbeid med helsepersonell skal foreldrene lære å kjenne barnet sitt. Dette krever at sykepleier har en bevisst holdning til egen yrkesutøvelse (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Interaksjon mellom pasient og sykepleier er en av hjørnesteinene i all type sykepleie (Meleis, 1997). Baggens (2001) fant at de fleste temaer i samtalen mellom sykepleier og foreldre ble initiert av sykepleier. Disse var i tråd med det offisielle helseforebyggingsprogrammet, men dreide seg i hovedsak om fysiske aspekter ved barnets utvikling. Som en konsekvens av dette ble andre tema, slik som relasjoner mellom mor-barn og far-barn, prioritert bort. I de oppdaterte nasjonale retningslinjene for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017) foreligger det en sterk anbefaling om at foreldre bør få veiledning om samspill i alle konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet. I dette inngår blant annet å bidra til å fremme og understøtte et godt nok samspill og trygg tilknytning mellom barn og foreldre samt fremme mestring av foreldrerollen.

Implementering

Å utvikle nye retningslinjer i tråd med ny forskning og klinisk erfaring er viktig for å bevare et helsevesen med god kvalitet (Grol, 1993). En innovasjon er en idé, praksis eller et

objekt som betraktes som ny (Rogers, 2002) og implementering er en aktiv, planlagt prosess for integrering av en innovasjon i organisasjonen (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate & Kyriakidou, 2004). Implementering beskriver på hvilken måte et program iverksettes i kliniske eller praktiske omgivelser og i hvilken grad mål, retningslinjer og underliggende teoretiske prinsipper følges (Ogden & Sørli, 2009). Formålet med implementeringsforskning er å redusere gapet mellom forskning og praksis, ved å utvikle og evaluere tiltak som kan sikre at behandlingen som pasienter og brukere mottar er kunnskapsbasert, omsorgsfull og av god kvalitet (Flottorp & Aakhus, 2013).

Når en metode skal innføres i praksis er det viktig å ta hensyn til hvordan dette skal utføres og hvilke faktorer som kan påvirke kvaliteten av metoden. Implementeringskvalitet referer til hvor godt samsvar det er mellom hvordan en intervensjon ble gjennomført og hvordan den opprinnelig er beskrevet og testet gjennom forskning (Domitrovich et al., 2008). Implementeringskvalitet omhandler både intervensjonskvalitet og tiltaksintegritet (Sørli et al., 2010). Intervensjonskvalitet handler om hvorvidt intervensjonen faktisk blir iverksatt. Tiltaksintegritet handler om å sikre ressurser som trengs, rammebetingelser, og hvordan man etablerer støttestrukturer for nye praksiser eller metoder i organisasjonen (Sørli et al., 2010).

Høy grad av tiltaksintegritet viser til tiltaket som målgruppen eksponeres for. Dette må samsvare med faglige retningslinjer og prinsipper, og at mottakerne opplever hjelpen som relevant (Sørli et al., 2010). Et sentralt aspekt ved implementering vil derfor være at de som skal anvende metoden har relevant kompetanse samt grundig opplæring.

Forebyggende intervensjoner er handling på et tidlig tidspunkt for å kunne unngå uønskede konsekvenser på et senere tidspunkt. Den synlige effekten av slike innovasjoner kommer på et senere tidspunkt og den relative fordelingen må derfor økes for de som skal implementere den nye innovasjonen (Rogers, 1995). Et godt rammeverk rundt rekruttering, opplæring og oppfølging av deltakerne vil derfor være viktig.

Betydningen av motivasjon i implementeringsprosessen. I motivasjonsteori skilles det hovedsakelig mellom indre motivasjon - å gjøre noe ut fra en iboende interesse eller glede, og ytre motivasjon - å gjøre noe ut fra eksterne faktorer (Ryan & Deci, 2000). I følge «The Expectancy-value theory», er det troen en har på seg selv i en aktivitet og hvor stor verdi en tenker at aktiviteten har, som er viktig for motivasjon (Wigfield & Eccles, 2000). Dette vil i sin tur påvirke valg, utholdenhet og prestasjon. Egne forventninger og verdier blir også påvirket av tanker som er relatert til den spesifikke oppgaven en står ovenfor (Wigfield & Eccles, 2000).

Ikke alt man gjør i hverdagen er drevet av indre motivasjon (Hennesy, 2000). Ved implementering av nye metoder kan man ikke alltid belage seg på indre motivasjon hos de som skal læres opp. En god strategi for suksessfull læring kan derfor være at man er bevisst på hvilken måte man promoterer aktive og frivillige former av ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Jo mer bevisst man er på hvorfor en metode er nyttig og lære seg, desto lettere blir det å gjøre de ytre motiverte handlingene mer selvbestemt. Med utgangspunkt i «The Expectancy-value theory», bør man ved implementering av nye metoder også være bevisst på at deltakerne er ulike (Wigfield & Eccles, 2000). Deltakerne vil ha forskjellige forventninger og tanker om egne prestasjoner. For eksempel kan det virke tryggere hvis man kan dra på kurs sammen med kollegaer man kjenner, eller bli veiledet i en mindre gruppe.

Normalization Process Theory. Det er utviklet flere teorier for å forklare aspekter som påvirker implementering av innovasjoner i helsetjenesten (Grol & Wensing, 2004). Vi har i denne studien brukt «Normalization Process Theory (NPT)», utviklet av May og Finch (May & Finch, 2009; Murray et al., 2010) som et rammeverk for å undersøke implementering av NBO. NPT er utviklet gjennom flere kvalitative studier som utforsker implementering av intervensjoner i ordinær praksis. NPT foreslår at, for helsepersonell, vil vellykket implementering være avhengig av en kompleks interaksjon mellom følgende fire

komponenter: 1) sammenheng, på hvilken måte deltakeren synes intervensjonen gir mening, 2) kognitiv deltakelse som krever at deltakeren engasjerer seg, 3) kollektiv handling, som krever at deltakeren viser innsats og 4) refleksiv overvåkning, bestående av formelle og uformelle vurderinger av intervensjonens kostnad og gevinst.

Opplæring i og implementering av NBO i Tromsø kommune som del av et forskningsprosjekt

I 2015 ønsket Institutt for Psykologi ved Universitetet i Tromsø (UiT) et samarbeid med forebyggende helsetjenester i Tromsø Kommune og Føde-barselavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) for å gjennomføre en longitudinell studie av sårbarhetsfaktorer for å utvikle fødselsdepresjon og samspillsvansker med barnet, og samtidig gjennomføre en intervensjon hvis formål var å forebygge depresjon og samspillsvansker. Som forebyggende intervensjon ble NBO valgt. Målet var å implementere en ny metode i Tromsø, samtidig som man ville undersøke effekten av denne. Dette åpnet også en mulighet for å undersøke selve implementeringen av NBO.

Newborn behavioral observation (NBO)

NBO er en relasjonsbyggende metode som er utviklet for å styrke relasjonen mellom foreldre og barn og mellom familien og profesjonelle hjelpere (Nugent et al., 2007). Den kan anvendes på flere kliniske arenaer, slik som sykehus, klinikker og i hjemmet (Sanders & Buckner, 2006). NBO tar mellom 20 og 40 minutter å administrere, og er passende i bruk med spedbarnet og dets omsorgsgivere fra fødsel til tre måneder etter fødsel. Ettersom spedbarnets uttrykk og aktiviteter kan forstås i lys av hvilken tilstand barnet er i, er et kjerneelement i metoden å hjelpe foreldrene med å forstå hvordan barnets individuelle signaler endrer seg i takt med veksling mellom atferdstilstander (Cheetham et al., 2011).

Metoden rammer inn samværet mellom barnet og foreldre (Cheetham et al., 2011), og foreldrene inviteres til å delta aktivt ved bruk av metoden. Sammen med den trente

observatøren observeres barnet ut fra 18 elementer (Nugent, Bartlett & Valim, 2014).

Foreldrene gis også mulighet til å ventilere følelser og tanker, samt stille spørsmål hvis de ønsker. Samlet sett sier disse 18 elementene noe om: 1) Barnets evne til å tilpasse seg og stenge ute uønskede stimuli. 2) Hvordan barnets uttrykk preges av en muskelspenning og grad av aktivitet. 3) Barnets evne til å regulere sine atferdstilstander og veksle mellom søvn og våken tilstand. 4) Hvordan man ser barnets aktiverings/stressnivå gjennom endringer i hudfarge, atferd og kroppsholdning. 5) Barnets kapasitet til fokusert oppmerksomhet og evne til å respondere på lydstimuli (Cheetham et al., 2011).

NBO som forebyggende metode er fortsatt under utvikling, og en vet derfor lite om den langsiktige effekten av metoden. Foreløpige studier viser at NBO styrker mors engasjement i perioden etter fødsel (Sanders & Buckner, 2006), fasiliterer forsørgerrollen og styrker forholdet mellom foreldre og barn (Fishman et al., 2007). I en pilotstudie utført av Nugent et al., (2014) fant forfatterne at NBO var assosiert med redusert risiko for depressive symptomer hos mødre i barselperioden.

Studiens overordnede hensikt og problemstillinger

I Norge foregår det en omfattende opplæring og implementering av NBO i helseforetak og i kommuner. Samtidig er det gjort få studier av «den norske modellen» for opplæring av helsepersonell i NBO. Denne studien har som hensikt å besvare problemstillinger knyttet til opplæringen og implementeringen av NBO hos helsepersonell i Tromsø i 2015. Våre problemstillinger er som følgende:

- 1) Hvilke erfaringer og refleksjoner har helsesøstre, jordmødre og barnesykepleiere i Tromsø gjort seg med NBO?

- 2) Hvordan anvendes metoden i praksis og hvordan relaterer helsesøster, jordmor og barnesykepleiere NBO til sin profesjons spesialkompetanse?

Vi ønsker også å drøfte hvordan disse erfaringene kan plasseres og forstås innenfor rammene av eksisterende implementeringsforskning. Fokuset vil være på hvilke erfaringer som er viktig med tanke på å implementere metoden i ordinær praksis.

Metode

Forskningsdesign

De erfaringene helsepersonell har gjort seg med NBO står sentralt i denne studien. For å få tilgang til disse har vi rekruttert helsesøstre, jordmødre og barnesykepleiere som har erfaring med NBO ved helsestasjoner og i spesialisthelsetjenesten. Vi har valgt å benytte kvalitative metoder med en sosio-narrativ innfallsvinkel. Dette tillater oss å ta utgangspunkt i deltakernes fortellinger om NBO, og ikke bare i hva de sier om praksis og implementering. Ettersom fortellinger er performative uttrykksformer, kan vi undersøke deltakernes forhold til den praksisen de forteller om. Denne studien benytter seg derfor av individuelle, semi-strukturerte intervju, supplert av visualiseringsprosesser (drawing elicitation) for å gi tilgang til deltagernes erfaringer og tolkninger av disse. Visualisering er velprøvd og nyttig i forhold til å artikulere taus kunnskap. Taus kunnskap er for eksempel praktisk kunnskap, som sitter i kropp og håndlag. Dette er kunnskap nødvendigvis ikke blir artikulert. Visuelle metoder er designet for å blant annet få frem denne typen kunnskap (Drew & Guillemin, 2014). Visualisering bringer også deltakeren ut av tilvante uttrykksformer som kan stimulere fortellinger som ellers ikke ville fremkommet i et klassisk intervju. Denne metoden vil derfor kunne gi rikere og mer nyanserte data, både om deltakernes erfaringer med opplæringer og praksis, samt deres holdninger og refleksjoner omkring metodens nytteverdi.

