



Uio • Universitetet i Oslo

# En studie av implementeringen av tiltaket Tidlig Trygg

Hanne Onjeme Overvoll & Oda Eidjar

Levert inn som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2021

## Forord

Det har vært en svært lærerik prosess å arbeide med denne oppgaven. Vi er takknemlige for å ha fått lov til å jobbe med et prosjekt som vi ønsket oss, og for all støtte og hjelp på veien.

Vi ønsker å takke hovedveileder Egil Nygaard for å ha introdusert oss for prosjektet Tidlig Trygg og for implementeringsfeltet. Takk for alle gode faglige råd du har gitt oss i prosessen, og for at du har støttet oss med oppløftende ord underveis. Vi vil også rette en takk til biveileder Karina Egeland som har vært en stor ressurs og bidratt med relevant og oppdatert forskning fra implementeringsfeltet. Takk til våre samarbeidspartnere på Tidlig Trygg-prosjektet for et godt samarbeid, takk til alle barnehagene som deltok i piloteringsstudien og spørreundersøkelsen vår, og takk til en hjelpsom statistikkavdeling på UiO. Vi er også takknemlige for våre venner med gode språkkunnskaper, og for familie og venner uten gode språkkunnskaper, men med godt og smittomt humør.

Oslo, april 2021

Hanne Onjeme Overvoll og Oda Eidjar

## Sammendrag

Det er i dag et økende fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid for å bedre folkehelsen i Norge. Tiltak som har vist seg virkningsfulle i forskning, viser seg imidlertid ofte som mindre effektive når de overføres til den virkelige verden. Implementeringsfeltet forsøker å forstå hva som skjer i denne overføringen med mål om å forhindre at effektene fra evidensbaserte tiltak uteblir. Sentralt i dette arbeidet er å forstå hvordan ulike faktorer ved implementeringsprosessen relaterer seg til hverandre. Vi ønsker med vår oppgave å bidra til dette ved å undersøke følgende: *Medierer implementeringsutfall sammenhengen mellom implementeringskvalitet og den opplevde nytten av Tidlig Trygg, på individ- og gruppenivå?*

Tidlig Trygg er et forebyggende og helsefremmende barnehagetiltak i Bydel Sagene. Gjennom en kvantitativ spørreundersøkelse kartla vi barnehageansattes opplevelse av implementeringen av tiltaket og opplevelse av effekter. Implementeringskvaliteten ble undersøkt med utgangspunkt i Damschroder og kollegaers CFIR (2009), og implementeringsutfall ble undersøkt med utgangspunkt i Proctor og kollegaers rammeverk (2011). Vi gjennomførte en flernivåmedieringsanalyse med to implementeringsutfall som mediatorer, programholdninger og etterlevelse av tiltaket.

Resultatene viser at tiltaksholdninger medierer sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg både på individnivå og på barnehagenivå. Særlig på barnehagenivå kan tiltaksholdninger se ut til å være viktig, der resultatene indikerer en tilnærmet fullstendig mediering. Medieringseffektene på individ- og gruppenivå er ikke statistisk signifikant forskjellige, men differansen i effektstørrelsene kan betraktes som klinisk relevant. Etterlevelse viser ikke å mediere sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg på noen av nivåene.

Studien vår plasserer programholdninger som en viktig mellomliggende variabel i sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av et tiltak. At denne sammenhengen kan synes å være viktigere på barnehagenivå enn på individnivå kan stimulere til videre forskning og bidra til teoriutvikling om implementering på tvers av nivåer. Oppsummert kan studien bidra til å forstå hvordan variabler relaterer seg til hverandre i implementeringsprosessen, som på sikt vil kunne få praktiske implikasjoner i samfunnet for tjenester som skal ta i bruk nye tiltak.

**Tittel på hovedoppgaven:** En studie av implementeringen av tiltaket Tidlig Trygg

**Forfattere:** Hanne Onjeme Overvoll og Oda Eidjar

**Veiledere:** Egil Nygaard og Karina Egeland

## Innholdsfortegnelse

Forebyggende og helsefremmende arbeid .....	1
Implementeringsforskning .....	5
Folkehelseprogrammet.....	11
Forskningsspørsmål .....	13
Metode .....	13
Rekruttering og innsamling.....	13
Deltakere .....	14
Etiske betraktninger .....	14
Måleinstrumenter .....	15
Innledende analyser .....	18
Hovedanalyse.....	23
Resultater .....	24
Hovedanalyse.....	24
Sensitivitetsanalyse med kovariater.....	26
Diskusjon .....	26
Programholdninger som mediator.....	26
Etterlevelse som mediator.....	29
Hypoteser om alternative medieringskanaler.....	32
Styrker og svakheter .....	33
Konsekvenser for videre implementering og implementeringsforskning.....	39
Konklusjon.....	40
Litteraturliste.....	42
Vedlegg .....	51

For å bedre befolkningens psykiske helse, satses det i dag på forebyggende og helsefremmende arbeid (Helsedirektoratet, 2017). Til tross for at flere tiltak som rettes mot arenaer som eksempelvis skoler og barnehager har vist seg virkningsfulle, har forskning vist at effektene kan utebli som følge av en lite god implementeringsprosess (Aboud & Prado, 2018; Gottfredson & Gottfredson, 2002). Mer kunnskap om hvordan god implementering kan fremmes, kan bidra til at tiltak får større effekter som videre vil ha positive konsekvenser for befolkningens psykiske helse. Mange viktige faktorer i implementeringsprosessen har blitt identifisert, men det mangler fremdeles kunnskap om hvordan disse faktorene relaterer seg til hverandre (Lewis et al., 2020). Dette innebærer også å forstå på hvilken måte ulike nivåer av implementeringsprosessen blir viktig for ulike implementeringsfaktorer (Lewis et al., 2020; Williams & Beidas, 2019). Med oppgaven vår ønsker vi å bidra til dette ved å studere implementeringen av et universelt forebyggende barnehagetiltak, Tidlig Trygg, på henholdsvis individnivå og barnehagenivå.

### **Forebyggende og helsefremmende arbeid**

Folkehelsearbeid rettet mot befolkningens psykiske helse kan betegnes som helsefremmende eller sykdomsforebyggende. Verdens helseorganisasjon har definert psykisk helse som «... en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (World Health Organization, 2003, s. 7). Psykisk helse dreier seg om mer enn fravær av mental sykdom, og inkluderer også subjektivt velvære, opplevelse av mestringsevne, autonomi, kompetanse og erkjennelsen av ens evner til å realisere sitt intellektuelle og emosjonelle potensial.

Både forebyggende og helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i helsedeterminanter, som er faktorer som påvirker individets helse, og forsøker å endre på disse (Barry, 2007; Major, 2011). Risikofaktorer som utfordrende prenatalt miljø, stressende livsopplevelser og sosial isolasjon gjør individer utsatt for å kunne utvikle dårlig mental helse. Arbeidet vil derfor ofte rette seg inn mot å redusere sjansene for eksponering for risikofaktorer, eller å fremme beskyttende faktorer som for eksempel å styrke familien eller sosial støtte (McDaid et al., 2019). En intervensjon betegnes som *helsefremmende* når målet for intervensjonen er å bedre den psykiske helsen og livskvaliteten, mens *sykdomsforebyggende* arbeid har som formål å forebygge sykdom ved å redusere nivået av risikofaktorer hos personen eller i miljøet (Major, 2011). Forebyggende og helsefremmende tiltak iverksettes altså *før* en klinisk lidelse er diagnostiserbar eller symptomtrykket kan betegnes som klinisk forhøyet. Videre skiller man mellom ulike typer av forebyggende arbeid etter hvilken gruppe tiltaket omfatter

og i henhold til forløpet. Universelle tiltak retter seg inn mot en hel befolkningsgruppe uten kjent forhøyet sykdomsrisiko, mens selektive tiltak sikter seg inn på en bestemt gruppe med kjent risiko eller sub-kliniske symptomnivåer (Haggerty & Mrazek, 1994; Major, 2011).

Dersom et tiltak rettes inn mot enkeltindivider med kjent forhøyet sykdomsrisiko eller som er i ferd med å utvikle psykiske plager, omtales dette som indikativ forebygging eller indiserte tiltak (Major, 2011).

### ***Tiltak rettet mot barn og unge***

Tiltak og programmer rettet mot barn og unge har til felles at de ofte baserer seg på en økologisk forståelse av barnets utvikling hvor konteksten anses som svært betydningsfull for utviklingen av psykiske plager (Major, 2011). Både transaksjonsmodellen til Sameroff og den økologiske modellen til Bronfenbrenner er sentrale i denne måten å tenke om barns utvikling. Transaksjonsmodellen fremhever barnets utvikling som et produkt av den kontinuerlige og dynamiske interaksjonen barnet har med sine omgivelser (Sameroff, 2010). Grunntanken i modellen er at denne dynamiske vekselvirkningen skaper gjensidig avhengige effekter som påvirker både barnet og omgivelsene. Barnet er med andre ord medvirkende i å skape sine omgivelser.

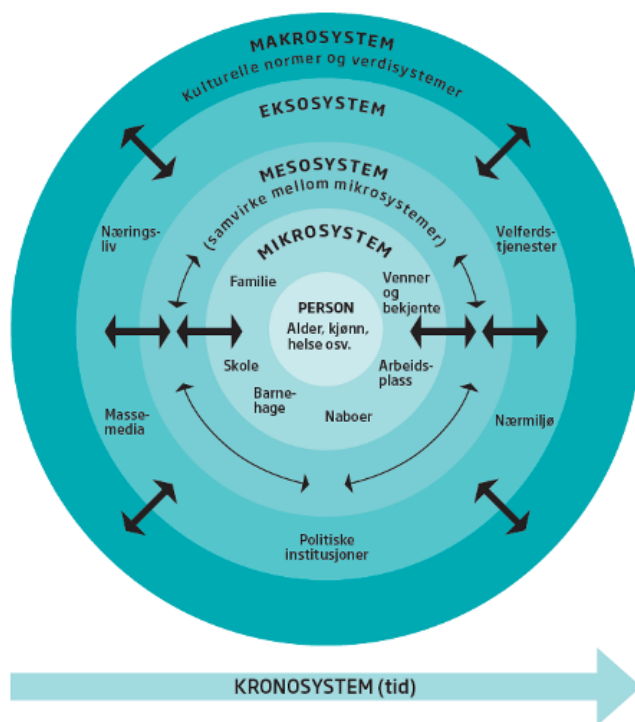
Bronfenbrenners økologiske modell beskriver barnet omsluttet av et miljø definert gjennom ulike systemer (Bronfenbrenner, 1977, 1979). De ulike systemene defineres etter grad av nærhet til barnet, altså i hvilken grad systemet påvirker barnets utvikling direkte eller indirekte. Systemene er strukturert hierarkisk ved at et høyere system omslutter systemene på lavere nivå (se Figur 1). Individet utvikles dynamisk i interaksjon med alle systemene, som igjen påvirkes av hverandre. Mikrosystemet er det innerste nivået og omhandler de miljøene individet er i direkte kontakt med, som skolen, arbeidet eller hjemmet, og hvor individet har en bestemt rolle. Neste system, mesosystemet, omfatter innbyrdes samspill i mikrosystemet. Eksosystemet er en utvidelse av mesosystemet og inkluderer sosiale strukturer som ikke er i direkte kontakt med individet, men som vil ha konsekvenser for de miljøene individet er i kontakt med og omvendt. Dette innebærer større samfunnsinstitusjoner som mediehus, nabolag, arbeidsmarked og politiske organisasjoner. Makrosystemet er overordnede mønstre av kultur, lover eller verdier som omslutter de andre systemene, og eksisterer i en mer abstrakt form. Tidsaspektet (kronosystemet) utgjør også en dimensjon til systemene som vil utvikles med tiden ved at miljøer skiftes ut og endres, individet vil ha ulike roller gjennom livet, og ulike trender vil eksistere på et høyere samfunnsnivå (Bronfenbrenner, 2005).

Som følge av en økologisk forståelse av barnets utvikling, vil forebyggende og helsefremmende tiltak gjerne sikte seg inn på å skape endringer i konteksten rundt barnet.

Ofte rettes tiltakene mot de sosiale samspillene som barnet deltar i, heller enn å bare rette seg inn mot barnet og barnets egenskaper. Ut ifra en økologisk forståelse vil positive endringer i barnets samspill med omgivelsene, kunne få ringvirkninger som kan virke støttende for videre utvikling. Motsatt vil en skjev start på livet kunne føre til ringvirkninger i negativ retning. Dette støttes også av forskning som har vist at psykiske problemer som manifesterer seg i tidlig alder kan få konsekvenser i voksen alder (Sameroff, 2010; Aalto-Setälä et al., 2002).

**Figur 1**

*Bronfenbrenners økologiske modell (2005) oversatt til norsk*



*Notat.* Hentet fra Helsedirektoratets rapport «Trivsel i skolen» (Helsedirektoratet, 2015)

### ***Fordelene ved forebyggende og helsefremmende arbeid***

Det oppdages stadig mer empirisk støtte for nytten av forebyggende og helsefremmende intervensjoner i en tidlig livsfase. Tiltak på skole- og barnehagenivå har vist seg å kunne føre til positive effekter blant annet på sosiale og emosjonelle ferdigheter, atferd, holdninger og akademiske prestasjoner (Durlak et al., 2011; Durlak & Wells, 1997; Kieling et al., 2011; Taylor et al., 2017). Videre vil investering i barn og unges mentale helse kunne bidra til mindre alvorlige sykdomsforløp senere, eller helt forhindre utvikling av psykisk lidelse i voksen alder (Kieling et al., 2011). På gruppenivå er psykiske plager blant de sykdomsgruppene i Norge som medfører høyest helsetap (Sælensminde & Line, 2015). Å komme til tidlig og forhindre utviklingen av psykiske plager kan spare mennesker for lidelse

og er dermed en gevinst i form av livskvalitet (Major, 2011).

Det er også potensielle økonomiske gevinster å hente på helsefremmende og forebyggende tiltak sett fra et samfunnsperspektiv. Psykiske lidelser ligger øverst på listen over helsekostnader tilknyttet diagnoser i Norge, og er også blant sykdomsgruppene som medfører høyest produksjonstap i form av tapte skatteinntekter (Sælensminde & Line, 2015). Forebyggende tiltak har i ulike studier vist seg å være økonomisk lønnsomme både på ulike livsstadier og på ulike samfunnsområder (McDaid et al., 2019; Mihalopoulos et al., 2011; Zechmeister et al., 2008). Flere studier tyder på at kostnadseffektiviteten vil være høyere jo tidligere i livet innsatsen iverksettes (Heckman, 2008; Zechmeister et al., 2008). Hvorvidt dette stemmer, er det imidlertid uenighet om (Rea & Burton, 2020). Å vurdere kost-nytte for forebyggende og helsefremmende tiltak er ikke uten metodiske utfordringer da det kan være krevende å beregne effekt av slike tiltak (Major, 2011; Mihalopoulos et al., 2011).

### ***Evidens for forebyggende og helsefremmende tiltak***

Rapporter initiert av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet fremhever tiltak bør ha dokumenterte effekter for at ressursbruken skal kunne berettiges (Major, 2011; Martinussen et al., 2016; Sælensminde & Line, 2015). Hvorvidt et tiltak fører til de effektene det er ment å ha, kan studeres gjennom velkontrollerte betingelser i såkalte *efficacy*-studier (Flay et al., 2005). Videre kan man undersøke hvordan tiltaket fungerer under dagligdagse omstendigheter gjennom *effectiveness*-studier (Flay et al., 2005). Slike effektbeskrivelser kjennetegner tiltak som klassifiseres som evidensbaserte, og randomiserte, kontrollerte forsøk (RCT-studier) har blitt holdt frem som gullstandarden for å gjøre disse klassifiseringene.

Når det gjelder folkehelsearbeid i form av forebyggende og helsefremmende tiltak, eksisterer det imidlertid metodiske utfordringer når effekt skal evalueres med RCT-studier. En av de store metodiske utfordringene knytter seg tidsperspektivet. Mens effektene av for eksempel et legemiddel vil synes etter en relativ kort tidsperiode, vil effektene av forebyggende arbeid ofte først synes etter lang tid. Dette setter større krav til studiedesignet, og medfører en risiko ved at både måleverktøy og intervensjonen som testes kan være utdatert før de eventuelle effektene foreligger (Major, 2011). Mange faktorer vil også spille inn og det kan være utfordrende å isolere og kontrollere påvirkningskilder. Et eksempel på dette er at intervensjoner vanskelig lar seg begrense til kun den tiltenkte gruppen da smitteeffekter kan forekomme (Major, 2011). Fra et folkehelseperspektiv er smitteeffekter å betrakte som positive konsekvenser, men vanskeliggjør dokumenteringen av tiltaket i sammenligningen av intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Randomiseringen vil dessuten også kreve store utvalg når tiltakene rettes mot hele grupper som skoleklasser eller



barnehageavdelinger (Major, 2011).

Disse utfordringene gjør det likevel ikke umulig å evaluere effektene av forebyggende eller helsefremmende tiltak. Definisjonen av hvordan evidens vurderes, vil dessuten avhenge av hvilke kriterier man vurderer etter. Rapportene initiert av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet trekker i denne sammenhengen frem behovet for et bredere spekter av forskningsdesign, som kvasi-eksperimentelle studier (Major et al., 2011; Martinussen et al., 2016). Et eksempel på dette er Olweus-programmet som blant annet har blitt studert gjennom utvidede kohort-design og som har fått stor internasjonal anerkjennelse (Major et al., 2011; Martinussen et al., 2016). Oppsummert vil gode, kreative studiedesign og god dokumentering gjøre det mulig undersøke evidensen av forebyggende og helsefremmende tiltak.

### ***Forebyggende og helsefremmende tiltak i praksis***

Nokså få tiltak tilfredsstillende de strenge kravene til bevis for evidens, og i de fleste praktiske situasjoner vil vitenskapelige undersøkelser være for ressurskrevende å gjennomføre (Major, 2011). Folkehelseinstituttet trekker i sin rapport fra 2011 frem skillet mellom forskningsmessig evaluering og praktisk evaluering (Major, 2011). Førstnevnte stiller krav til fagkunnskap om relevant teori og kunnskap om statistikk, og blir kanskje viktigst når nye tiltak skal utvikles og brukes i stor skala. Sistnevnte vil som regel gjennomføres av de samme personene som har ansvar for tiltaket, ofte uten tilgang på fagpersoner. Her vil det være begrensede muligheter for å evaluere effektivitet. En praktisk evaluering kan likevel være nyttig for å evaluere hvorvidt tiltaket ble gjennomført som planlagt og hvilke lokale tilpasninger som blir viktige for kunne å gjennomføre tiltaket bedre senere.

Folkehelseinstituttet skriver videre i rapporten at det ikke er mulig å stille krav til at alle sidene ved forebyggende og helsefremmende arbeid skal være basert på vitenskapelige evalueringsmetoder (Major, 2011). Et viktig steg på veien kan likevel være å gjøre aktørene mer kjent med relevant teori og forskning for å heve kvaliteten i arbeidet. Ut ifra dette synspunktet, kan det være riktigere å si at arbeidet skal være *forskningsrelatert*, heller enn at all praksis skal være *forskningsbasert*.

### **Implementeringsforskning**

Implementeringsforskning kan defineres som vitenskapelige studier av metoder for å fremme systematisk opptak av forskningsfunn og evidensbaserte tiltak i vanlig praksis, for å bedre kvalitet og effektivitet i helsetilbud og behandling (Eccles & Mittman, 2006). Dersom oppskalering av evidensbaserte programmer regelmessig gav den positive effekten som vist i studier, kunne man si at implementeringsforskning ikke ville være nødvendig (Sørli et al., 2010). Dette er imidlertid ikke tilfellet. Innføringen av evidensbaserte programmer i

nasjonale og lokale helsetjenester gir ofte svært varierende effekt (Fixsen et al., 2009; Sørлие et al., 2010). Tidligere estimat har anslått at det tar 17 år før ny forskning blir en del av etablert praksis ute i samfunnet (Balas & Boren, 2000). Slike utfordringer har ført til en økende interesse for forskningsfeltet implementering, som har som målsetting å lukke dette gapet mellom forskning og praksis (Khadjesari et al., 2020; Livingood et al., 2020; Nilsen, 2015; Peters et al., 2013; Powell et al., 2014; Williams & Beidas, 2019).

### ***Implementeringsprosessen spiller seg ut på flere nivåer***

Implementeringsforskning er et omfattende fagfelt som favner om et bredt spenn av variabler, fra et intrapersonlig nivå og ut til et makropolitisk nivå (Lewis et al., 2020; Williams & Beidas, 2019). Implementering av ny tilgjengelig kunnskap i samfunnet er komplekst fordi det som regel vil involvere en atferdsendring hos store grupper enkeltindivider, som befinner seg i unike kontekster (Fixsen et al., 2009; Lewis et al., 2020; Michie et al., 2009). Der *produktet* er intervensjonen i nyutviklinger i industrielle sektorer, vil det for omsorgstjenester gjelde at *utøveren* er intervensjonen (Fixsen et al., 2009). Denne utøveren befinner seg videre i en organisasjon, påvirket av ytre faktorer, som gjerne også må endre praksis som følge av implementering av ny kunnskap. Dette er krevende, og enkelte estimater indikerer at hele to tredjedeler av forsøk på endring i organisasjoner mislykkes (Damschroder et al., 2009; Lewis et al., 2018). Powell og kollegaer refererer til flere studier som påpeker at majoriteten av mottakere av tjenester innen psykisk helsevern i USA ikke mottar behandling i tråd med beste tilgjengelige kunnskap (2014).

Implementeringsfeltet har gjennomgått en utvikling, der man i starten vektla efficacy-studier, og videre fokuserte på å øke bruken av forskningsbaserte intervensjoner i samfunnet ved økt innsats på opplæring og trening av tilbydere av helsetjenester (Williams & Beidas, 2019). Det viste seg imidlertid av opplæring ikke var tilstrekkelig for at intervensjoner skulle få gode resultat på samfunnsnivå. Dette førte til et bredere fokus, der kontekstuelle faktorer som tidligere ble ansett som “støy” ble anerkjente som viktige for å forstå implementeringsprosessen (Williams & Beidas, 2019). For eksempel ble organisasjonskultur identifisert som en viktig og lite studert faktor (Nilsen, 2015; Williams & Beidas, 2019). I dag har feltet identifisert svært mange faktorer på ulike nivåer (Damschroder et al., 2009; Williams & Beidas, 2019).

### ***Modeller, rammeverk og teorier***

Forskningen på implementering har brukt mye tid på å samle og organisere kunnskap om ulike variabler som kan påvirke implementeringsprosessen, og det er i dag en tydelig interesse for bruk av teoretiske tilnærminger, modeller og rammeverk som utgangspunkt for

forskningen (Nilsen, 2015). Enkelte har uttrykt at det nå eksisterer så mange teoretiske tilnærminger at det er utfordrende å finne ut hva som passer best for de ulike studiene (Nilsen, 2015). Nilsen deler de ulike teoretiske tilnærmingene i implementeringsfeltet inn i fem ulike kategorier: prosessmodeller, rammeverk for implementeringsdeterminanter, klassiske teorier, implementeringsteorier og evalueringsrammeverk (2015). De ulike rammeverkene og modellene har blitt utviklet med ulike målsettinger, utgangspunkt og forutsetninger. Eksempler på dette er teoretiske tilnærminger som søker å optimalisere implementeringsprosessen (Bertram et al., 2015; Meyers et al., 2012), og rammeverk som søker å gi et oversiktsbilde over faktorer ved implementeringsprosessen (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). Rammeverkene, modellene og teoriene varierer når det kommer til hvilke variabler ved implementeringsprosessen som vektlegges, hvor detaljerte disse er, og i hvilken grad årsakssammenhenger og interaksjoner omtales.

