

Evaluering av bruken av
egenjournal i helsestasjon
- et empowermentprosjekt

Lillian Bjerkeli Grøvdal

Master of Public Health

Uppsats

MPH 2005:3



NHV
Nordiska högskolan
för folkhälsovetenskap



norden

Nordiska ministerrådet

Evaluering av bruken av egenjournal i helsestasjon - et empowermentprosjekt.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

ISSN 1104-5701

ISBN 91-7997-092-3



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Evaluering av bruken av egenjournal i helsestasjon- et empowermentprosjekt				
Författare				
Lillian Bjerkeli Grøvdal				
Författarens befattning och adress				
Prosjektleder (helsesøster)/ Høgskolelærer Råket 5 6320 Isfjorden				
Datum då oppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
23 februar 2005			Professor Anders Grimsmo (ekstern)	
Antal sider	Språk – oppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
51	Norsk	Norsk, engelsk	1104-5701	91-7997-092-3

Sammanfattning

Forskning har vist at dårlig kommunikasjon og mangelfull kontinuitet kan føre til dårlig kvalitet på tjenestene til barn. I noen tilfeller har dette ført til uriktige diagnoser og behandling, samt til mangelfull informasjon til foreldrene. Statens Helsetilsyn opprettet en arbeidsgruppe som utformet et forslag til egenjournal til bruk for barn og foreldre. Gruppen foreslo å prøve ut egenjournalen til en utvalgt populasjon, og evaluere denne før den ble tatt i bruk i resten av landet. *Mål/ hensikt:* Endepunktsmål var foreldrenes opplevde kvalitet på kommunikasjon med helsepersonell, informasjonens relevans, følelse av likeverd og invitasjon til egen delaktighet. En ønsket å finne ut i hvilken grad foreldrene ville bruke egenjournalen i møte med helsetjenesten, om foreldrene opplevde at bruk av egenjournal ville føre til en bedre og mer delaktig kommunikasjon, om egenjournalen ville påvirke bruken av helsetjenester, og om foreldrene fikk tilført mer kunnskap om barns helse gjennom egenjournalen. *Setting:* Helsestasjoner i ti kommuner på nordvestlandet i Norge *Metode:* Et utvalg på 309 barn født mellom 1. august 2000 og 1. oktober 2001, ble rekruttert gjennom helsestasjonsbesøk og randomisert i en intervensjonsgruppe eller en kontrollgruppe. Førstefødte ble ekskludert. Vi brukte selvutfyllende spørreskjema, som var standardiserte og lukkede. Begge gruppene besvarte del 1 både før og etter intervensjonen. Intervensjonsgruppen besvarte i tillegg del 2 etter intervensjonen. Det var 289 (94%) foreldre som besvarte spørreskjemaet før intervensjonen og 260 (84%) etter. Helsesøstrene introduserte både egenjournalen og spørreskjemaene. Helsepersonell ble også intervjuet for å validere resultatene. *Resultat:* Ca 3/4 av foreldrene benyttet egenjournalen ved besøk på helsestasjonen, og en tilsvarende andel mente den var nyttig og hadde selv skrevet i den. Halvparten av foreldre oppgav at egenjournal førte til bedre oversikt over barnets helse og utvikling og at de ble mer involvert i bestemmelser. Den ble mindre brukt ved andre typer kontakter med helsetjenesten. Bruk av egenjournalen påvirket ikke bruken av helsetjenester, kunnskaper om barns helse eller tilfredshet med informasjon og kommunikasjon med helsepersonell. *Konklusjoner:* Egenjournalen ble godt mottatt og hyppig benyttet i denne randomiserte og kontrollerte undersøkelsen, men undersøkelsen støttet imidlertid ikke de positive resultatene egenjournalen hadde på kommunikasjon og informasjon, som er blitt vist i tidligere deskriptive oppfølgingsstudier. Foreldre og helsesøstre som deltok i studien, trodde imidlertid at resultatene ville blitt bedre dersom egenjournalen ble introdusert ved første hjemmebesøk etter fødsel, og dersom det ble gitt mer opplæring i bruken av egenjournalen. Det vil være behov for videre forskning for å kunne bestemme hva som videre skal skje med egenjournalen i det helsefremmende arbeidet.

Nyckelord

parent-held child health record, primary health care, empowerment, evaluation/ randomised-controlled trial, medical records.



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
An evaluation of parent- held child health records (PHCHR) – an empowerment project.				
Author				
Lillian Bjerkeli Grøvdal				
Author's position and address				
Public health nurse/ High school- teacher Råket 5 6320 Isfjorden				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
February 23, 2005			Professor Anders Grimsmo (external)	
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
51	Norwegian	Norwegian/ English	1104-5701	91-7997-092-3

Abstract

Background: Research has shown that insufficient communication skills and lacking continuity has led to poor quality of the children's health services. In some cases this has caused incorrect diagnosis and treatment and insufficient information to the parents. The Norwegian Board of Health appointed a working group that created a parent-held child health record. The group proposed the record to be tried out in a selected population and evaluated before introducing it for the whole country. *Aim:* To study parents use of the PHCHR, and to evaluate participation in decisionmaking and communication with the professionals. We also wanted to determine the PHCHR's influence on health care utilisation, knowledge about child health and self-care. *Setting:* Maternal child health centres in ten municipalities in the North-west of Norway between October 2001 and January 2003. *Method:* A sample of 309 children born between Jan 8. 2000 (00.08.01) and Oct 1. 2001 (01.10.01) was recruited successively at routine health surveillance visits and randomised into an intervention or a control group. First-born children were excluded. We used self-completed questionnaires, which had standardised, specific and closed questions. Both groups answered part one before and after the intervention, and the intervention group also answered part two after the intervention. It was 289 (94%) parents who answered the questionnaires before the intervention, and 260 (84%) after. Public health nurses introduced both the PHCHR and the questionnaires. The nurses were interviewed to validate the interpretation of the results. *Results:* 3/4 of the parents used the PHCHR when visiting the maternal child health centres, 3/4 reported that the record had been helpful to them and 3/4 had entered information in the PHCHR themselves. Half of the parents claimed that the PHCHR led to better view of the child's health and development, and that they got more involved in decisions. The PHCHR was less used visiting other health professionals. The use of PHCHR did not influence the utilisation of health care services, parents' knowledge of child's health, or the parents' satisfaction of information and communication with professionals. *Conclusions:* The PHCHR was well accepted and frequently used in this randomised controlled trial, but the survey does not support the positive results using PHCHR shown in earlier descriptive follow up studies. Still, the public health nurses taking part in the study believe that an earlier introduction of the parent-held child record – at the first home visit, and more training would alter the results. Further studies are needed before one is to decide what to do about PHCHR in health promotion in children.

Key word

parent-held child health record, primary health care, empowerment, randomised-controlled trial, medical records.

Innholdsfortegnelse:

1. Introduksjon	side 2
1.1 Bakgrunn	side 2
1.2 Teori	side 3
1.2.1 Definisjoner	side 3
1.2.2 Helsebegrepet og folkehelsearbeid	side 4
1.2.3 Empowerment	side 5
1.2.4 Salutogenese	side 7
1.3 Formål og problemstillinger	side 7
2. Ethiske aspekt	side 8
3. Metode	side 8
3.1 Evaluering	side 8
3.2 Utvalg	side 11
3.3 Praktisk gjennomføring	side 11
3.4 Statistisk analyse	side 12
4. Resultater	side 13
4.1 I hvilken grad vil foreldre bruke EJ i møte med helsetjenesten?	side 15
4.2 Vil foreldre oppleve at bruk av EJ fører til en bedre og mer delaktig kommunikasjon med helsetjenesten?	side 16
4.3 Vil bruk av egenjournal påvirke bruken av helsetjenester?	side 18
4.4 Vil foreldre som benytter EJ få tilført mer kunnskap om barnets helse i kontakt med helsetjenesten?	side 19
4.5 Hvilken nytteverdi har egenjournalen for foreldrene?	side 21
5. Diskusjon	side 23
5.1 Metodens validitet, reliabilitet og troverdighet	side 23
5.2 Bruken og nytteverdien av egenjournalen	side 25
5.3 Egenjournalens betydning for utvikling av empowerment	side 27
6. Konklusjon	side 30
7. Takk	side 30
8. Referanser	side 31
Vedlegg 1 Foreldrenes forslag til endringer i EJ	side 35
Vedlegg 2 Ansattes evaluering av EJ	side 36
Vedlegg 3 Spørreskjema 1 og 2	side 37
Vedlegg 4: Tabeller og sign. tester	side 46

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Innenfor helsetjenesten for barn oppleves det at dårlig kommunikasjon og mangelfull kontinuitet har ført til dårlig kvalitet på tjenestene. Barn, som er storforbrukere av helsetjenester, er særlig utsatt. Dette har i enkelte tilfeller ført til underdiagnostisering, eller overbehandling med antibiotika, og det hevdes at mye av dette skyldes mangelfull informasjon både mellom helsepersonell og mellom foreldre og helsepersonell (Fonn 1995, Fylkeslegen i Telemark 1996). Foreldre trenger informasjon for å ta/ benytte seg av positive helsevalg/ sjanser for å oppnå optimal helse for sine barn (Charles 1994). Pasienters adgang til sin medisinske journal er et emne som har stor interesse også i internasjonale helseorganisasjoner, i Storting, hos ansatte i helsevesenet og ikke minst hos pasientene selv. Foreldre og foresatte, skal ha mulighet til medbestemmelse og makt. Dette er en menneskerett som har stor betydning for folks livskvalitet sett i et folkehelseperspektiv, noe som slås fast i "Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen" (Council of Europe 1970) og i "Barnekonvensjonen" (United Nation 1989). Foreldrestøtte og likeverdig samarbeid mellom helsepersonell og brukere er en viktig del i Barnekonvensjonen av 1989. I Norge har den nye loven om pasientrettigheter styrket pasientenes rettigheter, og den nye helsepersonelloven legger opp til utvidet journalplikt (SHD 1999 a,b).

Statens Helsetilsyn startet prosjektet *Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten* i 1995. Prosjektprosessen avdekket behovet for en vektforskyvning i tjenestene:

- Fra problemorientering til ressursorientering.
- Fra individ- til grupperettet arbeid.
- Fra ekspertrollen til løsninger hvor brukeren medvirker i større grad.

Denne vektforskyvningen kommer til uttrykk både med hensyn til valg av strategier, metoder og konkrete anbefalinger som foreligger i *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Statens Helsetilsyn 1998).

For å kunne implementere vektforskyvningen i praksis, er en ute etter å finne gode metoder. Forskning fra andre land har vist at egenjournal (EJ) kan være et egnet middel eller verktøy til å bedre kommunikasjonen og informasjonen til foresatte, og gi brukerne større mulighet til innflytelse og medvirkning (Staffin and MacFarlane 1991, MacFarlane and Staffin 1990, Jeffs et al 1994, Volkmer et al 1993). En egenjournal er et sett helseopplysninger om en person, som er i samme persons eie (jfr. 1.2.1). Egenjournalen har blitt et populært middel for å imøtekomme informasjonsbehovet, og også til å overvåke barns helse (Hagelin 1991, Charles 1994, Hooker and Williams 1996, Spencer and Coe 2000). I England, Wales og Australia har egenjournalen vært i bruk i over 10 år, og det er gjort en del evalueringsundersøkelser. Disse undersøkelsene konkluderer med at egenjournalen er nyttig både for helsepersonell og brukere (Staffin and MacFarlane 1991, MacFarlane and Staffin 1990, Jeffs et al. 1994, Volkmer et al. 1993).