Designet er basert på en sosio-narrativ tilnærming. Fortellinger er en grunnleggende og naturlig måte å uttrykke erfaringer som gir rike data. Fortellinger uttrykker erfaringer gjennom at fortelleren holder ulike hendelser sammen i et hendelsesforløp som for fortelleren gir mening (Lorem, 2014). Fortellingene er også kommunikasjon i det at de søker å formidle et innhold som fortelleren som regel har et forhold til. Innen helsefaglige praksiser blir fortellinger dessuten eksplisitt brukt i kunnskapsoverføringen (Alsterdal & Josefson, 1996). Vi har derfor benyttet en sosio-narrativ innfallsvinkel (Frank, 2010) der intervjuene legger opp til å utvikle fortellinger om opplæring i, og bruk av NBO. Intervjuer søkte å oppmuntre fortellingen og bidra med spørsmål som kunne gi utdypende informasjon, eksempelvis gjennom eksempler. Det er sentralt for den sosio-narrative metodologien at fortellingene har en funksjon i sosiale relasjoner, og kan variere avhengig av forteller og kontekst. Forskernes oppgave blir dermed å identifisere mening og sammenhenger i deltagerens individuelle fortellinger (Willig, 2013).

Bruk av visualisering i forskningsprosessen (drawing elicitation). Visuelle metoder tillater bruk av ulike typer visualisering som del av datainnsamling og analyse. Det kan være fotografier, video, tegninger og andre visuelle representasjoner (Willig, 2013). Disse kan være preeksisterende, forskergenererte eller deltakergenererte (Drew & Guillemin, 2014). Vi har benyttet den sistnevnte gjennom at vi i intervjuene la opp til å tegne noe som for deltakerne representerer NBO. Bruken av visuelle representasjoner i forskning kan bidra til økt forståelse om daglige prosesser relatert til deltakerens erfaringer (Drew & Guillemin, 2014), i dette tilfellet ved bruk av konsultasjonsmetoden NBO. I denne studien ble det inkludert som et virkemiddel for å få artikulert taus kunnskap omkring praksisene, som visualisering kan bidra til gjennom et intervju.

Ved bruk av visuelle metoder vektlegger vi at vi ikke bare kommuniserer gjennom språk, men også det visuelle (Willig, 2013). Vi valgte derfor å be deltakerne om å tegne noe

som representerer NBO for dem. Det var ønskelig at tegningen skulle være et uttrykk for de umiddelbare og midlertidige assosiasjonene deltakeren fikk og at vi dermed kunne få et innblikk i deltakernes betraktninger utover det som ble sagt med ord i samtalen. Derfor ble også tegningen lagt til begynnelsen av intervjuet. Etersom en tegning kan tolkes på flere måter og dette lar deltakeren foreta flere koplinger på tvers av erfaringer og forståelse av disse erfaringene (Schwartz, 1989), ble deltakerne også invitert til å si noe om det de tegnet underveis. Alle deltakerne fikk oppgaven introdusert med samme formulering, et ark og 20 tusjer med ulik farge. De fikk muligheten til å bruke så mange eller få farger de ønsket. Deltakerne ble blant annet spurt om fargevalg og andre tolkninger av tegningen der deltakeren ikke gjorde dette spontant. De fleste deltakerne våre syntes det var overraskende og uvant å bli bedt om å tegne, men alle gjennomførte oppgaven. Gjennom intervjuet var det flere deltakere som viste til eller pekte på tegningen og deres beskrivelser tilknyttet denne. Således hadde tegningene den funksjonen at de hjalp deltakerne å artikulere taus kunnskap og fortellinger som ikke ville fremkommet dersom vi ikke hadde inkludert tegning som en dimensjon.

Utvalg

Deltakere. Studien er basert på et strategisk utvalg av kvalitative intervju med 11 deltakere. De ble forespurt fordi alle nylig hadde gjennomgått opplæring i NBO. Alle deltakerne er kvinner som jobber i helsevesenet. Åtte av deltakerne jobber ved forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune. Tre av deltakerne jobber ved UNN. Alle deltok på samme NBO-opplæring fra mars 2015 til desember 2015 sammen med 16 andre kvinner. Helsesøstrene, jordmødrene og barnesykepleierne utgjorde de største yrkesgruppene, og vi valgte derfor å rekruttere deltakere fra disse tre gruppene.

Deltakerne har felles grunnutdanning, men ulik videreutdanning, arbeidsoppgaver og rammer for praksis. Noen av deltakerne hadde også brukt NBO mye i sin praksis etter

opplæringen, mens andre ikke hadde hatt anledning til å bruke det like mye. Ikke alle deltakerne hadde fullført sertifiseringen ved intervjutidspunkt.

Rekruttering. Totalt 14 deltakere ble forespurt per e-post om de hadde anledning til å delta i et forskningsprosjekt som omhandlet deres erfaringer med opplæring og bruk av NBO. 11 deltakere takket ja, én var ute i svangerskapspermisjon og to hadde ikke anledning. Deltakerne som ønsket å delta undertegnet en samtykkeerklæring (appendix A) i forkant av intervjuet. I samtykkeerklæringen ble hensikten med studien beskrevet utdypende. Deltakerne ble også informert muntlig og skriftlig om frivillighet, samt at de på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra deltakelse i studien.

Studiens kontekst

Forskningsprosjektet «God Start for Små i Nord». Implementering av NBO i Tromsø ble initiert gjennom forskningsprosjektet «God Start for Små i Nord». Målet med forskningsprosjektet er å undersøke risikofaktorer for postpartum depresjon hos foreldre samt undersøke effekten av NBO som en universell forebyggende konsultasjonsmetode. Målet var også å implementere metoden i føde- og barselomsorgen i Tromsø. Tromsø kommune valgte ut Tromsdalen og Kroken helsestasjon som de to helsestasjonene hvor alle helsesøstre skulle lære seg NBO. Dermed utgjorde foreldre som søknet til disse helsestasjonene intervensjonsgruppen for prosjektet. Føde- og barselavdelingen valgte ut to jordmødre og to barnepleiere til å delta fra sykehuset. To av deltakerne som deltar i denne studien er ikke med i forskningsprosjektet «God Start for Små i Nord».

Opplæring NBO. Opplæringen besto av to dager innføring, egenpraktisering i seks uker, en dag veiledning i gruppe med filmopptak av egne observasjoner basert på NBO, nye 6 uker med egenpraktisering og en dag med veiledning og videoopptak. Deltakerne på kurset anvendte metoden i daglig praksis i ca. seks måneder før siste veiledning- og

erfaringsseminar. Deltakerne måtte deretter gjennomføre fem «sertifiserings-NBO» med tilhørende oppsummeringsnotat fra deltaker og skriftlig tilbakemelding fra foreldrene.

Intervjuprosessen

Forarbeid. Våren 2016 hadde vi et møte med en NBO-instruktør som viste oss filmer der en instruktør gjennomførte en NBO. Dette ble gjort slik at vi som intervjuere skulle få bedre innsikt i den opplæringen helsepersonellet hadde fått, og på hvilken måte en NBO-konsultasjon kunne gjennomføres. Noe forkunnskap om temaet som undersøkes er i tråd med anbefalinger om intervjupersonens kvalifikasjoner (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015).

Intervjuguide. Vi utviklet i samarbeid med forskningsgruppen bak «God Start for Små i Nord» en semi-strukturert intervjuguide (appendix B) der hensikten var å få en samtale med deltakerne. Vi ønsket at spørsmålene skulle være så åpne som mulig, slik at deltakerne kunne fortelle fritt om sine erfaringer og refleksjoner. Intervjuet ble innledet med et fortellingsinduserende spørsmål, fulgt opp av et spørsmål om å tegne deltakerens opplevelse av NBO. Videre fulgte en semi-strukturell intervjuguide for å sikre at sentrale tema ble dekket. I tilfelle det skulle bli vanskelig for deltakerne å fortelle spontant, hadde vi også utformet oppfølgingsspørsmål.

Intervjutrening. På grunn av begrenset tidligere erfaring med intervju i kvalitativ forskning gjennomførte vi ett prøveintervju hver. Intervjuene ble utført med to andre som har opplæring i NBO. Disse ble ikke inkludert i denne studien, men ga oss trening og en mulighet for å prøve intervjuguiden, bruk av visualisering og foreta eventuelle justeringer. Vi foretok ingen endringer av intervjuguiden i etterkant av prøveintervjuene. Gjennom prøveintervjuene erfarte vi at bruk av tegning tidlig i intervjuet hadde god effekt på å åpne samtalen.

Gjennomføring av intervjuene. Alle intervjuene, med unntak av ett, ble foretatt på enerom ved deltakerens arbeidsplass. Ett intervju ble foretatt på enerom ved Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø. Vi delte intervjuene mellom oss (forfatter 1 intervjuet fem og forfatter 2 intervjuet seks deltakere) og gjennomførte de individuelt. Intervjuene varte i 40-70 minutter. Vi opplevde deltakerne som enkle å snakke med og at de hadde et ønske om å bidra med sine erfaringer. Noen deltakere påpekte også at de var overrasket over eget bidrag og refleksjon. Det første spørsmålet i intervjuguiden er et åpent spørsmål om hva NBO er, som det kan være vanskelig å svare på. Vi erfarte at bruk av tegning gjorde det lettere for deltakerne å beskrive hva NBO er for dem. Tegningene gjorde det også lettere for deltakerne å blant annet vise intervjuer hvordan de erfarte å bruke NBO, når de fikk spørsmål om det senere i intervjuet. Begge intervjuere brukte oppfølgingsspørsmålene underveis, for å hjelpe deltakerne å besvare de mer åpne spørsmålene vi hadde i vår intervjuguide.

Analyse

Transkribering. Transkribering kan ansees å være en del av analyseprosessen ettersom den som transkriberer gjennom hele transkripsjonsprosessen må ta valg om hvordan en best mulig skal nedtegne talespråk til skriftspråk (Kvale et al., 2015). Da en god analyse innebærer at forskeren er godt kjent med datamaterialet valgte forskerne å transkribere datamaterialet selv (Langdridge, Tvedt & Røen, 2006). Transkribering ble gjennomført ved å lytte til lydopptaket og ordrett skrive ned det deltakerne fortalte i Microsoft Office Word. Av hensyn til anonymisering og framstilling av resultater ble dialekt omgjort til bokmål.

Programvare. NVivo 11 (QSR International, 2017) ble benyttet som hjelpemiddel i dataanalysen. Gjennom analyseprosessen har programvaren vært et nyttig hjelpemiddel for å lettere kunne systematisere datamaterialet. Slike programvarer tillater importering av transkripsjoner samt mulighet til å strukturere og organisere datamaterialet (Kvale et al., 2015). NVivo 11 gir også en god oversikt over alle kategoriene i intervjuene og tillater at

kategoriene endres underveis samtidig med at skrittene i kategoriseringsprosessen lagres.

Datafilen ble kryptert med passord.

Analysestrategi for tekst. Analysen ble gjennomført i flere steg og er i tråd med steg i analyser beskrevet av Harding (2013).

I steg en leste vi hele intervju, med fokus på meningsinnhold. De transkriberte intervjuene ble først lest av den som intervjuet og deretter av medforfatter. Alle intervjuer ble derfor gjennomgått av begge. Vi skrev innledende notater og understreket sentrale sitater. Dette ble gjort hver for oss og etter at intervjuet var lest fortsatte intervjuer umiddelbart med steg to.

I steg to identifiserte vi meningsenheter og hver intervjuer kodet deretter sine egne intervjuer deskriptivt for å fremheve gjennomgående tematikk. I denne delen av prosessen tilstrebet vi begge å innta en minst mulig forutinntatt holdning og fokusere på hva deltakeren kunne ha ment med hver meningsenhet.

Steg tre besto av strukturering og diskusjon. De gjennomgående temaene ble diskutert med de tre veilederne etter den primære kodingsprosessen. Vi korrigererte eller slo sammen beslektede og synonyme kategorier for å redusere antallet tema. I denne prosessen gikk vi også tilbake til de initiale notatene for hver kategori for å sikre at vi ikke gikk for langt vekk fra datamaterialet. Alle temaer ble diskutert inntil vi var enige om tolkningen av materialet.

I steg fire laget vi en oversikt over de gjenværende temaene. Disse systematiserte vi i en hierarkisk orden med hoved- og undertemaer.