**Ulike forståelsesrammer og utvikling av teori.** For å forstå prosessene på de ulike nivåene, har implementeringsfeltet i den nyere tid anvendt forskning fra sosialpsykologien som utgangspunkt for å drøfte funn og mekanismer (Khadjesari et al., 2020; Lewis et al., 2020; Nilsen, 2015). Teorien om planlagt atferd (Theory of Planned Behaviour) (Ajzen, 1991) og sosialkognitiv teori har vært mye brukt, som medfører et fokus på det intrapersonlig nivået for å tolke og undersøke implementeringsprosessen (Lewis et al., 2020). Dette kan imidlertid bli et mangelfullt utgangspunkt når man ønsker å forstå implementeringsprosessen i sin helhet, som spiller seg ut på tvers av ulike nivåer med mulige interaksjonseffekter (Lewis et al., 2020; Nilsen, 2015; Weiner et al., 2012). Dette har ført til ønske om å bygge egne teorier for implementeringsfeltet (Lewis et al., 2020). Lewis og kollegaer (2020) argumenterer for at implementeringsforskningen som fagfelt i dag har få egne teorier å lene seg på, til tross for økt bruk av teoretiske tilnærminger, rammeverk og prosessmodeller. De trekker fram at teorier er nødvendige for å forklare kausale sammenhenger, drive hypotesebygging og informere praktiske valg i implementeringsprosesser (Lewis et al., 2020). Der rammeverk beskriver konseptuelle strukturer som ligger til grunn for et system eller et fenomen, gir teorier en forklaring på disse fenomenene som kan testes ved å spesifisere relasjoner mellom variabler som gir en mulighet til å predikere ulike utfall (Lewis et al., 2018; Nilsen, 2015). En utvikling og testing av egne teorier om implementering vil derfor være et viktig videre forskningsfokus for å kunne drive feltet videre fra en kartlegging av ulike variabler til å forstå hvordan disse variablene virker sammen (Lewis et al., 2020; Lewis et al., 2018).

**Utvikling av måleinstrumenter.** En utfordring i denne sammenheng er å utvikle

valide og reliable kvantitative måleinstrumenter (Allen et al., 2020).

Implementeringsforskningen opererer i et svært komplekst landskap over flere ulike målenivåer. Derfor kreves det kvantitative måleverktøy av høy kvalitet for å kunne empirisk teste den relative påvirkningen av ulike faktorer, og for å kunne skille dette fra utfall knyttet til tiltakets effekt og mulige smitteeffekter (Allen et al., 2020). Allen og kollegaer (2020) fant at måleinstrumenter for implementeringsfeltet generelt var tilgjengelige og enkle å administrere, men at informasjonen om validitet og reliabilitet gjerne var mangelfull. En varierende begrepsbruk ofte med manglende definisjoner, sammen med egenproduserte enkeltledd, kompliserte bildet ytterligere. Flere metaanalyser peker videre på at manglende konsensus vedrørende definisjoner og begreper i implementeringsforskningen vanskeliggjør sammenligning av funn på tvers av studier (Allen et al., 2020; Lewis et al., 2020; Williams & Beidas, 2019). Utfordringene knyttet til begreper, definisjoner og utviklingen av måleinstrumenter har vært aktuelle også for denne studien, og vi vil utdype de praktiske implikasjonene av dette ved drøftingen av resultatene våre.

**Valg av teori og rammeverk for denne studien.** Denne studien benytter ulike teoretiske tilnærminger og rammeverk. Vi ønsker å studere sammenhengen mellom et rammeverk for implementeringsdeterminanter og et evalueringsrammeverk, og vil også benytte forklaringsmodeller fra sosialpsykologiske teorier til å drøfte resultatene, i hovedsak kunnskap om organisasjonskultur og teorien om planlagt atferd. Flere ulike rammeverk fra implementeringsforskningen har vært aktuelle for denne oppgaven, og vi har i utvalgsprosessen vektlagt at rammeverkene skulle ha en bred og omfattende tilnærming, være basert på eksisterende forskning og kunne vise til et høyt antall siteringer. Basert på dette valgte vi Damschroder og kollegaers Consolidated Framework for Implementation Research (2009), og Proctor og kollegaers Outcomes for Implementation Research (2011).

### ***The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)***

Damschroder og kollegaers Consolidated Framework for Implementation Research (2009) plasserer seg i kategorien rammeverk for implementeringsdeterminanter etter Nilsen og kollegaers systematisering (2015). Rammeverk for implementeringsdeterminanter beskriver generelle kategorier av variabler på ulike nivåer som er antatt eller empirisk funnet å påvirke implementeringsprosessen. De ulike determinantene vil typisk beskrive elementer som kan virke enten hemmende eller fremmende på implementeringsprosessen (Nilsen, 2015). Damschroder og kollegaer (2009) utviklet the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) med mål om å skape et “metateoretisk” rammeverk, der begreper fra ulike teorier samles for å fremme felles terminologi i feltet. Damschroder og

kollegaer fant betydelig overlapp mellom ulike begreper, samtidig som teoriene gjerne manglet et eller flere begreper inkludert i andre rammeverk. Gjennom konsolidering av 19 teorier og modeller, som igjen baserte seg på litteraturgjennomganger eller store studier, identifiserte og systematiserte Damschroder og kollegaer implementeringsdeterminanter i fem hoveddomener (Vedlegg A). *Karakteristikker ved intervensjonen* tar for seg egenskaper ved intervensjonen som påvirker hvordan denne kan presenteres, tilpasses og implementeres i den aktuelle konteksten. *Ytre forhold* ser på faktorer ved konteksten til organisasjonen som intervensjonen implementeres i. *Indre forhold* handler om egenskaper innad i organisasjonen som intervensjonen implementeres i. *Karakteristikker ved individer* beskriver egenskaper ved individer som kan spille inn på endringsprosessene som implementering av et tiltak innebærer. *Prosess* omhandler grunnleggende aktiviteter i implementeringsprosessen, som også er vanlige i modeller for endring i organisasjoner.

Damschroder og kollegaer (2009) påpeker at de fem domeneene i CFIR interagerer, og at grensene mellom de ulike domeneene og ulike begrepene gjerne ikke er klare. De beskriver denne interaksjonen som kompleks og multifasettert, men går ikke inn på hvordan dette kan spille seg ut, og spesifiserer ikke sammenhengen mellom de ulike domeneene. CFIRs styrke som et bredt og utfyllende rammeverk kan også by på utfordringer. Når antallet domener som skal dekkes blir for mange, kan konsekvensen være at dybden og spesifisiteten bli mangelfull (Varsi et al., 2015). Damschroder og kollegaer (2009) anbefaler at man velger ut de mest relevante domeneene for implementeringsprosessen man skal studere. De gir imidlertid ikke anbefalinger på *hvordan* denne utvelgelsen skal gjøres, eller antakelser om hvor stor påvirkningskraft hver variabel kan antas å ha relativt til hverandre (Damschroder et al., 2009; Varsi et al., 2015). CFIR er benyttet i et bredt spekter av studier, med ulike design, metoder, målsettinger og analysenivåer (Kirk et al., 2016).

### ***Implementeringsutfall og intervensjonsutfall***

Et program som tidligere har vist seg å være virkningsfullt kan mislykkes i overføringen til nye omstendigheter. For å vite om dette skyldes omstendighetene og sviktende generaliserbarhet, må det imidlertid kontrolleres for hvorvidt implementeringen har vært vellykket eller ikke. For å kunne evaluere effekten av en intervensjon i en tjeneste er det derfor helt nødvendig å kunne skille mellom hva som er utfallet av implementeringen og hva som er utfallet av intervensjonen (Proctor et al., 2011). Med andre ord er implementeringsutfall og intervensjonsutfall to ulike utfallsmål som ikke må forveksles.

Implementeringsutfall defineres av Proctor og kollegaer (2011) som effektene av bevisste og målrettede handlinger for å implementere nye behandlinger, praksiser og

tjenester. Videre understreker de at implementeringsutfall har tre viktige funksjoner: de fungerer som indikatorer på implementeringssuksessen, som proksimale indikatorer på implementeringsprosesser, og de har en nøkkelfunksjon i relasjonen til intervensjonsutfallet ved å utgjøre et mellomliggende utfall. Intervensjonsutfall vil på sin side si effektene av et tiltak eller en intervensjon i en gitt tjeneste eller på klientnivå (Proctor et al., 2011). Dette innebærer at et vellykket intervensjonsutfall fordrer et vellykket implementeringsutfall. Følgelig vil implementeringsutfallet komme forut for intervensjonsutfallet, og vil kunne påvirke intervensjonsutfallet i både negativ og positiv retning.

Skillet mellom implementeringsutfall og intervensjonsutfall vil ha direkte praktiske konsekvenser for tjenestene, og er dermed et viktig fokusområde for forskning. Identifiseringen av dette skillet er å betrakte som et betydningsfullt steg i utviklingen av implementeringsfeltet (Lewis et al., 2015). Proctor og kollegaer (2011) har utarbeidet en arbeidstaksonomi over implementeringsutfall som har blitt mye sitert og vel anerkjent de senere årene (Allen et al., 2020; Lewis et al., 2015). Vi har valgt å bruke denne arbeidstaksonomien for å definere implementeringsutfallene i vår studie.

### ***Proctor og kollegaers implementeringsutfall***

Med utgangspunkt i en narrativ forskningsoversikt, utviklet Proctor og kollegaer (2011) en arbeidstaksonomi for implementeringsutfall. De baserte seg hovedsakelig på studier av evidensbasert praksis innenfor helse- og atferdsfeltet som inkluderte implementeringsbegreper i tittel eller sammendrag. Målet var å samle de allerede eksisterende begrepene om implementeringsutfall og vurdere dem opp mot hverandre for å se om ulike begreper overlappet og om de samme begrepene ble brukt ulikt. Arbeidstaksonomien sammenfalt i den grad det var mulig med de allerede eksisterende definisjonene i feltet, og et sentralt poeng for arbeidet var å tydeliggjøre forskjellene mellom liknende begreper. De konkluderte med følgende åtte konseptuelt ulike implementeringsutfall: Aksept (acceptability), adopsjon (adoption), egnethet (appropriateness), gjennomførbarhet (feasibility), etterlevelse (fidelity), implementeringskostnader (implementation cost), spredning (penetration), og bærekraftighet (sustainability). Ifølge Nilsens organisering av rammeverk, modeller og teorier for implementering, plasserer Proctor og kollegaers rammeverk for implementeringsutfall seg under kategorien evalueringsrammeverk (2015). Denne kategorien beskriver rammeverk som spesifiserer aspekter av implementeringen som kan evalueres for å avgjøre implementeringssuksess (Nilsen, 2015).

I vår studie velger vi å undersøke aksept, egnethet, gjennomførbarhet og etterlevelse

av implementeringsutfallene. *Aksept* innebærer interessentenes oppfatning av en bestemt intervensjon, tjeneste eller praksis. *Egnethet* betyr den opplevde grad av egnethet, relevans eller kompatibilitet forbundet med en viss praksis eller intervensjon for et gitt sted, en tjenesteyter eller en bruker, eller som er forbundet med en gitt problemstilling.

*Gjennomførbarhet* defineres som i hvilken grad en ny behandling eller intervensjon kan brukes eller gjennomføres på en vellykket måte i en gitt tjeneste eller setting. *Etterlevelse* vil si i hvilken utstrekning implementeringen av en intervensjon samsvarer med hvordan den ble beskrevet i den originale protokollen eller samsvarer med intensjonen til programutviklerne. Disse fire ble valgt på bakgrunn av praktiske og empiriske hensyn, og vil beskrives nærmere under metodekapittelet.

### **Folkehelseprogrammet**

I 2017 startet en tiårig satsing på kommunalt folkehelsearbeid som har blitt kalt Folkehelseprogrammet (Helsedirektoratet, 2018). Utgangspunktet for satsingen var Folkehelsemeldingen - mestring og muligheter (Meld.St. 19 (2014-2015)). Regjeringen Solberg oppsummerer innholdet i meldingen ved blant annet følgende:

Hensynet til befolkningens helse skal få større plass i steds-, nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen. Det skal settes i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med kommunesektoren med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene med vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Folkehelseprogrammet skal bidra til en langsiktig styrking av arbeidet med å fremme helse og livskvalitet i kommunene. Temaene «barn og unge», «psykisk helse» og «rusforebygging» er sentrale (Helsedirektoratet, 2019). Med mål om god folkehelse, skal programmet føre til befolkningsrettet arbeid og oppmerksomhet mot påvirkningsfaktorer på helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2017). Dette dreier seg blant annet om å beskytte mot faktorer som kan ha negativ påvirkning, og å tilrettelegge for god utvikling, tilhørighet og gode relasjoner. Et viktig poeng i Folkehelseprogrammet er også at tiltakene skal evalueres, slik at gode tiltak kan spres videre og erfaringer kan deles på tvers av kommunegrensene (Helsedirektoratet, 2017). I Oslo kommune er det iverksatt fem tiltak i forbindelse med det lokale folkehelsearbeidet (Oslo kommune, u.å.). Denne oppgaven ser nærmere på implementeringen av ett av dem, Tidlig Trygg, i Bydel Sagene.

### ***Tidlig Trygg***

Tidlig Trygg er et universelt forebyggende og helsefremmende tiltak i de kommunale

barnehagene i Bydel Sagene. Tiltaket bygger på Øyvind Kvellos arbeidsmetode (Helsedirektoratet, 2019). Kvello har doktorgrad i utviklingspsykologi, har jobbet som forsker i RBUP Øst og Sør, og har erfaring med arbeid og veiledning fra barnevernet, BUP og PPT. Han har utviklet en mal for arbeidet i barnevernet som er mye brukt i norsk barnevern (Lauritzen, 2017). Arbeidsmetoden hans for barnehagen omtales ofte som Kvellomodellen (Sør-Varanger kommune, 2010; Våler kommune, 2018). Da vi ikke har funnet én samlet oversikt over Kvellomodellen, er informasjon om arbeidsmetoden hentet fra nettsidene til kommunene som har tatt metoden i bruk, samt en offentlig tilgjengelig powerpoint laget av Kvello (Chontos, 2014). I prosessen for å innhente informasjon om Kvellomodellen, har vi ikke kommet over informasjon som tilsier at metoden har dokumenterte effekter.

Kvellomodellen har som målsetting å heve ansattes kompetanse om barns utvikling, risiko- og beskyttelsesfaktorer, og å skape bedre tverrfaglige samarbeid med relevante instanser gjennom et felles fagspråk og kunnskapsgrunnlag. Det er også et mål at barn i risiko oppdages tidligere enn før slik at tiltak kan iverksettes raskere. Kvellomodellen innebærer fire steg. De første to omfatter opplæringsdager og lesesirkler med utgangspunkt i Kvello sin bok «Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner» (Kvello, 2015). I boken presenteres den viktigste forskningen på risiko- og beskyttelsesfaktorer som påvirker barn og unges oppvekst og livskvalitet. Kvello oppgir her å ha sitt teoretiske fundament i transaksjonsmodellen og bioøkologisk teori, med supplement fra kognitiv, samspill-, system-, og psykodynamisk teori (2015, s. 14). De videre stegene inkluderer besøk av tverrfaglige team som observerer barna på avdelingen, og oppsummeringsmøter med de ansatte i etterkant av teambesøkene. Teamene består av ulike fagpersoner fra for eksempel helsestasjonen eller barneverntjenesten. I oppsummeringsmøtene vurderes behov for å iverksette individrettede tiltak og behov for å koble på andre instanser.

Tidlig Trygg er ikke et manualbasert program og gjennomgikk endringer underveis i de tre årene tiltaket ble brukt i Bydel Sagene. Endringene omfattet innholdet i opplæringen ved at opplæringsdagene i de første rundene var med Kvello, mens senere var i regi av Barnehjernerne. Det skjedde også et fokusskifte på oppsummeringsmøtene som gikk fra å hovedsakelig dreie seg om individrettede tiltak til mer generelle forbedringspunkter på avdelingene. Endringene skaper utfordringer når det gjelder å studere implementeringen av tiltaket. Dette kommer vi tilbake til i drøftelsen av resultatene.



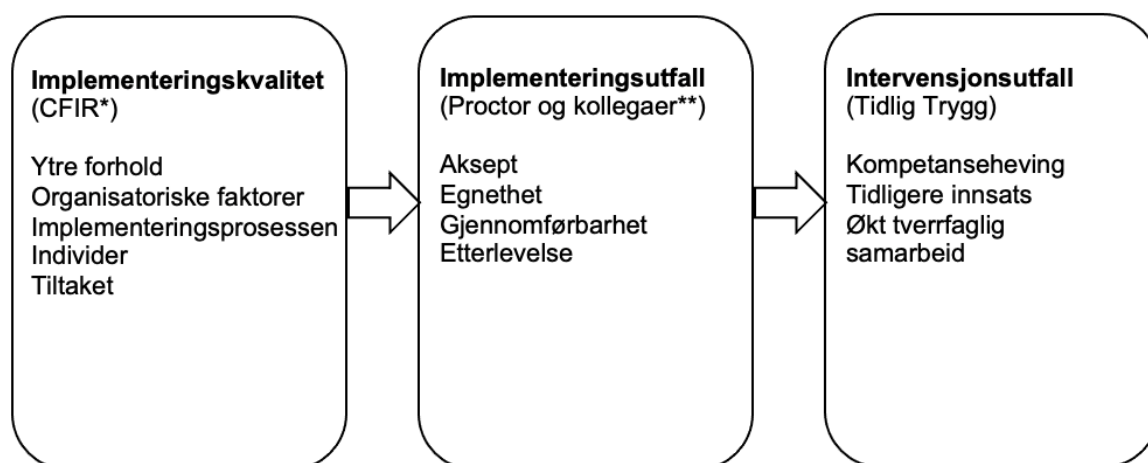
## Forskningsspørsmål

Vi ønsker gjennom denne studien å undersøke om sammenhengen mellom implementeringskvaliteten og den opplevde nytten av tiltaket Tidlig Trygg medieres av implementeringsutfall. Vi vil undersøke denne sammenhengen på to nivåer, individnivå og barnehagenivå. Vi vil bruke Damschroder og kollegaers CFIR (2009) som utgangspunkt for å måle implementeringskvaliteten, og Proctor og kollegaers (2011) beskrivelser av aksept, egnethet, gjennomførbarhet og etterlevelse som utgangspunkt for å måle implementeringsutfall. Vi har følgende to forskningsspørsmål:

- 1) Medierer implementeringsutfall sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg på individnivå?
- 2) Medierer implementeringsutfall sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg på gruppenivå?

## Figur 2

*Illustrasjon av sammenhengene i forskningsspørsmålet*



*Notat.* \*Basert på Damschroder et al., 2009, \*\* Basert på Proctor et al., 2011.

## Metode

### Rekruttering og innsamling

Bydel Sagene ønsket et studentsamarbeid for å evaluere Tidlig Trygg som hadde pågått i tre år i de kommunale barnehagene i bydelen. Samarbeidet vårt begynte i januar 2020. I det første møtet med ledelsen på Tidlig Trygg-prosjektet, formulerte vi sammen et fokus og mål for oppgaven. De bisto oss videre med informasjon om prosjektet ved jevnlig møter, bidro til utviklingen av spørreskjemaet gjennom våren/sommeren 2020 og satte oss i

kontakt med barnehagene og barnehagesjefen i forbindelse med pilotering og datainnsamling. For å bidra til høy deltakelse lovet bydelen ut en premie til barnehagen med høyest svarprosent. Premien var et påskeegg som ble delt ut i forbindelse med påsken 2021. For å presentere oss som studenter og spørreundersøkelsen vår, lagde vi også en videosnutt og et informasjonsskriv som ble sendt ut til avdelingene. Selve datainnsamlingen foregikk i september og oktober 2020. Spørreundersøkelsen ble estimert til å ta rundt 15 minutter å gjennomføre, og ble levert ut på papir da vi forventet at dette ville være med på å høyne svarprosenten.

## **Deltakere**

### ***Utvalg og representativitet***

Utvalget består av 119 barnehageansatte. Til sammen var det 392 mulige deltakere som fikk utdelt et spørreskjema. Av totalt 20 barnehager som hadde vært med på Tidlig Trygg, deltok ansatte fra 17. Det var stor variasjon i svarprosent innad i barnehagene. To barnehager ønsket ikke å delta og leverte ingen spørreskjemaer. Den tredje barnehagen som er utelatt leverte inn to skjemaer, men disse to hadde kun svart på enkelte av bakgrunnsspørsmålene. Totalt fikk vi inn 141 utfylte spørreskjemaer, men 22 hadde fjernet spørreskjemaet eller ikke signert det og måtte dermed ekskluderes.

### ***Demografi***

Utvalget besto av 99 kvinner (83%) og 20 menn (17%) i alderen 23 til 62 år (4% oppga ikke alder). Gjennomsnittlig alder var 39,7 år (SD = 9,7). Den skjeve kjønnsfordelingen i utvalget vårt ligger nært opptil kjønnsfordelingen man ser for barnehageansatte på nasjonalt plan, der SSB oppgir en overvekt av kvinner på 87% (SSB, 2020). Majoriteten av deltakerne i studien vår var ansatte i barnehagene på fulltid (96%). Deltakerne i undersøkelsen vår besto av pedagogiske ledere (51%), styrere (12%), fagarbeidere (15%) og ufaglærte (22%). Majoriteten oppga å ha utdanning på høyskole-/universitetsnivå (72%). Gjennomsnittlig arbeidserfaring i barnehagesektoren var 12,5 år (SD = 8,0), og gjennomsnittlig arbeidserfaring i den aktuelle barnehagen ved måletidspunkt var 7 år (SD = 5,8). Av deltakerne våre oppga 66% norsk som førstespråk, mens 34% hadde norsk som sitt andrespråk.

### **Etiske betraktninger**

Ettersom prosjektet innebar innsamling av personopplysninger ble det innhentet godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansekode 230843). Godkjennelsen ligger vedlagt som Vedlegg B. Ettersom vi ikke behandler helseopplysninger i studien vår, var REK-godkjenning ikke nødvendig. Datainnsamlingen foregikk på papir og

ble deretter ble punchet inn i SPSS på sikkert domene i Tjenester for sensitive data (TSD) (Universitetet i Oslo, u.å). Vi innhentet skriftlig informert samtykke fra deltakerne samtidig med datainnsamlingen (se Vedlegg C for samtykkeskjema). Samtykkeskjemaene ble festet til spørreskjemaene for å sikre at vi visste hvilke spørreskjemaer vi juridisk sett kunne behandle. Under datainnsamlingen fikk vi spørsmål om anonymitet fra flere deltakere som følge av dette. Vi forsøkte i disse tilfellene å forklare hvordan anonymiteten ble ivaretatt ved å understreke at bydelen kun vil ha tilgang til avidentifiserte data på gruppenivå med minimum fem personer per gruppe.

## **Måleinstrumenter**

### ***Bakgrunnsspørsmål***

I spørreskjemaet vårt kartla vi demografiske variabler som kjønn, alder, utdanningsnivå, stilling, antall år jobbet i barnehage, språklig bakgrunn, og hvilken aldersgruppe de ansatte jobbet med. Deltakerne ble også bedt om å oppgi hvilken barnehage og hvilken avdeling de jobbet i. For en fullstendig oversikt over bakgrunnsspørsmålene, se det vedlagte spørreskjemaet (Vedlegg D).

### ***Implementeringskvalitet***

For å måle implementeringskvalitet basert på Damschroder og kollegaers (2009) implementeringsdeterminanter benyttet vi et spørreskjema utviklet ved Psykologisk institutt UiO gjennom to masteroppgaver av Liu (under utvikling) og Bogen (2020). Spørreskjemaets egenskaper blir på nåværende tidspunkt undersøkt i Lius masteroppgave (publiseres vår 2021). Bogen og Lius spørreskjema tar utgangspunkt i kvalitative intervjuer med 10 informanter, som deretter er analysert ved tematisk analyse for å identifisere mønstre i datamaterialet (Bogen, 2020). Ut fra forskningsspørsmålet «Hva mener personer involvert i psykisk helsefremmende tiltak i skoler fremmer og hemmer implementeringen?» fant Liu og Bogen fire underliggende temaer, som i stor grad sammenfalt med fire av de fem domene i CFIR. Disse var «individer», «tiltaket», «organisasjon» og «prosess». Disse fire temaene utgjør strukturen for spørreskjemaet sammen med et femte tema kalt «ytre forhold», som ble inkludert med utgangspunkt i CFIR. Ut fra dette utviklet Liu og Bogen 64 spørsmål tilpasset deltakeres ulike roller i prosjektene (Bogen, 2020). Spørreskjemaet er brukt ved evaluering av de forebyggende tiltakene «Robuste barn og unge», «Trygg oppvekst» og «Alle har en psykisk helse» (Bogen, 2020).