Også andre evalueringsundersøkelser (Charles 1994, Davies 1999), slår fast at det er lite tvil om at egenjournalen er et effektivt middel til å dokumentere og formidle informasjon om barnets helse. De viser at foreldrene er fornøyd med å ha større tilgang til informasjon om sitt barn, og de er fornøyd med å kunne involvere seg i og vise større ansvar for barnets utvikling og helse. Undersøkelsene viser også at egenjournalen brukes.

I Norge er det gjennomført en brukerundersøkelse etter at en egenjournal/ helsedagbok ble tatt i bruk av en privatpraktiserende lege i Telemark fylke (Fonn 1995, Fylkeslegen i Telemark 1996). I 2000 (Branstad et al. 2000) ble det gjennomført en undersøkelse med gruppeintervju av pasienter, foreldre og helsepersonell, samt en spørreundersøkelse. Resultatene fra denne undersøkelsen konkluderer bl.a. med at pasientene synes det er praktisk å ha en plass å oppbevare medisinsk informasjon og at det er lettere å huske beskjeder fra legen da denne ble nedskrevet. Journalen ble godt mottatt av foreldrene, men ikke alle legene sluttet opp om bruken av journalen.

Felles for de nordiske landene er at det tidligere ikke er utformet en egenjournal som kan brukes både på helsestasjon og hos lege/ spesialist og som systematisk er innført for hele landet. I forbindelse med prosjekt ”Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten”, nedsatte Statens helsetilsyn ei arbeidsgruppe som fikk i mandat å ”Vurdere muligheten for fremtidig bruk av egenjournal innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten og komme med forslag til utforming av et slikt system”. Arbeidsgruppen kom frem til et forslag/ utforming av egenjournal i januar 2000. I rapporten konkluderer de med at bruken av egenjournal skal utprøves og evalueres i noen kommuner som et prøveprosjekt før det innføres for hele landet (Statens Helsetilsyn 1998).

Statens Helsetilsyn står bak et prosjekt kalt ”Ressurshelsestasjonen” med base i Molde kommune. Dette er et prosjekt for 12 kommuner i Romsdal og på Nordmøre. Prosjektets hovedmålsetting er å jobbe med fagutvikling overfor ansatte som jobber med barn og unge. Utprøving og evaluering av metoder inngår som en del av arbeidsoppgavene. Ressurshelsestasjonen fikk oppdraget med å prøve ut og evaluere forslaget fra arbeidsgruppa. Mandatet ble gitt prosjektleder ved Ressurshelsestasjonen.

Før jeg omhandler relevant teori for studien, vil jeg først gå litt inn på definisjonen av egenjournal og litt inn på hvordan den er tenkt brukt.

1.2 Teori

1.2.1 Definisjoner

”En egenjournal er et sett helseopplysninger om en person, som er i samme persons eie og varetekt, og som pasienten selv forventes å gi videre til helsepersonell som har behov for den” (Ot.prp.nr.13 1998).

I den engelske litteraturen er egenjournalbegrepet uttrykt som "Parent- held child health records", Personal Health Records or health passports.

Hensikten med en egenjournal er å gjøre helseopplysninger tilgjengelige for de som trenger dem når de trenger dem. Dette kan delvis erstatte pasientens muntlige redegjørelse. Den skriftlige fremstillingen kan bidra til at opplysningene blir mer nøyaktige enn ved muntlig overlevering, og kan dermed bidra til redusert fare for feilbehandling som følge av mangelfulle eller unøyaktige opplysninger. Egenjournalen skiller seg fra en pasientjournal først og fremst ved at det er pasienten som har ansvaret for den og eier den. Det er åpnet opp for at egenjournalen kan føres både av pasienten og av helsepersonell. Av Ot.prp. nr.13 (1998-99) fremgår det at per. i dag er det ikke rettsregler som hindrer bruk av egenjournal, forutsatt at bruken er frivillig, både fra pasientens og helsepersonellens side. I forarbeidene er det trukket frem at egenjournal kan være særlig aktuelt for pasienter med sjeldne eller kroniske sykdommer. Det samme gjelder pasienter som mottar helsehjelp fra ulike tjenestenivåer og institusjoner. Andre har hevdet at egenjournalen kan bidra til at pasienten blir bedre informert, og derved bedre i stand til å ivareta sine rettigheter (Christensen og Nohr 2001).

I vår undersøkelse er egenjournalkortet et standardisert skjema om barnets helse og utvikling i A5 format på omkring ti sider.

Videre i teoriavsnittet, har jeg tatt med relevant teori, som danner grunnlaget for den dreining eller vektforskyvning som er skissert i "Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (Statens Helsetilsyn 1998). En ønsker en tjeneste som er mer ressursorientert og grupperettet, og at en beveger seg bort fra ekspertrollen til løsninger der bruker involveres i større grad (jr. s 2).

1.2.2 Helsebegrepet og folkehelsearbeid

I Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon, er helse et begrep som omfatter menneskets velvære og totalbehov. Endepunktet for helse er god helse. Dette kalles ofte det positive helsebegrepet. God helse er her et uttrykk for evnen til å mestre livets påkjenninger.

Den norske definisjonen av folkehelsearbeid, som brukes i dag er;

"Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon" (Norges offentlige utredninger 1998).

Filosofien innenfor "det nye folkehelsearbeidet" må ligge til grunn for dagens folkehelsearbeid. Det innebærer at det i vår tid dreier seg om deltagelse, mestring og kontroll over egen situasjon, om å la engasjement og initiativ avløse avmaktfølelse. Det handler om at troen på egne evner, anlegg og pågangsmot skal skape optimisme og gi mulighet for å bety noe for fellesskapet.

Folkehelsearbeid deles ofte i helsefremmende og forebyggende arbeid. Den helsefremmende dimensjonen kan illustreres ved en ”nedenfra og opp trekant”, fra borgerne til staten, mens den sykdomsforebyggende dimensjonen kan illustreres omvendt med en ”ovenfra og ned” trekant, fra departement til borgere (Norges offentlige utredninger 1998). Internasjonalt har begrepet health promotion festet seg som nesten synonymt med helsefremmende arbeid. Den første internasjonale konferansen om health promotion ble arrangert i Ottawa i 1986. Resultatene fra konferansen endte i utformingen av det som blitt kalt ” Ottawa charteret”. Dette fremhever fem prinsipper i det helsefremmende arbeidet som sentrale:

1. Å bygge opp en sunn helsepolitikk. Dette innebærer at helsefremmende arbeid plasseres på saklisten til alle bestemmende organer på alle områder og nivåer. Målet skal være å gjøre det sunne valget til det enkleste valget både for politikere og det enkelte individ.
2. Å skape et støttende miljø. Våre samfunn er komplekse og vevet inn i hverandre. Det viktigste ledende prinsipp er behovet for å oppmuntre til gjensidig støtte, å ta vare på hverandre, våre samfunn og vårt miljø. All helsefremmende strategi må ta sikte på å beskytte gode miljøer og bevare naturlige ressurser.
3. Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling. Helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å kunne oppnå en bedre helse. Sentralt i denne sammenhengen er å gi individer og lokalsamfunn tilstrekkelig makt og innflytelse på egen framtid.
4. Å utvikle (brukernes) personlige ferdigheter. Helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker. Det er nødvendig med ulike tiltak innen skole, fagmiljøer, kommersielle og frivillige sektorer. Dette øker individets ferdigheter og muligheter til å gjøre helsefremmende valg og ivareta egen helse.
5. Å tilpasse helsetjenesten/reorientere helsetjenesten. Helsesektorens rolle må bevege seg i en mer helsefremmende retning, utover kliniske og kurative tjenester. Det åpner opp for et samarbeid med andre sektorer. Dette må føre til en holdnings- og organisasjonsendring innenfor helsevesenet (Statens Helsetilsyn 1998).

De to siste tiltakene vil berøre denne studien. Det handler om å gi foreldrene den kunnskap og kompetanse som trengs for å ta bestemmelser vedrørende sitt barn, og det handler om å tilpasse tjenesten slik at foreldre får lov, at de blir hørt og respektert som likeverdige partnere.

1.2.3 Empowerment

Begrepet "empowerment" ble lansert i Ottawa-chartret i 1986 (WHO 1986), og ble der definert som *"en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse"*. Viktige strategier i Ottawa-charteret som støtter opp under empowerment er de tre basis strategiene; *"mediating, advocacy and enabling"*. På norsk vil dette si *"formidle, støtte og sette i stand til"*. Ottawa- charteret har derfor blitt et svært viktig dokument i utviklingen av empowerment (Statens Helsetilsyn 1998, Eklund 1999).

Empowerment er et engelsk faguttrykk som er forsøkt oversatt til norsk med "myndiggjørelse" (Hanssen 1996) og til dansk med "selvoprejsning" (Faureholm 1996). Begge disse oversettelsene dekker ikke begrepet fullt ut, og empowerment- uttrykket har derfor blitt vanlig også her i Norge. Flere forskere har forsøkt å beskrive empowerment. Lundemark Andersen og Vinter-Jensen skrev i sin bok "Empowerment i praksis" (1997) dette:

"Empowerment bygger på en holdning og et menneskesyn, hvor utgangspunktet er at alle mennesker har ressurser og kapasitet til at definere egne problemer og utvikle handlingsstrategier, der forholder seg til problemene på en for dem forståelig og håndterbar måte. Men det betyr ikke, at den enkelte skal overlades til seg selv, og at den professionelle kan fralægge seg et medansvar. Professionelle og borgere er sammen om en fælles borgerdefinert opgave ut fra hver deres forutsetninger. Vi tror på at makt over eget liv skal erobres og tilegnes for at kunne fastholdes og anvendes, og at makt skal forstås som magt til at handle og magt over eget liv, men ikke makt over andre" (NOU 1998).

Rappaport introduserte alt i 1981 begrepet empowerment innenfor feltet sosialpsykologi. I 1985 konkluderte han med at det er vanskelig å definere begrepet fordi det både har et psykologisk og et politisk innhold. Han skriver "Empowerment is a little bit like obscenity; you have trouble defining it but you know it when you see it. It seems to be missing in people who feel helpless..." Rappaport snakker om psykologisk empowerment. Han sier at empowerment kan vise seg på forskjellige måter, hos forskjellig mennesker i forskjellige omgivelser. Han sier "Psychological empowerment may be seen as both feeling of perceived control and critical awareness of knowing when to confront others and when to avoid them" (Rappaport 1985).

Paulo Freire (1973) har gjennom sin filosofiske og pedagogiske tenkning medvirket til utvikling av empowerment. I følge han har alle mennesker ressurser og potensiell makt til å ta ansvar for sitt liv og til å innta en plass i verden. Frigjørelse fører til frihet, men frihet kan ikke gives, den skal erobres. Freires pedagogikk avspeiler dette menneskesyn og holdning. Helt sentralt i hans teori er dialogen. Den ekte dialog preges av tro på mennesket og ydmykhet. Det er en demokratisk, åpen dialog, hvor dialogen tar utgangspunkt i menneskets egne erfaringer.

Nina Wallerstein (1992) arbeidet med dynamikken og samspillet mellom maktesløshet og empowerment i et helsefremmende perspektiv. Hun har utviklet en modell der første del beskriver hvilke risikofaktorer som kan føre til maktesløshet og mangel på kontroll og relatere dette til sykdom. Annen del av modellen er en fremstilling av hvordan en reduksjon i sosiale og fysiske risikofaktorer kan føre til større fellesskap i lokalsamfunnet og dermed lokalsamfunnsempowerment og psykologisk empowerment (NOU 1998, Vinter- Jensen 1999).