Analysestrategi for tegninger. Det visuelle materialet består av deltakergenererte tegninger som ble produsert under intervjuet. For å analysere tegningene har vi tatt utgangspunkt i deltakergenerert visuell forskningsmetode. Vi har brukt Drew og Guillemin (2014) «interpretive engagement» for å analysere tegningene og ifølge dem vil disse tre stegene hver for seg være begrenset, men i kombinasjon vil de gi en innholdsrik visuell

analyse. Analysemetoden omtales som «visual meaning-making» og går gjennom tre steg (Drew & Guillemin, 2014). I analysens første steg har vi forsøkt å finne mening gjennom deltakers engasjement i selve intervjuet. Vi introduserte tegningen tidlig i intervjuet og inviterte deltakerne til å fortelle om hva de hadde tegnet, på hvilken måte tegningen kunne forstås og om tegningen kunne forstås på andre måter enn deres opprinnelige forklaring.

I andre steg har vi undersøkt tegningene ved å spørre oss selv: 1) Hvorfor de har valgt å tegne det de har tegnet og hva de ønsket å formidle i denne sammenheng, 2) på hvilken måte kan bruk av symbolikk, farger og komposisjon bidra til å forstå deres erfaringer, og 3) hvordan forklarer deltakerne hva de har tegnet med ord.

I siste steg av analysen har vi forsøkt å finne mening gjennom å re-kontekstualisere tegningene med deltakernes fortellinger i intervjuet. Vi forsøkte å se tegningene i forhold til intervjuene de fremkom fra og i sammenheng med hverandre. Tegningene viste seg å ha to funksjoner. Det ene var å endre dynamikken i intervjuet ved å tilføre et nytt element. Dette hadde vi ønsket og forventet i forkant. Tegningene viste seg også å være en måte å berøre deltakernes idealer gjennom visualisering. Visualiseringen hjalp oss å få frem mer diffuse og uartikulerte aspekter ved deltakernes idealer omkring familierelasjoner og egen profesjon- og rolleforståelse. Dette er informasjon som ikke nødvendigvis hadde kommet frem uavhengig av visualiseringsprosessen.

Kombinering av tekst og visuelt materiale. Deltakernes fortellinger ga oss beskrivelser og fortellinger om hendelser, som utgjør hvilke erfaringer de har med NBO som metode. Gjennom tegningene kom deres idealer frem, spesielt ideal om familier samt egen rolle og profesjon relatert til familiene. Kombinasjonen av tekst og tegning oss rikere data og sammen demonstrerer de flere aspekter ved erfaringer med NBO. Vi har derfor valgt å presentere noen av tegningene som en integrert del av de tekstuelle resultatene ettersom det er sammenheng mellom tekst og tegning (Schwartz, 1989).

Forskningsetikk

Studien har fulgt Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for medisinsk forskning som blant annet inkluderer krav om informert samtykke og konfidensialitet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Søknader. Ettersom denne studien utgår fra forskningsprosjektet «God Start for Små i Nord» var det ikke behov for egen søknad til Regional Etisk Komite (REK). Prosjektet ble godkjent 26.05.2015 (appendix C). Endringsmeldingen som inkluderte vår studie ble godkjent 18.05.2016 (appendix D).

Databehandling og oppbevaring. Alle intervjuene ble tatt opp på en digital opptaksenhet og ordrett transkribert. Deretter slettet vi lydfilene fra opptaksenheten, og oppbevarte de transkriberte intervjuene på krypterte USB-penner i henhold til Universitetet i Tromsøs retningslinjer for helseforskning (Universitetet i Tromsø, 2010). Deltakernes tegninger og samtykkeskjema ble oppbevart i et låst arkivskap ved Institutt for Psykologi, Universitetet i Tromsø fram til de ble scannet og oppbevart på en kryptert USB-penn. Deltakernes tegninger og transkripsjoner har forfatterne aidentifisert gjennom å erstatte navn med løpenummer som kun kopler til personen gjennom en koblingsnøkkel. Kun forfatterne har tilgang til koblingsnøkkelen, og denne ble oppbevart atskilt fra data.

Resultater

Formålet med studien var å undersøke hvilke erfaringer og refleksjoner helsesøstre, jordmødre og barnesykepleiere i Tromsø hadde gjort seg med bruk av NBO. Vi ville også se på hvordan de ulike helseprofesjonene anvender NBO i sin praksis og relaterer metoden til sin profesjons spesialkompetanse.

Analysen av intervjuene resulterte i tre overordnede tema: Helsepraksiser, NBO som arbeidsmetode og rammevilkår for implementering, alle med tilhørende undertema.

Resultatene vil presenteres ut fra temaene slik de fremkommer i tabell 1 og eksemplifiseres med sitater og tegninger fra intervjuene.

Tabell 1

Overordnede kategorier og tema

Helsepraksiser	NBO som arbeidsmetode	Rammevilkår for implementering
Fellesprosjekt	Klinisk verktøy	Ledelse
Rolleforståelse og profesjonsutøvelse	Opplæring	Kollegaer
Tidspress og prioriteringer		Motivasjon

Helsepraksiser

Med helsepraksiser mener vi i denne sammenheng den virksomheten som inkluderte møtene med småbarnsfamiliene og på hvilken måte oppfattelsen av egen rolle påvirket opplæring og bruk av metoden. To forhold ble spesielt viktig: Å skape et «fellesprosjekt» ut fra familieidealer om en omsorgstriade (foreldrene og barnet) og helsepersonellets posisjonering (rolleforståelse og profesjonsutøvelse) i forhold til familien ved styrking av omsorgstriaden.

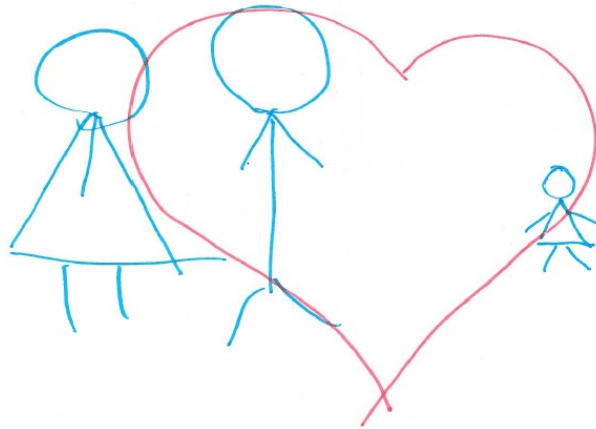
Fellesprosjekt. Deltakerne vektla at samtalen om barnets uttrykk, foreldrenes erfaringer og fortolkninger må være et fellesprosjekt mellom foreldrene, barnet og hjelperen. En sentral del av metoden er også å inkludere foreldrenes erfaringer og observasjoner. Dette vil i sin tur føre til at hjelperen har et rikere observasjonsgrunnlag og kan bruke foreldrenes erfaringer til å styrke deres kompetanse og således også relasjonen mellom foreldre-barn og hjelper-foreldre.

Både fortellingene i intervjuene og tegningene sier oss mye om familie- og omsorgsidealene samt hvordan deltakerne knytter NBO til dette. Det primære er triaden mellom foreldre og barn, og sekundært er hjelperens relasjon til familiene. Alle deltakerne foruten én inkluderte mor, far og barn i sin tegning. De fortalte om hvordan de ønsket at foreldrene skulle oppleve situasjonen, og på hvilken måte NBO kunne bidra til å styrke triaden mellom de tre. I tegningen som fremkommer under har deltakeren utelatt seg selv, og snakker om hvordan dette skal oppleves for foreldrene. Deltakeren illustrerte hvordan NBO fungerer, med fokus på omsorgstriaden i et hjerte og seg selv utenfor, for å bidra til å styrke denne:



Figur 1. «Dette er et lite barn. En fornøyd mamma og en fornøyd pappa. De er trygge. De har nettopp fått sitt første barn, og synes det er spennende å observere det. De har en trygg ramme rundt seg. Det er jo dette vi ønsker de skal fortsette å kjenne på».

En annen deltaker tegnet mor, far og barnet i et hjerte, og beskriver hvordan hun ser NBO som et enkelt bidrag til kommunikasjonen mellom de tre. Hun har også utelatt seg selv:



Figur 2. «Nå tegner jeg en mor og en far. Så har du et lite barn. Så er det kommunikasjonen mellom disse. Det er NBO for meg. Helt enkelt. For meg er NBO enkelt og man behøver ikke gjøre det vanskeligere enn det er».

Når helsesøstrene beskrev situasjoner der de brukte NBO trakk de ofte fram hjemmebesøket (7-10 dager etter fødsel). Ved hjemmebesøkene er far ofte tilstede. Deltakerne opplevde at det å gjennomføre NBO når far er tilstede førte til at han ble mer deltakende og involvert. Dette gjaldt spesielt når deltakerne etterspurte fars betraktninger og erfaringer. Deltakerne ønsker at begge foreldrene skal bli kjent med barnet sitt. En deltaker beskrev det slik:

Jeg har jo gjort NBO med begge foreldre og med bare en forelder. Jeg tenker at et av poengene er jo det å bli bedre kjent med barnet sitt og det er jo viktig for begge foreldrene. At de også får samme informasjon. Det gjelder jo ikke bare NBO, det gjelder jo med alt på helsestasjonen egentlig. Det er jo det vi ønsker.

Deltakerne fortalte også om situasjoner der det var krevende å få foreldrene til å delta i observasjonen av barnet og refleksjonene rundt. Noen deltakere oppfattet det blant annet som

vanskeligere å komme i posisjon til flergangsfødende enn førstegangsfødende. For deltakerne handlet dette om å føle at man som hjelper ikke var i posisjon til å formidle egne betraktninger til foreldre som ikke var nysgjerrig, eller følte at de var i behov av nye måter å forstå barnet sitt på. At foreldrene ble oppfattet som deltakende og engasjerte var sentralt for hvordan hjelperen opplevde situasjonen. Samtlige deltakere snakker om at det er barnet som er i fokus, og det barnet ønsker å vise i den gitte situasjonen er det NBO skal handle om og ha fokus på. En deltaker beskriver en indre konflikt mellom barnets uttrykk, foreldrenes «behov» og det «hjelper» (helsepersonellet) ønsker å fokusere på:

(..) Der foreldrene tenker at alt er greit, vi kjenner barnet vårt, vi behøver ikke noen nye verktøy eller beskrivelser. Så ser jeg at de kanskje behøver det likevel. Det å da skulle begynne å hjelpe dem med å lese barnet der de selv føler at det er de som er proff. De kjenner jo barnet sitt best, men kanskje de kunne fått noen flere verktøy ut ifra det jeg har sett.

En deltaker fortalte at foreldre har et grunnleggende ønske om å hjelpe og møte barnet sitt, men også kan kjenne på en tilkortkommenhet fordi det ikke forstår hva barnet er i behov av. Hjelperen kan da fungere som en fortolkende tredjepart, som bidrar til å fremme samspill og øker foreldrenes kompetanse på sitt eget barn:

(..) Vi kan ta av klærne og si: hva tenker du at hjelper babyen for at den skal være rolig og få god støtte rundt seg? Mange foreldre gjør jo det. Men når vi snakker om det sammen så sier de kanskje oi, det der vet jeg jo hjelper. Eksempelvis å holde en arm over magen eller det at jeg bruker en fin stemme. Det er en god måte å roe ned. Da føler jeg litt at jeg bruker NBO som et verktøy for å hjelpe foreldrene videre.

Rolleforståelse og profesjonsutøvelse. Rolleforståelse omhandlet her på hvilken måte deltakerne forsto sin egen rolle og funksjon i relasjon til familiene. Våre deltakere anser, ved siden av praktiske oppgaver som vaksinerings og vekstoppfølging, å gi støtte i foreldrerollen som en viktig del av deres arbeid.

Gjennom tegningene kom det også tydelig fram på hvilken måte deltakerne betraktet egen rolle og profesjon i møtene med familiene. En deltaker plasserte foreldrene på samme side, seg selv på den andre og barnet i midten som sender ut signaler til de rundt. Hun beskrev på hvilken måte hun forstår sin rolle i relasjon til familien:



Figur 3. «Jeg tegner et hjerte som et utgangspunkt, som en ramme rundt NBO. Det er et felles prosjekt der en ønsker det gode fram. Det et fellesskap innenfor hjertet når en bruker NBO. Trappen er med for at foreldrene skal løftes opp. Jeg skal få fram både deres og barnets kvaliteter».