En forkortet versjon ble utviklet til bruk i prosjektet N-TiK Barnehage ved psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo (Karevold, u.å.). Vår studie tar utgangspunkt i denne versjonen, som har 39 utsagn som er like for alle ansatte uavhengig av stilling.

Ordlyden til enkelte utsagn ble tilpasset til å beskrive opplæringen og prosessene i Tidlig Trygg. Utsagnene ble slått sammen til én overordnet skala for implementeringskvalitet, basert på gjennomsnittsskårene til den enkelte deltaker i hvert av domeneene. Spørsmålene er utformet som utsagn, og vurderes med en syvpunkts Likert-skala fra en = «svært uenig» til syv = «svært enig». «Svært enig» indikerer en høy implementeringskvalitet, med unntak av 18 spørsmål der skårene reverseres.

### ***Implementeringsutfall***

**Aksept, egnethet og gjennomførbarhet.** Det varierer i hvilken grad det eksisterer måleverktøy for implementeringsutfallene, og det er ofte et problem at det eksisterer lite informasjon om instrumentenes psykometriske egenskaper (Lewis et al., 2015; Mettert et al., 2020). For implementeringsutfallene aksept, egnethet og gjennomførbarhet fant vi imidlertid skalaer med gode psykometriske egenskaper (inter-item reliabilitet = ,85-,91, test-retest reliabilitet = ,73-,88, akseptabel CFA-tilpasning med faktorladninger = ,75-,89 (Weiner et al., 2017). Weiner og kollegaer har utviklet skalaene Feasibility of Intervention Measure (FIM), Acceptability of Intervention Measure (AIM) og Intervention Appropriateness Measure (IAM) som alle er korte (fire utsagn), kostnadsfrie og er brukt/skal brukes i andre studier (Engell et al., 2018; Hayes et al., 2019; McLaughlin et al., 2020; Nathan et al., 2019). Til tross for at implenteringsutfallene er konseptuelt ulike, påpeker Weiner og kollegaer at det er sannsynlig de er empirisk relaterte og at diskriminant validitet av skalaene ikke ble tilstrekkelig undersøkt (Weiner et al., 2017). AIM, FIM og IAM er originalt utviklet på engelsk. For å oversette benyttet vi *back-translating* (Brislin, 1970), der vi fikk hjelp av en bekjent med engelsk universitetsutdannelse til først å oversette utsagnene i skalaene til norsk, og siden fikk vi to språklige til å oversette tilbake til engelsk igjen. Disse oversettelsene ble innholdsmessig identiske med de originale skalaene.

En grunn til at vi valgte å se på aksept, gjennomførbarhet og egnethet, er at de ofte benyttes i piloteringsstudier og på tidlige stadier i intervensjonsforskning da de anses som ledende indikatorer på implementeringssuksess (Proctor et al., 2011; Weiner et al., 2017). Tidlig Trygg er foreløpig i en utprøvningsfase i bydelen da det ikke er bestemt hvorvidt det skal videreføres eller ikke. Aksept, gjennomførbarhet og egnethet ble i likhet med implementeringskvalitet målt på en syvpunkts Likert-skala fra en = «svært uenig» til syv = «svært enig». Et høyt tall indikerer høy grad av tilstedeværelse av det aktuelle implementeringsutfallet. Det bør nevnes at de originale skalaene FIM, IAM og AIM benytter en fempunktsskala (Weiner et al., 2017).

**Etterlevelse.** Instrumenter for å måle etterlevelse er som regel utviklet for å evaluere

spesifikke intervensjoner og har dermed begrenset relevans på tvers av ulike intervensjoner (Lewis et al., 2015). Vi utviklet derfor selv en skala for å undersøke i hvilken grad stegene i Tidlig Trygg ble overholdt i barnehagene. Skalaen i hvilken grad ansatte hadde deltatt på opplæring, lest faglitteraturen brukt i opplæringen, om de hadde vært med på observasjonsmøter og om de hadde iverksatt og fulgt opp tiltak i etterkant av observasjonsmøtene. To av leddene i måleverktøyet ble formulert som utsagn og ble målt på samme måte som aksept, gjennomførbarhet og egnethet (Likert-skala) hvorav ett av dem var reversert. De siste fem leddene var formulert som spørsmål med avkrysningsalternativer for hvilke deler av opplæringen og programmet den enkelte hadde deltatt på. For å kunne slå sammen alle etterlevelsessleddene, ble disse fem omdannet til skalaer hvor et lavt tall indikerte liten grad av etterlevelse (deltatt på lite av opplæringen, og i liten grad vært med på å følge opp stegene i Tidlig Trygg), og et høyt tall indikerte høy grad av etterlevelse. Se Vedlegg E for beskrivelse av omformingsprosessen. Deretter ble alle etterlevelsessleddene standardisert (ved omgjøring til Z-skårer) og omgjort til én skala.

### ***Opplevd nytte av tiltaket Tidlig Trygg***

Skalaen for opplevd nytte av tiltaket Tidlig Trygg ble utviklet i samarbeid med Bydel Sagene siden det ikke forelå spesifiserte mål for effekt. Operasjonaliseringen av nytten av tiltaket tar utgangspunkt i prosjektets styringsdokument sammen med drøftinger av lederne for prosjektet i bydel Sagene. Ettersom vi kom inn i prosjektet i avslutningsfasen, og det ikke forelå sammenlignbare data fra før oppstart, kunne vi ikke måle endringer som følge av Tidlig Trygg ved før- og ettermålinger. Våre mål for nytten av tiltaket er derfor indirekte mål, og baserer seg på de ansattes opplevde nytte av tiltaket, målt retrospektivt. Sammen med bydel Sagene utarbeidet vi tre hovedkategorier for opplevd nytte av tiltaket: økt kompetanse hos de ansatte, bedre samarbeid på tvers av tjenester og med foreldre, og tidligere innsats og nye tiltak i barnehagen.

Målene i de ulike kategoriene er utformet som utsagn som måles på Likert-skala fra en = «svært uenig» til syv = «svært enig». «Svært enig» indikerer at den ansatte opplevde tiltaket Tidlig Trygg som effektivt, med unntak av fire utsagn der skårene reverseres. Det ferdige spørreskjemaet inkluderer 18 utsagn som måler opplevd nytte, hvorav åtte for økt kompetanse hos de ansatte, tre for bedre samarbeid på tvers av tjenester og med foreldre, og sju for tidligere innsats og nye tiltak i barnehagen. I analysene ble disse slått sammen til ett mål for opplevd nytteverdi, som baserte seg på gjennomsnittsskårene fra de tre hovedkategoriene.

### ***Pilotering av spørreskjemaet***

Vi piloterte spørreskjemaet vårt i to runder med totalt 19 deltakere, og hentet inn kvalitative tilbakemeldinger i juli og august 2020. Ingen av deltakerne i piloteringsstudien hadde deltatt i Tidlig Trygg, men fikk en instruksjon på forhånd hvor de ble forklart stegene i programmet og bedt om å forestille seg at de hadde deltatt. Tilbakemeldingene dreide seg om utformingen av spørreskjemaet, tidsbruk og ordlyden på spørsmålene/utsagnene, der blant annet enkelte spørsmål ble opplevd som like og i noen grad overlappende. Vi reviderte spørreskjemaet på bakgrunn av denne informasjonen. Eksempelvis forenklet vi ordlyden på spørsmål som deltakerne hadde opplevd som uklare og delte opp spørsmål for at de skulle bli enklere å forstå. Vi omorganiserte også rekkefølgen på spørsmålene slik at de som opplevdes for like, ble spedd mer utover.

### ***Innledende analyser***

Vi brukte IBM SPSS 26.0 og tilleggsprogrammene AMOS 26.0 og MLmed Beta 2 for å gjøre analysene våre. Før vi gjorde analysene, standardiserte vi alle dataene våre og reverserte de totalt 23 negativt formulerte utsagnene. Det var nødvendig å standardisere dataene for kunne å samle etterlevelseseleddene til én skala, og fordi vi ønsket å gi alle underdomenene like stor betydning ved sammenslåingen av skalaene for implementeringskvalitet og effekt. Implementeringskvalitet og effekt ble undersøkt via reliabilitetsanalyser, mens implementeringsutfallene i tillegg ble undersøkt ved eksplorerende og konfirmerende faktoranalyser. Sistnevnte ble gjort for å avgjøre antallet mediatorer som skulle inkluderes i medieringsanalysen. Reliabilitets- og faktoranalysene ble gjort parallelt slik at de utsagnene som ble utelatt etter første reliabilitetsanalyse også ble utelatt i faktoranalysen. De endelige skalaene ble igjen standardisert før medieringsanalysen. Vi undersøkte normalfordeling ved å se på P-P-plot og scatterplot av residualer og predikerte verdier. Dette var ikke mulig å gjøre i MLmed, og ble i stedet gjort i en mixed model-analyse hvor vi inkluderte tilsvarende variabler som i medieringsanalysen. Vi fant en tilnærmet normalfordeling med noe tendens til avvik fra kravet om homoskedasitet (se Vedlegg F).

### ***Håndtering av manglende data***

Av deltakerne våre manglet 49% ett eller flere svar på utsagnene i spørreskjemaet. Gjennomsnittlig andel manglende data for deltakerne var 3% (fra under 1% til 60%). Den totale mengden manglende data i materialet vårt var 4%, som i følge Schafer (1999) kan sies å være en liten andel manglende data (Musil et al., 2002). Little's MCAR test i datasettet vårt ga et ikke-signifikant resultat ( $\chi^2(2532, N = 119) = 2504,085, p = .65$ ). Dette betyr at manglende data i vår studie kan betraktes som helt tilfeldig distribuert.

Vi valgte å bruke Expectation Maximization imputering som estimerer verdier for manglende data basert på alle utfylte datapunkter i en to-steps prosess (Musil et al., 2002). Kombinasjonen av lav mengde manglende data og en ikke-signifikant MCAR-test gjorde at fordelene ved multippel imputering ble ansett som mindre enn ulempene ved at det valgte analyseverktøyet (SPSS) ikke kan gjennomføre flernivåanalyser basert på multippel imputerte data. Da EM-imputering gir estimater også utenfor vår skala på en til syv ble slike tall flyttet til nærmeste gyldige verdi (en og syv) ved Winsorizing (Ghosh & Vogt, 2012).

### ***Faktoranalyser***

Vi foretok faktoranalyser for å avgjøre antallet mediatorer som skulle inkluderes i hovedanalysen vår. For å undersøke strukturen på implementeringsutfallene gjorde vi en konfirmerende faktoranalyse (CFA) med Maximum Likelihood (ML) i tilleggsprogrammet AMOS 26.0 til IBM SPSS. Vi undersøkte først aksept, egnethet, gjennomførbarhet og etterlevelse som fire selvstendige faktorer. Da denne modellen viste dårlig tilpasning, sammenliknet vi alternative faktorstrukturer gruppert i modeller. Tilpasningen ble vurdert ut ifra følgende indekser: TLI (Tucker-Lewis index), RMSEA (root-mean square error of approximation), CFI (comparative fit index), samt Chi-kvadratet (Schreiber et al., 2006). God tilpasning indikeres ved CFI og TLI  $\geq .95$ , og RMSEA  $\leq .06$  (Hu & Bentler, 1999). For chi-kvadranten indikeres god tilpasning ved en ikke signifikant chi-test (Brown, 2015, s.69).

For å finne alternative faktorstrukturer foretok vi eksplorerende prinsippal komponentanalyser (PCA) med direct oblimum som rotasjonsmetode i SPSS 26.0. Rotasjonsmetoden ble valgt på bakgrunn av antakelse om korrelasjon mellom faktorene (Costello & Osborne, 2005). Vi gjorde i tillegg eksplorerende faktoranalyser med prinsippal aksefaktorering (PAF) da PCA er kritisert for å inkludere all varians og ikke direkte utleder underliggende faktorer (Field, 2013, s. 675). De eksplorerende faktoranalysene ble vurdert etter Kaisers kriterium med Eigenvalue over 1 og ut ifra knekkpunktet på Scree-plottene (Cattell, 1966; Kaiser, 1960). I tillegg ble mønstermatrisene over faktorladningene og strukturmatrisene studert for å undersøke om de ulike testleddene fordelte seg logisk ut ifra vår teoretiske forståelse og hva tidligere empiri har vist.

**Forutsetninger for faktoranalysene.** For å gjøre en CFA med ML kreves normalfordelte data på en kontinuerlig skala og med tilstrekkelig utvalgsstørrelse (Brown, 2015; Moore, 2012; Schmitt, 2011) Dette anses som møtt da vi bruker en Likert-skala med syv kategorier, og utvalgsstørrelsen møter anbefalingene til Marsh, Hau, Balla og Grayson (1998) om minimum fire indikatorer per faktor når utvalget ligger på rundt 100 deltakere (4-18 i vårt tilfelle). Forutsetningene for å gjøre en eksplorerende faktoranalyse vurderes som

tilfredsstilt ut ifra følgende: flere høye faktorladninger ( $> ,80$ ), minimum fem deltakere per testledd (6,6 - 19,8) og Kaiser-Meyer-Olkins test  $> ,50$  (.66-.89) (Guadagnoli & Velicer, 1988; Kaiser, 1970) Tinsley og Tinsley, 1987, sitert av DeVellis, 2012). Korrelasjoner ble undersøkt for henholdsvis analysen for aksept, gjennomførbarhet og egnethet, og analysen for etterlevelse. I begge tilfeller møtes forutsetningene for eksplorerende faktoranalyse ved korrelasjonsdeterminant  $> ,00001$  og Bartlett's test = ,000 (Field, 2013, s.686).

**Resultater.** Resultatene fra PCA med alle de fire implementeringsutfallene (18 utsagn) viste at aksept, gjennomførbarhet og egnethet ladet på samme faktor (komponent) mens utsagnene for etterlevelse ble forklart av andre faktorer uten en like tydelig tendens (Tabell G9). PAF viste en liknende faktorstruktur, hvilket ofte også er tilfellet (Guadagnoli & Velicer, 1988). PCA og PAF av etterlevelse (seks utsagn) tydet på tre underliggende faktorer hvor to utsagn ladet betydningsfullt på hver faktor ( $> ,40$ ) (Tabell G4 og Tabell G6) (Stevens, 2002, sitert av Field, 2013, s. 682). En slik oppdeling ville imidlertid ha ført til svært få ledd per skala, og det ble vurdert hensiktsmessig å beholde etterlevelse som én samlet skala. Se Vedlegg G for alle tabeller og Scree-plot.

CFA-modellene av implementeringsutfallene viste dårlig tilpasning (se Tabell 1). I sammenligningen av de ulike modellene av de fire implementeringsutfallene kom firefaktormodellen best ut, og av modellene for aksept, egnethet og gjennomførbarhet, kom trefaktormodellen best ut (Tabell 1). Ettersom alle modellene viste dårlig tilpasning valgte vi likevel å slå sammen aksept, egnethet og gjennomførbarhet i tråd med resultatene fra PCA og PAF, og konkluderte med å inkludere to mediatorer i hovedanalysen vår.

Det gir mening å slå sammen gjennomførbarhet, aksept og egnethet ettersom dette er i tråd med en teoretisk antakelse om at begrepene kan overlappe, og ut fra kjente begrensninger ved vurderingen av diskriminant validitet i utviklingen av skalaene IAM, AIM og FIM (Proctor (Proctor et al., 2011; Weiner et al., 2017). Strukturen gir også mening ut ifra at etterlevelsutsagnene måler i hvilken grad respondentene har fulgt stegene i Tidlig Trygg mens de andre tre implementeringstufallene angår respondentenes oppfatning av og holdning til tiltaket.

**Programholdninger.** Vi valgte å slå sammen aksept, egnethet og gjennomførbarhet til *programholdninger* basert på den enkelte deltakers gjennomsnitt innad i skalaene. Vi forstår "holdninger" ut fra Maio og kollegaers (2018) beskrivelse av holdninger som en overordnet evaluering av et holdningsobjekt. Vi ønsker å fremheve det vi oppfatter som er klar forskjell mellom de to mediatoene etterlevelse og programholdninger.

## Tabell 1



Resultater fra konfirmerende faktoranalyse av implementeringsutfall: aksept (AIM), gjennomførbarhet (FIM), egnethet (IAM) og etterlevelse (N=119)

<b>Modell</b>	<b>RMSEA (90% CI)</b>	<b>TLI</b>	<b>CFI</b>	<b><math>\chi^2</math>, df (p-verdi)</b>	<b><math>\chi^2/df</math></b>
<b><i>Alle utfallsmål</i></b>					
Modell 4 faktorer	,129 (.114 - ,144)	0,751	,813	383,441, df = 129 (.000)	2,972
Modell 1 faktor	,131 (.116 - ,146)	0,745	,799	408,044, df = 135 (.000)	3,023
Modell 2 faktorer	,130 (.115 - ,145)	0,750	,807	393,989, df = 132 (.000)	2,985
<b><i>Sammenligning av modeller</i></b>					
Modell 4 faktorer korrekt					
Modell 1 faktor				24,603, df = 6 (.000)	
Modell 2 faktorer				10,548, df = 3 (.014)	
Modell 2 faktorer korrekt					
Modell 1 faktor				14,055, df = 3 (.003)	
<b><i>AIM/IAM/FIM</i></b>					
Modell 3 faktorer	,151 (.129 - ,175)	0,816	,880	188,965, df = 51 (.000)	3,705
Modell 1 faktor	,151 (.129 - ,174)	0,817	,873	199,912, df = 54 (.000)	3,702
<b><i>Sammenligning av modeller</i></b>					
Modell 3 faktorer korrekt					
Modell 1 faktor				10,947, df = 3 (.012)	

### **Reliabilitet**

Reliabiliteten for de ulike skalaene ble vurdert som god ved Cronbach's alpha mellom ,70 og ,90 (Tavakol & Dennick, 2011). Vi så også på corrected item-total-korrelasjoner og Cronbach's alpha if item deleted. Vi undersøkte dette både for de ulike underdomenene og de overordnede domenene, siden de overordnede domenene består av flere ulike undermål og dermed ikke er endimensjonale (Field, 2013, s. 709).

Vi valgte å fjerne totalt ni utsagn fra skalaen implementeringskvalitet som alle viste corrected item-total-korrelasjoner under ,30 med sine underdomener (Field, 2013, s. 713). Vi undersøkte deretter corrected item-total-korrelasjoner og Cronbach's alpha if item deleted for implementeringskvalitet som én skala. Som følge av dette ble underdomenet organisasjon fjernet da dette underdomenet korrelerte ,17 med den samlede skalaen for implementeringskvalitet. Ett utsagn ble fjernet fra skalaen etterlevelse på bakgrunn av samme kriterier. Utsagnene fra organisasjon, individ og etterlevelse som ble fjernet, er de følgende: 16, 21, 24, 25, 26, 27, 43, 44, 45 og 45 (se Vedlegg D for spørreskjemaet). For en oversikt over Cronbach's alpha for de ulike skalaene for overdomenene før og etter revidering, se Vedlegg H.

### **Tabell 2**

*Deskriptive analyser av de endelige måleskalaene før standardisering (N=119)*

	<i>M</i>	Min	Max	SD	$\alpha$	<i>n</i> (utsagn)
Implementeringskvalitet	4,98	3,46	6,82	0,73	,79	30
Programholdninger	5,18	1,58	7,00	1,08	,95	12
Etterlevelse	0	-2,08	1,03	0,63	,69	6
Opplevd nytte av Tidlig Trygg	4,55	1,89	6,72	0,97	,93	18

*Notat.* Skalaen for etterlevelse er på standardisert form.

### ***Intraclass correlation***

Våre datapunkter ble samlet inn fra grupper ved ulike barnehager. Det var tenkelig at individene innad i samme barnehage svarte likere enn på tvers av barnehager (Bauer et al., 2006). Ut ifra dette, var det sannsynlig at det ville være nødvendig å gjøre analysene våre på flere nivåer, og vi kalkulerte derfor *intraclass-korrelasjon* (ICC). I vårt tilfelle vil ICC representere andelen av den totale variasjonen i effektmålet (opplevd nytte av Tidlig Trygg) som kan tilskrives til barnehagene (nivå to) (Field, 2013, s. 817). ICC basert på variasjonen i effektmålet tilsier at 8% forklares av nivå to (9% før imputering). Ettersom ICC ikke var lik null, antas observasjonene å ikke være uavhengige. Dette ble tatt hensyn til i videre analyser for å unngå feilslutninger (Field, 2013, s. 817; Musca et al, 2011). ICC basert på implementeringsutfallene viste at nivå to forklarer 21% av variasjonen i programholdninger, mens det for etterlevelse ikke ser ut til å kunne forklare noe variasjonen.

### ***Korrelasjon***

Pearsons *r* ble benyttet for å vurdere samvariasjonen mellom de ulike variablene. Korrelasjonene ble vurdert som svake ved  $r = ,10$ , moderate ved  $r = ,30$ , og sterke ved  $r = ,50$  og høyere (Cohen, 2013). Korrelasjonsmatrisen viser sterke korrelasjoner mellom implementeringskvalitet og programholdninger, mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket, og mellom programholdninger og opplevd nytte av tiltaket. Etterlevelse korrelerer moderat til sterkt med de andre variablene.

### **Tabell 3**

*Korrelasjonsmatrise (N = 119)*

	2	3	4
1: Implementeringskvalitet	,709**	,770**	,447**
2: Opplevd nytte av Tidlig Trygg		,758**	,392**
3: Programholdninger			,303**
4: Etterlevelse			

*Notat.* Korrelasjon beregnet ved Pearsons *r* og gjort på individnivå

\*\* =  $p < ,01$ .

### ***Sensitivitetsanalyse med kovariater***

Vi anså det sannsynlig at bakgrunnsvariablene kjønn, utdanningsnivå og antall år jobbet i barnehage kunne påvirke hovedanalysen vår, og vi ønsket å kontrollere for dette. Annen forskning indikerer at utdanningsnivå og antall år jobbet i barnehage kan ha sammenheng med hvordan ansatte vurderer og tar i bruk nye tiltak (Squires et al., 2011; Stewart et al., 2012). Kjønnforskjeller har også blitt trukket frem som en mulig viktig faktor ved implementering (Tannenbaum et al., 2016). Vi valgte derfor å gjennomføre en sensitivitetsanalyse der vi foretok vi en helt lik medieringsanalyse som ved hovedanalysen, men inkluderte kovariatene på individnivået (Aalen & Stensrud, 2020). Vi brukte resultatene fra sensitivitetsanalysen som sammenligningsgrunnlag for resultatene fra hovedanalysen.

### **Hovedanalyse**

#### ***Medieringsanalyse***

Medieringsanalysen ble gjennomført i programmet MLmed Beta 2, som er et makro-program til bruk i SPSS utviklet av Rockwood (u.å.). Dette programmet ble valgt da det lar oss gjøre multipl medieringsanalyse med inntil tre mediatorer og kan ta hensyn til data på flere nivåer (Rockwood, u.å.). MLmed vil automatisk tilpasse og sentrere variabler for å kunne undersøke medieringseffekter på innen- og mellomgruppenivå (Rockwood, u.å.).

Medieringsmodellen undersøker hvordan en uavhengig variabel påvirker en avhengig variabel gjennom en eller flere mellomliggende variabler (Baron & Kenny, 1986; Preacher & Hayes, 2008). Ved Baron og Kennys klassiske fire steg (causal steps strategy) kreves en signifikant sammenheng mellom uavhengig og avhengig variabel, en signifikant sammenheng mellom uavhengig variabel og mediator, og en signifikant sammenheng mellom mediator og avhengig variabel (Baron & Kenny, 1986). For å etablere at en medieringseffekt finner sted, må deretter sammenhengen mellom uavhengig variabel og avhengig variabel reduseres når mediatorvariabelen inkluderes i modellen. Denne tilnærmingen er i den senere tid imidlertid kritisert, og den er ikke anbefalt i mindre utvalgsstørrelser (Preacher & Hayes, 2004; Preacher & Hayes, 2008; Aalen & Stensrud, 2020). Andre metoder for å undersøke mediatoreffekten fokuserer på den indirekte effekten fra X via M til Y og signifikanstester den, basert på at dette svarer til differansen mellom den totale og direkte effekten (Preacher & Hayes, 2008). Gjennom MLmed vil vi beregne den indirekte effekten for de ulike mediatorne på to ulike nivåer. Den indirekte effekten signifikanstestes ved Monte Carlo intervall, som deler flere av fordelene til ikke-parametrisk bootstrapping og anbefales av Preacher og Selig (2012) for flernivåmodeller.