1.2.4 Salutogenese

Antonovsky unnfanget begrepet salutogenese i 1979, og utviklet etter hvert en teoretisk modell som han beskrev i sine bøker (Antonovsky 1979, 1988). Salutogenese er dannet av det latinske ordet *salus*, som betyr helse eller sunnhet, og det greske ordet *genesis*, som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Begrepene salutogenese og mestringsprosess ligger tett opp til hverandre, men salutogenesebegrepet er knyttet til en helhetlig teori. Han foreslo tidlig å flytte oppmerksomheten fra stressorer til ressurser. I sin modell tar Antonovsky avstand fra inndelingen mellom frisk og syk, og han ønsker å styre interessen mot de faktorer som bringer en så nær den friske polen som mulig. Det som er avgjørende for hvordan vi greier oss, er i følge Antonovski, opplevelsen av sammenheng, *Sense of Coherence*- SOC, eller på svensk KASAM. For å oppnå denne følelsen av sammenhengen må vi kunne forstå situasjonen, ha tro på at vi kan finne frem til løsninger og finne god mening i å forsøke på det (Gjørum et al. 1998). Antonovskis salutogeneseteori knyttes nær opp til det helsefremmende begrepet (health promotion). Selv introduserer han sin modell som en ”virkningsfull, omfattende og systematisk teoretisk veiviser for forskning og praksis i helsefremmende arbeid” (Antonovsky 1996).

Veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Statens Helsetilsyn 1998), har sin forankring i filosofien innenfor ”det nye folkehelsearbeidet”, og støtter seg på teorigrunnet som er presentert i dette kapittelet. I veilederen anbefales det at tjenesten legges til rette slik at foreldre skal bli aktive brukere av helsesystemet og delta i beslutningsprosesser. Foreldrene må ses på som likeverdige og kompetente partnere. Dette er en prosess som gjør foreldrene i stand til å mestre en kompleks verden, og oppnå god livskvalitet. Helsepersonellens oppgaver vil være å oppmuntre det positive, og å lære foreldrene å se det positive ved sine barn. På den måten håper en at forholdene til barn skal bli enda bedre, og kanskje også foreldrene kan fremme barnas interesser i samfunnet og delta i beslutningsprosesser som angår barna. I denne studien ønsker en finne ut om egenjournalen kan bli et verktøy som kan medvirke til dette.

1.3 Formål og problemstillinger

Hypotesen er at bruk av egenjournal vil bedre kommunikasjonen og informasjonen til foresatte, og gi brukerne større mulighet til innflytelse.

Hensikten var å evaluere bruken av egenjournal hos helsestasjonsbrukere i 10-12 kommuner på nordvestlandet i Norge. Endepunktsmål var foreldrenes/ foresattes opplevde kvalitet på kommunikasjon med helsepersonell, informasjonens relevans, følelse av likeverd og invitasjon til egen delaktighet.

Ut fra dette ble følgende problemstilling formulert:

- I hvilken grad vil foreldre/ foresatte bruke egenjournalen i møte med helsetjenesten?

- Vil foreldre/ foresatte oppleve at bruk av egenjournal fører til en bedre og mer delaktig kommunikasjon med helsetjenesten?
- Vil bruk av egenjournal påvirke bruken av helsetjenester?
- Vil foreldre/ foresatte som benytter egenjournal få tilført mer kunnskap om barns helse og samarbeid med helsetjenesten?

2 ETISKE ASPEKT

Informasjon om gjennomføringen av prosjektet, ble gitt både skriftlig og muntlig til helsestasjonene og legesentrene. Undersøkelsen var frivillig, og kun de helsestasjonene som ønsket, deltok. Det ble gitt skriftlig samtykke fra disse. Helsestasjonen vervet frivillige deltakere blant foreldrene, og det ble gitt skriftlig samtykke også fra de. Foreldregruppen ble gitt skriftlig informasjon fra prosjektleder samt muntlig fra helsesøstrene. De fikk informasjon om bakgrunn og hensikt med undersøkelsen, hvem som administrerte og hvem som finansierte forsøket. Helsestasjonene formidlet spørreskjemaene, mens svarene ble sendt direkte til Ressurshelsestasjonen i ferdigfrankerte konvolutter. Besvarelsene inneholdt ikke navn, og de ble behandlet konfidensielt. Purringene skjedde via helsestasjonene, da navnelistene ble oppbevart der. Prosjektet er lagt frem for Datatilsynet, og er godkjent i Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Midt-Norge.

3 METODE

3.1 Evaluering

Det er formålet og ikke middelet eller strategien som skiller evalueringsundersøkelser fra andre forskningsprosjekter. Formålet med forskning er å frembringe ny kunnskap, mens en evaluering sikter på å gi vurderinger ut fra den innsikt som frembringes gjennom bruken av valgte metoder. Robson har definert evaluering slik:

”An evaluation is a study which has a distinctive purpose; it is not a new or different research strategy. The purpose of an evaluation is to assess the effects and effectiveness of something, typically some innovation or intervention: policy, practice or service” (Robson 1993).

En definisjon av Øvretveit setter søkelys på viktige aspekter ved evalueringen som pålitelighet, systematikk og sammenligningsmulighet for å bedømme en intervensjon:

”Evaluation is attributing value to an intervention by gathering reliable and valid information about it in a systematic way, and by making comparisons, for the purpose of making more informed decisions or understanding causal mechanisms or general principles” (Øvretveit 1998).

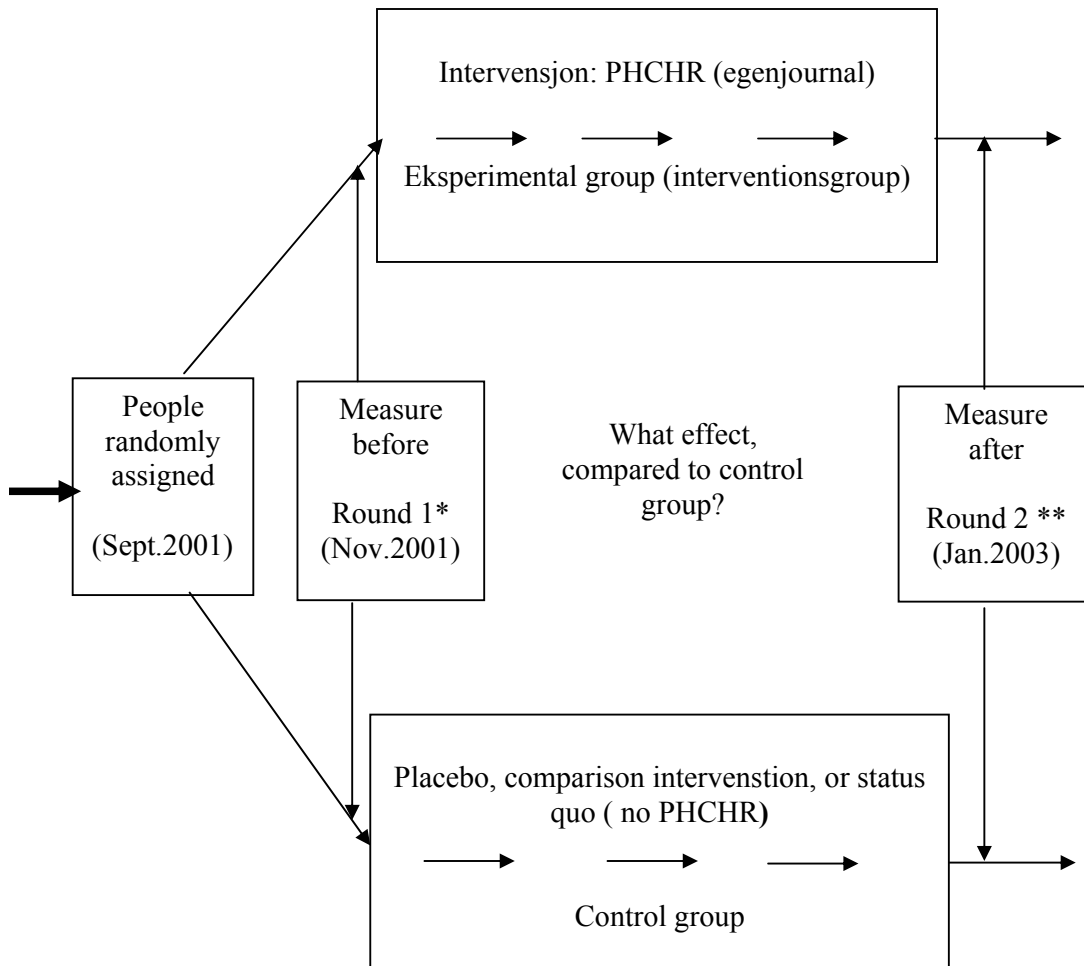
I evaluering kan en ta i bruk ulike forskningsstrategier. Det er hevdet at den mest pålitelige evalueringsstudien følger en eksperimentell strategi der en gjør en sammenligning mellom minst to grupper. Det forutsetter at en har en kontrollgruppe (Robson 1993). Kontrollerte og randomiserte (tilfeldig utvalg) forsøk er holdt for å være de mest pålitelige innen kvantitativ forskningsmetode. Kvantitative metoder kjennetegnes ved innsamling og bearbeiding av opplysninger etter regler og kriterier som gjør det mulig å tallfeste forekomst av ulike fenomen. Den mest brukte metoden innenfor helsearbeid er bruken av spørreskjema. I denne metoden har en mulighet for å samle inn mye informasjon fra et stort antall informanter. Metoden kan ha svakheter knyttet til vanskeligheten med utformingen av presise spørsmål og muligheten av feiltolkninger (Bjørndal et al. 2000).

I litteraturen skiller en mellom summativ og formativ evaluering. Ved summativ evaluering er en opptatt av effekter eller resultater av en intervensjon, mens formativ evaluering gir underveis informasjon om utvikling i et program.

Denne undersøkelsen er summativ, men har også elementer av formativ evaluering. Den har et eksperiment/ forsøksperspektiv, hvor en tester ut hypotese, eller også utvikling, hvor en prøver å utvikle eller forbedre en behandling, tjeneste, policy eller organisatorisk inngrep. Designet er før- etter (resultat av intervensjon), kontrollert og randomisert forsøk. Utvalget i både kontrollgruppe og intervensjonsgruppe er tilfeldig utvalgt. I litteraturen er det definert som "randomiserte kontrollerte forsøk", type 5 (Øvretveit 2002). Det vil si at en benytter seg av intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Det man gjør, kalles intervensjonen. Intervensjonsgruppen er den gruppen som i dette tilfellet prøver ut egenjournalen. Metoden er kvantitativ hvor en benytter seg av spørreskjema. Det ble laget en "del en" og en "del to" spørreskjema (Jfr. vedlegg). "Del en" ble besvart av både kontrollgruppen og intervensjonsgruppen både før (runde 1) og etter utprøvingen (runde 2). I oppgaven blir disse begrepene brukt litt om hverandre. I spørreundersøkelsen benyttet en seg av enqueter med standardiserte spørsmål, prekodete. De fleste var lukket, men også noen åpne spørsmål. Det ble laget ca. 30 spørsmål med graderte svaralternativer. Disse gikk på hvor fornøyd brukerne var med hensyn til informasjon, kommunikasjon og opplevelsen av medbestemmelse. En spurte om hyppighet av kontakter med helsetjenesten og stilte noen sentrale kunnskapsspørsmål. Spørsmålene ble laget ut fra at de skulle gi svar på problemstilling og forskningsspørsmålene.