En annen deltaker tegnet mor og far som spørsmålstegn og hjerter rundt barnet. Hun har inkludert seg selv i relasjonen som en «tommel opp». Hun vil gjennom dette vise hvordan

hun støtter oppunder prosessen foreldrene går gjennom ved å oppmuntre og normalisere deres opplevelser omkring det å bli kjent med sitt barn:



Figur 4. «(..) Så må man på kort tid finne ut hvordan man skal knekke den nøtten. Hvordan skal man finne ut hvem du er? Hvordan snakker du til meg? Du bruker jo ikke ord. Hvordan viser du meg hvilke behov du har? Poenget er likevel at mamma og pappa klarer å se dette barnet som et menneske og lese hva barnet de har fått forsøker å si».

Et annet viktig tema var enkelte deltakers rolle som en del av forebyggende helsetjenester. I dette legger de at de møter barn og deres foreldre tidlig i livet, og er i posisjon til å hjelpe og veilede foreldre for å kunne styrke god utvikling og forhindre skjevutvikling. En deltaker beskrev betydningen av å kunne sette av tid til en ekstra konsultasjon når barnet er nyfødt, og hvordan dette kan være en god prioritering:

(..) I et forebyggingsperspektiv. Hvis dette er en metode som kan fremme tilknytning og det å forstå barnet sitt og relasjonen mellom foreldre og barn så kan man jo forebygge utrolig mye uhelse senere. Så hvis man virkelig skal være i forebyggingsperspektivet så må man begynne så tidlig som dette. Begynne fra dag en.

Våre deltakere møter foreldre og barn som er i en sårbar fase av livet. Foreldrene har av og til mange bekymringer når barnet er født, og har behov for oppfølging utover ordinær tjeneste. En deltaker beskrev på hvilken måte NBO kan integreres i denne tanken, gjennom å gjøre foreldrene tryggere fra starten. Hvis dette hadde vært mulig, er det ikke sikkert foreldrene hadde hatt behov for ekstra konsultasjoner. I et forebyggingsperspektiv ville dette vært en fordel både for helsepersonellet og for familiene.

Profesjonsutøvelse dreier seg om hvordan de evaluerte rolleforståelsen i forhold til sin faglige spesialitet, altså som helsesøster, jordmor eller barnesykepleier. Deltakerne beskriver å ha både kompetanse og fokus på samspill i spedbarnsalder, men i mindre grad å ha snakket med foreldrene om dette tidligere. Deltakerne opplever at NBO har gitt dem «et språk for å beskrive det vi ser», og de tenker at dette er verdifullt i kunnskapsoverføringen mellom veileder (helsepersonell) og foreldre.

Deltakerne opplevde ikke bare å få et språk for det de ser i samspillet mellom foreldrene og barnet, flere opplevde også å ha fått mer kompetanse på å tolke barnets signaler og fremtreden. Dette medfører at de i samtale med foreldre kan stå støtt i egne vurderinger og uttalelser. Til tross for at det er viktig for våre deltakere å skape en god arbeidsrelasjon mellom seg og foreldrene er de tydelig på sitt ansvar for å ivareta barnet. En deltaker beskrev hvordan hun i veiledningsposisjon nå har større trygghet ovenfor foreldre på hva hun ser og hva hun tenker det kan bety:

Jeg tenker at det er en bevisstgjøring. Jeg har jo jobbet ti år som helsesøster. Det er jo en del kunnskap som man hadde med seg og jeg har jo brukt den hele tiden, men nå bruker jeg det mer aktivt ovenfor foreldrene. Og det handler kanskje litt om å være tryggere på det man ser. En ting er å ha litt erfaring, men også det å kunne si jo, nei, det kan bety det og det. Det er klarere for meg nå enn før.

Deltakerne arbeider med familier og barn, men i ulike deler av utviklingsforløpet. Ikke alle deltakerne mente metoden egnet seg for den aktuelle målgruppen som de jobbet med ettersom andre behov var mer fremtredende og at disse behovene skal tas på alvor:

(..) Men når du for eksempel kommer til en helsesøster, så handler det jo mye om barnet og samspill med barnet. Mens når du nettopp har født handler det om blødning, det handler om sting. Foreldrene er så overveldet av en million ting som skjer. Amming, ikke minst.

Noen deltakere la også vekt på at foreldre må få tid og rom til å forsøke og feile. De beskriver en naturlig prosess mellom foreldre og barn der de må få lov til å få erfaringer med hva som fungerer og ikke fungerer. En deltaker har tanker om at det ville være lettere å bruke NBO når foreldrene har blitt mer kjent med barnet sitt og enklere for dem å beskrive hvordan de opplever barnet. For deltakeren handlet dette om å ikke bli belærende i veiledningssituasjonen og ha respekt for at familier er forskjellige.

Jeg er tilhenger av at man skal få være nysgjerrig og finne ut av sitt eget barn selv. Uten at noen eksperter skal komme til å bestemme og fortelle deg at sånn er det. Jeg tror at foreldre har ganske mye iboende om hvordan man skal gjøre det. Jeg synes man må få velge selv, møte barnet på egne premisser. NBO er jo en retning for hvordan man skal møte barnet, det vil jo ikke si at det nødvendigvis er riktig.

Tidspress og prioriteringer. Tidspress og prioriteringer ble et viktig tema fordi det representerer en avgrensning av fagutøvelsen. Dette omhandlet i stor grad beskrivelser av

arbeidsoppgaver og ansvar de har i kraft av sin profesjon og hvordan de må foreta prioritinger.

Alle våre deltakere har andre arbeidsoppgaver utover å følge opp samspill og styrke relasjonen. Flere beskriver mer tekniske oppgaver som må gjøres, og hvordan de opplever at dette noen ganger må prioriteres foran å fremme samspillet. Dette kan innebære å prioritere vaksiner, veiing og andre praktiske arbeidsoppgaver og at det går på bekostning av hvordan de ønsker å benytte seg av NBO:

(..) Jeg måtte få ekstra tid for å gjennomføre, så jeg savnet å bruke mer tid på det. Jeg har implementert mye av tankegangen, så jeg tror det kommer foreldrene til gode. Men jeg har lite muligheter til å sette av tid til å gjøre en ordentlig NBO. Vi har så ekstremt mye andre ting vi gjør.

NBO som arbeidsmetode

Alle våre deltakere definerer sin praksis som helseforebyggende eller helsefremmende. Etablering av relasjoner er sentralt i dette arbeidet. NBO ble av dem vurdert som nyttig i denne sammenheng, ikke bare det forebyggende potensialet for småbarnsfamilier, men også på grunn av dens fokus på styrking av foreldre-barn relasjonen og indirekte helsepersonellens relasjon til barnefamilier. Når deltakerne snakket om NBO var de opptatt av det teoretiske grunnlaget, gjennomføring av opplæring, og på hvilken måte de nyttiggjorde seg av NBO i sin arbeidshverdag.

Klinisk verktøy. Deltakerne opplever at NBO kan brukes som et verktøy for å skape en ramme rundt møtene med familiene. Samtidig som de undersøker barnets motoriske og kognitive utvikling (reflekser, habituering til lys og lyd o.l.) kan de formidle til foreldrene hva

de gjør og ser samt få til en samtale med foreldrene rundt dette. Flere av våre deltakere opplevde at de samtidig styrket foreldrenes kompetanse på sitt barn.

NBO beskrives som en fleksibel metode, der en kan bruke elementer og tilpasse seg til familiens behov. At NBO opplevdes som fleksibelt gjorde det lettere å anvende seg av metoden slik at det ikke følte som merarbeid. En deltaker beskrev hvordan hun tenkte før og etter opplæring slik:

(..) I begynnelsen tenkte vi jo at det kom til å bli mye. Liksom skal vi gjøre dette i tillegg til alt det andre vi gjør? Men når vi hadde fått opplæringen, så vi at det ikke var snakk om å gjøre noe annet. Det var jo bare det at vi skulle sette i system det vi allerede gjør.

Å bruke NBO naturlig trekkes også frem av deltakerne. For flere av dem er det viktig at de ikke skal gå gjennom en systematisk sjekklister. De ønsket å gjøre situasjonen så naturlig som mulig. Herunder kom flere beskrivelser der det blant annet handlet om å kunne tilpasse undersøkelser og samtale på en slik måte at foreldene opplevde at også deres kompetanse og behov ble ivaretatt:

Man snakker jo mye om hvordan de har det, hvordan barnet er og det å bli kjent med barnet sitt. Også er det jo litt sånn avledning siden vi skal veie. Og da ser man litt hvordan de takler det å bli kledd av. Det blir litt mer naturlig. Det blir ikke sånn undersøkelse, nå skal vi se, nå skal jeg gjøre en NBO. Man fletter det inn i det man snakker om fra før.

Gjennom NBO opplevde deltakerne å få et konkret klinisk verktøy for å kunne komme i posisjon til å snakke med foreldrene om det de ser i situasjonen, hos barnet eller mellom barn og foreldre. Å skulle formidle barnets normalitet til bekymrede foreldre, kan oppleves som krevende. En deltaker brukte NBO for å sette ord på dette til en mor:

Jeg tror at jeg har blitt flinkere til å ha fokus på samspill og sette ord på det. Det var et barn der mor var veldig bekymret, og legen var også det. Der tenkte jeg «her må jeg bruke NBO». Jeg var ikke bekymret for barnet i utgangspunktet og tenkte «hvordan kan jeg formidle det til mor? At jeg ser en flott baby». Gjennom å bruke NBO så vet jeg at hun ble snudd og roet ned.

Opplæring. Alle deltakerne forteller hvordan de opplevde opplæringssituasjonen. Imidlertid er det variasjoner blant deltakerne på hvilke elementer de opplevde som nyttig, hva de likte, samt hva de synes var unyttig eller unødvendig i opplæringen.

Flere av deltakerne synes at opplæringen var omfattende, men ønsket om mer kompetanse hjalp likevel på motivasjonen. Flere mente det var bra at opplæringen gikk over lang tid, slik at de fikk tid på seg til å la teorien modne, øve seg gjennom praktiske øvelser, og sette teori og praksis i sammenheng.

På spørsmål fra intervjuer beskriver deltakerne rammene rundt kurset, hvem som var der, hva de gjorde og over hvor lang tid kurset går. Den ble gjennomført av to sertifiserte NBO-instruktører. Veiledningen ble karakterisert som god og nyttig. Flere kjente til veilederne fra før av, og beskriver de som entusiastiske og gode til å lære bort.

Som en del av opplæringen skulle deltakerne sørge for å tilegne seg det teoretiske grunnlaget for metoden gjennom å lese en bok. Mange fikk tilrettelagt tid på jobb, men opplevde at andre arbeidsoppgaver måtte prioriteres i stedet. Dette resulterte i lesing hjemme,

og opplevelsen av å ikke få fordypet seg i pensum på en tilfredsstillende måte. Slike faktorer bidro til at flere synes tilegnelsen av kunnskapsgrunnlaget for NBO var krevende.

I opplæringen ble det også gjort filmopptak under egenpraktisering. De fleste deltakerne synes det var nyttig å se video fra egenpraktisering sammen med andre, få tilbakemelding fra veileder og foreldre, og å diskutere i plenum. Å vise fram egne opptak medførte for enkelte deltakere likevel usikkerhet. For en deltaker ble det derfor også vanskelig å skulle forsøke å praktisere det selv:

De er jo dyktige, veldig dyktige folk. Mange ganger så kjente jeg, åh, det ser så enkelt ut når hun gjør det. Når jeg skulle forsøke å praktisere det selv så kjente jeg at det ble annerledes. Men det handler også litt om mine forventninger til meg selv, fordi jeg følte at hvis jeg skal gjøre noe så skal det være så bra. Det må være ordentlig.