På bakgrunn av faktoranalysene inkluderte vi to variabler som mediatorer, programholdninger og etterlevelse. Den multiple medieringsanalysen lar oss undersøke i hvilken grad de to implementeringsutfallene påvirker sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg når de begge er til stede. Vi har også mulighet til å se på størrelsene av de indirekte effektene relativt til hverandre (Preacher & Hayes, 2008). I kontrast kan gjentatte enkle medieringsanalyser, der de ulike mediatoene blir testet hver for seg, produsere feilestimater av de indirekte effektene siden disse modellene tar høyde for færre variabler (Judd & Kenny, 1981; Preacher & Hayes, 2008).

På bakgrunn av ICC undersøkte vi effektene både mellom gruppene (barnehagene) og innad i gruppene, for å ta hensyn til mulige flernivåeffekter. Zhang og kollegaer (2009) påpeker at det kreves forsiktighet ved tolkning av resultatene dersom effekten innad i gruppene skiller seg fra effekten mellom gruppene. De anbefaler å rapportere medieringseffektene både for nivå en og nivå to for å unngå en feilestimering av medieringen på de ulike nivåene (Zhang et al., 2009). Mellomgruppenivå (between-effects) brukes her om sammenhengen mellom kvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg målt ut fra gruppetilhørighet (nivå to), mens innengruppenivå (within-effects) beskriver individets avvik fra gruppens gjennomsnitt og estimerer effekten på individnivå (nivå en) (Zhang et al., 2009). Etersom ICC-analysen viste at nivå to forklarer variasjon i implementeringsutfallet programholdninger, men ikke for etterlevelse, kunne *random intercept* kun inkluderes for førstnevnte i medieringsanalysen.

## Resultater

### Hovedanalyse

#### ***Medierer implementeringsutfall sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg på individnivå?***

For implementeringsutfallet programholdninger finner vi en signifikant indirekte effekt fra implementeringskvalitet via programholdninger på opplevd nytte av tiltaket på individnivå (se Tabell 4). Den totale effekten av implementeringskvalitet på opplevd nytte av tiltaket på individnivå er  $b = 0,7$  ( $0,32 + 0,33 + 0,05 = 0,70$ ), og 47% ( $0,33 / (0,33 + 0,32 + 0,05) = 0,47$ ) av denne sammenhengen medieres av programholdninger.

For implementeringsutfallet etterlevelse finner vi ikke en medieringseffekt på sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket på individnivå (se Tabell 4). Vi finner en signifikant positiv sammenheng mellom implementeringskvalitet og etterlevelse på individnivå, men de resterende sammenhengene i modellen er ikke signifikante.

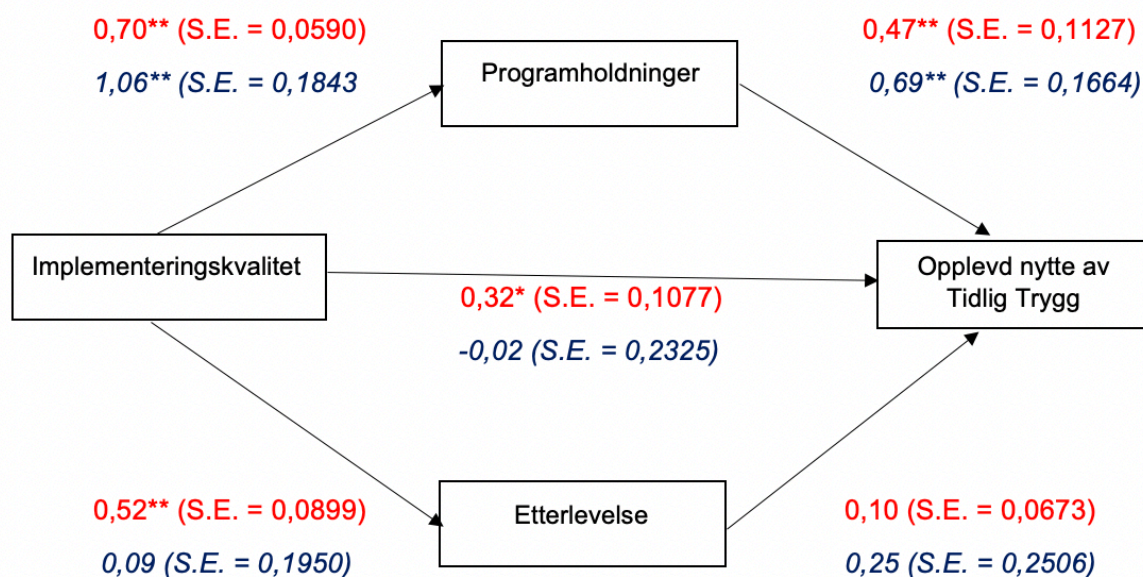
### **Medierer implementeringsutfallet sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg på gruppenivå?**

For implementeringsutfallet programholdninger viser resultatene våre en signifikant indirekte effekt fra implementeringskvalitet via programholdninger på opplevd nytte av tiltaket på gruppenivå (se Tabell 4). Sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket virker å være tilnærmet fullstendig mediert på gruppenivå når programholdninger inkluderes i modellen. Den resterende ikke-signifikante direkte sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket er svært nærme null (se Figur 3).

For implementeringsutfallet etterlevelse finner vi ikke en medieringseffekt på sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket på individnivå (se Tabell 4). Ingen av sammenhengene som inngår i denne indirekte effekten er signifikante i modellen vår.

**Figur 3**

*Flernivåmedieringsanalyse med programholdninger og etterlevelse som mediatorer (N=119)*



*Notat.* Effekter på individnivå rapporteres med rød farge og normal font. Effekter på gruppenivå rapporteres i blå farge og kursiv. Effektene oppgis i standardiserte regresjonskoeffisienter. \* =  $p < ,01$ , \*\* =  $p < ,001$ .

**Tabell 4**

*Den indirekte effekten av implementeringsutfallene programholdninger og etterlevelse på*

individ- og gruppenivå, samt test av indirekte kontekstuelle effekter (N=119)

Notat. Effektene oppgis i standardiserte regresjonskoeffisienter.

Indirekte effekt	Test av indirekte kontekstuelle effekter								
	Within effekt (individnivå)			Between effekt (gruppenivå)			Differanse	MCLL	MCUL
		p	S.E.		p	S.E.			
Programholdninger	0,33	< ,001	0,0836	0,73	< ,001	0,2197	0,4036	-0,0163	0,8969
Etterlevelse	0,05	,15	0,0368	0,02	,75	0,0727	-0,0297	-0,1803	0,1612

### Sensitivitetsanalyse med kovariater

Resultatene fra flernivåmedieringsanalysen med kovariater på individnivå (kjønn, utdanningsnivå og antall år jobbet i barnehage) viste lignende resultater som hovedanalysen viste (se Figur I1 i vedlegg). Modellen viste at de samme direkte sammenhengene var signifikante som i hovedanalysen. Det var også minimale forandringer i effektstørrelsene ( $b_{diff}$  fra 0,00 til 0,08). Også de samme indirekte effektene var signifikante, og med små forandringer i effektstørrelser fra hovedanalysen ( $b_{diff}$  fra 0,01 til 0,04) (se Tabell I2 i vedlegg). Modellen viste også at ingen av kovariatene hadde signifikante sammenhenger med noen av de andre variablene, med unntak av sammenhengen mellom antall år jobbet i barnehage og etterlevelse ( $b = 0,28$ ,  $p < ,01$ ). Effektstørrelsene på sammenhengene mellom kovariatene og de andre variablene varierte mellom  $b = -0,02$  og  $b = 0,28$  (se Tabell I1 i vedlegg).

### Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke om sammenhengene mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg medieres av implementeringsutfall på individ- og barnehagenivå. Vi finner at implementeringskvalitet er relatert til opplevd nytte av Tidlig Trygg. Denne sammenhengen ser ut til å være delvis mediert av implementeringsutfallet programholdninger på individnivå (47%), og tilnærmet fullstendig mediert på gruppenivå. Forskjellen mellom medieringseffekten på individnivå og gruppenivå er ikke statistisk signifikant, men tolkes som klinisk relevant. Sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket ser ikke ut til å medieres av etterlevelse, verken på individ eller gruppenivå.

### Programholdninger som mediator

#### Individnivå

Medieringseffekten av implementeringsutfallet programholdninger på individnivå virker å kunne forklare en stor del av relasjonen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket. Dette kan tyde på at programholdninger er en viktig mellomliggende

variabel i denne sammenhengen. Dette funnet kan drøftes i lys av teorien om planlagt atferd, heretter forkortet til TPA (Ajzen, 1991). I TPA er holdninger én av tre komponenter som påvirker individets intensjon om å utføre en atferd, der intensjonen er et uttrykk for motivasjonelle faktorer, som for eksempel hvor hardt individet er villig til å prøve og hvor mye krefter det er villig til å bruke. Intensjonen til å utføre en atferd vil deretter påvirke faktisk atferd (Ajzen, 1991). Holdninger til atferd defineres i TPA som i hvilken grad individet har en positiv eller negativ evaluering eller forståelse av atferden man undersøker (Ajzen, 1991). Innføringen av nye tiltak og intervensjoner i organisasjoner innebærer nettopp atferdsendring hos de aktuelle aktørene (Fixsen et al., 2009; Michie et al., 2009). I vår studie består implementeringsutfallet programholdninger av underkategoriene opplevd aksept, egnethet og gjennomførbarhet. Dersom vi tolker funnene våre med utgangspunkt i TPA, vil en økning av opplevd aksept, egnethet og gjennomførbarhet gjøre deltakerne mer tilbøyelige til å utføre atferdsendringen som Tidlig Trygg ønsker å skape. En slik forståelse kan samsvare med annen forskning i implementeringsfeltet, som har funnet sammenhenger mellom deltakernes holdninger og bruk av nye tiltak (Becker-Haimes et al., 2019; Whiteside et al., 2016). Becker og kollegaer (2013) har for eksempel funnet at holdninger til evidensbasert praksis kan knyttes til bruk av behandlingsmanualer i terapi, som illustrerer at holdninger kan knyttes til faktisk atferd.

For å få til denne økningen i positive holdninger til programmet, tyder medieringsmodellen vår på at innsats rettet mot å øke implementeringskvaliteten kan være virkningsfullt. Da vi har slått sammen ulike aspekter ved implementeringskvaliteten til ett samlet mål, gir dette en vag indikasjon på hva som blir viktig. Annen forskning som har benyttet mer presise måleverktøy har imidlertid vist at tilstrekkelig informasjon om et tiltak og et støttende arbeidsklima kan virke positivt på holdninger til programmet ved implementering (Beets et al., 2008; Aarons et al., 2009). Dette kan tyde på at å prioritere å gi ansatte god opplysning om det aktuelle tiltaket, og generelt jobbe mot et godt arbeidsklima på avdelingen, vil kunne gi gunstige effekter ved implementering av nye tiltak gjennom programholdninger.

### ***Gruppenivå***

Funnene våre indikerer at programholdninger er en avgjørende mellomliggende variabel i relasjonen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket på gruppenivå, med en tilnærmet fullstendig medieringseffekt. Medieringseffekten av programholdninger kan ses i lys av forskning på organisasjonskultur, som fremhever at gruppeprosesser kan skape felles oppfatninger og holdninger mellom medlemmene av en

gruppe (Glisson et al., 2007; Williams & Beidas, 2019). Organisasjonskultur refererer til antakelser, verdier, felles normer og forventninger knyttet til atferd som preger og setter føringer for atferd innen en arbeidsplass (Williams & Beidas, 2019). Dette sender signaler om hvilke prioriteringer de ansatte bør gjøre i arbeidshverdagen sin, som kan påvirke de ansattes tilbøyelighet til å engasjere seg og legge innsats i innføringen av nye tiltak (Glisson, 2002).

Flere studier har fremhevet egenskaper ved organisasjonen som en viktig påvirkningsfaktor for at intervensjonen skal fungere som ønsket (Ehrhart et al., 2019; Williams, 2016). Studier har empirisk knyttet organisasjonskultur til blant annet klinikers holdninger til evidensbaserte metoder, opprettholdelse av nyinnførte behandlingsprogram, kvalitet i behandlingstilbud og behandling utfall for ungdom i psykisk helsevern (Williams & Glisson, 2014; Aarons et al., 2012). Studier viser at organisasjonskultur, gjennom felles forventninger og normer for atferd i en gruppe, kan påvirke individuell atferd i organisasjoner, og at variasjoner i organisasjonskulturen i ulike grupper kan forklare forskjeller i prestasjon og andre utfall (Klein & Sorra, 1996; Williams & Glisson, 2014). Ut ifra dette kan det tenkes at medieringseffekten ved programholdninger eksisterer i en interaksjon mellom gruppenivået og individnivået, hvor holdninger til tiltaket på gruppenivået påvirker atferd på individnivået.

Modellen finner en sammenheng mellom implementeringskvalitet og programholdninger, og annen empiri knytter også variabler som inngår i implementeringskvalitet til holdningspåvirkning. En flernivåstudie finner at ledere vil være en viktig påvirkningskilde til ansattes holdninger til et tiltak og til implementering (Guerrero et al., 2020). Studien undersøker i hvilken grad toppledernes lederskap, mediert av mellomlederes lederskap, påvirker holdninger til et evidensbasert tiltak og implementering blant ansatte. Ut ifra dette kan underdomenet ytre forhold under implementeringskvalitet synes viktig for å påvirke organisasjonskulturen. Funnet fra studien kan forstås som at mellomledere, eller avdelingsledere i vårt tilfelle, blir avgjørende ved å fungere som en kanal inn til avdelingen som kan danne grunnlaget for felles holdninger til tiltaket. Aspekter ved underdomenet implementeringsprosessen kan også muligens peke på viktige fokusområder for å kunne bedre avdelingens samlede holdning til et tiltak, som eksempelvis målt ved utsagnene: “Det er tydelige indikasjoner på at barnehagen prioriterer dette prosjektet” og “De som formidlet at Tidlig Trygg skulle gjennomføres var entusiastiske og hadde tro på det”.

### ***Kontrasteffekten mellom medieringseffektene***

Kontrasteffekten mellom medieringseffektene av programholdninger på individnivå og gruppenivå er ikke statistisk signifikant i datamaterialet vårt. Manglende statistisk



signifikans kan skyldes et for lavt antall deltakere i studien vår (Bretthauer, 2008). Vi vil likevel trekke fram den relative størrelsesforskjellen som klinisk relevant,  $b = 0,40$ . Differansen mellom medieringseffekten på individnivå og gruppenivå er i standardavvik, som vil si på samme skala som Cohens  $d$ , der 0,40 svarer til en noe under moderat effekt (Cohen, 2013). Klinisk signifikans bør vurderes ut fra en helhetsvurdering av mellom annet konsekvenser og ulemper, og kjente virkningsmekanismer (Daae-Zachrisson & Ogden, 2018). I forskning på universelle forebyggende og helsefremmende tiltak, som Tidlig Trygg, ligger effektstørrelsene ofte under 0,40 (Taylor et al., 2017). I en metaanalyse av Taylor og kollegaer (2017) av 82 skolebaserte universelle tiltak for sosial og emosjonell læring, lå de gjennomsnittlige effektstørrelsene på mellom 0,13 til 0,33 Hedges  $g$  (Hedges & Olkin, 2014). Hedges  $g$  og Cohens  $d$  kan anses som sammenlignbare (Glen, 2016; Enzmann, 2015; Lydersen, 2020). En forskjell i effektstørrelser på 0,40 i dette forskningsfeltet må dermed kunne anses som klinisk relevant. Ettersom universelle forebyggende og helsefremmende tiltak ønsker å bedre befolkningens helse på lang sikt, kan selv små effektstørrelser utgjøre stor forskjell (Taylor et al., 2017). For å illustrere dette beskriver Taylor og kollegaer (2017) at et tiltak med effektstørrelse så lavt som 0,12 ville kunne øke andelen ungdom som fullfører videregående med 6%, som fra et samfunnsperspektiv ville være betydningsfullt.

Kontrasteffekten av medieringen av programholdninger på individ- og gruppenivå kan indikere at programholdninger er enda viktigere for implementeringsprosessen på gruppenivå enn på individnivå. Dette kan få konsekvenser for valg av implementeringsstrategier, der strategiene kanskje bør rette seg inn mot gruppeholdninger til tiltaket fremfor individets holdninger til tiltaket. Lewis og kollegaer (2020) argumenterer for at implementeringsstrategier bør designes med tanke på spesifikke implementeringsdeterminanter. De fremhever at mangel på kunnskap om hvilke strategier som bør rettes mot hvilke determinanter, kan føre til valg av mindre potente strategier, med følgelig dårligere resultat. Videre finner Bosch og kollegaer (2007) at det ofte er en dissonans mellom nivået determinanten ligger på, og hvilke handlinger man velger for å forsøke å påvirke denne. Ut ifra dette kan det tenkes at strategier bør rettes mot kvalitetsdeterminanter som spesifikt påvirker gruppeholdninger til et tiltak.

### **Etterlevelse som mediator**

Sammenhengen mellom implementeringskvalitet og implementeringsutfallet etterlevelse er kun signifikant på individnivå. Vi finner ikke at etterlevelse relateres til opplevd nytte av Tidlig Trygg verken på verken individ- eller gruppenivå. Etterlevelse viser

heller ingen medierende effekt på sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg.

### ***Manglende sammenheng med nyttemålet***

Det er overraskende at etterlevelse ikke kan relateres til opplevd nytte av Tidlig Trygg. Det fremstår naturlig å forvente at grad av etterlevelse av et tiltak bør ha sammenheng med effektene tiltaket er tiltenkt å føre til (Prowse & Nagel, 2015). Vi måler imidlertid de ansattes *opplevelse* av nyttemålet og ikke effekter.

Andre studier som undersøker sammenhengen mellom etterlevelse og intervensjonsutfall blant forebyggende og helsefremmende tiltak viser imidlertid noe tvetydige resultater. Ulike oversiktsartikler oppsummerer at en god del studier finner en sammenheng, mens enkelte andre ikke gjør det (Breitenstein et al., 2010; Carroll et al., 2007; Durlak & DuPre, 2008; Hill & Erickson, 2019). De noe motstridende funnene kan muligens forklares av behov for en viss grad av fleksibilitet ved tilpasning til det aktuelle miljøet for intervensjonen (Aboud & Prado, 2018; Breitenstein et al., 2010; Durlak & DuPre, 2008). Det er også vist at moderat grad av etterlevelse predikerer bedre utfall i klinisk sammenheng, sammenlignet med lav og høy grad av etterlevelse (Barber et al., 2006). Dersom en slik kurvlineær sammenheng gjelder for forebyggende og helsefremmende tiltak, vil dette kunne støtte opp under behovet for fleksibilitet når slike tiltak implementeres.

### ***Måling av etterlevelse***

En for lite detaljert måling av etterlevelse kan tenkes å forklare manglende signifikante sammenhenger mellom etterlevelse og opplevd nytte av Tidlig Trygg ved at skalaen ikke fanger opp essensen i endringene de ansatte har gjort. Utfordringene ved å utvikle skalaen for etterlevelse knytter seg, som nevnt innledningsvis, til lite definerte trinn i Tidlig Trygg og stadige endringer underveis. Vi baserte spørsmålene i skalaen på informasjonen tilgjengelig for hva de ansatte skulle gjøre. Dette omfattet opplæring, deltakelse ved besøk av de tverrfaglige teamene, og formulering og oppfølging av avdelingstilpassede tiltak i etterkant av teambesøkene. Sistnevnte kan tenkes at burde vært målt på et mer detaljert nivå enn hva er gjort da dette er sentralt i delen av nyttemålet som dreier seg om å komme til tidligere og å oppdage barn i risiko tidligere. Kun følgende to utsagn dreier seg om dette: «Sammen med observasjonsteamene har vi laget konkrete planer for tiltak for barn og/eller barnehagemiljøet» og «Tiltakene som iverksettes følges ikke opp». Å innhente informasjon om hva det enkelte tiltaket gikk ut på og krevde av de ansatte i barnehagene, ville imidlertid ha betydd avdelingstilpassede

spørreskjemaer eller åpne svar. Dette hadde medført utfordringer både for analysene og for de etiske aspektene ved studien vedrørende personvern.

ICC ble estimert til å være null for etterlevelse, som indikerer at barnehagenivået ikke forklarer noe variasjon. Det kan tenkes at en mer detaljert beskrivelse av tiltakene som hver enkelt barnehage iverksatte hadde ført til økt sensitivitet til å plukke opp meningsfulle forskjeller *mellom* barnehagene. Barnehagene fikk dessuten tilbud om samme opplæringsopplegg og hadde omtrent like mange teambesøk, som kan bety lite variasjon på spørsmålene som omhandlet dette. Andre studier peker på at etterlevelse kan være meningsfullt å måle på gruppenivå, noe som kan støtte en hypotese om at ICC lik null kanskje kan skyldes en lite sensitiv måleskala (Odom et al., 2010; Zvoch, 2009).

Videre var definisjonen av etterlevelse veiledende for utviklingen av skalaen. Vi tok utgangspunkt i Proctor og kollegaer sin definisjon (2011). Her defineres etterlevelse som i hvilken utstrekning implementeringen av en intervensjon samsvarer med hvordan den ble beskrevet i den originale protokollen eller samsvarer med intensjonen til programutviklerne. Med utgangspunkt i informasjonen vi hadde tilgjengelig om Tidlig Trygg, endte det med at fokuset lå på etterlevelse til Tidlig Trygg i form av kvantitet: hvor mye hadde de ansatte gjort av det som var beskrevet at de skulle gjøre. For å forbedre denne skalaen kunne vi også ha inkludert grad av kvalitet, som har blitt trukket frem i litteraturen som en like viktig komponent (Breitenstein et al., 2010; Prowse & Nagel, 2015). Mens kvantitet dreier seg om hvorvidt de ulike stegene er fulgt opp, dreier kvalitet seg om hvordan de ulike stegene er utført og den ansattes kompetanse spiller inn. Denne svakheten ved vårt etterlevelsesmål gjenspeiler en generell tendens i litteraturen som undersøker etterlevelse i implementeringssammenheng (Breitenstein et al., 2010; Fixsen et al., 2005; Prowse & Nagel, 2015).

Å måle etterlevelse gjennom selvrapporing kan i seg selv også utgjøre et potensielt problem vedrørende nøytralitet og nøyaktighet (Prowse & Nagel, 2015). Nøytraliteten vil eksempelvis kunne forstyrres av ønsket om å se seg selv i et positivt lys (self enhancement bias) (Krueger, 1998). Dette kan gjelde hvis ansatte ikke har fulgt opp tiltaket så godt som de burde, og rapporterer om høyere grad av etterlevelse enn hva som var tilfellet.

### ***Manglende indirekte effekt***

Den fremstår sannsynlig at den manglende indirekte effekten av etterlevelse på sammenhengen mellom kvalitet kan skyldes utfordringene ved måleverktøyene, ettersom flere andre studier finner at etterlevelse kan ha en medierende effekt i tilsvarende sammenhenger, som mellom en gitt implementeringsstrategi og klinisk utfall (Glisson et al.,

2010; Lochman et al., 2009; Seys et al., 2018). Det kan imidlertid tenkes at implementeringsstrategier og implementeringskvalitet ikke er direkte sammenlignbart, ettersom implementeringsstrategiene er spesifikt rettet inn mot det aktuelle tiltaket mens vi måler implementeringskvalitet på et overordnet og generelt nivå (Lochman et al., 2009).

Dersom uteblivelsen av den indirekte effekten av etterlevelse likevel ikke skulle kunne forklares av mangelfulle måleskalaer, kan nullfunnet være viktig for å danne nye hypoteser om hvordan etterlevelse virker inn på implementeringsprosessen. Som allerede presentert, kan det eksempelvis se ut til at etterlevelse bør ses i sammenheng med grad av fleksibilitet ved tilpasning til det aktuelle miljøet for å predikere effektivitet.