"Del to" ble besvart bare av intervensjonsgruppen etter utprøvingen (runde 2). I del to ble intervensjonsgruppen spurt om i hvilken grad egenjournalen er blitt benyttet hjemme og i kontakter med helsetjenesten, hvilken nytte de hadde av egenjournalen, og om denne førte til større engasjement/ involvering fra foreldrenes side. Selve utformingen av egenjournalen ble også evaluert. Nedenfor er dette forsøkt forklart ut fra en evalueringsmodell:

Figur 1 **Type 5: Randomised controlled trial (RCT)**



* Spørreskjema del 1 til begge grupper

** Spørreskjema del 1 til begge grupper og spørreskjema del 2 til interv. gruppen

Kilde: Øvretveit J 2002

3.2 Utvalg

De 12 kommunene som inngår i Ressurshelsestasjonens prosjekt fikk tilbud om å delta. Ti av kommunene, i alt 14 helsestasjoner svarte ja til å bli med (clusterrandomisering.). Det ble stilt krav om at de helsestasjonene som ønsket å være med, skulle være bemannet med minst ei utdannet helsesøster evt. jordmor. Førstegangsfødende ble ekskludert da de ikke kjente de ordinære rutinene ved helsestasjonen, og derfor ikke hadde sammenligningsgrunnlag. Det ble foretatt et tilfeldig utvalg av de som hadde svart ja til å bli med i studien, til sammen ca. 310 barn født mellom 1. august 2000 og 1. oktober 2001. Halvparten i kontrollgruppe og andre halvpart i intervensjonsgruppen etter trekning (randomisert). Hver helsestasjon hadde både intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. En sikret seg at de eldste over 1 år ble samlet i en pott og trukket for seg (stratifisering). Dette for å sikre at gruppene skulle bli mest mulig lik. Trekningen ble gjennomført av Ressurshelsestasjonen, slik at helsestasjonene ikke hadde noen mulighet for å påvirke fordelingen. Utfallet av randomiseringen var kjent for deltakerne og helsestasjonene (ikke mulig blindet i og med at brukerne hadde med seg egenjournalen). Helsestasjonene vil trolig behandle begge grupper likt, forskjellen tenkes å ligge i engasjementet til foreldrene, og det at informasjon og kommunikasjon blir nedskrevet. Foreldre deler likevel med hverandre erfaringer og kunnskaper, da de møtes på helsestasjonen og deltar i felles grupper. På de største helsestasjonene kan brukere møte ulikt helsepersonell fra gang til gang. (Se ellers under metodediskusjonsdelen om clustereffekt).

Størrelsene på kommunene varierte en del. Molde er den største kommunen med fem helsestasjoner og over 120 deltakere. Den minste øykommunen hadde kun 3 deltakere med i undersøkelsen.

3.3 Praktisk gjennomføring

Egenjournalen ble presentert gjennom besøk til alle kommuner der lege og helsesøster var representert. Det var egne møter med legekontorer i Molde og representant for barnepoliklinikken i Molde. I tillegg til denne muntlige informasjonen, ble det også gitt skriftlig informasjon til helsestasjonene. Helsestasjonene vervet deltakere i henhold til kriteriene. Helsesøstrene presenterte egenjournalen for de som var valgt ut til å bli med i intervensjonsgruppen.

Helsepersonell ble oppfordret til å samarbeide med foreldrene ved skriving i journalen. Det ble lagt vekt på at det ikke skulle bli merarbeid for de ansatte, men at vekt, lengde, timeavtaler og vaksinasjoner som de ellers skrev ned, ble skrevet i egenjournalen isteden. Helsepersonell ble ikke spesielt oppfordret til å etterspørre egenjournalen. Dette for at intervensjonsgruppen og kontrollgruppen skulle behandles mest mulig likt.

Det ble gitt skriftlig informasjon til foreldrene om utprøvingen, og de ble oppfordret til å være aktiv med å legge frem egenjournalen selv i møte med helsetjenesten, både på helsestasjon, legevaktbesøk og ved evt. sykehusbesøk og til selv å skrive i denne. Det

ble presisert at dette var viktig, da helsepersonell utenom helsestasjon, ikke hadde mulighet til å vite hvem som var med i forsøket. Prosjektleder deltok på informasjonsmøte med foreldre.

Randomiseringen ble gjort før første spørreundersøkelse, jfr. fig.1. I denne undersøkelsen mest ut fra praktiske grunner da begge gruppene fikk samme spørreskjemaet. Videre blir det viktig å kunne sammenligne resultatene i de forskjellige gruppene med hverandre før og etter. Dette også for å ta høyde for utvikling som likevel ville ha skjedd uten bruk av egenjournal.

Før gjennomførelsen, ble det foretatt en validisering av spørreskjema med syv - åtte foreldrepar. Dette ble gjort for å teste ut spørsmålene og eventuelle mistolkninger. En del av spørsmålene og svaralternativer ble endret etter dette. Det ble gjennomført 2 purringer i begge runder.

Forut for utarbeidelsen av plan og spørreskjema, ble det foretatt litteratursøk i aktuelle databaser. Atten artikler ble plukket ut som relevante for denne studien, jfr. søkeord. Det var få randomiserte kontrollerte forsøk. Det ble også tatt kontakt med en artikkelforfatter fra England (Davies 1999), som blant annet sendte kopi av et spørreskjema som de hadde brukt i sin undersøkelse. Dette ga ideer til utforming av spørreskjemaene i denne studien.

Helsepersonell har, i tillegg til foreldrene, evaluert egenjournalen både i fokusgrupper og individuelt gjennom spørreskjema. Det er imidlertid foreldrene som er primærmålgruppen i denne studien, og det refereres bare kort til evalueringsundersøkelsen fra de ansatte.

3.4 Statistisk analyse

Spørreskjemaene ble kodet og de kvantitative dataene ble etter at de var samlet inn, systematisert slik at de ble tilgjengelig for statistisk analyse og tolkning. De ble analysert ved hjelp av SPSS 11.0 for Windows. Frekvenstall av variabler og sammenhenger/korrelasjoner ble vurdert. Tabellene i resultatkapittelet er satt opp slik at verdier i intervensjons- og kontrollgruppen både før og etter intervensjonen lett kan sammenlignes. I noen av tabellene er svaralternativer slått sammen ut fra plassmessig hensyn. Dette er ikke gjort i den statistiske analysen. Hver variabel ble først visuelt inspisert ved hjelp av søylediagram med henblikk på å fastslå om de var normalfordelte. I sammenligningen mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, ble "Levene's test for equality of variances" først brukt for å se om svarvariansene i fordelingen var tilstrekkelig like. Siden analyse av datamaterialet viste at data ikke var tilstrekkelig normalfordelt og at variansene ikke var tilstrekkelig like, ble t-testen ikke valgt. Det ble i stedet gjort ikke-parametriske tester ved hjelp av Mann-Whitney U. Dette for å rangere/ teste forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen når det gjelder endring fra runde 1 til runde 2. En fant først den individuelle differansen mellom runde 1 og 2 (dvs. 2 minus 1). Deretter testet en om denne differansen var

forskjellig mellom de to gruppene. I teksten videre, er kun forskjeller som er signifikante ($p < 0.05$) presentert. De åpne spørsmålene ble kategorisert.

Powerberegning ble gjort før undersøkelsen. Det ble tatt utgangspunkt i at prevalensen av det målte endepunktet i kontrollgruppa skulle være 30 %, og at en ønsket å identifisere en forskjell av intervensjonen på minst 15 % (dvs. forventet prevalens i intervensjonsgruppa på 45 %) som signifikant forskjell. For å påvise en 15 % forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen trengtes et utvalg på ca. 300 personer. Dette baserer seg på en 5 % test ($p < 0.05$) og et krav om statistisk styrke på 80 %.

4 RESULTATER

Resultatene er presentert med hvert sitt underkapittel relatert til forskningsspørsmålene (jfr. s 7 og 8). Resultater fra begge spørreskjemaene inngår. I tabell 8 (vedlegg), 9, 10, 11, 12 (vedlegg) og 13 er svaralternativer slått sammen i presentasjonen. I den statistiske analysen inngår alle svaralternativer (jfr. kap. 3.4).

Først vil en si litt om svarprosent og egenskaper ved populasjonen (bakgrunnsvariablene).

Tabell 1 Svarprosent

	Runde 1 Prosent	Runde 2 prosent	Total 100%= n
Intervensjonsgruppe	97	83	n=155
Kontrollgruppe	90	85	n=154
Samlet deltakelse	94	84	n=309

Før- og etterundersøkelsen for både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, ga en samlet svarprosent på 88 %. Oppslutningen om spørreundersøkelsene var gode, spesielt i undersøkelsen før utprøvingen. I undersøkelsen etter, hadde intervensjonsgruppen en noe lavere svarprosent.

For å se på om intervensjonsgruppen og kontrollgruppen var noenlunde like, har en sett på barnets alder og kjønn, og foreldrenes status og utdanning.

Tabell 2 Alder ved start (pr.01.10.01) fordelt på gruppene (prosent).

Alder/mnd	0-2	3-5	6-8	9-11	12-14	=>15	100%=n
Interv. gruppe	13	16	33	21	17	1	n=145
Kontrollgruppe	8	31	24	16	19	2	n=135

Tabell 2 viser at intervensjonsgruppen hadde noen flere deltagere i alderen 0-2 måneder og 6-11 måneder enn kontrollgruppen. Kontrollgruppen hadde flere barn i alderen 3-5 måneder. De barna som var over 12 måneder, var jevnt fordelt på gruppene.

Det var ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen med hensyn til fordeling kjønn, verken i før- eller etterundersøkelsen.

Langt over 90 % av foreldrene var enten gifte eller samboere. Det var noen flere skilte i etterundersøkelsen enn i førundersøkelsen i kontrollgruppen. I 97-98% av besvarelsene var det mor som hadde fylt ut spørreskjemaene. Med unntak av 10 mødre og 3 fedre, hadde alle norsk nasjonalitet. Gruppene var like.

Både i kontrollgruppen og intervensjonsgruppen hadde godt over 90% av foreldrene enten videregående skole eller høyskole/ universitetsutdanning. Fordelingen var omtrent likt fordelt mellom gruppen foreldre med videregående skole og høyskole/ universitetsutdanning. Kun en liten andel hadde kun grunnskoleutdanning eller annet.

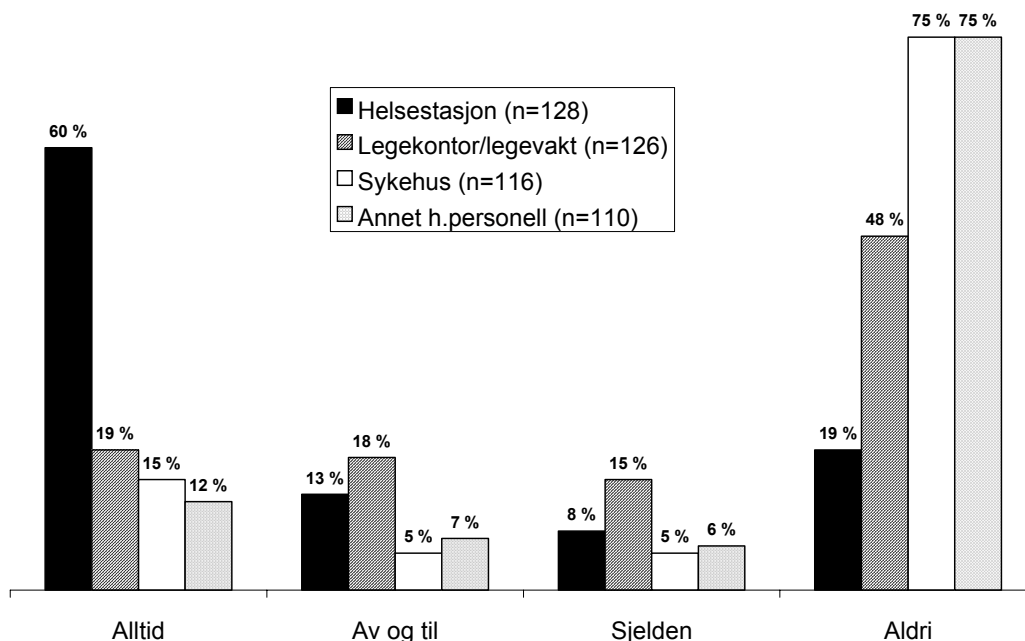
Rundt 60% i både kontrollgruppe og intervensjonsgruppe hadde erfaring med helsebok, og rundt 80% med veiekort. I intervensjonsgruppen hadde 70% av foreldrene erfaring med informasjonssperm, mens 64% av foreldrene i kontrollgruppen. Fem foreldre hadde erfaring med egenjournal fra andre land før undersøkelsen startet.