Noen av deltakerne hadde på intervju tidspunktet ikke fullført sertifisering. Årsakene til dette var ulike, men knyttet seg til blant annet tidspress, usikkerhet ved praktisering og en opplevelse av at sertifiseringen ble forstyrrende i arbeidshverdagen:

Du har skjema du skal forholde deg til hele tiden. Ting skal hele tiden fylles ut skriftlig. Kunne det ikke bare vært muntlig? Jeg tror at det også har gjort noe med meg og ført til at jeg ikke har klart å levere inn alle disse sertifiseringene.

En deltaker syntes også at det var uklart fra starten av hva NBO egentlig handlet om, og hva de skulle se etter. Hun fortalte at de ble vist flere filmer, uten at hun skjønnte hva de handlet om. For henne gikk opplæringen over for lang tid:

(..) For min del må jeg si at de kunne vært langt tydeligere mye tidligere på hva det egentlig var vi skulle se etter, og hva dette handlet om. For meg falt det ikke på plass før etter en stund. (..) Jeg synes det var ullent og uklart til å begynne med.

Det teoretiske grunnlaget i NBO var ikke ukjent for våre deltakere. De er opptatt av god utvikling, samspillsrelasjoner og tolkning av barnet. Likevel synes de at de gjennom opplæringen hadde fått mulighet til å praktisere veiledning av foreldre på en litt annen måte enn de hadde gjort gjennom tidligere utdanningsforløp. Dette opplevdes som nyttig, uavhengig av spesialiseringsforløp etter grunnutdanning. En deltaker mente at dette var en så sentral del av rollen at det bør integreres som en del av utdanningsforløpet:

Det er en kunst å forstå barnet. Hvis det var bakt inn i en utdanning. En jordmorutdanning, barnesykepleierutdanning. Så ville man jo få flere positive bivirkninger ut av det i forhold til tenkesett og holdninger, og måter å jobbe med familier på.

Rammevilkår for implementeringsprosessen

Rammevilkår for implementeringsprosessen omhandler forhold som har påvirket hvordan deltakerne har implementert metoden som en del av sin arbeidshverdag. Det var store variasjoner mellom deltakerne på hvilken måte de betraktet ulike faktorer som hemmende eller fremmende. Likevel var det noen fellestrekk ved faktorer som deltakerne beskrev innenfor ledelse, kollegaer og motivasjon.

Ledelse. Flere deltakere opplevde at de ble pålagt opplæringen av ledelsen. En deltaker beskriver hvordan det først ble sendt ut forespørsel til de ulike helsestasjonene om

hvem som ønsket opplæring i NBO. Ingen helsestasjoner meldte seg, så ledelsen måtte selv ta en avgjørelse om hvem som skulle være med.

Det er gjennomgående i flere intervjuer at deltakerne ikke synes ledelsen la godt nok til rette for at de skulle få god nok tid til å sette seg inn i både den teoretiske og praktiske delen av opplæringen. Noen deltakere var ikke ferdig sertifisert når intervjuet ble utført. Flere av disse deltakerne sier at opplæringen ble omfattende. De fikk ikke tilrettelegging i arbeidsdagen til å forberede seg og opplevde at det gikk utover egentid:

Og grunnen til at jeg ikke ble ferdig var at jeg følte at det ble litt mer jobb enn hva jeg tenkte. Jeg følte at det ble veldig travelt på jobb og vi fikk ikke noe kompensasjon i tillegg. Derfor følte jeg at det gikk veldig utover min egentid. Jeg følte jeg ikke fikk lest nok også ballet det litt på seg.

Deltakerne opplevde å få mer kompetanse på hvordan fremme samspill og barnets styrker. Opplevelsen av økt kompetanse har hatt noe å si for hvordan de i ettertid bruker og forholder seg til metoden. En deltaker opplevde likevel at ledelsen ikke benyttet seg av kompetansen i den grad deltakeren selv mente det ville være hensiktsmessig for avdelingen hun arbeider på:

Det å få praktisert og at arbeidsplassen skjønner verdien av det slik at man får fortsette å praktisere. Jeg skulle egentlig ønske de var mer interessert i å bruke det verktøyet som vi har fått inn på arbeidsplassen. Jeg tror ikke de er klar over for et bra verktøy det er. Det skulle vært en del av vår måte å jobbe på.

Bakgrunnen for at deltakerne fikk opplæring i NBO på det aktuelle tidspunkt var også som en del av forskningsprosjektet «God Start for Små i Nord». Det kan synes som det var uklart for noen av våre deltakere hvorvidt de bidro til et forskningsprosjekt eller om ledelsen ønsket at metoden skulle implementeres på arbeidsplassen. Gjennom intervjuene er det flere deltakere som bemerker at de opplever å ha fått lite informasjon i etterkant av opplæringen på hvordan det går med det overordnede prosjektet.

Kollegaer. Flere deltakere beskriver betydningen av å ha kollegaer som har fått opplæring i samme metode. Kollegafellesskapet er viktig for å kunne ha noen å spørre om praktiske forhold rundt og hvordan andre bruker det i ulike situasjoner. Det gir også muligheten til å diskutere utfordringer og det en ser i konsultasjonen med andre som har samme faglige bakgrunn. Flere av de som gjennomførte opplæringen tilhørte samme arbeidsplass. Noen av disse har i ettertid byttet arbeidsplass og savnet å ha kollegaer som hadde samme opplæring:

Det er jo alltid godt å ha noen i samme situasjon. Når vi har vært på de samlingene så har vi jo fått erfaringer fra ulike yrkesgrupper, men det har også vært godt når man har kunnet snakke med kollegaer som har litt samme rammer rundt seg.

Tre av deltakerne opplevde å ha fått en kompetanse som deres kollegaer verdsetter og setter pris på. De beskriver å bli forespurt om å hjelpe til i situasjoner som kollegaene opplever som vanskelig.

Mye var kjent, men jeg ble mer bevisst på det. Jeg kan nå også veilede kolleger på for eksempel å trøste et gråtende barn. Nå har jeg vitenskapen i ryggen på at dette er det riktige å gjøre. Mange fra den gamle skolen tenker jo at man ikke skal gjøre det.

På arbeidsplasser der det var få som var sertifisert i NBO ga deltakerne uttrykk for at de skulle ønske de var flere. To av deltakerne opplever at andre på arbeidsplassen spør dem om hjelp ved samspillproblemer. De ser derfor at etterspørselen for NBO-konsultasjoner er større enn hva de på dette tidspunkt klarer å tilby.

Motivasjon. Motivasjon omhandler i hvilken grad deltakernes iboende interesse for metoden, engasjement, forkunnskap og opplevde nytte påvirket deres syn på og anvendelse av metoden. Deltakernes motivasjon til å få opplæring i metoden var varierende. Enkelte opplevde å ha blitt pålagt av ledelsen til å ta opplæringen. En deltaker som hadde erfart dette beskrev hvordan motivasjonen endret seg i takt med at hun etter hvert så nytten av NBO i sin arbeidshverdag:

Som jordmor er vi i utgangspunktet vant til å følge opp mor. Vi følger mor i ni måneder, men det er mor-barn symbiosen i sin helhet vi er opptatt av. Med NBO tar man mer utgangspunkt i barnet, og jeg kan si noe om barnet til foreldrene. Det er fint å få mer fokus på barnet. Jeg tror jordmødre generelt er mest opptatt av mor.

Å ha forkunnskap om metoden, og spesielt om effekten, er en viktig faktor for deltakernes indre motivasjon. Det var variasjon mellom deltakerne på hvor mye informasjon de opplevde å ha fått om NBO i forkant av opplæringen. Noen visste en god del om metoden, mens andre ikke hadde hørt om den. For deltakerne som hadde forkunnskap om metoden, var det av liten betydning at det ble bestemt fra ledelsen at de skulle være med. Flere av våre deltakere var opptatt av at de skal jobbe forebyggende, og definerte sin rolle blant annet ut fra dette. Ettersom NBO er en forebyggende metode, kunne den derfor bidra til at faglige mål ble

oppfylt. Spesielt to deltakere visste mye om NBO og effekten av denne fra før av. De hadde også flere kolleger som hadde brukt NBO på sin arbeidsplass:

Jeg var veldig motivert. Jeg så nytten av det i forkant, jeg visste en del av hva det kunne forebygge og hvor viktig det var. Så jeg ville gjerne tilegne meg denne kunnskapen, den måten å tenke på.

For deltakerne som hadde lite forkunnskap virket positive opplevelser der de erfarte at NBO var nyttig inn på motivasjonen. Det var flere deltakere som fortalte at de har endret sin måte å tenke på etter de begynte med NBO. En deltaker sa at hun nå forsøker å være bevisst på hvilke kvaliteter barnet har, og hva hun kan løfte opp. Hun fortalte også at NBO bidrar til at hun i større grad undrer seg sammen med foreldrene. En annen deltaker syntes det ga mening å bruke NBO i en verden der smarttelefonen gir mye tilgjengelig informasjon om å være den perfekte forelder. Det handlet om å kunne bidra til at foreldrene ble tryggere på seg selv, kunne senke egne forventninger, og bli mer bevisst på sine styrker enn sine svakheter. Opplevelsen av at NBO var nyttig og meningsfull i denne sammenhengen, spilte inn på deltakerens motivasjon:

Mange ganger tenker jeg at, særlig i dag, det er så mye på sosiale medier. Mange foreldre gjør seg selv usikker, eller tenker at alt skal være så bra hele tiden. Vi skal rekke ditt og datt og foreldrene har så høye forventninger til seg selv. Jeg tenker at dette kan være en fin måte å roe ting litt ned på.

Å oppleve mestring gjennom opplærings situasjonen og i etterkant var av betydning for hvor motivert deltakerne var for å ta det i bruk i ordinær praksis. Deltakerne ga beskrivelser

av enkeltelementer som inngår i NBO, og på hvilken måte de opplevde dette som nyttig i samtale med foreldrene. En deltaker opplevde at hun ikke mestret et NBO-element hun anså som nyttig. At hun ikke fikk til å bruke dette elementet virket negativt inn på hennes motivasjon:

Dette med regulering av gråt, det har jeg ikke helt under huden. Det å kunne bruke trøstetrappen. Det er jeg nok ikke flink nok til å bruke. Jeg har ikke fått det til. Og da blir man jo ikke så motivert.

Relasjonen mellom foreldrene og barnet er viktig for våre deltakere. Og kunne se at NBO kan bedre relasjonen, fremme samspill og få frem barnets styrker har for flere deltakere vært en god motivasjon for å fortsette å bruke metoden. En deltaker beskrev møtet med en familie der hun opplevde at foreldrene så at deres barn var i stand til mer enn det de tenkte og hvordan dette medførte en forsterkning av relasjonen:

(..) Og da har hun krefter og engasjement til å se seg rundt. Så henter man inn mor og far, slik at de får blikket. Det er mye følelser. Det er kraftig og viktig å få tak i disse tingene. Foreldrene synes det er skummelt hvis jeg tar babyen opp i sittende, men jeg forbereder de på det. Jeg sikrer og holder, poengterer at de ikke skal gjøre dette hjemme. Og når barnet da plutselig løfter hodet. Da blir foreldrene imponerte! Da er det 17. mai på stua!

Diskusjon

Med denne studien ønsket vi å finne ut hvilke erfaringer og refleksjoner helsesøstre, jordmødre og barnesykepleiere i Tromsø har gjort seg med bruk av NBO. Vi ville også

undersøke hvordan NBO anvendes i praksis, og hvordan de ulike helseprofesjonene relaterer NBO til sin profesjons spesialkompetanse.