### **Hypoteser om alternative medieringskanaler**

Som nevnt finner vi at halvparten av sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket på individnivå medieres av programholdninger. Den resterende direkte sammenhengen kan bety at implementeringskvalitet i noen grad virker direkte på opplevd nytte av tiltaket på individnivå uten mellomliggende variabler. Ettersom vi valgte å inkludere fire av Proctor og kollegaers (2011) implementeringsutfall i vår studie, kan det også tenkes at en eller flere av de gjenværende implementeringsutfallene, adopsjon, implementeringskostnader, spredning og bærekraftighet, ville kunne økt andelen forklart varians i medieringsmodellen på individnivå.

På gruppenivå finner vi en tilnærmet fullstendig medieringseffekt av denne sammenheng mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket. En hypotese kan være at Proctor og kollegaers (2011) implementeringsutfall adopsjon, implementeringskostnader, spredning og bærekraftighet i mindre grad kan knyttes til sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket på gruppenivå i datamaterialet vårt. For implementeringskostnader, spredning og bærekraft kan dette kanskje forklares av at disse gjerne retter seg mot et mer overordnet nivå, som for eksempel bydelsrådet eller kommunestyret, og i mindre grad gjelder som et implementeringsutfall i den enkelte barnehage.

En følge av denne hypotesen ville være at disse implementeringsutfallene heller ikke kan forklare den resterende halvparten uforklart variasjon på individnivå. Implementeringsutfallet adopsjon måles derimot gjerne på individnivå eller på nivået for den utøvende organisasjonen, som her er barnehagene. Kanskje kan dette bety at den resterende andelen uforklart varians på individnivå kunne knyttes til Proctor og kollegaers (2011) implementeringsutfall adopsjon, som beskriver intensjonen til å ta i bruk endringen som

tiltaket innebærer. Dette ville kunne samsvare med teorien om planlagt atferd, som omhandler nettopp intensjon og motivasjon på individnivå (Ajzen, 1991).

Det kan også tenkes at andre faktorer enn Proctor og kollegaers (2011) implementeringsutfall kunne forklare den resterende variansen på individnivå. I sin oversikt over rammeverk i implementeringsfeltet trekker Nilsen imidlertid bare fram ett annet evalueringsrammeverk, Glasgow og kollegaers (1999) beskrivelse av virksomheten til et tiltak som et resultat av fem faktorer, reach, efficacy, adoption, implementation og maintainance (RE-AIM). Proctor og kollegaer oppgir imidlertid å basere seg på eksisterende rammeverk i feltet, der RE-AIM nevnes spesifikt. Likevel er det enkelte ulikheter mellom beskrivelsen av variabler i disse rammeverkene. Eksempelvis plasserer Proctor og kollegaer bærekraftighet på organisasjons- og administratornivå, mens Glasgow og kollegaer plasserer det lignende implementeringsutfallet *oppretholdelse* (maintainance) på organisasjons- og individnivå. Kanskje vil også andre implementeringsutfall identifiseres i fremtidig forskning.

### **Styrker og svakheter**

#### ***Relativt lav deltakelse***

Av mulige 392 barnehageansatte, deltok 119 i spørreundersøkelsen. I tillegg til disse hadde 22 deltakere fylt ut spørreskjemaet, men unnlatt å signere på samtykkeskjemaet. Det var også hele avdelinger som ikke ønsket å delta, og det var generelt stor variasjon i svarprosent fra ulike barnehager. Den relativt lave oppslutningen og variasjonen i svarprosent gjør at resultatene må tolkes med en viss forsiktighet.

Det kan tenkes at usikkerhet rundt anonymitet kan forklare at såpass mange ansatte lot være å svare på spørreundersøkelsen eller fjernet samtykkeskjemaet fra spørreskjemaet. Dette kan ha vært en uheldig konsekvens av at forberedelsesperioden før datainnsamlingen ble preget av covid-19-situasjonen, og at nødvendig informasjon vedrørende anonymitet ikke har nådd helt frem. Det er også mulig at informasjonen om nødvendigheten av vedlagt samtykke ikke ble tydelig nok kommunisert. Covid-19-situasjonen gjorde i tillegg at mange ansatte hadde mye å gjøre med nye smittevernrutiner. Andre mulige grunner som anses sannsynlige for å forklare den store variasjonen i svarprosent blant de ulike barnehagene, er styrerens engasjement for prosjektet og generell innstilling til Tidlig Trygg.

Totalt 30% deltakelse i spørreundersøkelsen er å betrakte som relativt lavt (Baruch & Holtom, 2008). Hvem som valgte å delta er kanskje ikke tilfeldig og bidrar til en viss skjevhet i utvalget vårt. Dersom for eksempel avdelingens eller styrerens holdninger til Tidlig Trygg ble avgjørende for om avdelingen hadde høy svarprosent eller ikke, er dette en skjevhet som vil være avgjørende for variasjonen i datamaterialet. Negative holdninger som årsak til lavere

eller ingen deltakelse vil kunne føre til at utvalget vårt er mer positive til Tidlig Trygg enn den totale ansattgruppen som deltok. Dette vil kunne ha konsekvenser for generaliserbarheten av funnene våre, og det kan tenkes at medieringseffekten vi finner av programholdninger på sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av Tidlig Trygg bare vil gjelde for positive holdninger.

### ***Rammeverk og utvikling av skalaer***

Til tross for at skalaene våre for implementeringskvalitet og implementeringsutfall er reviderte som følge av innledende analyser, er innholdet i begrepene like fullt bygget på anerkjente og godt siterte rammeverk. Vi finner at implementeringsutfallet programholdninger, basert på Proctor og kollegaers (2011) beskrivelse av aksept, egnethet og gjennomførbarhet, kan betraktes som en mellomliggende variabel mellom implementeringskvalitet, basert på Damschroder og kollegaers CFIR (2009), og opplevd nytte av tiltaket. Studien bidrar dermed til å empirisk knytte innholdet i disse to rammeverkene sammen.

Måleskalaene som benyttes er enten utviklet, oversatt eller tilpasset av oss. Dette gjør at vi ikke kan være sikre på at de psykometriske egenskapene ved skalaene er tilstrekkelige, som allerede beskrevet for etterlevelse. En validering av skalaene ville bidratt til å redusere usikkerheten dette medfører. Gjennom de innledende analysene har vi gjort tilpasninger av skalaene våre for å oppnå en tilfredsstillende reliabilitet. Dette medfører at skalaene kanskje i mindre grad dekker de teoretiske begrepene vi planla å måle.

Vi har imidlertid gjort oss nyttige erfaringer i arbeidet med denne studien. Gjennom piloteringen fikk vi tilbakemeldinger knyttet til opplevelser ved spørreskjemaet og gjennomførbarhet (Leon et al., 2011). Erfaringene våre med de ulike måleskalaene kan bidra i valideringen og videreutviklingen av måleverktøyene, og bistå i å bygge opp en kunnskapsdatabase om kartleggingsverktøy innen implementeringsfeltet i Norge. Implementeringsfeltet i Norge er i en tidlig fase, og først i 2020 ble et nasjonalt nettverk for implementering dannet, Nasjonalt nettverk for implementeringsforskning (NIMP). En samlet oversikt over norske kartleggingsverktøy kan være et steg på veien mot NIMPs målsetting om å økt implementeringskunnskap i norsk kontekst (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2020).

**Utviklingen av skalaen for implementeringskvalitet.** Spørreskjemaet vi brukte for implementeringskvalitet ønsket i utgangspunktet å dekke alle fem underdomenene til CFIR, men på grunn av manglende validering kan vi ikke være sikre på at dette faktisk er tilfellet. Liu (upublisert) ser ut til å finne at faktorstrukturen for spørreskjemaet ikke ser ut til å

samsvare med Damschroder og kollegaers (2009) fem domener. Dersom dette stemmer, har det konsekvenser for hvilke områder av implementeringskvalitet vi faktisk har dekket, og hvordan vi kan operasjonalisere disse. Det må også nevnes at underdomenet organisasjon i sin helhet ble fjernet fra skalaen for å oppnå tilfredsstillende reliabilitet. Dette kan bety at vår samlede implementeringskvalitetskåre kan gi et misvisende bilde av den totale implementeringskvaliteten.

**Utviklingen av skalaen for programholdninger.** For å måle implementeringsutfallene aksept, egnethet og gjennomførbarhet benyttet vi de eksisterende måleverktøyene AIM, FIM og IAM, som ble valgt blant annet på bakgrunn av dokumentasjon av gode psykometriske egenskaper (Weiner et al., 2017). Vi klarte imidlertid ikke å gjenfinne disse implementeringsutfallene som tre distinkte faktorer i datamaterialet vårt, gjennom eksplorerende og konfirmerende faktoranalyser. Dette kan ses i sammenheng med at Weiner og kollegaer (2017) rapporterte om en noe begrenset undersøkelse av diskriminant validitet ved utviklingen av skalaene.

De konfirmerende faktoranalysene kunne ikke gjenskape funnene fra den eksplorerende faktoranalysen som viste at aksept, gjennomførbarhet og egnethet ladet på én faktor. Dette kan tenkes å forklare av brudd i forutsetningene for å gjøre en CFA-analyse. Datamaterialet vårt viste en liten tendens til avvik fra normalfordeling, som er en viktig antakelse for å unngå skjeve estimater og standardfeil ved ML-estimering, og dermed feilaktige signifikanstester (Moore, 2012; Schmitt, 2011). Schmitt trekker i denne forbindelse inn utfordringer ved bruk av ordinale skalaer med to til fem kategorier (2011). Selv om skalaene våre har flere enn fem kategorier, kan data målt på Likert-skala gjøre analysen mer sensitiv for selv små avvik fra en normalfordeling (Schmitt, 2011; Kline, 2015, s. 323). CFA-modellenes dårlige tilpasninger kan kanskje også forklare av et for lite utvalg sett i forhold til modellenes kompleksitet.

Måleinstrumentene vi benyttet er relativt nyutviklet og ingen validert norsk oversettelse av spørreskjemaene er publisert. Det kan dermed også hende at måleinstrumentene våre ikke kunne skille mellom disse tre implementeringsutfallene som følge av oversettelsen. Til tross for at vi benyttet back-translating (Brislin, 1970), som er en anerkjent metode for oversettelse av spørreskjema til nye språk, er det mulig at våre oversettelser kan ha redusert spørreskjemaets sensitivitet og dermed psykometriske egenskaper. At skalaene er oversatt til norsk og bruker en syvpunkts Likert-skala i stedet for en fempunktsskala vil også medføre begrensede mulighet til å sammenligne resultatene med andre studier.

### **Operasjonaliseringen av implementeringskvalitet og programholdninger.**

Gjennom arbeidet med datamaterialet og utviklingen av spørreskjemaet opplevde både vi og deltakerne i piloteringen at enkelte utsagn for implementeringskvalitet og programholdninger var svært like, og grenset mot overlappende. Vi valgte likevel å inkludere de aktuelle utsagnene i spørreskjemaet, og de utgjør til sammen en liten andel av det samlede målet på implementeringskvalitet. Opplevelsen av likhet reiser imidlertid fortsatt spørsmålet: I hvilken grad er implementeringskvalitet og implementeringsutfall ulike deler ved implementeringsprosessen der den ene følger av den andre? Damschroder og kollegaer (2009) ønsket å skape et overbyggende rammeverk som så godt som mulig kunne samle alle begrepene og variablene i feltet, og arbeide for å skape konsensus rundt definisjoner om determinanter. I dette følger det kanskje at aspekter ved implementeringsprosessen som Proctor og kollegaer (2011) definerer som implementeringsutfall, også ble inkludert. I spørreskjemaet vårt kan dette illustreres ved utsagnene “Jeg er positiv til innføringen av Tidlig Trygg”, som måler implementeringskvalitet under domenet individer, og “Jeg liker tiltaket Tidlig Trygg”, som er et mål på implementeringsutfallet aksept.

Lewis og kollegaer (2020) finner i sin metaanalyse av implementeringsmekanismer at en stor andel av de inkluderte studiene bruker ulike konsepter på en overlappende måte. I tolkningen av resultatene våre vil vi derfor trekke fram at dersom implementeringskvalitet og implementeringsutfall kan operasjonaliseres svært likt, kan kanskje deler av samvariasjonen mellom disse rammeverkene i studien vår skyldes at rammeverkene i noen grad overlapper.

En annen forklaring kan være at spørreskjemaet for implementeringskvalitet er nyutviklet og ikke empirisk validert. Kanskje handler den opplevde overlappingen av utsagn om at spørreskjemaet ikke i god nok grad har klart å operasjonalisere begrepene utviklet av Damschroder og kollegaer (2009), men gjennom de kvalitative intervjuene også har inkludert aspekter som faller inn under implementeringsutfall og ikke implementeringskvalitet.

**Nytten av tiltaket måles som indirekte effekt.** Ettersom vi undersøker de ansattes opplevde nytte av tiltaket, kan denne studien i liten grad si noe om de faktiske effektene av Tidlig Trygg. Ved oppstart av prosjektet var det ønskelig både fra vår og prosjekteiers side å innhente data som kunne si noe om observerbare utfall av prosjektet, som for eksempel økning i antall barn henvist til barnevernet og andre samarbeidspartnere. Den lave frekvensen av slike tall i bydelen ville imidlertid gjøre tolkningene våre sårbare for tilfeldigheter. Personvern hensyn var også en utfordring for å undersøke om en slik eventuell økning kunne knyttes til Tidlig Trygg. I samarbeid med prosjektledelsen i bydel Sagene valgte vi derfor å gå bort fra å innhente slike data.



Det hadde vært ønskelig å kunne inkludere en kontrollgruppe, for å med større sikkerhet kunne tilskrive eventuelle effekter til tiltaket ved å kontrollere for parallelle begivenheter. Dette var imidlertid ikke mulig ut fra prosjektets omfang. Ettersom vi kom inn i prosjektet først i evalueringsfasen hadde vi heller ingen muligheter for å gjøre en pre-test post-test, og vi valgte derfor å undersøke effekten indirekte gjennom de ansattes opplevelse av endring gjennom tiltaket Tidlig Trygg.

Selvrapportering gir oss begrensede muligheter til å si noe om hvorvidt for eksempel samarbeidet mellom barnehagene og foreldre *faktisk* er blitt bedre (Martinussen et al., 2016). I lys av teori om kognitiv dissonans, kan eksempelvis den store investeringen de ansatte har gjort i form av tid og krefter på de nye arbeidsoppgavene sine, føre til en etterrasjonalisering om at atferden og tidsbruken har vært meningsfull og dermed en opplevelse av effekt (Aronson & Mills, 1959; Festinger, 1962).

Det hadde vært en fordel å kunne følge opp barna som har vært med i Tidlig Trygg over tid da god utvikling utgjør det overordnede målet med målsettingene, og utvikling skjer over tid. Like fullt er det slik at veien fra et forebyggende tiltak til effekt ofte går gjennom flere ledd og at man derfor kan måtte nøye seg med å måle endringer i mellomliggende faktorer (Major, 2011). En indirekte måling av de ansatte opplevelse av nytten av tiltaket vil kunne gi oss hypoteser og påpeke mulige tendenser, men med visse forbehold.

### ***Overføringsverdi***

Sammenslåingen av Proctor og kollegaers (2011) aksept, gjennomførbarhet og egnethet og Damschroder og kollegaers (2009) implementeringsdeterminanter har ført til en forenkling av rammeverkene. Selv om vi finner at disse teoretiske rammeverkene viser en sammenheng i vår studie, vil dette begrense seg til våre operasjonaliseringer av de underliggende faktorene og videre begrense seg til måten faktorene er slått sammen på.

Konteksten for studien og tiltaket vil tenkes å ha konsekvenser for overførbarhet. Studien vår ble gjennomført i en barnehage som hadde tatt i bruk et forebyggende program. Følgelig kan det hende at programholdninger ikke vil kunne ha en tilsvarende medierende funksjon i kliniske sammenhenger, eller blant andre faggrupper.

Et annet viktig poeng er at Tidlig Trygg ikke er evidensbasert, og det kan stilles spørsmålsteget ved om funnene våre vil være gjeldende for evidensbaserte tiltak. Å studere implementeringen av et ikke-evidensbasert tiltak medfører metodiske utfordringer, eksempelvis for muligheten til å vite om uteblivelse av effekter skyldes tiltaket eller implementeringen. Vår undersøkelse ønsker imidlertid ikke å fastslå om tiltaket har hatt effekter. Da funnene våre stemmer overens med vårt teoretiske utgangspunkt ved Proctor og

kollegaer (2011) sitt rammeverk, synes det sannsynlig å tro at funnene våre er relevante for implementeringsprosessen ved evidensbaserte tiltak så vel som ved ikke-evidensbaserte tiltak.

### ***Retrospektive målinger***

Studien vår måler opplevelsen av implementeringsprosessen og opplevd nytte av tiltaket retrospektivt. Dette kan påvirke nøyaktigheten av alle de målte faktorene, men anses særlig som en utfordring når det gjelder målingen mellom etterlevelse og opplevd nytte av tiltaket. Tidlig Trygg er gjennomført over en periode på tre år. Dette lange tidsspennet kan tenkes ha konsekvenser for etterlevelsesmålingen eksempelvis ved at de ansatte kan ha glemt hvilke deler av opplæringen de deltok på i oppstartsfasen. Det å rapportere opplevde endringer som følge av Tidlig Trygg fordrer dessuten at man husker hvordan det var før. Kanskje kan studiens manglende evne til å fange opp en sammenheng mellom etterlevelse og opplevd nytte av tiltaket Tidlig Trygg forstås som at det har vært en endring, men at de endrede handlingene nå er blitt en integrert del av vanlig praksis og de ansattes automatiserte og refleksive handlingsmønstre. Dersom dette er tilfellet vil de ansatte kanskje ikke knytte endringene til programmet Tidlig Trygg, og resultatene våre vil underestimere denne sammenhengen.

### ***Flernivåanalyse***

Det anses som en styrke for denne studien at vi har tatt hensyn til både individ- og barnehagenivået i undersøkelsen vår av implementeringsprosessen. En nylig publisert metastudie oppgir at relativt få studier som undersøker mekanismer i implementeringsprosessen inkluderer flernivåanalyser til tross for bred enighet om at implementering foregår over ulike nivåer (Lewis et al., 2020). Å inkludere flere nivåer i empirisk arbeid er viktig for å kunne kartlegge hvordan implementeringsprosessen opererer på de ulike nivåene, og undersøke hvordan disse prosessene er ulike på tvers av nivåer. Resultatene i denne studien, som kan tyde på at programholdninger har mer å si på gruppenivå enn på individnivå, kan være et nyttig bidrag til dette.

Kontrasteffekten mellom individ- og gruppenivå for programholdninger var ikke statistisk signifikant. Dette funnet er dermed å betrakte som en hypotese for videre forskning. En høyere deltakelse i studien vår kunne gjort at vi med større sikkerhet kunne uttalt oss om ulikheter mellom nivåene. Ettersom deltakelsen i studien vår kan tenkes å ikke være tilfeldig, kan kanskje dette også ha påvirket i hvilken grad deltakerne våre var like innad i gruppene. I tråd med teorier om ledelse og organisasjonskultur kan det tenkes at barnehager med ledere som var positive til Tidlig Trygg i større grad engasjerte sine ansatte til å delta i

undersøkelsen vår, og at disse barnehagene også var mer positive til innføringen av Tidlig Trygg. Dette vil kanskje gjøre at vi i mindre grad vil kunne si noe om hvorvidt negative holdninger også er viktigere på gruppe- enn på individnivå. Dette er imidlertid bare hypoteser, og mer forskning trengs for å undersøke slike mulige sammenhenger.

### **Konsekvenser for videre implementering og implementeringsforskning**

Resultatene i vår studie antyder at programholdninger er viktigere på gruppenivå enn på individnivå. Dette kan ha viktige implikasjoner for hvordan implementeringsprosessen legges opp og for valg av strategi. Eksempelvis kan det tenkes at målrettet innsats bør sikte seg inn på implementeringsdeterminanter som antas å være avgjørende for holdninger på gruppenivå. Manglende statistisk signifikans ved effektforskjellen gjør imidlertid at dette funnet må behandles som en hypotese, og vil være interessant å undersøke nærmere i videre empirisk arbeid.

Videre kan implementeringsfeltet fremdeles sies å være lite samkjørt om begrepsbruk og operasjonalisering. Som følge av dette valgte vi å vie faktoranalysene våre av implementeringsutfallene relativt mye plass i denne oppgaven. Vi gjenfant ikke Proctor og kollegaers (2011) faktorstruktur for implementeringsutfallene aksept, gjennomførbarhet og egnethet som tre distinkte faktorer i datamaterialet vårt. Vi tenker at det vil være viktig for videre forskning å undersøke om disse tre implementeringsutfallene bedre forstås som én samlet faktor.

For skalaen implementeringskvalitet ble underdomenet organisasjon utelatt etter reliabilitetsanalyser. Videre studier bør inkludere også dette domenet. Det vil være interessant å se om medieringseffekten vi finner av programholdninger mellom kvalitet og opplevd nytte av tiltaket Tidlig Trygg eksisterer på alle undernivåene av kvalitetsmålet. En hypotese kan være at underdomenet ytre forhold vil være særlig viktig for medieringseffekten av programholdninger, da dette underdomenet knyttes til ledelsesgrupper som forskning har vist at kan påvirke ansattes holdninger til et tiltak (Guerrero et al., 2020).

Empirisk arbeid på ulike nivåer vil kunne ha positive konsekvenser for videre teoriutvikling. Williams og Beidas poengterer at eksisterende sosialpsykologiske teorier kan bidra med gode hypoteser om grunnleggende mekanismer i implementeringsprosessen, men at teoriene må brukes på nye, kreative måter for å omfatte kompleksiteten ved feltet (2019). Denne kompleksiteten viser også til de ulike nivåene implementeringen foregår på. Ikke bare kan implementeringsprosessen operere ulikt på ulike nivåer, de vil trolig interagere og kunne påvirkes av hverandre (Lewis et al., 2020). Dette er i tråd med psykososiale teorier og modeller om endring over tid (Bronfenbrenner, 1977, 1979; Sameroff, 2010).

For å forstå mer av implementering spesifikt i barnehager, vil det være nyttig å også undersøke implementeringsprosessen blant de ulike stillingsgruppene. Det kan tenkes at andre strategier kan påvirke ledere, sammenlignet med for eksempel fagarbeidere og assistenter som jobber direkte med barna og som skal utøve den nye praksisen. Kunnskap om hvordan tilrettelegge implementeringsprosessen for ulike stillings- og utdanningsgrupper vil kunne bidra positivt ved innføringen av nye programmer i barnehagesektoren. Dette vil videre være relevant for flere av programmene som skal iverksettes i forbindelse med Folkehelseprogrammet og kunne styrke kommunalt arbeid mot bedre folkehelse.

Til tross for at implementeringsforskningen hovedsakelig fokuserer på evidensbaserte programmer, iverksettes det ikke-evidensbaserte tiltak i stor skala på forebyggende og helsefremmende arenaer (Evans et al., 2017; Major, 2011; Martinussen et al., 2016). Det kan se ut til at andre vurderingskriterier prioriteres over den vitenskapelige undersøkelsen av effekt når et tiltak vurderes for opptak (Evans et al., 2017; Rogers, 2002). Dette er i tråd med diffusjonsmodellen som understreker viktigheten av beslutningstakers *oppfatning* av et tiltaks relative fordel for spredning og opptak av tiltaket, heller enn de objektive fordelene (Rogers, 2002). Innsats for å øke beslutningstakers oppfatning av evidensbaserte forebyggende tiltaks relative fordel, vil kunne bidra til at disse tiltakene velges fremfor mindre gode alternativer. Det fremstår likevel som et betimelig krav at forskningsspørsmålene som stilles innenfor implementeringsfeltet retter seg inn mot hva som ser ut til å utgjøre den faktiske praksisen på arenaene hvor forebyggende og helsefremmende arbeid skjer. Denne studien bidrar ved undersøkelsen av et ikke-evidensbasert tiltak. Resultatene våre må generaliseres med forsiktighet, men studien kan likevel peke på sammenhenger av relevans for forskning og beslutningstakere. Vi mener at økt kunnskap om implementeringen av ikke-evidensbaserte tiltak av forebyggende og helsefremmende karakter vil utgjøre et mål for fremtiden for å øke kvaliteten av også dette arbeidet.