I intervensjonsgruppen hadde 15 barn en alvorlig eller moderat alvorlig sykdom i førundersøkelsen (runde 1), mens det var 18 barn i etterundersøkelsen (runde 2). I kontrollgruppen var det 12 barn i runde 1 og 15 barn i runde 2. I spørreskjemaer ble alvorlig eller moderat alvorlig sykdom definert som kroniske, langvarige sykdommer / problem eller funksjonshemminger som en må leve med eller ta hensyn til deler av livet eller hele livet.

4.1 I hvilken grad vil foreldre bruke egenjournalen i møte med helsetjenesten?

Resultatene i dette kapittelet er fremkommet av svarene fra spørreskjema del 2, og som er besvart bare av intervensjonsgruppen.

Figur 2 Bruken av egenjournalen i møte med helsetjenesten.



Egenjournalen ble oftest brukt i møte med helsestasjonen. Over 70% av foreldrene hadde den med alltid eller av og til. I møte med legevakt svarte 37% av foreldrene at de hadde den med alltid eller av og til. Svært få hadde brukt den i møte med sykehus eller annet helsepersonell (jfr. figur1). Annet personell ble i spørreskjemaet definert som fysioterapeut, sykepleier og sykehuspersonale. Det var 73% av foreldrene som hadde skrevet i journalen selv.

På de åpne spørsmålene om hvorfor sjelden eller aldri benyttet, svarte de fleste av foreldrene, at de ikke hadde hatt kontakt med lege eller annet helsepersonell utenom helsestasjon. Dette ble begrunnet med at barnet ikke hadde vært sykt. Andre svarte at det var fordi de hadde glemt egenjournalen, eller at barnet var for gammelt da de fikk journalen. Det innebar at de hadde få rutinekontakter igjen på helsestasjonen. Noen svarte at de ikke hadde tenkt over at den skulle brukes andre steder enn på helsestasjonen, og at de ville ha brukt den mer, dersom de hadde fått den da barnet var nyfødt.

Antall besøk notert i egenjournalen varierte en god del. Mange av besvarelsene var mangelfulle på dette spørsmålet, og til dels i lite samsvar med videre svar (jfr. tabell 3, vedlegg 4).

Et stort antall foreldre (89%), mente at egenjournalen ville blitt mer brukt dersom den ble etterspurt av helsepersonell. På de åpne spørsmålene svarte noen få foreldre at helsepersonell ikke ville skrive i den. Andre svarte at helsepersonell kjente for lite til den, spesielt leger. Foreldrene mente at helsepersonell kunne vært flinkere til å skrive ned informasjon, og at de kunne gitt mer oppmuntring til bruk av journalen. Noen vegret seg for å spørre helsepersonell om å skrive, da det virket som om de hadde det for travelt. Noen foreldre følte at skrivingen ble mye overlatt til foreldrene selv, samtidig som andre svarte at de burde vært mer aktiv selv.

Undersøkelsen viste at en større andel av foreldre til kronisk syke barn, oftere benyttet egenjournalen i møte med helsevesenet enn foreldre til barn som ikke hadde en slik sykdom (jfr. tabell 4, vedlegg 4). Likeledes fant en sammenheng mellom det å ha hyppig kontakt med helsevesenet og bruken av egenjournalen. Av de foreldrene som hadde kontakt med lege utenom helsestasjon en -to eller tre ganger eller mer siste tre måneder, brukte 84% av foreldrene egenjournalen alltid eller av og til i møte med helsestasjon, og 44% av foreldrene brukte den ofte eller av og til i møte med lege på legevakt. Tilsvarende tall for gruppen som ikke hadde hatt kontakt med helsevesenet så hyppig, var 61% på helsestasjon og 30% på legevakt.

Bruken av journalen var jevnt fordelt brukt i første leveår i møte med helsestasjon, mens den avtok etter ett års alder. I møte med lege, sykehus og annet helsepersonell var journalen hyppigst brukt ved 0-2 måneder og ved 9-11 måneder. Også her avtok bruken etter ett års alder (jfr. tabell 5, vedlegg 4).

Dersom en sammenlignet svarene fra de enkelte helsestasjonene som inngikk i undersøkelsen, fant en ulikheter, men ingen signifikante forskjeller.

Av foreldrene svarte 75 % at de selv hadde skrevet i journalen. Gruppen med aller lengst utdanning hadde oftest svart at de skrev selv, men ingen signifikant forskjell.

4.2 Vil foreldre oppleve at bruk av egenjournal fører til en bedre og mer delaktig kommunikasjon med helsetjenesten?

Tallene i tabellene 7 (6 og 8, se vedlegg) er basert på resultater fra spørreskjema del 1, tallene i tabell 9 er basert på resultater fra spørreskjema del 2. I tabell 6, 7 og 8 er resultatene satt opp slik at de kan sammenlignes i før- og etterundersøkelsen (runde 1 og 2) og mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.

En fant at storparten av foreldrene var godt fornøyd med den informasjonen de fikk om barnets utvikling og helsetilstand av helsepersonell. En fant flere foreldre som var fornøyd i møte med helsesøster og lege i runde 2 enn i runde 1, men ingen signifikante forskjeller mellom de to forskningsgruppene (jfr. tabell 6, vedlegg 4)

Tabell 7 Grad av vanskelighet med å snakke med helsepersonell
Runde1/Runde2. (Prosent)

		<u>I stor grad</u>		<u>I noen grad</u>		<u>I liten grad</u>		<u>100% n=</u>	
		R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Helsesøster	Intervensjon	2	2	17	20	81	78	n=143	n=127
	Kontroll	1	1	18	21	80	79	n=138	n=131
Helse- stasjonslege	Intervensjon	4	2	25	17	70	80	n=142	n=127
	Kontroll	4	2	29	24	68	74	n=136	n=130
Annen lege	Intervensjon	2	3	27	19	71	78	n=120	n=110
	Kontroll	2	2	22	20	77	78	n=120	n=119
Annet helse- personell	Intervensjon	1	2	17	20	81	78	n= 59	n= 46
	Kontroll	4	3	10	15	86	82	n= 77	n= 67

I følge tabell 7 mente de fleste foreldrene at det i liten grad var vanskelig å snakke med helsepersonell. Det var ingen signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.

På de andre spørsmålene vedr. kontakt og deltagelse/ medbestemmelse, svarte foreldrene at de i utgangspunktet følte at de stort sett ble oppmuntret til å ta del i bestemmelser som angikk barnet, at de selv tok initiativ og at helsestasjonspersonell var flinke til å gi positiv tilbakemelding/ros (jfr. tabell 8, vedlegg 4).

I undersøkelsen fant en at flere foreldre i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen i runde 2, hadde ”tenkt gjennom, diskutert eller skrevet ned ting en ønsker å ta opp i møte med helsepersonell i forkant av konsultasjonen” (Mann-W: $p= 0,020$, jfr. vedlegg 4). Forskjellen er så liten at den ikke har klinisk betydning. En fant ingen signifikante forskjeller i gruppen med langvarige syke barn.

Tabell 9 Egenjournalens innvirkning på delaktighet og kommunikasjon med helsepersonell, prosent.

	Ofte/ av og til n=117	Sjelden/ aldri n=117
Tror du at egenjournalen har bidratt til at både du og helsepersonell har fått bedre oversikt over barnets helse og utvikling?	53	47
Føler du at egenjournalen har ført til at du er mer involvert/ tar mer del i bestemmelser som angår ditt barns helse og utvikling?	41	69
Føler du at egenjournalen har bidratt til at det er lettere å ta opp med helsepersonell bekymringer som angår ditt barns helse og utvikling.	38	61

I tabell 9 ser en at litt over halvparten av foreldrene mente at bruken av egenjournalen hadde ført til en bedre oversikt over barnets helse og utvikling. De andre tallene viste

en mer usikker sammenheng mellom bruk av egenjournal og det at foreldrene følte seg ”mer involvert i bestemmelser” eller følte at det var ”lettere å ta opp bekymringer”.

I de åpne besvarelsene hadde noen av foreldrene tilføyd at de følte de ble mer involvert fordi legene måtte forklare hva de skrev. Andre foreldre hadde svart ”sjelden” eller ”aldri” på spørsmålene, fordi barnet hadde vært friskt, og at svarene kunne vært annerledes dersom barnet hadde vært sykt.

4.3 Vil bruk av egenjournal påvirke bruken av helsetjenester?

Tallene i tabell 10, er fremkommet med bakgrunn i resultatene fra spørreskjema del 1.

Tabell 10 Hyppighet av foreldrekontakt med helsetjenesten. Runde1/Runde2. (Prosent).

I= intervensjon, K= kontroll	1-2 g/ 3 g eller mer		Ingen ganger		N= 100%	
	R 1	R 2	R 1	R 1	R1	R 2
2.5 Hvor ofte har du og ditt barn hatt kontakt med helsestasjon utenom de faste kontroller siste 3 mnd, tlf eller besøk	I 37	K 15	I 63	K 85	n=150	n=127
2.6 Hvor ofte har du og ditt barn hatt kontakt med lege utenom helsestasjon siste 3 mnd?	I 49	K 53	I 51	K 47	n=150	n=128
2.7 Hvor ofte har ditt barn vært til poliklinisk kontroll eller vært innlagt på sykehus i løpet av siste ½ år?	I 20	K 24	I 80	K 79	n=150	n=131

I følge tabellen ser en at det var relativt mange foreldre som hadde kontakt med helsestasjonen også utenom de faste kontrollene, og som tok kontakt med lege utenom helsestasjonen spesielt i runde 1. Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen viste en nedgang i antall kontakter fra førundersøkelsen til etterundersøkelsen når det gjaldt kontakt med helsestasjon. Hyppigheten av kontakt var uforandret når det gjaldt kontakten med lege, mens en fant en økning i kontakten med poliklinikk/ sykehus fra runde 1 til runde 2 i begge forskningsgruppene. En fant ingen signifikante forskjeller mellom de to forskningsgruppene.

Dersom en ser på sammenhengen mellom alder og bruk av helsetjenester i førundersøkelsen, fant en at det var foreldre med barn i aldersgruppene 0-6 måneder som

oftest kontaktet helsestasjonen utenom de faste kontrollene. Av de foreldrene som oftest kontaktet lege utenom helsestasjonen, var det flest foreldre med barn i aldersgruppen 9-14 måneder. Foreldrene til de yngste barna under seks måneder, hadde hyppigst kontakt med poliklinikk eller sykehus. Dette gjaldt både i intervensjonsgruppen og i kontrollgruppen.

De foreldrene med barn som hadde langvarig, alvorlig eller moderat alvorlig sykdom hadde hyppigere kontakt med både helsesøster, lege og poliklinikk/ sykehus enn foreldre til de som ikke hadde "syke" barn. En fant samme tendensen i begge forskningsgrupper. En fant også forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i runde 2 ved at 17% flere foreldre i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen hadde hatt kontakt med helsestasjonen "1-3 ganger eller mer" utenom de faste kontrollene siste 3 måneder. I kontakten med sykehus/ poliklinikk fant en ingen forskjell mellom forskningsgruppene. Felles for begge forskningsgruppene var at kontakten hadde avtatt i forhold til helsestasjon fra runde 1 til runde 2, og økt i forhold til lege utenom helsestasjon fra runde 1 til runde 2. Antall barn med langvarig/ alvorlig sykdom som var med i undersøkelsen, er for lite til holdbar signifikans.