Normalization Process Theory (NPT) foreslår fire hovedkomponenter som er sentrale i arbeidet med å implementere intervensjoner: Sammenheng («mening»), kognitiv deltakelse (engasjement), kollektiv handling (innsats) og refleksiv overvåkning («feedback»). Ved bruk av intervju og tegning fant vi at deltakernes familieideal besto av trygge foreldre, som er oppmerksomme og sensitive på barnet sitt. Resultatene våre viser også hvordan deltakerne tenker at de gjennom sin rolle kan bidra til å fremme godt samspill, og styrke trygg tilknytning. Deltakerne forstår NBO som et nyttig, klinisk verktøy ut fra egne tanker om hvorvidt metoden styrker disse grunnverdiene og idealene. Dette utgjorde fremmende faktorer ved implementering, og reflekteres i to NPT-komponenter: sammenheng og refleksiv overvåkning. Imidlertid hadde flere av deltakerne opplevd vansker med å implementere metoden som en del av ordinær praksis. Forhold som mange arbeidsoppgaver og tidspress, foreldrenes behov og organisatoriske faktorer påvirket kollektiv deltakelse og handling og virket dermed hemmende ved implementering.

Nedenfor vil vi diskutere resultatene i lys av eksisterende forskning på fremmende og hemmende faktorer ved implementering. Formålet med dette er å gi økt kunnskap om hvilke faktorer som er viktig å ta hensyn til når man fortsetter implementeringsarbeidet med NBO i kommuner og spesialisthelsetjenesten i Norge.

Fellesprosjekt og helsepersonells posisjonering

Gjennom analyse av deltakernes tegninger og samtalen rundt tegningene, kom deltakernes familieideal om en omsorgstriade, som består av to omsorgspersoner og barnet, frem. Deltakerne ønsket å styrke denne triaden gjennom å støtte foreldrene i deres nye rolle og bidra til god utvikling for barnet. Dette viser at de både er bevisst sin rolle som hjelper, hvordan denne hjelpen skal gis, at den skal fremme samspill og virke forebyggende på

eksempelvis fødselsdepresjon (Dennis & Dowswell, 2013; Slinning et al., 2010). Opplæring i NBO har gitt deltakerne mulighet til å praktisere veiledning av foreldre på en annen måte enn de har gjort tidligere, for å blant annet kunne styrke god utvikling og forhindre skjevutvikling.

Et ønske om å styrke foreldrerollen. Resultatene viser at deltakerne erfarer at NBO er en metode som kan brukes til å løfte frem foreldrenes kompetanse og barnets styrker. Deltakerne fikk et verktøy som bidro til at de kunne sette ord på det de så i samspillet. I følge Nugent et al. (2007) er dette en av grunnpilarene i NBO – å styrke samspill gjennom å ramme inn hele familien. At NBO er en metode som i stor grad også involverer far, ble av flere trukket frem som positivt. Fars rolle som en viktig del av barnets utvikling er også tydeliggjort i retningslinjene for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014).

I følge Rogers (2002) vil intervensjoner som er i overensstemmelse med eksisterende verdier og behov på praksisstedet være enklere å implementere. Våre resultater viser at NBOs hovedbudskap er forstått av de som har gjennomgått opplæringen, og at de opplever at den kan være nyttig i sin praksis. Det var høyt samsvar mellom grunntanken bak NBO og deltakernes idealer. Deltakerne erfarte også etterhvert at det var samsvar mellom metoden og arbeidsplassens problemforståelse, mål og behov. Dette utgjør viktige faktorer for implementeringskvalitet (Sørli et al. (2010), og for opplevd sammenheng hos våre deltakere (May og Finch, 2009).

Profesjonsutøvelse i møte med familien. Deltakernes tegninger viste at foreldrene og barnet alltid skulle være i fokus. Hjelperens rolle og bidrag var å forsterke og styrke båndene mellom foreldre og barn. Våre deltakere beskrev NBO som en metode som kan bidra til dette. På denne måten førte bruk av metoden til en realisering av deltakernes forventninger til egen profesjonsutøvelse. Vinje (2007) påpeker at dette fører til tilfredshet og engasjement.

Det var imidlertid forskjell mellom deltakerne på hvordan de vurderte at NBO passet inn i sin rolle og måte å arbeide på. Våre deltakere representerer tre yrkesgrupper som

gjennom sin arbeidshverdag møter mange mennesker i ulike situasjoner. Deltakerne hadde erfaringer med situasjoner der de opplevde at det ikke var hensiktsmessig å gjennomføre NBO. Dette kunne blant annet dreie seg om at foreldrene ønsket å diskutere andre utfordringer, slik som mangel på søvn, vansker med amming. Deltakerne ønsker at barnets uttrykk og behov skal være fokus for samtale, men er også opptatt av at foreldrenes bekymringer, vedrørende barnet eller seg selv, også er viktig å ta på alvor. For å bevare en god samarbeidsrelasjon med familien må deltakerne balansere rutinemessige prosedyrer, hva de selv vurderer som viktig å fokusere på og foreldrenes behov.

Tilegnelse av ny kunnskap og opplæring i en ny metode

Resultatene våre viste at enkelte deltakere i begynnelsen synes opplæringen fremsto som overveldende. Dette handlet om at det tok tid før de innså at metoden ikke innebar at de skulle gjøre noe helt nytt, men sette eksisterende praksis i system. De fleste deltakerne våre rapporterte at de hadde lite forkunnskap om NBO eller visste lite om eget behov for NBO før opplæringen. Disse resultatene kan tyde på at det ikke var enighet i personalgruppen om behov for praksisendring, noe som er en viktig faktor for implementering (Mihalic, Irwin, Fagan, Ballard & Elliott, 2004). Dette var således faktorer som virket hemmende for kollektiv deltakelse ettersom dette medførte at det tok tid før de forpliktet seg til den nye metoden.

Styrkning av teoretisk kunnskap om samspill og tilknytning, økt kompetanse på tolkning av spedbarns uttrykk, og NBO som et klinisk verktøy var aspekter som påvirket hvorvidt deltakerne betraktet opplæringen som nyttig. Dette forsterket opplevelsen av sammenheng for deltakerne. Imidlertid var det gjennom kontinuerlig trening og egenpraktisering de etter hvert anså metoden som et nyttig verktøy i møtet med familiene. For disse deltakerne hadde den ytre motivasjonen de hadde i begynnelsen, endret seg til indre motivasjon (Wigfield & Eccles, 2000). Dette tyder på at hva deltakerne og de respektive arbeidsplassene skulle oppnå gjennom opplæring ikke var tydelig nok kommunisert i forkant

av opplæringen. Å skille mellom eksisterende praksis og ny praksis er nødvendig for å oppleve innføring av en ny metode som meningsfull og nyttig (Grol, 1992; May & Finch, 2009).

Betydningen av god veiledning. Veiledere med høy kompetanse og formidlingsevne er avgjørende for kompetent praktisering av tiltaket (Sørliet et al., 2010). Veilederne i NBO-opplæringen var i likhet med deltakerne sykepleiere, med stor klinisk kompetanse. Noen av deltakerne hadde også kjennskap til veilederne fra før, enten som kollegaer eller som en del av samme fagmiljø. Dette gjorde det lettere for deltakerne å kontakte veiledere for spørsmål og støtte, og er i tråd med anbefaling om at veiledning av respekterte kollegaer vil være bedre enn veiledning av noen utenfor fagfeltet (Grol, 1992). Imidlertid påvirket veileders kompetanse og erfaring enkelte deltakers tro på seg selv i opplæringssituasjonen. Disse følte at veiledernes og øvrige deltakers forventninger til hvor godt de skulle prestere ble høyere (Wigfield & Eccles, 2000). Dette fordi opplæringen i NBO baserer seg på evaluering og tilbakemelding fra veileder og øvrige deltakere i gruppen på egen prestasjon.

Veiledningsgruppene i opplæringen besto av mennesker med ulik bakgrunn, både i form av formell utdanning, arbeidserfaring og rammer for praksis. For noen deltakere var det tverrfaglige perspektivet nyttig, men for andre var det vanskelig å skulle diskutere utfordringer med gjennomføring av NBO. Disse deltakerne anser det som mer hensiktsmessig å gjennomføre opplæringen sammen med andre som har samme rammebetingelser eller teoretisk forkunnskap. Dette kan ansees som en klar fordel ettersom refleksjoner og erfaringsutveksling vil være bedre tilpasset rammer for praksis og profesjon. På denne måten vil den enkelte deltaker få større utbytte av samlingene gjennom opplæringen.

Organisatoriske faktorer

I tillegg til faktorer som opplevd sammenheng, motivasjon og holdninger er organisatoriske trekk og ressurser ofte relevante faktorer (Van Achterberg, Schoonhoven &

Grol, 2008). I samsvar med teori fant vi at det er viktig at implementeringen av en ny metode har en klar forankring i ledelsen, noe som synes mangelfullt i vår studie (Midthassel & Ertesvåg, 2009). Opplæringen i NBO var ønsket av ledelsen, ved UNN og forebyggende helsetjenester, i samarbeid med UiT og forskningsprosjektet «God Start for Små i Nord».

Resultatene viste at deltakerne hadde vært lite involvert i prosessen før opplæringen. Flere av våre deltakere opplevde at de ble pålagt opplæringen og at tilretteleggingen fra ledelsen side ikke var optimal, verken gjennom opplæringssituasjonen og i etterkant av sertifisering. Dersom ledelsen inkluderer nøkkelpersoner i personalgruppen vil dette forsterke deltakernes motivasjon, øke samarbeidet og fasilitere implementering på et tidligere tidspunkt (Wigfield & Eccles, 2000). Dette er faktorer som vil kunne være forsterkende for kollektiv deltakelse og således kollektiv handling (May & Finch, 2009).

En god forankring i ledelsen er av betydning for deltakernes innsats og handling for implementering (Ploeg et al., 2007). Alle våre deltakere savnet oppfølging etter sertifiseringen, både med tanke på oppfølging og engasjement fra ledelse og felles diskusjoner med kollegaer vedrørende bruk av metoden. Uformelle og formelle vurderinger av metoden er sentral for hvordan en vurderer implementering av en ny metode (May & Finch, 2009). Ledelsen bør derfor legge til rette for jevnlig samtaler slik at personalet får muligheten til å drøfte fordeler, ulemper og utfordringer med andre som anvender metoden. Ved implementering av andre metoder, eksempelvis «Parent Management Training-Oregon» fikk personalet vedlikeholdsveiledning (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005).

Dersom personalet opplever spesielle vansker med bruk av metoden bør en vurdere vedlikeholdsveiledning av trente NBO-instruktører i etterkant av sertifisering

Metodologiske betraktninger

Opplæring og implementering av NBO i Norge foregår både i forebyggende helsetjenester og i spesialisthelsetjenesten. Profesjonene i disse tjenestene inkluderer blant

annet jordmødre, helsesøstre, barnesykepleiere og barnepleiere, fysioterapeuter, leger og psykologer. I denne studien intervjuet vi tre ulike helseprofesjoner som arbeider både i spesialisthelsetjenesten og forebyggende helsetjenester. Våre resultater gjenspeiler mangfoldet av erfaringer.

Alle deltakerne var kjent med at de ble intervjuet som en del av en avsluttende oppgave ved profesjonsstudiet i psykologi. Det kan tenkes at både deltakernes og intervjuernes forforståelse omkring hverandres kjennskap til fagterminologi eller utviklingsteori påvirket i hvilken grad de utdypet sine svar. Dette kan ha medført at enkelte temaer ikke ble belyst godt nok. Likevel var intervjuerne studenter og hadde lite kunnskap om NBO fra før. Vi har også brukt deltakernes tegninger aktivt i analyseprosessen. Dette hjalp oss å få frem mer diffuse og uartikulerte aspekter ved deltakernes idealer. Vi kan imidlertid ikke utelukke at analyseringen av tegningene ble påvirket av vår forkunnskap om viktigheten av samspill. Vi har etter beste prøvd å være oss dette bevisst, og tok derfor utgangspunkt i deltakernes forklaringer rundt tegningene i analyseprosessen.

Vi tilstrebet i intervjuene å innta en posisjon som skulle gi rom for åpenhet rundt både positive og negative erfaringer med metoden. Vi kan likevel ikke utelukke at deltakerne ønsket å fremstå som positive til metoden, fordi de assosierte oss med forskningsprosjektet «God Start for Små i Nord».