### **Konklusjon**

Formålet med denne studien var å undersøke om sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket Tidlig Trygg medieres av implementeringsutfall. For programholdninger finner vi en delvis medieringseffekt på individnivå, og en tilnærmet fullstendig medieringseffekt på gruppenivå. Dette plasserer programholdninger som en viktig mellomliggende variabel i sammenhengen mellom implementeringskvalitet og opplevd nytte av tiltaket Tidlig Trygg. Medieringseffekten på individnivå kan forstås gjennom teorien om planlagt atferd som knytter holdninger til atferdsendringer. Medieringseffekten på gruppenivå kan sees i sammenheng med at

gruppeprosesser kan skape felles oppfatninger og holdninger hos medlemmer som videre påvirker atferd. Vi finner ikke en medieringseffekt av implementeringsutfallet etterlevelse verken på individ- eller gruppenivå. Dette kan kanskje forklares av at skalaen vår ikke lyktes i å fange opp endringene de ansatte har gjort. Med studien vår ønsker vi å bidra til arbeidet med å forstå hvordan implementeringsfaktorer relaterer seg til hverandre.

Studien vår benytter data på flere nivåer, og analyserer medieringseffekten både på gruppenivå og individnivå. Vi finner en klinisk relevant, men ikke statistisk signifikant forskjell mellom medieringseffekten av programholdninger på individ- og gruppenivå. Kontrasteffekten kan antyde at programholdninger er viktigere for implementeringsprosessen på gruppenivå enn på individnivå. Dette kan tenkes å ha praktisk betydning for hvordan man velger ut strategier for å fremme implementering. Mer forskning trengs imidlertid for å undersøke om dette kan replikeres med statistisk signifikans i videre studier.

## Litteraturliste

- Aboud, F. E., & Prado, E. L. (2018). Measuring the implementation of early childhood development programs. *1419*(1), 249-263. <https://doi.org/10.1111/nyas.13642>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Allen, P., Pilar, M., Walsh-Bailey, C., Hooley, C., Mazzucca, S., Lewis, C. C., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Purtle, J., Kepper, M. M., Baumann, A. A., & Brownson, R. C. (2020). Quantitative measures of health policy implementation determinants and outcomes: a systematic review. *Implementation Science*, *15*(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01007-w>
- Aronson, E., & Mills, J. (1959). The effect of severity of initiation on liking for a group. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *59*(2), 177.
- Balas, E. A., & Boren, S. A. (2000). Managing clinical knowledge for health care improvement.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Beth Connolly Gibbons, M. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, *16*(2), 229-240. <https://doi.org/10.1080/10503300500288951>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barry, M. M. (2007). Generic principles of effective mental health promotion. *International Journal of Mental Health Promotion*, *9*(2), 4-16.
- Baruch, Y., & Holtom, B. C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human relations*, *61*(8), 1139-1160.
- Bauer, D., Preacher, K., & Gil, K. (2006). Conceptualizing and Testing Random Indirect Effects and Moderated Mediation in Multilevel Models: New Procedures and Recommendations. *Psychological Methods*, *11*, 142-163. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.11.2.142>
- Becker-Haimes, E. M., Williams, N. J., Okamura, K. H., & Beidas, R. S. (2019). Interactions Between Clinician and Organizational Characteristics to Predict Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy Use. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *46*(6), 701-712. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00959-6>
- Becker, E. M., Smith, A. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Who's using treatment manuals? A national survey of practicing therapists. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(10), 706-710. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.008>
- Beets, M. W., Flay, B. R., Vuchinich, S., Acock, A. C., Li, K.-K., & Allred, C. (2008). School climate and teachers' beliefs and attitudes associated with implementation of the positive action program: A diffusion of innovations model. *Prevention Science*, *9*(4), 264-275.
- Bertram, R. M., Blase, K. A., & Fixsen, D. L. (2015). Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change. *25*(4), 477-487. <https://doi.org/10.1177/1049731514537687>

- Bogen, A. (2020). *Implementering av Robuste barn og unge, Trygg oppvekst og Alle har en psykisk helse: En prosessevaluering av tre psykisk helsefremmende prosjekter*
- Bosch, M., Van Der Weijden, T., Wensing, M., & Grol, R. (2007). Tailoring quality improvement interventions to identified barriers: a multiple case analysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 161-168.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00660.x>
- Breitenstein, S. M., Gross, D., Garvey, C. A., Hill, C., Fogg, L., & Resnick, B. (2010). Implementation fidelity in community-based interventions. *Research in nursing & health*, 33(2), 164-173.
- Bretthauer, M. (2008). Statistisk signifikans og klinisk relevans. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of cross-cultural psychology*, 1(3), 185-216.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard university press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(1), 40.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral research*, 1(2), 245-276.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.
- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research, and evaluation*, 10(1), 7.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development: theory and applications* (3rd ed.). SAGE Publications, Inc.
- 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.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82(1), 405-432.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 115-152.
- Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Ehrhart, M. G., Torres, E. M., Hwang, J., Sklar, M., & Aarons, G. A. (2019). Validation of the Implementation Climate Scale (ICS) in substance use disorder treatment organizations. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 14(1), 1-10.

- Engell, T., Follestad, I. B., Andersen, A., & Hagen, K. A. (2018). Knowledge translation in child welfare—improving educational outcomes for children at risk: study protocol for a hybrid randomized controlled pragmatic trial. *Trials*, *19*(1), 714. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3079-4>
- Enzmann, D. (2015). Notes on effect size measures for the difference of means from two independent groups: The case of Cohen's *d* and Hedges' *g*. *January*, *12*, 2015.
- Evans, R., Murphy, S., Scourfield, J., & Turley, R. (2017). Understanding the diffusion of non-evidence-based health interventions: The role of experiential evidence. *Health Education Journal*, *76*(4), 411-422.
- Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance* (Vol. 2). Stanford university press.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics 4th edition* (4th edition ed.). Sage Publications.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, *19*(5), 531-540. <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., Wallace, F., Burns, B., Carter, W., Paulson, R., Schoenwald, S., & Barwick, M. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Mościcki, E. K., Schinke, S., Valentine, J. C., & Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, *6*(3), 151-175.
- Ghosh, D., & Vogt, A. (2012). Outliers: An evaluation of methodologies. Joint statistical meetings,
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, *89*(9), 1322-1327. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
- Glisson, C. (2002). The Organizational Context of Children's Mental Health Services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *5*(4), 233-253. <https://doi.org/10.1023/A:1020972906177>
- Glisson, C., Landsverk, J., Schoenwald, S., Kelleher, K., Hoagwood, K. E., Mayberg, S., Green, P., & The Research Network on Youth Mental, H. (2007). Assessing the Organizational Social Context (OSC) of Mental Health Services: Implications for Research and Practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *35*(1), 98. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0148-5>
- Glisson, C., Schoenwald, S. K., Hemmelgarn, A., Green, P., Dukes, D., Armstrong, K. S., & Chapman, J. E. (2010). Randomized trial of MST and ARC in a two-level evidence-based treatment implementation strategy. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(4), 537.
- Gottfredson, D. C., & Gottfredson, G. D. (2002). Quality of School-Based Prevention Programs: Results from a National Survey. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *39*(1), 3-35. <https://doi.org/10.1177/002242780203900101>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, *82*(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological bulletin*, *103*(2), 265.
- Guerrero, E. G., Frimpong, J., Kong, Y., Fenwick, K., & Aarons, G. A. (2020). Advancing theory on the multilevel role of leadership in the implementation of evidence-based health care practices. *Health care management review*, *45*(2), 151.



- Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press.
- Hayes, C., Ciblis, A., Darker, C., Dougall, N., Vance, J., O'Connell, N., Dobbie, F., Loudon, K., Burke, E., Devane, D., & Bauld, L. (2019). We Can Quit2 (WCQ2): a community-based intervention on smoking cessation for women living in disadvantaged areas of Ireland—study protocol for a pilot cluster randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 5(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0511-9>
- Heckman, J. J. (2008). Schools, skills, and synapses. *Economic inquiry*, 46(3), 289-324.
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (2014). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic press.
- Helsedirektoratet. (2015). *Trivsel i skolen* (IS-2345). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rappporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%20i%20skolen.pdf/\\_attachment/inline/9e76ad2b-14eb-4c5f-bf8b-e157f5efcc06:176ea3b766b3d06407dbd9395c3b1776682c5ab7/Trivsel%20i%20skolen.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rappporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%20i%20skolen.pdf/_attachment/inline/9e76ad2b-14eb-4c5f-bf8b-e157f5efcc06:176ea3b766b3d06407dbd9395c3b1776682c5ab7/Trivsel%20i%20skolen.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017). *Folkehelseprogrammet - oversikt over innsatser mot kommunesektoren*. Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Oversikt%20over%20innsatser%20i%20Folkehelseprogrammet.pdf/\\_attachment/inline/9abed49b-a95d-40cf-b544-33030e9a08e1:02c37158eb62377bde452e87beb1a2e0262352e8/Oversikt%20over%20innsatser%20i%20Folkehelseprogrammet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Oversikt%20over%20innsatser%20i%20Folkehelseprogrammet.pdf/_attachment/inline/9abed49b-a95d-40cf-b544-33030e9a08e1:02c37158eb62377bde452e87beb1a2e0262352e8/Oversikt%20over%20innsatser%20i%20Folkehelseprogrammet.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018, 12.04.2019). *Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>
- Helsedirektoratet. (2019). *Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>
- Hill, H. C., & Erickson, A. (2019). Using implementation fidelity to aid in interpreting program impacts: A brief review. *Educational Researcher*, 48(9), 590-598.
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Judd, C. M., & Kenny, D. A. (1981). Process analysis: Estimating mediation in treatment evaluations. *Evaluation review*, 5(5), 602-619.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 141-151.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401-415.
- Khadjesari, Z., Boufkhed, S., Vitoratou, S., Schatte, L., Ziemann, A., Daskalopoulou, C., Ugluk-Marucha, E., Sevdalis, N., & Hull, L. (2020). Implementation outcome instruments for use in physical healthcare settings: a systematic review. *Implementation Science*, 15(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01027-6>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525.
- Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2016). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>

- Klein, K., & Sorra, J. (1996). The Challenge of Implementation. *The Academy of Management Review*, 21, 1055-1080. <https://doi.org/10.5465/AMR.1996.9704071863>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Krueger, J. (1998). Enhancement bias in descriptions of self and others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(5), 505-516.
- Kvello, Ø. (2015). Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauritzen, C., Vis, Svein Arild., Havnen Karen J. Skaale., Fossum, Sturla. (2017). *Barnevernets undersøkelsesarbeid - Evaluering av Kvellomalen* (Rapport 2 2017). [https://www.researchgate.net/profile/Svein\\_Vis/publication/321085560\\_Evaluering\\_av\\_Kvellomalen/links/5a3b94dd0f7e9ba14e421a34/Evaluering-av-Kvellomalen.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Svein_Vis/publication/321085560_Evaluering_av_Kvellomalen/links/5a3b94dd0f7e9ba14e421a34/Evaluering-av-Kvellomalen.pdf)
- Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of psychiatric research*, 45(5), 626-629. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>
- Lewis, C. C., Boyd, M. R., Walsh-Bailey, C., Lyon, A. R., Beidas, R., Mittman, B., Aarons, G. A., Weiner, B. J., & Chambers, D. A. (2020). A systematic review of empirical studies examining mechanisms of implementation in health. *Implementation science : IS*, 15(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-00983-3>
- Lewis, C. C., Fischer, S., Weiner, B. J., Stanick, C., Kim, M., & Martinez, R. G. (2015). Outcomes for implementation science: an enhanced systematic review of instruments using evidence-based rating criteria. *Implementation Science*, 10(1), 155.
- Lewis, C. C., Klasnja, P., Powell, B. J., Lyon, A. R., Tuzzio, L., Jones, S., Walsh-Bailey, C., & Weiner, B. (2018). From classification to causality: advancing understanding of mechanisms of change in implementation science. *Frontiers in public health*, 6, 136.
- Livingood, W. C., Bilello, L., Lukens-Bull, K., Smotherman, C., & Choe, U. (2020). Implementation Research as Applied Science: Bridging the Research to Practice Gap. *Health Promot Pract*, 21(1), 49-57. <https://doi.org/10.1177/1524839919858082>
- Lochman, J. E., Boxmeyer, C., Powell, N., Qu, L., Wells, K., & Windle, M. (2009). Dissemination of the Coping Power program: importance of intensity of counselor training. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(3), 397.
- Maio, G. R., Haddock, G., & Verplanken, B. (2018). *The psychology of attitudes and attitude change*. Sage.
- Major, E. F., Dalsgaard, Odd Steffen., Mathisen, Kristin Schelderup., Nord, Erik., Ose, Solveig., Rognerud, Marit., Aarø, Leid Edvard. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011: 1). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedrefore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- Marsh, H. W., Hau, K.-T., Balla, J. R., & Grayson, D. (1998). Is More Ever Too Much? The Number of Indicators per Factor in Confirmatory Factor Analysis. *Multivariate behavioral research*, 33(2), 181-220. [https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3302\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3302_1)
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S.-P., Patras, J., & Mørch, W.-T. (2016). Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak. *Ungsinn-Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*.
- McDaid, D., Park, A.-L., & Wahlbeck, K. (2019). The economic case for the prevention of mental illness. *Annual review of public health*, 40, 373-389.
- McLaughlin, M., Duff, J., Sutherland, R., Campbell, E., Wolfenden, L., & Wiggers, J. (2020). Protocol for a mixed methods process evaluation of a hybrid implementation-effectiveness trial of a scaled-up whole-school physical activity program for

- adolescents: Physical Activity 4 Everyone (PA4E1). *Trials*, 21(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4187-5>
- Mettert, K., Lewis, C., Dorsey, C., Halko, H., & Weiner, B. (2020). Measuring implementation outcomes: An updated systematic review of measures' psychometric properties. *Implementation Research and Practice*, 1, 2633489520936644. <https://doi.org/10.1177/2633489520936644>
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3), 462-480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation science : IS*, 4, 40-40. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-40>
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., & Carter, R. (2011). The economic analysis of prevention in mental health programs. *Annual review of clinical psychology*, 7, 169-201.
- Moore, M. (2012). Hoyle CFA Chapter - Final. In (pp. 361-379).
- Musca, S. C., Kamiejski, R., Nugier, A., Méot, A., Er-Rafiy, A., & Brauer, M. (2011). Data with hierarchical structure: impact of intraclass correlation and sample size on type-I error. *Frontiers in Psychology*, 2, 74.
- Musil, C. M., Warner, C. B., Yobas, P. K., & Jones, S. L. (2002). A comparison of imputation techniques for handling missing data. *Western Journal of Nursing Research*, 24(7), 815-829.
- Nathan, N., Wiggers, J., Bauman, A. E., Rissel, C., Searles, A., Reeves, P., Oldmeadow, C., Naylor, P.-J., Craddock, A. L., Sutherland, R., Gillham, K., Duggan, B., Chad, S., McCarthy, N., Pettett, M., Jackson, R., Reilly, K., Herrmann, V., Hope, K., Shoesmith, A., & Wolfenden, L. (2019). A cluster randomised controlled trial of an intervention to increase the implementation of school physical activity policies and guidelines: study protocol for the physically active children in education (PACE) study. *BMC public health*, 19(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6492-z>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Odom, S. L., Fleming, K., Diamond, K., Lieber, J., Hanson, M., Butera, G., Horn, E., Palmer, S., & Marquis, J. (2010). Examining different forms of implementation and in early childhood curriculum research. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 314-328.
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2015). *Mld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Organization, W. H. (2003). *Investing in mental health* (ISBN 92 4 156257 9). W. L. C.-i.-P. Data. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42823/9241562579.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR1eBxpal6asJeApYBWP-qmL8ybQxpruGWI0pbGJenfuqufoKZyvnlAC6ac>
- Peters, D. H., Tran, N. T., & Adam, T. (2013). *Implementation research in health: a practical guide*. World Health Organization.
- Powell, B. J., Proctor, E. K., & Glass, J. E. (2014). A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Res Soc Work Pract*, 24(2), 192-212. <https://doi.org/10.1177/1049731513505778>

- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior research methods, instruments, & computers*, 36(4), 717-731.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Preacher, K. J., & Selig, J. P. (2012). Advantages of Monte Carlo confidence intervals for indirect effects. *Communication Methods and Measures*, 6(2), 77-98.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Prowse, P.-T., & Nagel, T. M. (2015). A meta-evaluation: The role of treatment fidelity within psychosocial interventions during the last decade. *African Journal of Psychiatry*, 18(2-Article No. 251).
- Rea, D., & Burton, T. (2020). New evidence on the heckman curve. *Journal of Economic Surveys*, 34(2), 241-262.
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive behaviors*, 27(6), 989-993.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, 81(1), 6-22.
- Schafer, J. L. (1999). Multiple imputation: a primer. *Statistical methods in medical research*, 8(1), 3-15.
- Schmitt, T. A. (2011). Current methodological considerations in exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(4), 304-321.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of educational research*, 99(6), 323-338.
- Seys, D., Bruyneel, L., Sermeus, W., Lodewijckx, C., Decramer, M., Deneckere, S., Panella, M., & Vanhaecht, K. (2018). Teamwork and Adherence to Recommendations Explain the Effect of a Care Pathway on Reduced 30-day Readmission for Patients with a COPD Exacerbation. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15(2), 157-164. <https://doi.org/10.1080/15412555.2018.1434137>
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1-20.
- Stewart, R. E., Chambless, D. L., & Baron, J. (2012). Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 8-23.
- Sælensminde, K., & Line, T. M. (2015). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015* (IS.2839). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/\\_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf?fbclid=IwAR0Jo-HeYR2-S6oRfObDSa0bAY4hnRwXHxN1bdFgiUBoLahGT-49HCHHKSYw](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf?fbclid=IwAR0Jo-HeYR2-S6oRfObDSa0bAY4hnRwXHxN1bdFgiUBoLahGT-49HCHHKSYw)

- Sørli, M., Ogden, T., Solholm, R., & Olseth, A. (2010). Implementeringskvalitet—om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(4), 315-321.
- Tannenbaum, C., Greaves, L., & Graham, I. D. (2016). Why sex and gender matter in implementation research. *BMC medical research methodology*, 16(1), 1-9.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child development*, 88(4), 1156-1171.
- Varsi, C., Ekstedt, M., Gammon, D., & Ruland, C. M. (2015). Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Barriers and Facilitators for the Implementation of an Internet-Based Patient-Provider Communication Service in Five Settings: A Qualitative Study. *Journal of medical Internet research*, 17(11), e262-e262. <https://doi.org/10.2196/jmir.5091>
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12(1), 108.
- Weiner, B. J., Lewis, M. A., Clauser, S. B., & Stitzenberg, K. B. (2012). In Search of Synergy: Strategies for Combining Interventions at Multiple Levels. *JNCI Monographs*, 2012(44), 34-41. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgs001>
- Whiteside, S. P. H., Deacon, B. J., Benito, K., & Stewart, E. (2016). Factors associated with practitioners' use of exposure therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 29-36. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.001>
- Williams, N., & Glisson, C. (2014). The Role of Organizational Culture and Climate in the Dissemination and Implementation of Empirically Supported Treatments for Youth. In (pp. 61-81).
- Williams, N. J. (2016). Multilevel Mechanisms of Implementation Strategies in Mental Health: Integrating Theory, Research, and Practice. *Adm Policy Ment Health*, 43(5), 783-798. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0693-2>
- Williams, N. J., & Beidas, R. S. (2019). Annual Research Review: The state of implementation science in child psychology and psychiatry: a review and suggestions to advance the field. *60(4)*, 430-450. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12960>
- Zechmeister, I., Kilian, R., & McDavid, D. (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC public health*, 8(1), 20.
- Zhang, Z., Zyphur, M. J., & Preacher, K. J. (2009). Testing multilevel mediation using hierarchical linear models: Problems and solutions. *Organizational Research Methods*, 12(4), 695-719.
- Zvoch, K. (2009). Treatment fidelity in multisite evaluation: A multilevel longitudinal examination of provider adherence status and change. *American Journal of Evaluation*, 30(1), 44-61.
- Aalen, O. O., & Stensrud, M. J. (2020). Kan statistikk si noe om mekanismer? *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lönnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1235-1237.
- Aarons, G. A., Glisson, C., Green, P. D., Hoagwood, K., Kelleher, K. J., Landsverk, J. A., & The Research Network on Youth Mental, H. (2012). The organizational social context

of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: a United States national study. *Implementation Science*, 7(1), 56.

<https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-56>

Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., & Walrath-Greene, C. M. (2009). Evidence-based practice implementation: the impact of public versus private sector organization type on organizational support, provider attitudes, and adoption of evidence-based practice. *Implementation Science*, 4(1), 1-13.

## Vedlegg A

### CFIR's implementeringsdeterminanter

**Figur A1**

Oversikt over CFIR's domener og implementeringsdeterminanter

CFIR Implementeringsdeterminanter	
I. Karakteristikker ved intervensjonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Intervensjonens kilde</li> <li>B. Styrke og kvalitet av evidens</li> <li>C. Relativ fordel</li> <li>D. Tilpasningsevne</li> <li>E. Utprøvingsevne</li> <li>F. Kompleksitet</li> <li>G. Designkvalitet og innholdspresentasjon</li> <li>H. Kostnad</li> </ul>
II. Ytre forhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Pasientens behov og ressurser</li> <li>B. Kontakt med nettverk</li> <li>C. Ytre press</li> <li>D. Eksterne insentiver/ytre politiske vedtak</li> </ul>
III. Indre forhold	<p>Strukturelle karakteristikker</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Nettverk og kommunikasjon</li> <li>B. Kultur</li> <li>C. Implementeringsklima               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Opplevd endringsbehov</li> <li>2. Kompatibilitet</li> <li>3. Relativ prioritet</li> <li>4. Organisasjonens insentiver og belønninger</li> <li>5. Mål og tilbakemeldinger</li> <li>6. Læringsmiljø</li> <li>7. Readiness for implementation                   <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ledelsesinvolvering</li> <li>2. Tilgjengelige ressurser</li> <li>3. Tilgang på kunnskap og informasjon</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
IV. Karakteristikker ved individer	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Kunnskap om og holdninger til intervensjonen</li> <li>B. Self-efficacy</li> <li>C. Individuelle endringsstadier</li> <li>D. Individets identifisering med organisasjonen</li> <li>E. Andre personlige egenskaper</li> </ul>
V. Prosess	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Planlegging</li> <li>B. Involvering               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Opinionsledere</li> <li>2. Formelt oppnevnte interne implementeringsledere</li> <li>3. Champions</li> <li>4. Ytre endringsagenter (<i>external change agents</i>)</li> </ul> </li> <li>C. Utførelse</li> <li>D. Refleksjon og evaluering</li> </ul>

Notat. CFIR's domener og konstrukturer (vår oversettelse) (Damschroder et al., 2009).

## Vedlegg B

### Godkjennelse fra NSD

**Prosjekttittel:** Hovedoppgave: En studie av implementeringen av programmet Tidlig Trygg i Bydel Sagene (Oslo)

**Referansenummer:** 230843

**Registret:** 04.06.2020

**Behandlingsansvarlig institusjon:** Universitetet i Oslo / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Psykologisk institutt

**Prosjektansvarlig (veileder):** Egil Nygaard: egilny@psykologi.uio.no, 22845156

**Type prosjekt:** Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student:** Oda Eidjar, odaeidjar@gmail.com, 93281390

**Prosjektperiode:** 01.01.20 – 20.04.23

**Status:** Vurdert 12.10.2020

#### Vurdert 12.10.2020

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 230843 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

NSD har vurdert endringen registrert 12.10.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 12.10.2020. Behandlingen kan fortsette.

Det er blitt gjort mindre endringer i spørreskjemaet og informasjonsskrivet.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mirza Hodzic

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

#### Vurdert 29.06.2020

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 230843 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.06.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.



**MELD VESENTLIGE ENDRINGER** Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://www.nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 14.04.2021.

**LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg C

### Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet:

### **Hovedoppgave: En studie av implementeringen av programmet Tidlig Trygg i Bydel Sagene (Oslo)?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på implementeringen av prosjektet Tidlig Trygg. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Vi, Hanne Onjeme Overvoll og Oda Eidjar, er studenter fra psykologi profesjonsstudiet på Universitetet i Oslo og skal skrive hovedoppgave. I oppgaven vår ønsker vi å undersøke implementeringen (innføringen) av prosjektet Tidlig Trygg i barnehagene som har vært med på dette i Bydel Sagene. Vi ønsker å se om det er noen sammenheng mellom kvaliteten på implementeringen og effekten av Tidlig Trygg, og ønsker å undersøke dette via spørreskjema. Vi skal samle inn data høst 2020 og levere inn oppgaven vår våren 2021.