4.4 Vil foreldre som benytter egenjournal få tilført mer kunnskap om barnets helse i kontakt med helsetjenesten?

I spørreundersøkelsen (del1), fikk foreldrene noen kunnskapsspørsmål. De ble bedt om å ta stilling til 14 utsagn/ påstander relatert til interaksjon mellom mor og barn, barns sykdommer og utvikling, samt vaksinasjon. En fant at foreldrene hadde mye kunnskap, og at kunnskapsgrunnlaget økte fra runde 1 til runde 2. Spørsmålene er tatt med for å belyse at kunnskap er en viktig komponent i empowermentbegrepet, jfr. Ottawa-charteret (NOU 1998).

Tabell 11 Kunnskap vedr. kontaktmuligheter med barnet. Før- og etter intervensjon. (Prosent) Runde 1= R1, Runde 2= R2

		Helt enig/ delvis enig		Delvis uenig/ helt uenig		100%= n	
		R1	R 2	R1	R 2	R 1	R2
I=intervensjon, K= kontroll							
1. Jeg prøver å få blikkontakt når jeg snakker med barnet.	I	97	100	3	0	n=150	n=127
	K	96	98	4	2	n=138	n=131
2. Jeg snakker med barnet når barnet er opplagt.	I	87	81	13	19	n=149	n=125
	K	85	81	15	19	n=139	n=129
3. Det nyfødte barnet ser meg best i en avstand av 60 cm	I	59	62	41	38	n=140	n=125
	K	51	54	49	46	n=135	n=123

Spørsmålene i tabell 11 er formulert slik at det ikke nødvendigvis er bare et utsagn som er riktig. Likevel er svarene helt enig/ delvis enig på spørsmål 1 og 2 noe mer ”riktig”. På spørsmål 3 er delvis uenig/ helt uenig mer ”riktig”. Her er svarkategoriene helt enig og delvis enig slått sammen, likeledes delvis uenig og helt uenig.

I tabell 11 fant en at foreldrene hadde svart svært likt i begge forskningsgrupper. En fant en signifikante diff. forskjell mellom runde 2 og runde 1 på utsagn 1 i favør intervensjonsgruppen (MWU p=0,008, jfr. vedlegg 4), men det er en prosentvis liten forskjell i tabellen (jfr. kap. 5.1). Det var ingen signifikante forskjeller mellom forskningsgruppene i runde 2.

Dersom en så på hva foreldrene på de ulike utdanningsnivåer hadde svart, fant en ingen signifikante forskjeller.

Det ble også stilt spørsmål om når kontakte lege ved feber, også her må utsagnsalternativene ses på som holdningsvurdering og meningsmåling. Svaret ”enig” om å kontakte lege når barnet viser dårlig almenntilstand, vurderes likevel som litt mer ”riktig” enn de andre. Det var ingen signifikante forskjeller mellom forskningsgruppene (jfr. vedlegg 4, tabell 12).

Tabell 13 Kunnskap vedr. barn og bevegelse. Runde 1/ Runde 2. (Prosent)

Runde 1= R1, Runde 2= R2

		<u>Helt enig/ delvis enig</u>		<u>Delvis uenig/ helt uenig</u>		<u>100%= n</u>	
		R1	R 2	R1	R 2	R 1	R2
I=intervensjon, K= kontroll							
1. Jeg lar barnet mitt bevege seg fritt på gulvet	I	98	98	2	2	n=142	n=128
	K	99	100	1	0	n=138	n=130
2. Jeg legger frem noen leker som barnet kan leke med	I	99	96	1	4	n=142	n=128
	K	99	97	1	3	n=138	n=129
3. Jeg lar barnet være i gåstol eller hoppesele	I	8	5	92	95	n=142	n=126
	K	7	2	93	98	n=137	n=127
4. Jeg har barnet mest mulig på fanget	I	8	6	92	94	n=142	n=126
	K	7	5	93	95	n=138	n=126

Det vurderes som noe mer riktig å svare ”enig/ delvis enig” i de to første utsagnene enn i de to siste. I undersøkelsen fant en at på utsagn 1 hadde flere foreldre i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen i runde 2 svart ”riktig” (Mann Whitney U, p= 0,035). Forskjellen vurderes til å ha liten betydning klinisk (jfr. kap. 5.1). I runde 2

hadde også både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen fått tilført mer kunnskap om gåstol og hoppesele enn i runde 1.

Det var ingen signifikante forskjeller på svarene til foreldre med ulikt utdanningsnivå.

På spørsmålene om MMR vaksinens innhold er alternativ 3 riktig svar (meslinger, kusma og røde hunder). I intervensjonsgruppen hadde foreldrene svart mer "riktig" i runde 2 enn i runde 1, men ingen signifikant forskjell. Heller ingen signifikante forskjeller mellom forskningsgruppene (jfr. vedlegg 4, tabell 14).

4.5 Hvilken nytteverdi har egenjournalen for foreldrene?

Tallene i dette kapittelet baserer seg på resultat fra spørreskjema del 2 til intervensjonsgruppen etter intervensjonen.

En stor del av foreldrene (65%) hadde svart at de var fornøyd med å eie journalen ofte eller av og til. Av de som hadde en langvarig alvorlig eller moderat sykdom, svarte 72% at de var fornøyd med å eie egenjournalen. Hele 89% av barna som var 3-5 måneder ved forsøkets start, svarte at de ofte/ av og til var fornøyd med å eie egenjournalen. Stor parten av foreldrene (94%), svarte at de ville ta godt vare på egenjournalen dersom den ble innført permanent. En så en sammenheng mellom de foreldrene som hadde erfaring med informasjonssperm og opplevelsen av høy nyttegrad for foreldre og barn dersom egenjournalen ble innført permanent (Kji- kvadrat, $p=0.040$).

Nesten alle (92%) foreldrene svarte at de trodde at egenjournalen ville oppleves som nyttig for foreldrene og deres barn ofte eller av og til dersom den ble innført permanent. For aldersgruppen 3-5 måneder og 9-11 måneder svarte 100% at de ofte eller av og til ville oppleve egenjournalen som nyttig. En så tendensen til sammenhengen mellom foreldre som hadde barn med en langvarig alvorlig eller moderat sykdom og nytteverdien dersom egenjournalen ble innført permanent.

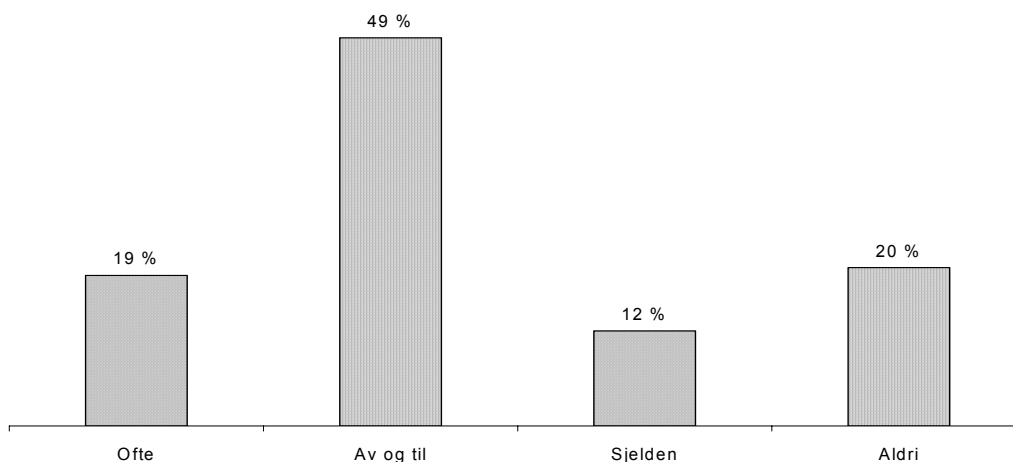
På spørsmålet om nytten av å lese hva som var skrevet av helsesøster svarte 57% at det var ofte eller av og til nyttig å lese hva som var skrevet. Tilsvarende tall for helsestasjonslege og annen lege var henholdsvis 43% og 40%. Hva som var skrevet av det øvrige helsepersonell, var lite besvart. En fant ingen sammenheng mellom opplevd nytte og antall noteringer fra helsepersonell. På de åpne spørsmålene tilføyde noen at det var fordi det ikke hadde vært aktuelt å besøke lege eller sykehus. Videre svarte de at de ville hatt større utbytte av egenjournalen, dersom de hadde fått den da det første barnet var nyfødt. De mente også at nytten hadde vært større dersom det hadde feilet barnet noe.

En så også tendensen til at de som hadde en langvarig alvorlig eller moderat alvorlig sykdom oftere syntes at det som var skrevet i egenjournalen av annen lege eller annet personell hadde vært nyttig, enn de foreldrene som ikke hadde barn med noen "sykdom". Det var ingen sammenheng mellom langvarig, alvorlig eller moderat alvorlig sykdom og nytteverdien av å skrive selv, bruken av informasjon hjemme,

graden av trygghet for riktig behandling, graden av å bli mer involvert eller graden av bedre oversikt over barnets helse og utvikling.

Når en ser på sammenhengen mellom barnets alder og ”skrive selv”, fant en ut at de barna som var 3-5 måneder og 9-11 måneder ved oppstart av intervensjonen som scoret høyest (kji- kvadrat, $p=0,05$).

Figur 2 Nytteverdi av selv å skrive journal. 100% (n=120)



I følge fig. 2 mente ca 70% av foreldrene at det ofte eller av og til, hadde vært nyttig å se hva de selv hadde skrevet i egenjournalen. En fant samsvar mellom antall egne noteringer og opplevd nyttegrad (Kji-kvadrat, $p=0,00$). Ca. halvparten (48%) av foreldrene hadde brukt informasjonen som sto i egenjournalen hjemme ofte eller av og til, 40% av foreldrene følte at egenjournalen ga dem større trygghet for ”riktig” behandling ofte eller av og til, 53% av foreldrene følte at egenjournalen ga personell og foreldre bedre oversikt over barnets helse og utvikling, 41% av foreldrene følte at foreldrene ble mer involvert i barnets helse og utvikling og 38% av foreldrene mente at egenjournalen førte til at det var lettere å ta opp bekymringer som angikk barnet.

Over 90% av foreldrene svarte at de syntes egenjournalen var passe stor, lett å bruke, og at håndskriften ikke var noe vanskelig å tyde. De var også godt fornøyd med innholdet i journalen (se vedlegg 1 for konkrete forslag til forandringer).

Ved siden av fokusgruppeintervju, kom det inn tjue individuelle besvarelser fra ansatte i henhold til spørreskjema (se vedlegg 2 for resultat åpne spørsmål og fokusgruppeintervju).

5 DISKUSJON

Denne studien viste at egenjournalen ble populær og at den ble vurdert som nyttig for flesteparten av foreldrene som var med på intervensjonen. Det var om lag $\frac{3}{4}$ som benyttet egenjournalen ved besøk på helsestasjonen. En tilsvarende andel hadde selv skrevet i den. Foreldre oppgav at egenjournal førte til bedre oversikt over barnets helse og utvikling og at de ble mer involvert i bestemmelser. Den ble mindre brukt ved andre typer kontakter med helsetjenesten. Undersøkelsen viste også at de foreldre som skrev og noterte mest i journalen, opplevde størst nytteeffekt av journalen.

På den andre siden fant vi ikke effekt på forventede målinger. Ut fra resultatene, kan en si at bruken av egenjournalen ikke påvirket bruken av helsetjenester, eller tilfredshet med informasjon og kommunikasjon med helsepersonell. Når det gjelder kunnskaper om barns helse, fant en signifikant forskjell på et av utsagnene.