Flere tolkninger av datamaterialet har vært diskutert, men vi har i samråd med våre veiledere kommet frem til de temaer som gjenspeiler deltakernes erfaringer best. Vi har også lagt vekt på å gi en nyansert fremstilling og inkludert deltakernes ulike erfaringer.

Konklusjon og implikasjoner for videre implementering

I føde- og barselsomsorgen er det behov for kompetanse på betydningen av samspill, styrke foreldre i overgangen til en ny rolle og fremme god tilknytning. NBO kan være en

metode som bidrar til dette. Metoden implementeres nå i flere kommuner og helseforetak i Norge.

I denne studien fant vi at helsepersonell opplevde NBO som en nyttig metode for å fremme samspill og trygg tilknytning hos familier de møter i sin arbeidshverdag. Fremmede faktorer var at metoden betraktes som fleksibel og i tråd med både egen rolle og profesjonsutøvelse. Samtidig fant vi at organisatoriske faktorer, slik som lite engasjement og forankring i ledelse, mangel på tilrettelegging og konkurrerende arbeidsoppgaver utgjorde hemmende faktorer for implementering. Mangel på forkunnskap og en opplevelse av at metoden ikke var nyttig for den aktuelle målgruppen var også faktorer som virket inn.

Våre deltakeres erfaringer kan være nyttige for videre implementeringsarbeid med NBO i Norge. Med utgangspunkt i våre resultater foreslås følgende implikasjoner for videre implementering:

I rekrutteringsprosessen:

- Opplæring i NBO bør tilpasses retningslinjer, arbeidsoppgaver og rammer for den aktuelle arbeidsplass. Nøkkelpersoner i personalgruppen bør inkluderes i dette arbeidet.
- Det bør tydeliggjøres hvorfor metoden er relevant og nyttig for den aktuelle type yrkesgruppen, i tråd med deres profesjons kompetanse og rolle.
- Implementering av metoden må være forankret i ledelsen gjennom hele prosessen.

Under opplæringen:

- Det bør utarbeides konkrete mål for implementering av metoden.
- Deltakerne bør følges gjennom opplæringen og få tilbud om individuell hjelp ved behov.
- Veiledningen bør utføres av noen som kjenner metoden godt, framstår som kompetente, trygge i rollen og er kjent med deltakernes yrkesbakgrunn.

Etter endt sertifisering:

- Arbeidsplassen bør legge til rette for jevnlig prosessmøter hvor deltakerne kan gjøre evalueringer sammen, også etter endt opplæring.
- Dersom implementering skjer i forbindelse med et overordnet forskningsprosjekt bør deltakerne oppdateres om fremdriften i prosjektet.

Referanser

- Alsterdal, L. & Josefson, I. (1996). *Förut trodde jag att barn var mer lika: om utvecklingsarbete bland mästare i barnomsorgen*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Backer, T. E. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology*.
- Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *J Adv Nurs*, 36(5), 659-667.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Braarud, H. C. & Nordanger, D. O. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(10), 968-972.
- Cheetham, N. B., Landsem, I. P. & Tunby, J. (2011). Øker trygghet hos nybakte foreldre. *Sykepleien*, 12, 55-57.
- Christensen, B. & Mauser, T. (2007). Multisystemisk terapi: familie-og nærmiljø-basert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1095-1106.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Dennis, C. L. & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley, J. A., Olin, S., Romanelli, L. H., Leaf, P. J. G., Ialongo, M. T. & Nicholas, S. (2008). Maximizing the

- implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: A conceptual framework. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1(3), 6-28.
- Drew, S. & Guillemin, M. (2014). From photographs to findings: visual meaning-making and interpretive engagement in the analysis of participant-generated images. *Visual Studies*, 29(1), 54-67. doi: 10.1080/1472586x.2014.862994
- Durlak, J. A. & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), 327.
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- Fishman, J., Vele-Tabaddor, E., Blanchard Y., Keefer C., Minear S., Johnson L. & Nugent J.K. (2007). The Effect of the NBO on Caregiver Relationships. Hentet fra <http://www.brazelton-institute.com/abinitio2007summer/art2.html>
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: Vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 187 - 196. doi: <http://dx.doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>
- Forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan og forskrift, videreutdanning i barnesykepleie*
Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269384-rammeplan_for_barnesykepleie_05.pdf
- Frank, A. W. (2010). *Letting stories breath: a socio-narratology*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

- Grol, R. (1992). Implementing guidelines in general practice care *Quality in Health care*, 1(3), 184.
- Grol, R. (1993). Development of guidelines for general practice care. *Br J Gen Pract*, 43(369), 146-151.
- Grol, R. & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*, 180(6 Suppl), S57-60.
- Harding, J. (2013). *Qualitative data analysis from start to finish*. Los Angeles: SAGE.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2017). *Helsestasjon 0–5 år*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/seksjon?Tittel=helsestasjon-05-ar-3952-hjemmebes%C3%B8k:-hjemmebes%C3%B8k-av-helses%C3%B8ster-b%C3%B8r-v%C3%A6re-den-%C3%B8rste-konsultasjonen-i-helsestasjonsprogrammet>
- Hennesy, B. A. (2000). Rewards and Creativity. I C. Sansone & J. M. Harackiewicz (Red.), *Intrinsic and Extrinsic Motivation*. New Jersey Academic Press
- Hjälmhult, E. & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 654-662.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langdridge, D., Tvedt, S. D. & Røen, P. (2006). *Psykologisk forskningsmetode : en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir.
- Lorem, G. (2014). *Psykisk helse: Forståelse, kommunikasjon og samspill*. Oslo: Cappelen Damm

- May, C. & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535-554. doi: 10.1177/0038038509103208
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: development and progress* (3. utg.). Philadelphia: Lippincott.
- Midthassel, U. V. & Ertesvåg, S. (2009). utfordringer ved implementering av skoleomfattende endringsarbeid: erfaringer fra seks skolars gjennomføring av Zero-programmet. *Spesialpedagogikk*, 1, 12–19.
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D. & Elliott, D. (2004). Successful program implementation: Lessons from blueprints. *Juvenile Justice Bulletin*, 2004(July), 1-12.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. Ericksen, J., Ellwood, D. & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 147-157.
- Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C., Finch, T., Kennedy, A., Mair, F., O'Donnell, C., Ong, B. N., Rapley, T., Rogers, A. & May, C. (2010). Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *Bmc Medicine*, 8(1), 63.
- Ngai, F. W. & Chan, S. W. C. (2012). Stress, maternal role competence, and satisfaction among Chinese women in the perinatal period. *Research in Nursing & Health*, 35(1), 30-39.
- Ngai, F. W. & Ngu, S. F. (2014). Predictors of family and marital functioning at early postpartum. *J Adv Nurs*, 70(11), 2588-2597. doi: 10.1111/jan.12394
- Norsk sykepleierforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF.
- Norsk sykepleierforbund. (2008). Helsesøster - mer enn et sprøytstikk. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/396553/Helsesøster_web1.pdf

- Norsk sykepleierforbund. (2009). Funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/300013/cache=20111404202526/Funksjonsbeskrivelse for Barnesykepleier des 2009.pdf](https://www.nsf.no/Content/300013/cache=20111404202526/Funksjonsbeskrivelse%20for%20Barnesykepleier%20des%202009.pdf)
- Norsk sykepleierforbund. (u. å). Hva er og hva gjør en jordmor? Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/1209387/1193548/Hva-er-og-hva-gjor-en-jordmor>
- Nugent, J. K. (2015). The Newborn Behavioral Observations (NBO) System as a Form of Intervention and Support for New Parents. *Zero to Three*, 36(1): 2-10
- Nugent, J. K., Keefer, C. H., Minear, S., Johnson, L. C. & Blanchard, Y. (2007). Understanding newborn behavior relationships. Baltimore, MD: *Paul H. Brookes Publishing Co.*
- Nugent, K. J., Bartlett, J. D. & Valim, C. (2014). Effects of an infant-focused relationship-based hospital and home visiting intervention on reducing symptoms of postpartum maternal depression: A pilot study. *Infants & Young Children*, 27(4), 292-304. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/IYC.0000000000000017>
- Nugent, K. J., Keefer, C. H., Minear, S., Johnson, L. & Blanchard, Y. (2007). Understanding newborn behavior relationships. Baltimore, MD: *Paul H. Brookes Publishing Co.*
- Nylen, K. J., Moran, T. E., Franklin, C. L. & O'Hara, M. W. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(4), 327-343. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20095>
- Nyström, K. & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319-330. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x
- Ogden, T. & Sørli, M.-A. (2009). Implementing and evaluating empirically based family and school programmes for children with conduct problems in Norway. *The International Journal of Emotional Education*, 1(1), 96-107.

- Paulson, J. F. & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1961-1969. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.605.20483973>
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Miller, P. E. (2007). Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210-219.
- QSR International. (2017). Hentet fra <http://www.qsrinternational.com/>
- Reedtz, C. & Lauritzen, C. (2015). Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier. *Scandinavian Psychologist*, 2.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th. ed.). New York: Free Press.
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addict Behav*, 27(6), 989-993.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/ceps.1999.1020.10620381>
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of child development research*, 4, 187-244.
- Sanders, L. W. & Buckner, E. B. (2006). The Newborn Behavioral Observations system as a nursing intervention to enhance engagement in first-time mothers: feasibility and desirability. *Pediatr Nurs*, 32(5), 455-459.
- Schwartz, D. (1989). Visual ethnography: Using photography in qualitative research. *Qualitative Sociology*, 12(2), 119-154. doi: 10.1007/bf00988995
- Slinning, K., Hansen, M. B., Moe, V. & Smith, E. (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Duckert, M. (2005). Parent Management Training-Oregon modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(7), 587-597.
- Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A. R. (2010). Optimizing the quality of implementation in ordinary practice: An integrative approach. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4), 315-321.
- Universitetet i Tromsø. (2010). Oppbevaring av aktive forskningsdata Hentet fra https://uit.no/om/enhet/artikkel?men=28713&p_document_id=212253&p_dimension_id=88108
- Van Achterberg, T., Schoonhoven, L. & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *Journal of nursing scholarship*, 40(4), 302-310.
- Vinje, H. F. (2007). Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses. *Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen*.
- Wigfield, A. & Eccles, J. S. (2000). Expectancy-Value Theory of Achievement Motivation. *Contemp Educ Psychol*, 25(1), 68-81. doi: 10.1006/ceps.1999.1015
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*: Buckingham: Open University Press

Appendix A



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

*Erfaringer knyttet til opplæring og bruk av Newborn Behavioral Observation (NBO).
En kvalitativ studie av helsesøstre, jordmødre og barnesykepleieres erfaringer i Tromsø*

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie hvor vi ønsker å undersøke helsesøstres, jordmødres og barnesykepleieres erfaringer med opplæring og bruk av NBO i Tromsø. Hensikten med studien er å få økt kunnskap om hvordan helsepersonell opplever å jobbe med denne metoden. I tillegg vil deres erfaringer være viktig med tanke på å implementere NBO i resten av Tromsø og i andre kommuner i Norge.

Forskningsstudien utgår fra et større forskningsprosjekt; God start for små i nord, som undersøker effekten av NBO som en universell forebyggende konsultasjonsmetode med hensyn til foreldrenes psykiske helse, kvaliteten på foreldre-barn samspillet og barnets utvikling.

Ved å belyse helsepersonells erfaringer med opplæring i og praktisering av metoden håper vi å bidra med økt kunnskap om hva som fungerer godt og hva som eventuelt kan forbedres i opplæring, anvendelse og implementering.

Hva innebærer studien?

Å delta i denne studien innebærer å delta i et intervju som vil vare ca. 1,5 time. Det krever ingen forberedelser fra din side. Intervjuet vil foregå i enerom med kun én intervjuer tilstede.