Bydel Sagene er vår samarbeidspartner på prosjektet da det også er i deres interesse å se hvordan implementeringen av Tidlig Trygg har gått til senere bruk. Det var de som initierte samarbeidet, og de vil få tilgang til anonymiserte data.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Psykologisk institutt på UiO er ansvarlig for prosjektet, og Bydel Sagene er samarbeidspartner. Våre kontaktpersoner fra Bydel Sagene er Kari Eriksen, prosjektleder i Tidlig Trygg, og Adesua Omole, prosjektmedarbeider.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du jobber i en barnehage som har vært med på prosjektet Tidlig Trygg. Vi ønsker å samle inn informasjon fra alle barnehagemedarbeidere som har vært involvert i prosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca. 15 minutter, og skal fylles ut for hånd på papir. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om din opplevelse av prosjektet Tidlig Trygg – dvs. både innføringen av det, omstendighetene rundt det og eventuelle effekter av det.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

**Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger** Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er vi og vår veileder, Egil Nygaard ved Psykologisk institutt, som vil ha tilgang på dataene. Personopplysninger vil sikres gjennom TSD (Tjenester for Sensitive Data). Her lagres personopplysningene adskilt fra øvrige data (kodenøkkel), og tilgangen begrenses av flerfaktorautentisering og overvåkes i en adgangsglogg. Bydel Sagene via Kari Eriksen og Adesua Omole vil få tilgang til anonymiserte data.

Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakere i den ferdige oppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er april 2021. Koblingsnøkkel vil da bli slettet og personidentifiserbare opplysninger vil bli fjernet, omskrevet eller grovkategoriseres. De anonymiserte dataene vil oppbevares frem til 30. april 2028. Disse vil deretter bli slettet.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Psykologisk institutt ved har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Psykologisk institutt, UiO, Egil Nygaard: egilny@psykologi.uio.no, 22845156 ·
- Student Hanne Onjeme Overvoll: hanneonjeme@gmail.com, 97622166
- Student Oda Eidjar: odaeidjar@gmail.com, 93281390
- Vårt personvernombud Roger Markgraf-Bye, UiO: personvernombud@uio.no, 90822826

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: · NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Egil Nygaard Hanne Onjeme Overvoll og Oda Eidjar *Veileder Studenter*

---

### - Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hovedoppgave: En studie av implementeringen av programmet Tidlig Trygg i Bydel Sagene (Oslo)*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i spørreskjemaet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

- (Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg D

### SPØRRESKJEMA TIDLIG TRYGG

1. Hva er ditt kjønn:

Mann  Kvinne  Annet

2. Hvor gammel er du? (oppgi antall år) \_\_\_\_\_

3. Hva er ditt utdanningsnivå? (Kryss av for ditt høyeste fullførte nivå)

Grunnskole

Videregående skole

Fagskole

3 år eller mindre på universitetet eller høyskole (årsstudium eller bachelor)

4 år eller mer på universitetet eller høyskole (masternivå)

4. Hvilken stilling har du i barnehagen?

Ufaglært

Fagarbeider

Pedagogisk leder

Styrer i barnehagen

Annet: spesifiser \_\_\_\_\_

5. Hva er din stillingsprosent?

Oppgi prosent \_\_\_\_\_

Jeg er tilkallingsvikar

6. Hva er din språklige bakgrunn?

Norsk som førstespråk

Norsk som andrespråk

7. Hvor mange år har du bodd i Norge? (velg én)

Jeg er født i Norge

Jeg har bodd i Norge i \_\_\_\_\_ år

8. Hvor lenge har du jobbet i barnehage?

Denne barnehagen: \_\_\_\_\_ år og/eller \_\_\_\_\_ måneder

Totalt (denne barnehagen og eventuelle andre): \_\_\_\_\_ år og/eller \_\_\_\_\_ måneder

9. Hvilken barnehage jobber du i?

\_\_\_\_\_

10. Hvilken avdeling jobber du på?

---

11. Hvilken aldersgruppe jobber du med? (kryss av flere hvis aktuelt)

0- 1 år  1-2 år  2-3 år  3-4 år  4-5 år  5-6 år 1

12. Hva slags faglig undervisning har du fått i forbindelse med Tidlig Trygg?

(Kryss av flere hvis aktuelt)

3,5 dags undervisning med Øyvind Kvello

1-dags undervisning med Øyvind Kvello

Lesesirkler med Kvellos bok Barn i risiko

Undervisning med min ped.leder eller med annen fagperson

Undervisning i regi av Barnehjernevernet

Jeg har ikke fått noe undervisning i forbindelse med Tidlig Trygg

Annet. I så fall, hva: \_\_\_\_\_

13. Hva har du lest i Kvello sin bok "Barn i risiko. Skadelige

omsorgssituasjoner"?  Jeg har lest *alt* lesestoffet til undervisningen i Tidlig

Trygg

Jeg har lest *noe* av lesestoffet til undervisningen i Tidlig Trygg

Jeg har ikke lest noe

Jeg har ikke lest Kvello, men har lest annen litteratur i forbindelse med Tidlig Trygg

14. Har du vært til stede i avdelingen ved besøk av observasjonsteam (eventuelt deler av besøket)?  Ja, én gang

Ja, to ganger

Ja, tre ganger eller mer

Nei

15. Har du deltatt på drøftingsmøte/samtale sammen med

observasjonsteamet?  Ja, én gang

Ja, to ganger

Ja, tre ganger eller mer

Nei

16. Hvor mange ganger har din barnehageavdeling hatt besøk av observasjonsteam totalt?  Ingen ganger

Én gang

To ganger

Tre ganger eller mer

På en skala fra 1 til 7, der 1 er svært uenig og 7 er svært enig, hvor enig er du i følgende utsagn:

## Sett ring rundt passende tall - velg kun 1 tall

Svært uenig --- Nøytral --- Svært enig

17	Jeg liker tiltaket Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7
18	Jeg ønsker tiltaket Tidlig Trygg velkommen	1 2 3 4 5 6 7
19	Tiltaket Tidlig Trygg virker gjennomførbart	1 2 3 4 5 6 7
20	Tiltaket Tidlig Trygg virker anvendelig for denne avdelingen	1 2 3 4 5 6 7
21	Tidlig Trygg er svakt forankret i avdelingen	1 2 3 4 5 6 7
22	Jeg føler eierskap til Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7

2

Svært uenig --- Nøytral --- Svært enig

23	Jeg er positiv til innføringen av Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7
24	Det er stor motstand mot innføringen av Tidlig Trygg i avdelingen	1 2 3 4 5 6 7
25	Det er behov for psykisk helsefremmende tiltak i norske barnehager i dag	1 2 3 4 5 6 7
26	Det er behov for mer tverrfaglig samarbeid i norske barnehager i dag	1 2 3 4 5 6 7
27	Det er behov for tidligere innsats i norske barnehager i dag	1 2 3 4 5 6 7
28	Jeg har tilstrekkelig kompetanse for å kunne gjennomføre tiltaket Tidlig Trygg på en god måte	1 2 3 4 5 6 7
29	Det er <i>ikke</i> mulig å gjennomføre Tidlig Trygg slik det er planlagt	1 2 3 4 5 6 7
30	Tidlig Trygg krever for mye av de ansatte	1 2 3 4 5 6 7

31	Den faglige opplæringen (lesesirkler og undervisning) av de ansatte er tilstrekkelig	1 2 3 4 5 6 7
32	Veiledningen fra observasjonsteamet er lett å benytte seg av	1 2 3 4 5 6 7
33	Det har vært lite rom for diskusjon, refleksjon og øving under tiltakene i prosjektet	1 2 3 4 5 6 7
34	Det er en rød tråd mellom de ulike elementene i Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7
35	Tidlig Trygg møter denne avdelingens utfordringer	1 2 3 4 5 6 7
36	Tidlig Trygg stemmer <i>ikke</i> overens med de forventningene og behovene som er på avdelingen	1 2 3 4 5 6 7
37	Tidlig Trygg hjelper de ansatte i å bidra til god utvikling hos barn	1 2 3 4 5 6 7
38	Tidlig Trygg har en svak teoretisk forankring	1 2 3 4 5 6 7
39	Tidlig Trygg er dårligere enn andre realistiske alternativer	1 2 3 4 5 6 7
40	Tiltaket Tidlig Trygg appellerer til meg	1 2 3 4 5 6 7
41	Tiltaket Tidlig Trygg virker passende for denne avdelingen	1 2 3 4 5 6 7
42	Tiltaket Tidlig Trygg virker overkommelig	1 2 3 4 5 6 7
43	Forholdet mellom ansatte og ledelsen i barnehagen bør forbedres	1 2 3 4 5 6 7
44	Det er god kommunikasjon internt i avdelingen	1 2 3 4 5 6 7
45	Det er enighet rundt normer og verdier i avdelingen	1 2 3 4 5 6 7
46	Det har vært flere utskiftninger i avdelingens bemanning den siste tiden	1 2 3 4 5 6 7



47	Det har vært for lite informasjon vedrørende Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7
48	Målsettingene til Tidlig Trygg er tydelig formulert og kommunisert	1 2 3 4 5 6 7
49	De som formidlet at Tidlig Trygg skulle gjennomføres var entusiastiske og hadde tro på det	1 2 3 4 5 6 7
50	Det er tydelige indikasjoner på at barnehagen prioriterer dette prosjektet	1 2 3 4 5 6 7
51	Det er <i>ikke</i> satt av nok tid til å jobbe med Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7
52	Innføringen av Tidlig Trygg går på bekostning av andre viktige oppgaver	1 2 3 4 5 6 7
53	Kun deler av avdelingen er involvert i Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7
54	Prosjektet Tidlig Trygg ble implementert på et godt tidspunkt	1 2 3 4 5 6 7
55	Avdelingen var <i>ikke</i> klar for å innføre Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7
56	Det er brukt for lite tid på å planlegge og forberede implementeringen	1 2 3 4 5 6 7
57	De ansatte på denne avdelingen ble involvert i planleggingsprosessen	1 2 3 4 5 6 7
58	Ledelsen på avdelingen ble involvert i planleggingsprosessen	1 2 3 4 5 6 7
59	Det har vært rom for å gi tilbakemeldinger underveis	1 2 3 4 5 6 7
60	Tiltaket Tidlig trygg virker mulig å innføre	1 2 3 4 5 6 7
61	Tiltaket Tidlig Trygg virker egnet for denne avdelingen	1 2 3 4 5 6 7
62	Tiltaket Tidlig Trygg virker enkelt å bruke	1 2 3 4 5 6 7

63	Bydelen prioriterer <i>ikke</i> tiltak for å fremme god utvikling hos barn	1 2 3 4 5 6 7
64	Det er gitt politiske føringer fra statlig eller kommunalt nivå om å gjennomføre prosjektet Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7
65	Det er <i>ikke</i> tilstrekkelig kompetanse i bydelen for å innføre Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7
66	Tidlig Trygg har <i>ikke</i> gjort meg bedre til å skape gode relasjoner til barna	1 2 3 4 5 6 7
67	Tidlig Trygg har gjort meg bedre til å vurdere hvilke barn som trenger mer hjelp fra andre instanser	1 2 3 4 5 6 7
68	Tidlig Trygg har ført til gode faglige diskusjoner sammen med observasjonsteamene på avdelingen vår Evt: <input type="checkbox"/> <i>Jeg har ikke deltatt på møter med observasjonsteamet</i>	1 2 3 4 5 6 7

4

Svært uenig --- Nøytral --- Svært enig

69	Tidlig Trygg har gitt meg bedre kompetanse til å tilrettelegge for god utvikling i barnehagen	1 2 3 4 5 6 7
70	Tidlig Trygg har <i>ikke</i> gjort meg bedre til å avdekke hvilke barn som står i fare for å få utviklingsforstyrrelser	1 2 3 4 5 6 7
71	Tidlig Trygg har økt min kunnskap om hvilke risikofaktorer som kan hindre god utvikling hos barn	1 2 3 4 5 6 7
72	Tidlig Trygg har økt min kunnskap om hvilke faktorer som fremmer livsmestring og trygge barn	1 2 3 4 5 6 7
73	Vi bruker Kvellos begreper og metoder i dagliglivet på vår avdeling	1 2 3 4 5 6 7
74	Tidlig Trygg har skapt et felles kunnskapsgrunnlag og en felles forståelse av begreper i samarbeid med andre tjenester (som barnevern, PPT, o.l.)	1 2 3 4 5 6 7

75	Tidlig Trygg og opprettelsen av observasjonsteamene har ført til et bedre samarbeid mellom barnehagene og andre tjenester for barn og familier	1 2 3 4 5 6 7
76	Tidlig Trygg har <i>ikke</i> gjort at barnehagen og foreldre samarbeider bedre om barnets utfordringer	1 2 3 4 5 6 7
77	Tidlig Trygg har gjort at barnehagen bedre kan legge til rette for at barna kan oppleve trivsel og få gode mestringsstrategier	1 2 3 4 5 6 7
78	Tidlig Trygg har <i>ikke</i> ført til forbedringer i hvordan vi legger opp barnehagedagene	1 2 3 4 5 6 7
79	Sammen med observasjonsteamene har vi laget konkrete planer for tiltak for barn og/eller barnehagemiljøet	1 2 3 4 5 6 7
80	Tiltakene som iverksettes følges ikke opp	1 2 3 4 5 6 7
81	Hverdagen i barnehagen er i større grad enn før Tidlig Trygg preget av gode relasjoner mellom barna og de voksne	1 2 3 4 5 6 7
82	Tidlig Trygg har ført til at det sendes bekymringsmeldinger og henvisninger til andre instanser <b>tidligere</b> enn før	1 2 3 4 5 6 7
83	Tidlig Trygg har ført til at det sendes bekymringsmeldinger og henvisninger til andre instanser <b>oftere</b> enn før	1 2 3 4 5 6 7
84	Tidlig Trygg har ført til at det iverksettes tiltak for enkelte barn <b>tidligere</b> enn før	1 2 3 4 5 6 7
85	Tidlig Trygg har ført til at det iverksettes tiltak for enkelte barn <b>oftere</b> enn før	1 2 3 4 5 6 7
86	Tiltaket Tidlig Trygg virker som en god match for denne avdelingen	1 2 3 4 5 6 7
87	Jeg godkjenner tiltaket Tidlig Trygg	1 2 3 4 5 6 7

## Vedlegg E

### Omformatering av skalaen for implementeringsutfallet *etterlevelse*

For å lage én samlet skala for å måle etterlevelse, måtte vi kategorisere svaralternativene på spørsmålene som ikke var utformet som utsagn med Likert-skala. Dette gjaldt fem av syv etterlevelsesspørsmål. Svarene ble kategorisert i en logisk rekkefølge hvor et høyt tall indikerte høy grad av etterlevelse for det aktuelle spørsmålet, og et lavt tall indikerte lav grad av etterlevelse. Deretter ble alle de syv standardisert, og så slått sammen.

For følgende spørsmål, ble omformingen gjort på samme måte: 14: *Har du vært til stede ved et besøk av observasjonsteam i barnehagen?* 15: *Har du deltatt på drøftingsmøte/samtale sammen med observasjonsteamet?* 16: *Hvor mange ganger har din barnehageavdeling hatt besøk av observasjonsteam totalt?* Disse tre spørsmålene hadde nesten helt like svarkategorier. Dersom deltakeren svarte avkreftende ved «Nei» eller «Ingen ganger» på et av spørsmålene, ble svaret gitt verdien 0. Dersom deltakeren svarte bekreftende ved enten «Ja, én gang», «Ja, to ganger» eller «Ja, tre ganger eller mer», ble svaret gitt verdi 1.

For spørsmål 13: *Hva har du lest i Kvello sin bok "Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner"?* ble svaralternativene kategorisert på følgende måte: «Jeg har lest alt lesestoffet til undervisningen i Tidlig Trygg» ble gitt verdi 4, «Jeg har lest noe av lesestoffet til undervisningen i Tidlig Trygg» ble gitt verdi 3, «Jeg har ikke lest Kvello, men har lest annen litteratur i forbindelse med Tidlig Trygg» ble gitt verdi 2 og «Jeg har ikke lest noe» ble gitt verdi 1.

For spørsmål 12: *Hvilke opplæringer i Tidlig Trygg har du deltatt på?* var det mulig å krysse av på flere av svaralternativene. Vi måtte derfor først finne ut av hvilke svarkombinasjoner som eksisterte i datamaterialet vi hadde. Deretter ble disse rangert på en logisk måte fra lav etterlevelse indikert ved et lavt tall, til høy etterlevelse indikert et ved høyt tall. Det ble i rangeringen tatt hensyn til at ikke alle ansatte hadde fått tilbud om 3,5-dags undervisning med Øyvind Kvello. De fleste hadde fått tilbud om 1 dag med undervisning, og ettersom opplæringen endret seg underveis, fikk noen i stedet tilbud om et annet undervisningsopplegg med Barnehjernevernet. Disse tre undervisningsoppleggene ble sidestilt. Dersom deltakeren hadde hatt noe undervisning med Øyvind Kvello eller Barnehjernevernet, ble poengsummen

4 gitt. Dersom de også hadde hatt lesesirkler, ble høyeste mulige poengsum 5 gitt. Undervisning med pedagogisk leder eller med annen fagperson ble vurdert lavere enn de andre undervisningsoppleggene, og ble dermed gitt verdien 2. Dersom deltakeren kun hadde vært med på lesesirkler, ble dette gitt verdien 3. Dersom deltakeren krysset av på «Annet», ble dette gitt verdien 1. I disse tilfellene spesifiserte deltakerne det til å dreie seg om avdelingsmøter, personalmøter og planleggingsdager. Dersom deltakeren ikke krysset av på noen av svaralternativene, eller krysset av på å ikke ha fått noe undervisning, ble verdien 0 satt.

**Svaralternativene deltakerne kunne krysse av at de hadde deltatt på, var følgende:**

- a) 3,5 dags undervisning med Øyvind Kvello
- b) 1-dags undervisning med Øyvind Kvello
- c) Lesesirkler med Kvellos bok Barn i risiko
- d) Undervisning med min ped.leder eller med annen fagperson
- e) Undervisning i regi av Barnehjernevernet
- f) Jeg har ikke fått noe undervisning i forbindelse med Tidlig Trygg
- g) Annet

**Verdisetting basert på de eksisterende svarkombinasjonene i datamaterialet:**

Dersom deltakeren ikke hadde krysset av for noen, ble verdien 0 satt.

Dersom deltakeren hadde krysset av på f), ble verdien 0 satt.

Dersom deltakeren hadde krysset av på g), ble verdien 1 satt.

Dersom deltakeren hadde krysset av på d), ble verdien 2 satt.

Dersom deltakeren hadde krysset av på c), ble verdien 3 satt.

Dersom deltakeren hadde krysset av på enten a), b) eller e), ble verdien 4 satt.

Dersom deltakeren hadde krysset av for b) og d), ble verdien satt til 4.

Dersom deltakeren hadde krysset av for b) og f), ble verdien satt til 4.

Dersom deltakeren hadde krysset av for d) og e), ble verdien 4 satt.

Dersom deltakeren hadde krysset av for a), b), d) og e), ble verdien satt til 4.

Dersom deltakeren hadde krysset av på enten a), b) eller e), og c), ble verdien 5 satt.

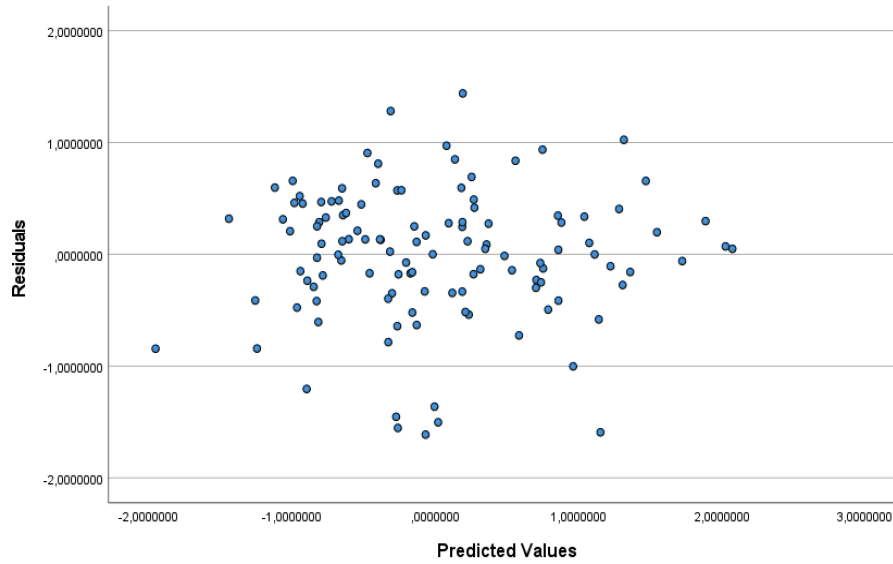
Dersom deltakeren hadde krysset av for b), c) og d), ble verdien satt til 5.

## Vedlegg F

### Scatterplot og P-P plot

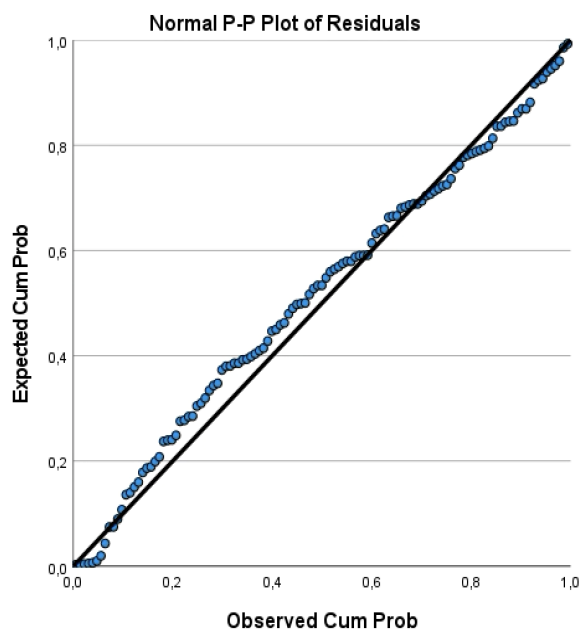
**Figur F1**

*Scatterplot over predikerte verdier og residualer fra mixed-model analyse (N=119)*



**Figur F2**

*P-P plot over residualer fra mixed-model analyse (N=119)*



## Vedlegg G

### Tabeller og Scree-plot fra eksplorerende faktoranalyser (EFA)

#### Prinsipal komponentanalyse: aksept, gjennomførbarhet og egnethet

**Tabell G1**

*Komponentmatrise for implementeringsutfallene aksept, egnethet og gjennomførbarhet (N = 119)*

Utsagn	Komponent 1
Aksept: 17	,722
Aksept: 18	,805
Aksept: 40	,795
Aksept: 87	,827
Egnethet: 20	,838
Egnethet: 41	,863
Egnethet: 61	,808
Egnethet: 86	,805
Gjennomførbarhet: 19	,817
Gjennomførbarhet: 42	,702
Gjennomførbarhet: 60	,834
Gjennomførbarhet: 62	,730

*Note:* Ekstrasjonsmetode: prinsipal komponentanalyse. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

#### Prinsipal aksefaktorering: aksept, gjennomførbarhet og egnethet

**Tabell G2**

*Faktormatrise for implementeringsutfallene aksept, egnethet og gjennomførbarhet (N = 119)*

Utsagn	Faktor 1
Aksept: 17	,690
Aksept: 18	,785
Aksept: 40	,773
Aksept: 87	,810
Egnethet: 20	,824
Egnethet: 41	,854
Egnethet: 61	,789
Egnethet: 86	,785
Gjennomførbarhet: 19	,798
Gjennomførbarhet: 42	,669
Gjennomførbarhet: 60	,819
Gjennomførbarhet: 62	,699

*Note:* Ekstrasjonsmetode: prinsipal aksefaktorering. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

**Tabell G3**

*Oppsummerende resultater av eksplorerende faktoranalyser for implementeringsutfall: aksept, egnethet og gjennomførbarhet (N=119)*

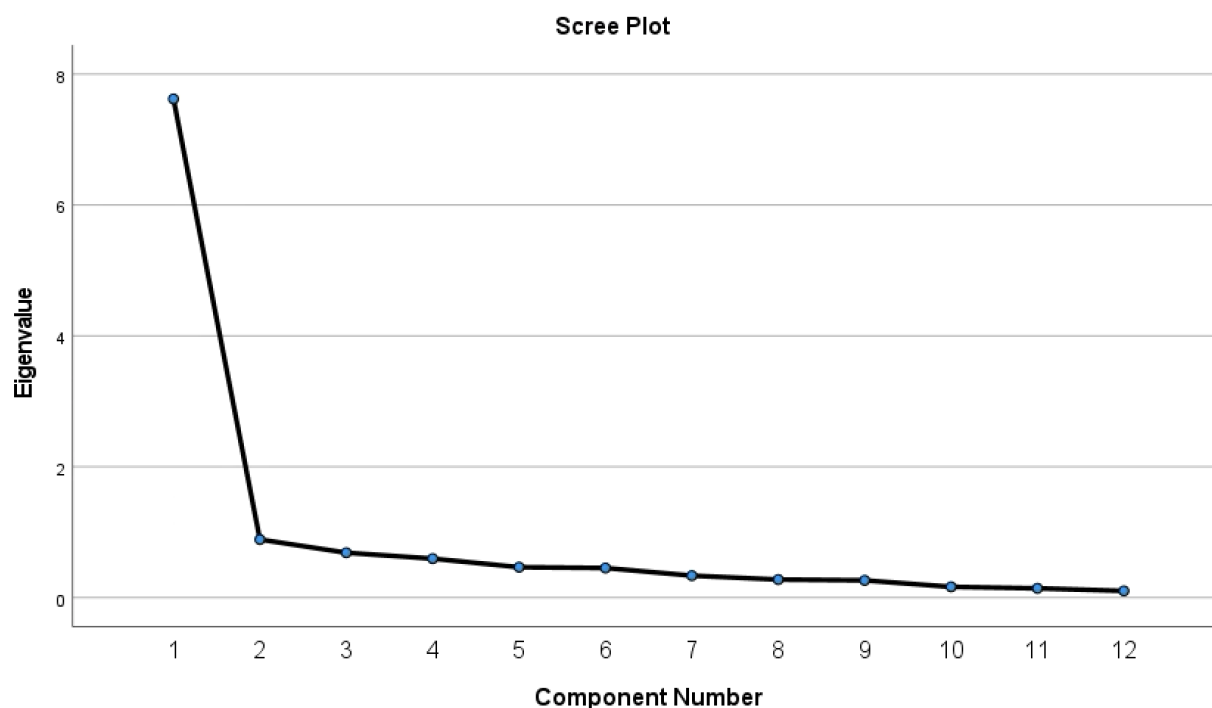
Komponent/faktor	1
Eigenvalue	7,621
% av varians	63,51

KMO	,894
Bartlett's test sig.	,000
Korrelasjonsdeterminant	0,00003497

*Note.* KMO = Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy. Tabellen gjelder både for ekstraksjon med prinsipal aksefaktorering og prinsipal komponentanalyse.