5.1 Metodens validitet, reliabilitet og troverdighet.

Undersøkelsen var begrenset til de kommunene som inngikk i Ressurshelsestasjonens prosjekt. Selv om en fant små forskjeller kommunene mellom, kan en ikke utelukke at en ville ha kommet frem til andre resultat i andre deler av landet, for eksempel i mer tverrkulturelle samfunn og større bysamfunn. I følge powerberegningen før undersøkelsen, ble det anbefalt et utvalg på ca. 300 (ref. Statistiker ved Nhv). Da skulle forskjeller svarende til om lag 15% bli signifikante (jfr.kap. 3.4). I førundersøkelsen var det 289 respondenser og i etterundersøkelsen var det 260 respondenter. Dette er i underkant av det som var anbefalt. Enkelte undergrupper ble små, for eksempel barn med langvarig, alvorlig eller moderat alvorlig sykdom. Dette kan ha påvirket resultatet med hensyn til å finne signifikante forskjeller.

Resultatene er gjennomgått med tanke på om clustereffekten har påvirket svarene. En svakhet ved undersøkelsen er at det ikke er formativt testet for klustering. En del av variablene er knyttet opp til egenskaper ved den enkelte helsestasjon. Svarene kan representere en klynge isteden for enkeltindivider, og på den måten påvirke styrken. Variabelen hvor fornøyd brukeren er, kan f. eks. avhenge av hvordan han eller hun blir møtt av helsesøster eller lege på den enkelte helsestasjonen. Likeledes variablene ”ha medbestemmelse”, eller få ”positive tilbakemeldinger/ ros”. Annen informasjon er ofte standardisert, og bestemt nasjonalt. Denne vil være lik på alle helsestasjonene. På de største helsestasjonene er det også flere helsepersonell, slik at egenskaper ved den enkelte ikke vil avgjøre. Ved at en har både intervensjonsgruppe og kontrollgruppe på hver helsestasjon nøytraliseres denne effekten, da dette blir likt for begge gruppene. En kan likevel ikke unngå at folk snakker sammen og at informasjon flyter mellom gruppene. Også medias opplysninger i forhold til kunnskapsspørsmål kan spille inn. En kan selvsagt diskutere om en burde ha randomisert helsestasjonene i stedet for individene, men da måtte en ha et mye større utvalg helsestasjoner med i undersøkelsen.

En fant få signifikante resultat i analysen av den randomiserte og kontrollerte undersøkelsen. Analysene av differansen mellom runde 2 og 1 er mest interessant, og gir et mål på effekten av intervensjonen. Her fant en kun en signifikant verdi, nemlig i forhold til kunnskapsspørsmålet "blikkontakt". Forskjellen mellom intervensjon og kontroll innen runde 2 er ikke like nyttig, da eventuelle forskjeller ikke nødvendigvis trenger å være en effekt av intervensjon. Svaralternativer i noen av tabellene er manuelt slått sammen i oppgaven for å gi ryddige tabeller, også av plassmessige hensyn. I enkelte tabeller er svaralternativene halvert fra 4 til 2, og gir dermed mindre spredning visuelt sett, i tillegg vil det kunne foreligge systematiske forskjeller. Det er å merke seg at sammenslåingen ikke er gjort i den statistiske analysen som ligger til grunn for signifikant testingen. Dette forklarer at en har funnet signifikante verdier der det tilsynelatende er små prosentforskjeller i tabellene.

I denne undersøkelsen ble ikke-parametriske analysemetode valgt (Mann Whitney U) fordi det var skjevfordeling i datamaterialet (jfr. kap.3.4, Statistisk analyse). De statistiske analysene som er presentert i denne oppgaven har ikke rommet analyser av eventuelle interaksjonseffekter i data. Det kunne derfor vært interessant å gjøre multivariate analyser selv om de skjeve fordelingene setter begrensninger også for valg av multivariate analyser (multipel regresjon, ANOVA, eksplorerende faktoranalyse, e.l.).

Det er undersøkelser fra andre land som både støtter og ikke støtter de funn, som er gjort i denne undersøkelsen (Charles 1994, Davies 1999, Saffin and MacFarlane 1991, Volkmer 1993, Jeffs 1992). I den norske studien i Vestfold, Norge hadde ca. 100 foreldrepart svart på spørreundersøkelsen (Østreng og Branstad 1999, Branstad et al 2000). Med unntak av undersøkelsen foretatt i Oxfordshire district (Saffin og Macfarlane 1991), hadde ingen undersøkelser kontrollgruppe. De fleste av undersøkelsene hadde heller ikke en før og etter undersøkelse, eller et randomisert kontrollert forsøk (RCT). I to av undersøkelsene ble det foretatt inspeksjon av egenjournalen for å evaluere bruken (Jeffs 1994, Saffin & Macfarlane 1991). I 1999 ble det gjort en review der en fant at det ikke var gjennomført noen kontrollerte og randomiserte studier i forhold til egenjournalens effekt på psykisk syke pasienter (Henderson & Laugharne 1999). Senere samme året kom imidlertid en RCT på effekten av egenjournal for pasienter med schizofreni. Denne undersøkelsen konkluderte med at den ikke kunne gi bevis på at egenjournalen burde anbefales introdusert som en del av rutinen i omsorgen for denne pasientgruppen (Lester & Wilson 1999).

Førstegangsfødende ble ekskludert i vår undersøkelse. Dette ble gjort utfra at en ønsket foreldrenes erfaringer med helsetjenesten både før og etter intervensjonen. I følge svarene fra foreldrene, ville de ha svart mer positivt til bruken av egenjournal, dersom de hadde fått egenjournalen til første barnet. Da ville de vært mer motiverte, og de ville hatt mer tid til å skrive selv. En kan derimot også tenke seg at det er mer behov for egenjournal når en har flere barn, nettopp for å holde informasjon fra hverandre og for å huske informasjon lettere. En finner ingen tilsvarende begrensninger i andre studier. Det kan vurderes om resultatene ville ha vært mer positive dersom 1. gangsfødende var inkludert.

I vårt utvalg ble foreldre med barn under 14-15 måneder plukket ut til å bli med i undersøkelsen. Dette medførte at noen fikk egenjournalen ved fødsel, andre ikke før de nesten var ferdig med de ordinære kontrollene på helsestasjonen. Undersøkelsen ville kanskje gitt andre resultat dersom egenjournalen hadde blitt prøvd ut fra barna var nyfødte, og fulgt disse over en viss tid, før en evaluerte bruken. Antagelsene underbygges av de funn vi har gjort om at foreldrene til de yngste barna er de som bruker og ser mest nytte av egenjournalen. Dersom en skulle ha valgt ut bare nyfødte i vår studie, måtte en hatt et større geografisk område å velge utvalg fra. Poenget med en førundersøkelse ville da falle bort. Alderssammensetningen varierte i sammenlignbare undersøkelser, og kun to undersøkelser hadde foreldre med barn under ett års alder med i studien (Charles 1994, Davies 1999).

Vi ser i ettertid at vi kanskje kunne fulgt opp helsepersonellet bedre. Vi burde gått mer detaljert inn i hvordan fylle ut egenjournalen, og fått den bedre forankret hos de ansatte. Jeffs har i sin undersøkelse også konkludert med at det kreves innsats i å lære opp helsepersonell i bruken av egenjournalen (Jeffs 1994). De helsestasjonene som hadde størst skifte i personell, burde vært fulgt opp med mer informasjon om prosjektet. De ansatte ved helsestasjonen ble heller ikke oppfordret til aktivt å etterspørre journalen. Dette har blitt ulikt gjennomført av helsepersonellet i de forskjellige kommunene. En kan også diskutere hvor pågående en skulle være i en slik prosjektperiode. Ville det vært riktig overfor kontrollgruppen, for eksempel? Og ville det være riktig overfor foreldrene, som i forkant hadde fått beskjed om at det var de selv som måtte legge frem journalen i møte med helsepersonell?

Svarprosenten i etterundersøkelsen var lavere enn i førundersøkelsen, spesielt i intervensjonsgruppen. Noen av foreldrene hadde flyttet, og i enkelte tilfeller var det vanskelig å oppspore nye adresser. En av grunnene kan skyldes at foreldrene nå måtte fylle ut to spørreskjemaer, og at de vegret seg for det merarbeidet dette medførte. Selv om spørreskjemaet ble testet ut på forhånd, var det noen av spørsmålene som var for lite presise. Spørsmålene om antall noteringer i journalen, var dårlig besvart. Mange hadde latt være å svare på disse, selv om de hadde svart at de alltid hadde journalen med på helsestasjonen. Spørsmålet kunne med fordel vært mer presist i forhold til hva som skulle noteres, for eksempel vekt, vaksiner osv. Det å ha med journalen i møte med helsepersonell, trenger heller ikke å være ensbetydende med at det faktisk ble notert noe i journalen. Dette har vært bias i to andre undersøkelser (Volkmer 1993, Davies 1999).

5.2 Bruken og nytten av egenjournalen.

Resultatene viste at foreldrene oftest tok med egenjournalen i møte med helsestasjonen. Selv om spørsmålet om antall noteringer i besvarelsene var dårlig utfyllt, var det klart flest noteringer fra helsesøster. Det var ikke store variasjoner i antall noteringer fra helsestasjonslege og annen lege. Når en vurderte tallene måtte en ta i betraktning at mange av barna ikke hadde hatt behov for kontakt med lege eller sykehus. Dette har påvirket bruken av egenjournalen på disse stedene. Disse funnene i vår undersøkelse samsvarer med andre evalueringsundersøkelser som tidligere er gjennomført (Davies 1999, Jeffs 1994, Volkmer 1993). En undersøkelse i Oxfordshire distrikt i England

(Saffin and MacFarlane 1991), fant ved inspeksjon av journalene, at kun noen få hadde mistet eller glemt den.

Det virket som bruken av egenjournal hang klart sammen med alder på barnet. I vår undersøkelse fant vi prosentvis flere barna under ett år som brukte egenjournalen, og som synes den var nyttig, og som var fornøyd med å eie den, enn barn som var eldre enn ett år. På helsestasjonene vil mange av vaksinasjonene og legesjekkene være gjennomført i første leveår, og det er naturlig at egenjournalen benyttes mer i denne perioden. Også i møte med legevakt/legekontor og sykehus var tendensen at journalen ble mer brukt i denne aldersgruppen. Her kan en imidlertid ikke trekke klare konklusjoner, da materialet med barn over ett år var lite, men resultatene underbygges av de ansattes erfaringer og anbefalinger (jfr. vedlegg 2), og av de to undersøkelsene fra Australia (Volkmer 1993, Jeffs 1994). Også i den norske undersøkelsen (Østreng og Branstad 1999, Branstad et al. 2000), svarte informantene at egenjournalen burde blitt tatt i bruk fra barna var nyfødte.

I vår undersøkelsen fant vi en tendens til at de fleste foreldrene, som hadde barn med alvorlig eller moderat alvorlig sykdom/ funksjonshemming brukte oftere egenjournalen både på helsestasjon og ved legebesøk, og de så større nytteverdi av egenjournalen, enn foreldre til friske barn. To øre- nese- halsleger i Norge er opptatt av at egenjournalen også skal innføres permanent i Norge (Fonn 1995, Østreng og Branstad 1999, Branstad et al. 2000). I undersøkelsen fra Vestfold (Østreng og Branstad 1999, Branstad et al. 2000), var en opptatt av effekten av egenjournalen i forhold til barn med øre-nese-hals problematikk. Foreldrenes vurderinger var positive til egenjournalen. De var imidlertid skuffet over at få leger og helseinstitusjoner viste interesse for, og vilje til, å ta i bruk egenjournalen. Undersøkelsen konkluderer med at det å ha barn med kronisk lidelse, virket som den sterkeste motivasjonen for aktiv bruk av helsedagboken eller egenjournalen. Også andre studier har vært opptatt av nytten en egenjournal kan ha for barn med langvarige eller alvorlige sykdommer (Hyne 1999). Tallmaterialet i vår studiet var lite, men ut fra resultatene ovenfor, kan en stille seg spørsmålet om det er denne gruppen som bør få tilbud om egenjournalen som rutine (se også diskusjon under empowerment delen).