Mulige fordeler og ulemper

Utover tiden som går med til intervjuet vil ikke deltakelse i intervjudelen innebære noen ulemper for deg. Du bestemmer selv hva du ønsker å fortelle og hvor utdypende du ønsker å

besvare spørsmålene. En mulig fordel vil være at du kan bidra til videre bruk av NBO i Føde- og barselavdelinger samt i forebyggende helsetjenester på kommunalt nivå.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuene. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger. Det er kun prosjektmedarbeidere som har tilgang til denne koden. Når studien avsluttes våren 2017 vil navnelisten slettes. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene når disse publiseres.

Rett til innsyn og opplysninger om deg

Dersom du trekker deg fra studien kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger om deg med mindre opplysningene ikke allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke deg fra deltagelse i studien. Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen nedenfor. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte en av våre veiledere Catharina E A Wang eller Ragnhild Sørensen Høifødt.

Dersom du samtykker til å delta i studien er det mulig at vi kontakter deg etter intervjuet for eventuelle oppfølgingsspørsmål. Vi ber derfor om at du skriver ditt telefonnummer.

Veiledere:

Catharina E. A. Wang, Institutt for Psykologi, UiT Norges Arktiske Universitet

Ragnhild Sørensen Høifødt, Institutt for Psykologi, UiT Norges Arktiske Universitet

Psykologistudenter

Maja Myrvang, Institutt for Psykologi, UiT Norges Arktiske Universitet

(91849872, mmy015@post.uit.no)

Siri Høylo Fundingsrud, Institutt for Psykologi, UiT Norges Arktiske Universitet

(93017456, sfu002@post.uit.no)

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Prosjektdeltaker, dato)

(telefonnummer prosjektdeltaker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Intervjuer, dato)

Appendix B

INTERVJUGUIDE

Takk for at du hadde tid til å treffe meg. Intervjuet vil dreie seg om dine erfaringer med NBO og vil ta ca. halvannen time.

TEMA	HOVEDSPØRSMÅL	MULIGE OPPFØLGINGSSPØRSMÅL
Åpning (15 min)	1. Kan du fortelle meg litt om NBO?	
	2. Introdusere tegning	<ul style="list-style-type: none">- Nå har du fortalt meg litt om NBO og jeg lurer på om du kan tegne hva NBO er for deg?
	3. Tegning	<ul style="list-style-type: none">- Hva har du tegnet?- Hvilke deler består bildet av?- På hvilken måte har du brukt fargene?- Er det flere enn en mulig tolkning av tegningen?
Opplæringen (10 min)	4. Fortell hvordan det ble slik at du fikk opplæring i NBO?	
	5. Fortell litt om opplæringen/kurset	<ul style="list-style-type: none">- Hvem møtte du?- Hva gjorde dere?- Hva tenkte du?- Hvordan var kurset sammenlignet med andre kurs du har vært på?
	6. Hva visste du om NBO før opplæringen?	
	7. Hva tenker du om NBO nå?	
Praksis/bruk (30 min)	8. På hvilken måte har du endret eller ikke endret praksis etter at du begynte å bruke NBO?	<ul style="list-style-type: none">- Hvorfor har du endret/ikke endret praksis?

	9. Fortell om en typisk konsultasjon der du bruker NBO?	<ul style="list-style-type: none"> - Hva gjør du? - Hva gjør foreldrene? - Hva gjør barnet? - NBO består av mange «ledd», altså en sjekkliste av mange observasjonspunkter. Hvordan bruker du denne «sjekklisten» i praksis? - Gjennomfører du observasjonen på en annen måte enn å følge sjekklista punkt for punkt?
	10. På hvilken måte har NBO endret eller ikke endret relasjonen?	<ul style="list-style-type: none"> - Mellom deg og foreldrene? - Mellom deg og barnet? - Mellom foreldrene og barnet?
	11. Fortell om hvordan det har vært å ta i bruk NBO?	<ul style="list-style-type: none"> - Fikk du kunnskaper og ferdigheter du trengte? - Beskrive en situasjon der det var vanskelig? - Beskrive en situasjon der det var lett?
Veien videre (15 min)	12. På hvilken måte kan NBO være nyttig eller ikke nyttig i helsesøstertjenesten/jordmortjenesten/barnesykepl?	<ul style="list-style-type: none"> - Hvorfor? - Hvorfor ikke? - Hvordan passer det/passer det ikke med måten du jobber på (arbeidsoppgaver, din rolle, mål, verdier)?
	13. Hvis du fikk være med på å videreutvikle NBO - hva ville du forandre, legge til eller ta bort?	<ul style="list-style-type: none"> - Hvorfor? - Fordeler? - Ulemper? - utfordringer?
Avslutning (10 min)		<ul style="list-style-type: none"> - Er det noe jeg har glemt å spørre om som du gjerne vil fortelle eller si? - Takk for at du tok deg tid til å snakke med meg.

Appendix C



Region: REK nord	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato: 11.06.2015 Dato s dato: 26.06.2015	Vår referanse: 2015/614/REK nord Dato s referanse:
---------------------	----------------	----------	---	--

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Catharina Elisabeth Arfwedson Wang
Institutt for psykologi

2015/614 God start for små i nord. Et samarbeidsprosjekt med Liten i Norge

Forskningsansvarlig: UiT Norges arktiske universitet
Prosjektleder: Catharina Elisabeth Arfwedson Wang

Prosjektleders prosjekttomtale

Postpartum depresjon rammer 10-15 % av kvinner og 5-10 % av menn. Depresjon påvirker samspillet med spedbarnet negativt og øker risikoen for skjevutvikling hos barnet. Å bedre foreldre-barn samspillet kan bidra til å forebygge postpartum depresjon. Newborn Behavioral Observation (NBO) er en slik samspillsfremmende intervensjon som hjelper foreldrene å forstå barnets signaler. Det aktuelle prosjektets mål er todelt: 1) å undersøke risikofaktorer for postpartum depresjon hos foreldre, samt risikofaktorer knyttet til problemer i foreldre-barn samspillet og barnets tidlige utvikling, og 2) undersøke effekten av NBO som en universell forebyggende intervensjon implementert på helsestasjoner i Tromsø med hensyn til foreldrenes psykiske helse, kvaliteten på foreldre-barn samspillet og barnets utvikling. Dette vil undersøkes gjennom en longitudinell observasjonsstudie med en intervensjonsdel der en gruppe familier som mottar NBO sammenlignes med en kontrollgruppe som mottar vanlig oppfølging.

Prosjektet var første gang oppe til behandling i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møte 23.4.15, og endte med et utsettelsesvedtak. Komiteen hadde merknader til rekruttering og forespørselsskriv. Prosjektleders tilbakemelding ble behandlet av komiteen i møtet 04.06.2015. I tilbakemeldingen er det vedlagt reviderte forespørselsskriv. Disse er endret i tråd med komiteens merknader. Søker har også utdypet og bekreftet de spørsmål/forutsetninger REK har satt.

Rekruttering

Når det gjelder rekrutteringsmetode skrev REK i sitt vedtak: «REK legger til grunn at hele informasjonsskrivet med samtykkeerklæring skal deles ut av de som informerer om studien. REK aksepterer ikke at aktuelle deltakere skal spørres om de kan kontaktes av forsker/helsepersonell før slik informasjon er gitt».

I sin tilbakemelding skriver prosjektleder at: «Det er riktig at hele informasjonsskrivet med samtykkeerklæring skal deles ut av de som informerer om studien, det vil ansatte ved Jordmorseneret ved Sentrum Helsestasjon og Legekonsultorene i Tromsø. Av vedlagte dokumenter gjelder dette: "Invitasjon/generelt samtykke brosjyre - Små i Nord". Utover det å dele ut informasjonsskrivet med samtykkeerklæring har ikke de ansatte ved Jordmorseneret og Fastlegekonsultorene anledning til å gi mer utfyllende informasjon om studien (jf tidshensyn). Vi ønsker derfor å be om å få kontaktinformasjonen til de kvinnene som stiller seg positiv til å få mer informasjon om studien per telefon av prosjektkoordinator (uten at de dermed

Besøksadresse:
MH-bygget UiT Norges arktiske
universitet 9037 Tromsø

Telefon: 77646140
E-post: rek-nord@isp.uio.no
Web: <http://helseforskning.uio.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandling, tas ikke med til REK
nord og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
nord, not to individual staff

samtykker). Av vedlagte dokument gjelder dette: «Invitasjon flyer - Små i Nord». Kvinnene som gir sin kontaktinformasjon kan også trekke seg fra å bli oppringt ved å sende inn en epost eller ringe til prosjektkoordinator. Informasjon om dette får de i Invitasjon flyer. Prosjektkoordinator samler ukentlig inn kontaktinformasjon på Jordmorsenteret og på fastlegekontorene. Kontaktinformasjonen inkluderer navn, mobil/telefonnummer og epostadresse (se Invitasjon flyer). En uke etter at kontaktinformasjonen er innhentet, kontakter prosjektkoordinator kvinnene per mobil/telefon og informerer om studien. Hvis kvinnen er interessert i å delta, avtales det et første fysiske møte. Prosjektkoordinator informerer om at hvis barnefaren ønsker det, kan han også delta på møtet og eventuelt i studien. I det første fysiske møtet får kvinnen og eventuelt barnefaren ytterligere informasjon om studien og hvis de fortsatt ønsker å delta, underskriver de samtykkeskjema.»

Ved den foreslåtte fremgangsmåten vil man sikre at deltakerne har fått relevant informasjon om studien før de eventuelt avgir kontaktinformasjon. Ved at det oppgis et kontaktpunkt i informasjonsskrivet der man kan henvende seg for å trekke tilbake samtykket til å bli kontaktet, og at det går minst en uke fra man har avgitt kontaktinfo til man blir kontaktet anser REK at frivillighetsprinsippet likevel vil være ivarettatt. Det er heller ikke slik at man avgir et samtykke når man blir kontaktet av prosjektkoordinator. Etter en samlet helhetsvurdering vil REK derfor godkjenne den omsøkte rekrutteringsmetoden.

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven §§ 2,9 og 10, samt forskningsetikkloven § 4 godkjennes prosjektet.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK nord på eget skjema senest 01.02.2036, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK nord dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Kopi til: ingunn.skre@uit.no; postmottak@uit.no

Appendix D



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Veronica Sørensen	77620758	18.05.2016	2015/614/REK nord
			Dens dato:	Dens referanse:
			06.05.2016	
			Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser	

Catharina Elisabeth Arfwedson Wang
Institutt for psykologi

2015/614 God start for små i nord. Et samarbeidsprosjekt med Liten i Norge

Forskningsansvarlig: UiT Norges arktiske universitet
Prosjektleder: Catharina Elisabeth Arfwedson Wang

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 06.05.2016 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av REK nord på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Vurdering

Vi viser til skjema for prosjektendring, mottatt 06.05.16.

Søknaden gjelder følgende endringer:

Endring i rekrutteringsprosedyren

Endringen innebærer at man ønsker å legge ved informasjon om prosjektet til kvinner som innkalles til ultralyd på Fødepoliklinikken på UNN. Man ønsker også å henge opp informasjonsplakater og legge ut flyere på offentlige steder. Flyeren er vedlagt søknaden.

Protokollendring

Det planlegges å inkludere en intervjuundersøkelse av helsepersonell som er blitt sertifisert i metoden NBO. REK forutsetter at helsepersonell skal overholde sin lovpålagte taushetsplikt og har ingen innvendinger mot protokolltillegget.

I den opprinnelige REK-søknaden ble det gitt godkjenning for å be om samtykke fra deltakere til å hente ut fødselsrelatert informasjon fra helsestasjonen. Dette samtykket skulle innhentes ved 6 uker. Det søkes nå om å endre dette til å innhente samtykket ved 4 mnd. etter fødsel.

Det har tidligere blitt søkt om å inkludere de biologiske målene cortisol (hårprøver) og oxytocin (spyttp prøver). Da prosjektet ikke fikk bevilget penger til å undersøke disse dataene vil disse prøvene utgå fra studien.

REK har ingen innvendinger til de omsøkte endringene.

Etter fullmakt er det fattet slikt

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 11, godkjennes prosjektendringen.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
Sekretariatsleder

Veronica Sørensen
Seniorrådgiver

Kopi til: *ingunn.skre@uü.no*