### Figur G1

*Scree-plot av eksplorerende faktoranalyser med prinsipal aksefaktorering og prinsipal komponentanalyse for implementeringsutfall: aksept, gjennomførbarhet og egnethet*



### Prinsipal komponentanalyse: etterlevelse

#### Tabell G4

*Komponentladninger (mønstermatrise) for implementeringsutfallet etterlevelse (N = 119)*

Spørsmål	Komponent 1	Komponent 2	Komponent 3
Etterlevelse: 12	,277	,070	<b>-,725</b>
Etterlevelse: 13	-,087	-,024	<b>-,923</b>
Etterlevelse: 14	<b>,926</b>	-,023	,093
Etterlevelse: 15	<b>,753</b>	,057	-,282
Etterlevelse: 79	,159	<b>,861</b>	,156
Etterlevelse: 80	-,171	<b>,831</b>	-,167

*Note:* Ekstrasjonsmetode: prinsipal komponentanalyse. Rotasjonsmetode: direct oblimin med Kaiser normalisering. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

#### Tabell G5

*Strukturmatrise for implementeringsutfallet etterlevelse (N = 119)*

Spørsmål	Komponent 1	Komponent 2	Komponent 3
----------	-------------	-------------	-------------



Etterlevelse: 12	<b>,457</b>	,271	<b>-,804</b>
Etterlevelse: 13	,123	,159	<b>-,898</b>
Etterlevelse: 14	<b>,901</b>	,109	-,117
Etterlevelse: 15	<b>,828</b>	,242	<b>-,469</b>
Etterlevelse: 79	,265	<b>,854</b>	-,065
Etterlevelse: 80	,005	<b>,839</b>	-,305

*Note:* Ekstrasjonsmetode: prinsipal komponentanalyse. Rotasjonsmetode: direct oblimin med Kaiser normalisering. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

### Prinsipal aksefaktorering: etterlevelse

#### Tabell G6

*Faktorladninger (mønstermatrise) for implementeringsutfallet etterlevelse (N = 119)*

Spørsmål	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Etterlevelse: 12	,243	,067	<b>-,614</b>
Etterlevelse: 13	-,046	-,007	<b>-,746</b>
Etterlevelse: 14	<b>,718</b>	-,007	,053
Etterlevelse: 15	<b>,727</b>	,043	-,223
Etterlevelse: 79	,113	<b>,689</b>	,107
Etterlevelse: 80	-,116	<b>,651</b>	-,128

*Note:* Ekstrasjonsmetode: prinsipal aksefaktorering. Rotasjonsmetode: direct oblimin med Kaiser normalisering. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

#### Tabell G7

*Strukturmatrise for implementeringsutfallet troskap (N = 119)*

Spørsmål	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Troskap: 12	<b>,466</b>	,317	<b>-,717</b>
Troskap: 13	,204	,214	<b>-,729</b>
Troskap: 14	<b>,699</b>	,148	-,187
Troskap: 15	<b>,812</b>	,286	<b>-,481</b>
Troskap: 79	,242	<b>,682</b>	-,145
Troskap: 80	,082	<b>,663</b>	-,291

*Note:* Ekstrasjonsmetode: prinsipal aksefaktorering. Rotasjonsmetode: direct oblimin med Kaiser normalisering. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

#### Tabell G8

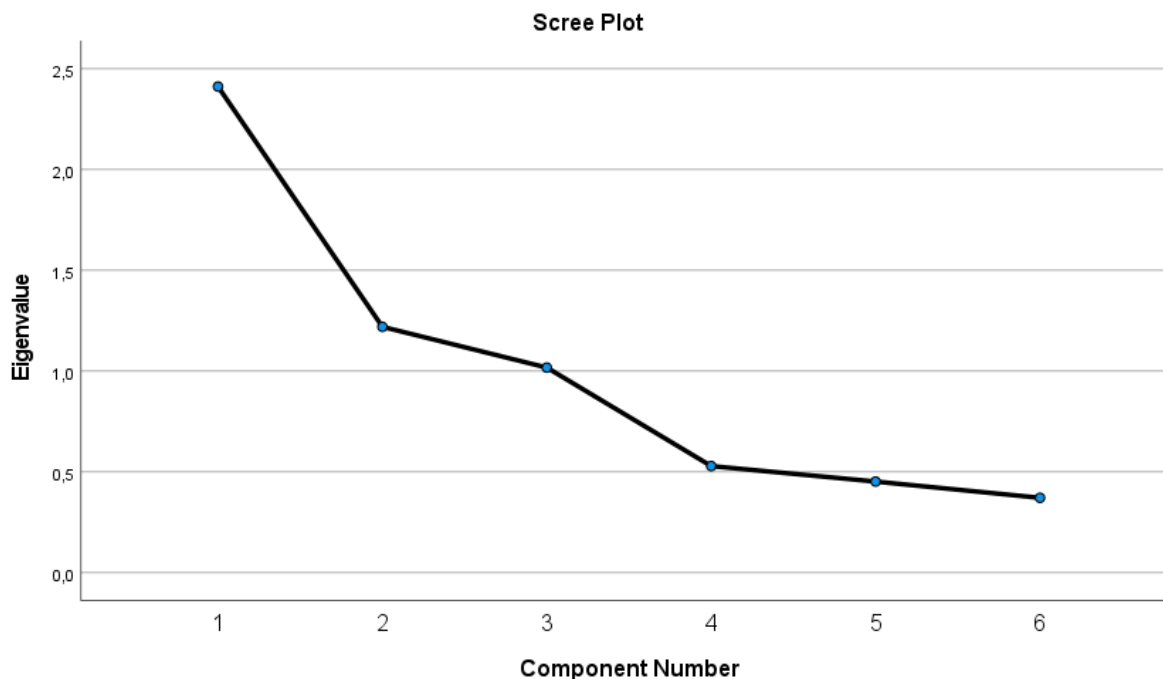
*Oppsummerende resultater av eksplorerende faktoranalyser for implementeringsutfall: etterlevelse (N=119)*

Komponent/faktor	1	2	3
Eigenvalue	2,41	1,22	1,02
% av varians	40,19	20,33	16,96
KMO	,657		
Bartlett's test sig.	,000		
Korrelasjonsdeterminant	,265		

*Note.* KMO = Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy. Tabellen gjelder både for ekstraksjon med prinsipal aksefaktorering og prinsipal komponentanalyse

**Figur G2**

Scree-plot av eksplorerende faktoranalyse med prinsippal aksefaktorering og prinsippal komponentanalyse for implementeringsutfall: etterlevelse



### Prinsippal komponentanalyse: etterlevelse, aksept, egnethet og gjennomførbarhet

**Tabell G9**

Komponentladninger (mønstermatrise) for implementeringsutfall: etterlevelse, aksept, egnethet og gjennomførbarhet (N = 119)

Utsagn	Komponent 1	Komponent 2	Komponent 3
Etterlevelse: 12	-,116	<b>,721</b>	-,363
Etterlevelse: 13	-,050	<b>,823</b>	-,002
Etterlevelse: 14	,090	-,100	<b>-,886</b>
Etterlevelse: 15	-,037	,307	<b>-,772</b>
Etterlevelse: 79	<b>,657</b>	,183	-,180
Etterlevelse: 80	,288	<b>,521</b>	,084
Aksept: 17	<b>,714</b>	,125	,168
Aksept: 18	<b>,799</b>	,019	,146
Aksept: 40	<b>,783</b>	,104	,071
Aksept: 87	<b>,829</b>	-,033	,101
Egnethet: 20	<b>,828</b>	,046	-,033
Egnethet: 41	<b>,869</b>	,002	,076
Egnethet: 61	<b>,831</b>	-,167	-,001
Egnethet: 86	<b>,823</b>	-,101	-,060
Gjennomførbarhet: 19	<b>,803</b>	,019	-,064
Gjennomførbarhet: 42	<b>,678</b>	,124	-,076
Gjennomførbarhet: 60	<b>,826</b>	-,019	-,071
Gjennomførbarhet: 62	<b>,751</b>	-,262	-,241

Note: Ekstrasjonsmetode: prinsipal komponentanalyse. Rotasjonsmetode: direct oblimin med Kaiser normalisering. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

**Tabell G10**

Strukturmatrise for implementeringsutfall: etterlevelse, aksept, egnethet og gjennomførbarhet (N = 119)

Utsagn	Komponent 1	Komponent 2	Komponent 3
Etterlevelse: 12	-,013	<b>,768</b>	<b>-,475</b>
Etterlevelse: 13	,044	<b>,818</b>	-,135
Etterlevelse: 14	,130	,056	<b>-,875</b>
Etterlevelse: 15	,043	<b>,430</b>	<b>-,821</b>
Etterlevelse: 79	<b>,688</b>	,287	-,248
Etterlevelse: 80	,343	<b>,540</b>	-,018
Aksept: 17	<b>,719</b>	,179	,106
Aksept: 18	<b>,793</b>	,086	,097
Aksept: 40	<b>,791</b>	,182	,009
Aksept: 87	<b>,820</b>	,045	,058
Egnethet: 20	<b>,836</b>	,146	-,088
Egnethet: 41	<b>,865</b>	,089	,026
Egnethet: 61	<b>,812</b>	-,072	-,021
Egnethet: 86	<b>,815</b>	,003	-,091
Gjennomførbarhet: 19	<b>,809</b>	,121	-,114
Gjennomførbarhet: 42	<b>,696</b>	,214	-,135
Gjennomførbarhet: 60	<b>,828</b>	,087	-,115
Gjennomførbarhet: 62	<b>,735</b>	-,137	-,241

Note: Ekstrasjonsmetode: prinsipal komponentanalyse. Rotasjonsmetode: direct oblimin med Kaiser normalisering. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

### Prinsipal aksefaktorering: etterlevelse, aksept, egnethet og gjennomførbarhet

**Tabell G11**

Faktorladninger (mønstermatrise) for implementeringsutfall: etterlevelse, aksept, egnethet og gjennomførbarhet (N = 119)

Utsagn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Etterlevelse: 12	-,107	<b>,789</b>	,087
Etterlevelse: 13	-,041	<b>,524</b>	,232
Etterlevelse: 14	,096	<b>,455</b>	-,147
Etterlevelse: 15	-,018	<b>,755</b>	-,159
Etterlevelse: 79	<b>,662</b>	,238	-,184
Etterlevelse: 80	,287	,249	,033
Aksept: 17	<b>,654</b>	-,028	<b>,435</b>
Aksept: 18	<b>,749</b>	-,096	,379
Aksept: 40	<b>,763</b>	,015	,035
Aksept: 87	<b>,798</b>	-,109	,149
Egnethet: 20	<b>,803</b>	,048	,118
Egnethet: 41	<b>,871</b>	-,072	-,048
Egnethet: 61	<b>,850</b>	-,154	-,237
Egnethet: 86	<b>,830</b>	-,049	-,175
Gjennomførbarhet: 19	<b>,761</b>	,052	,222
Gjennomførbarhet: 42	<b>,650</b>	,133	,010
Gjennomførbarhet: 60	<b>,819</b>	,022	-,062

Gjennomførbarhet: 62                      **,737**                                      -,038                                      -,174

*Note:* Ekstrasjonsmetode: prinsipal aksefaktorering. Rotasjonsmetode: direct oblmin med Kaiser normalisering. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

### Tabell G12

*Strukturmatrise for implementeringsutfall: etterlevelse, aksept, egnethet og gjennomførbarhet (N = 119)*

Utsagn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Etterlevelse: 12	,005	<b>,774</b>	,081
Etterlevelse: 13	,048	<b>,520</b>	,231
Etterlevelse: 14	,146	<b>,468</b>	-,139
Etterlevelse: 15	,071	<b>,752</b>	-,158
Etterlevelse: 79	<b>,680</b>	,326	-,132
Etterlevelse: 80	,323	,288	,056
Aksept: 17	<b>,684</b>	,062	<b>,486</b>
Aksept: 18	<b>,765</b>	,006	<b>,437</b>
Aksept: 40	<b>,767</b>	,118	,094
Aksept: 87	<b>,795</b>	-,001	,210
Egnethet: 20	<b>,818</b>	,156	,180
Egnethet: 41	<b>,858</b>	,045	,019
Egnethet: 61	<b>,811</b>	-,040	-,172
Egnethet: 86	<b>,809</b>	,062	-,111
Gjennomførbarhet: 19	<b>,785</b>	,155	,281
Gjennomførbarhet: 42	<b>,669</b>	,221	,061
Gjennomførbarhet: 60	<b>,817</b>	,132	,002
Gjennomførbarhet: 62	<b>,718</b>	,060	-,117

*Note:* Ekstrasjonsmetode: prinsipal aksefaktorering. Rotasjonsmetode: direct oblmin med Kaiser normalisering. Verdier over 0,4 er uthevet. Se vedlegg D for utsagn.

### Tabell G13

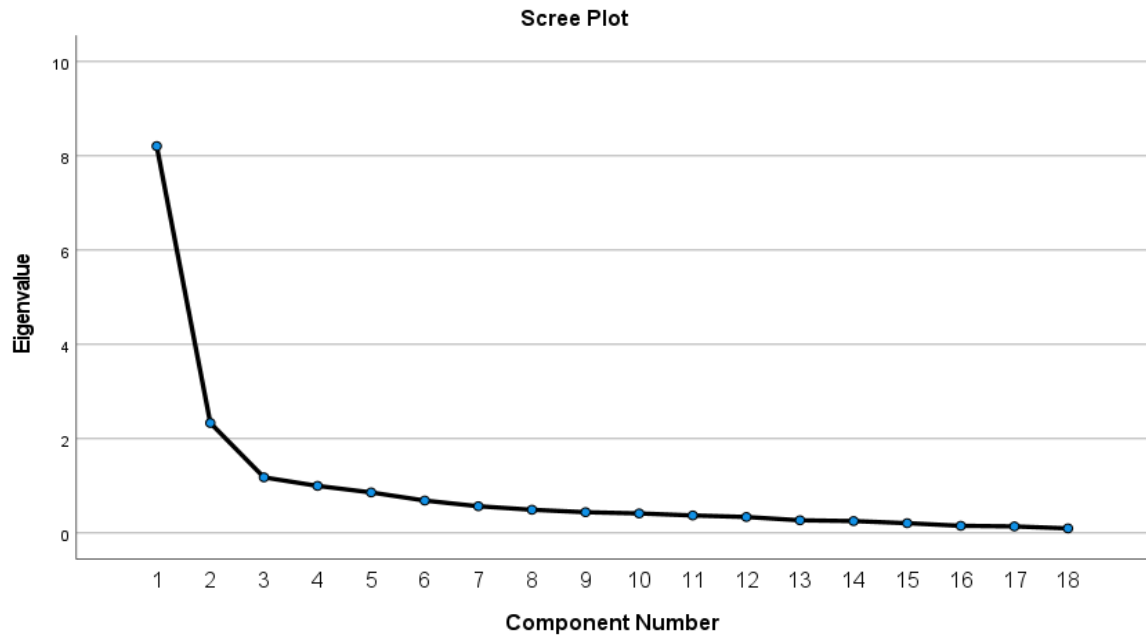
*Oppsummerende resultater av eksplorerende faktoranalyser for implementeringsutfall: etterlevelse, aksept, egnethet og gjennomførbarhet (N=119)*

Komponent/faktor	1	2	3
Eigenvalue	8,21	2,33	1,18
% av varians	45,59	12,96	6,55
KMO	,875		
Bartlett's test sig.	,000		
Korrelasjonsdeterminant	0,00000242		

*Note.* KMO = Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy. Tabellen gjelder både for ekstraksjon med prinsipal aksefaktorering og prinsipal komponentanalyse.

### Figur G3

*Scree-plot av eksplorerende faktoranalyse med prinsipal aksefaktorering og prinsipal komponentanalyse for implementeringsutfall: etterlevelse, aksept, egnethet og gjennomførbarhet*



## Vedlegg H

### Reliabilitetsanalyser

**Tabell H1**

*Reliabilitet av overordnede domener for overordnede domener (N=119)*

	Før revidering				Etter revidering			
	Cronbach's alpha	Corrected item-total correlations	Cronbach's alpha if item deleted	n (utsagn)	Cronbach's alpha	Corrected item-total correlations	Cronbach's alpha if item deleted	n (utsagn)
<b>Overordnede domener</b>								
Implementeringskvalitet	,76			39	,84			30
Etterlevelse	,69			7	,69			6
Programholdninger	,92			12	,92			12
Opplevd nytte av Tidlig Trygg	,87			18	,87			18
<b>Individuelle skalaer</b>								
<i>Implementeringskvalitet</i>								
Individer		,52	,72	8		,64	,82	3
Tiltaket		,68	,66	11		,78	,77	11
Organisasjon		,17	,84	4				0
Implementeringsprosessen		,76	,63	13		,79	,76	13
Ytre faktorer		,61	,69	3		,56	,86	3
<i>Programholdninger</i>								
Aksept (AIM)		,84	,88	4		,84	,88	4
Egnethet (IAM)		,84	,89	4		,84	,89	4
Gjennomførbarhet (FIM)		,85	,88	4		,85	,88	4
<i>Opplevd nytte av Tidlig Trygg</i>								
Økte kunnskaper og ferdigheter		,80	,79	8		,80	,79	8
Bedre samarbeid på tvers av tjenester og med foreldre		,76	,81	3		,76	,81	3
Bedre utforming av barnehagehverdagen		,71	,86	7		,71	,86	7

## Vedlegg I

### Sensitivitetsanalyse: Medieringsanalyse med kovariater

**Tabell I1**

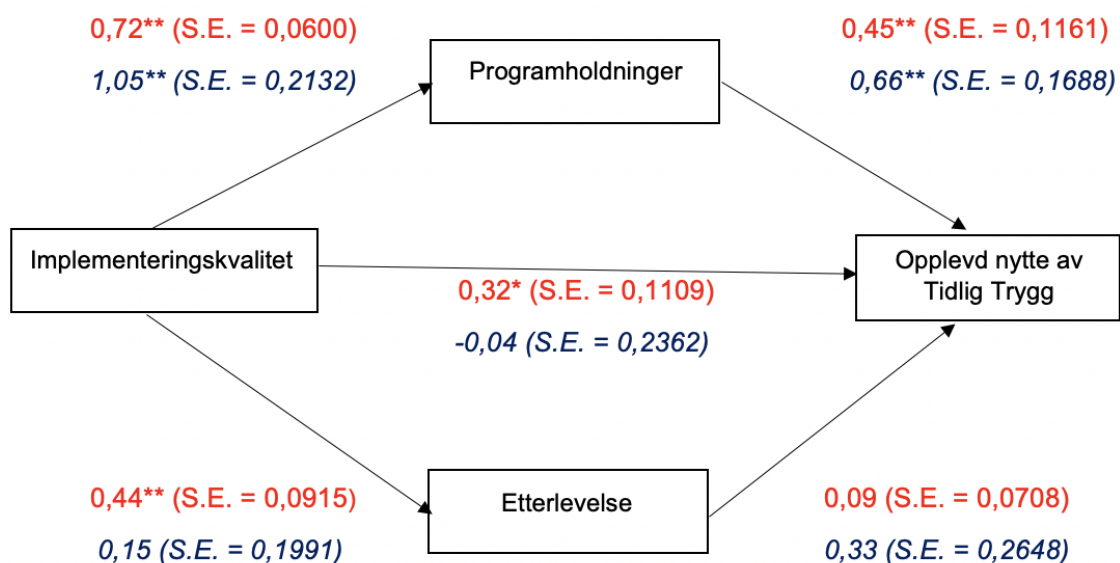
Effektstørrelser fra multippel medieringsanalyse for kovariatene: kjønn, utdanningsnivå og antall år jobbet i barnehage (N=119)

Individnivå	Kjønn			Antall år jobbet i barnehage			Utdanningsnivå		
	b	p	S.E.	b	p	S.E.	b	p	S.E.
Programholdninger	0,03	,60	0,0596	-0,12	,07	0,0646	-0,08	,17	0,0579
Etterlevelse	0,10	,25	0,0909	0,28	<,01	0,0985	0,03	,72	0,0883
Opplevd nytte av Tidlig Trygg	0,12	,07	0,0658	-0,02	,82	0,0748	-0,05	,40	0,0642

*Notat.* Effektstørrelsene er oppgitt i standardiserte regresjonskoeffisienter.

**Figur I1**

Multippel medieringsanalyse for to nivåer med mediatorene: programholdninger og etterlevelse (N=119)



*Notat.* Effekter på individnivå rapporteres med rød farge og normal font. Effekter på gruppenivå rapporteres i blå farge og kursiv. \* =  $p < .01$ , \*\* =  $p < .001$ . Kovariater inkludert i analyse: kjønn, utdanningsnivå og antall år jobbet i barnehage.

**Tabell I2**

Den indirekte effekten av implementeringsutfallene programholdninger og etterlevelse på individ- og gruppenivå, samt test av indirekte kontekstuelle effekter (N=119)

Indirekte effekt	Within effekt		Between effekt		Test av indirekte kontekstuelle effekter				
	(individnivå)	p	S.E.	(gruppenivå)	p	S.E.	Differanse	MCLL	MCUL
Programholdninger	0,32	< ,001	0,0883	0,69	< ,01	0,2286	0,3655	-0,0682	0,8774
Etterlevelse	0,04	,23	0,0328	0,05	,60	0,0933	0,0099	-0,1616	0,2520

*Notat.* Multippel medieringsanalyse med kovariatene: kjønn, utdanningsnivå og antall år jobbet i barnehage.