De ansattes rolle i bruken av egenjournalen, var et tema som gikk igjen i de fleste undersøkelsene. I Oxfordshire distrikt (MacFarlane and Saffin 1990) fant en ut at de legene, som hadde erfaring med egenjournalen, var mer positive til bruken av denne enn andre leger som ikke hadde erfaring. Helsesøstrene var den gruppen som var mest positive. Begge de to undersøkelsene fra Australia (Volkmer 1993, Jeffs 1994) hadde også evaluert bruken av egenjournal blant de ansatte. I en undersøkelse fra England (Charles 1994), var holdningene til journalen mest positive blant sykepleierne.

Det er ut fra vår undersøkelse grunn til å stille spørsmål om egenjournalen ville blitt mer brukt dersom den var innført permanent. Dersom egenjournalen ble innført permanent, ville det blitt en rutine å legge frem egenjournalen for foreldrene, og den ville blitt etterspurt fra helsepersonell. Andre papirer som veiekort, helsebøker etc. ville da legges bort, og en unngikk dobbelføring. Vi så at svært mange av foreldrene svarte at de ville brukt egenjournalen mer dersom den ble etterspurt. I undersøkelsen blant de ansatte,

var det noen av legene, som stilte spørsmål vedrørende tidsbruken (jfr. vedlegg 1). Det å fylle ut egenjournalen for hånd, ville medføre merarbeid. Mange av de kommunene som inngikk i undersøkelsen, var små og oversiktlige med et felles edb-system. Med dagens datateknologi, vil en ha dataprogrammer der all informasjon om barna er tilgjengelige, også fra helsestasjonene. Både ansatte og foreldre hadde foreslått at egenjournalen burde utformes slik at utskrift fra legejournalen, for eksempel prøvesvar og epikriser, kunne settes direkte inn i egenjournalen.

I et intervju i "Tidskrift for den Norske lægeforening" med ansatte i "Kompetansesenter for it i helsetjenesten" (KITH), tenkte de seg en egenjournal hvor pasienten selv kunne registrere, og hvor informasjon fra helsevesenets journaler kunne tas inn, f. eks. en felles elektronisk journal (Nicolaysen 2000). En kunne videre tenke seg egenjournalen i form av plastkort/ smartkort, men dagens helsevesen er ikke i nærheten av en slik ordning enda (Statens Helsetilsyn 1998, Gaunt 2001).

Noen helsestasjoner hadde fra før en informasjonsperm som de fikk utlevert i forbindelse med "Foreldreveiledningsprogrammet/ barn, helse og miljø". En vurderte om dette kunne ha innflytelse på bruken av egenjournal; om det rett og slett ble for mye papir. I undersøkelsen fant en imidlertid ut, at det var de med erfaring fra bruken av denne permen, som så størst nytteverdi ved innføring av egenjournalen permanent. Dette tyder på at de som har erfaring, gjerne over lengre tid enn det vi hadde i studien, ser nytten klarere.

En hadde også valgt å se på bruken av helsetjenester, og om egenjournalen hadde innvirkning på dette. Det er nærliggende å tro at nedgangen i antall kontakter skyldtes at barna hadde blitt eldre. Dette støttes av at en fant samme nedgangen i begge grupper. Det er vanskelig å slutte at en nedgang i bruken av helsetjenester, skyldtes at foreldrene hadde fått økt innsikt i barns utvikling, mer kunnskap og økt kompetanse, og at de stolte mer på egne vurderinger. Økningen i kontakt med lege og sykehus, kan ha med sykdommens art og utvikling å gjøre, den kan også skyldes mindre kontakt med helsestasjonen. Likeledes er det vanskelig å si at en økning kan skyldes at foreldrene er blitt mer bevisste på å nyttegjøre seg helsevesenet. Det er derfor umulig å avgjøre om en nedgang eller en økning i kontakt er positiv eller negativ.

5.3 Egenjournalens betydning for utvikling av empowerment.

Nøkkelord som informasjon, kommunikasjon, delaktighet, medbestemmelse, partnerskap, involvering, engasjement og kunnskap er viktige komponenter som inngår i empowermentbegrepet. I litteraturen så vi at det var viktig at det jobbes med de personlige ferdighetene, med å skape støttende miljøer, og med å tilpasse helsetjenesten i en mer helsefremmende retning (Statens Helsetilsyn 1998). Innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unge, handler det om å gjøre foreldrene i stand til selv å ta aktiv del i bestemmelser som angår deres barn. For at de skal kunne gjøre det, må helsepersonell legge til rette for at foreldrene kan tilegne seg kunnskap og kompetanse. Ved siden av at det stilles større krav om engasjement fra foreldrene, krever det en holdningsendring blant helsepersonell. Det handler om å se på

foreldrene som en ressurs og likeverdig partner. Det utfordrer helsepersonellens enerett på å vite, og på å bestemme hva som er best for pasienten (ekspertrollen). Kanskje blir det for utrygt og truende for de ansatte at brukerne av helsetjenesten skal få større medansvar. Andre forskere har sett på at omleggingen vil medføre forandringer i helsepersonells rolle og i egne forventninger til seg selv som profesjonelle (Barker 1990, David 1995).

I litteraturen fant en flere vellykkede studier som omhandlet empowerment (Eklund 1999 og Kalnins 1992). I studiene presiseres det at utvikling av empowerment tar tid. Andre har sagt at empowerment er en lang prosess med mange steg på veien før en oppnår ønsket effekt (Wallerstein og Berstein 1988). Kanskje var vår prosjektperiode for kort til at vi ville få noen effekt i forhold til empowerment.

Ved gjennomgang av resultatene, fant en at storparten av foreldrene i utgangspunktet var godt fornøyd med den informasjonen de fikk, de syntes stort sett at det var greit å snakke med helsepersonell og de syntes de hadde mulighet til å medvirke i bestemmelser som angikk deres barn. Ved såpass gode resultater i førundersøkelsen, kan en kanskje ikke forvente så store forbedringer i etterundersøkelsen. Det var flere som mente det var vanskeligere å snakke med legen enn med helsesøster. Kontakten med og informasjonen fra helsestasjonslegen, hadde imidlertid bedret seg i etterundersøkelsen. Dette gjaldt i begge grupper, så en kan ikke trekke den slutningen at det skyldes bruk av egenjournalen. Det er mer grunn til å tro at helsestasjonslegene har blitt mer involvert i det tverrfaglige samarbeidet på helsestasjonene, og at de er mer innforstått med den måten det jobbes på i forhold til å tenke på brukerne som en ressurs. Det kan også være at foreldrene har blitt bedre kjent med, og tryggere på legen i løpet av tiden siden den første undersøkelsen var gjennomført. En undersøkelse fra Wales (Davies 1999) har kommet frem til mye av det samme resultatet. Foreldrene synest det var lettest å legge frem egenjournalen til helsesøster, og vanskeligst til legen. De begrunnet dette med foreldrene hadde mer kontakt med helsesøster og følte de kjente henne bedre.

I vår undersøkelse fant en at foreldrene følte at de stort sett ble oppmuntret til å ta del i bestemmelser som angikk barnet, at de selv tok initiativ til å delta, og at helsepersonell var flinke til å gi ros. Siden tallene i utgangspunktet var så positive, var det mange foreldre som svarer nei fordi erfaringene var gode fra før. I de åpne svarene hadde noen svart at de var blitt mer involvert fordi legen måtte forklare hva som ble skrevet. En fant også at de foreldrene som var aktive og hadde notert mye i egenjournalen selv, opplevde høy nytteeffekt av journalen. Dette gir en positiv ringvirkning, som medfører større involvering og engasjement.

Studien fra Wales (Davies 1999), kom frem til mye av de samme resultatene som i vår undersøkelse. Den slo fast at de fleste av foreldrene lett kunne ta opp bekymringer i møte med lege. Kun noen få, følte at egenjournalen bidro til dette. Over halvparten følte ikke at egenjournalen bidro til bedre kommunikasjon med legen. Tallene var noe høyere for helsesøster. Nesten alle følte at de var involvert i barnets omsorg. Undersøkelsen var liten, men er tatt med fordi de hadde mye av same spørsmålsstillingene som i vår undersøkelse.

Andre evalueringsundersøkelser fra andre land, har evaluert egenjournalen etter lengre tids bruk, og har kommet frem til mer positive svar i forhold til utvikling av empowerment (Saffin and Macfarlane 1991, Charles 1994).

Når en så spesifikt på foreldre som hadde barn med langvarig, alvorlig sykdom eller moderat alvorlig sykdom, så vi en tendens til at denne gruppen ikke var så godt fornøyd med den informasjonen de fikk av helsepersonell, som foreldrene til friske barn (lite datagrunnlag). Denne foreldregruppen har et ekstra stort behov for informasjon fra helsepersonell, og det er potensiale til forbedringer i kontakten med alle helsepersonellgrupper. I undersøkelsen fra Vestfold svarte foreldre til barn med øre- nese- halsproblematikk at de var avhengig av at informasjonen gikk bra også mellom helsepersonell, slik at de ikke trengte å gjenta informasjonen mange ganger (Østreng og Branstad 1999, Branstad et al. 2000). En studie fra England (Hooker and Williams 1996) hadde sett på bruken av egenjournal i forhold til syke barn som ble pleiet i hjemmet i samarbeid mellom spesialistsykehus og åpen omsorg. I artikkelen hevdet de at "empowerment" oppnås kun når familier får lov til å komme med sine kunnskaper om sin egen situasjon. Artikkelen konkluderte videre med at egenjournalen var et middel til å forbedre kommunikasjonen, og bidro til at omsorgen for barna i åpen omsorg ble bedre. En randomisert kontrollert undersøkelse i England, kan imidlertid ikke vise til så gode resultater (Lester & Wilson 1999).

Også i den norske undersøkelsen (Østreng og Branstad 1999, Branstad et al. 2000), ble det hevdet at flere hadde fått økt innsikt i sin sykdom og behandling gjennom bruk av egenjournalen. Dette gjorde at de mer aktivt stilte spørsmål og kom med egne vurderinger i møte med legen. En tredjepart mente at helsedagboken hadde en positiv effekt når det gjaldt å bli tatt på alvor av helsepersonell, og ga mulighet for å bidra med egen kunnskap om barnets helse.

Som en tidligere har vært inne på, har kunnskap og personlige ferdigheter stor betydning for om foreldrene skal bli empowered. I vår undersøkelse hadde vi derfor bedt foreldrene besvare noen kunnskapsspørsmål. I undersøkelsen fant en få resultat som tilsa at egenjournalen hadde bidratt til mer kunnskap. Et unntak var utsagn 1 i tabell 11: "Jeg prøver å få blikkontakt når jeg snakker med barnet". Som nevnt under metodediskusjonen i kap. 5.1, er analysen av differansen mellom runde 2 og 1 mest interessant, og gir et mål på effekten av intervensjonen. Her fant en små, men signifikante verdier som viser at intervensjonsgruppen svarer noe mer "riktig". En kan selvfølgelig diskutere om dette skyldes bruk av egenjournalen, eller om det kan være andre faktorer som spiller inn. En kan likevel ikke se bort fra at kunnskap som er nedskrevet i en journal lettere huskes/ læres, og således er en effekt av egenjournalen. Det kan vurderes om funnet skal tillegges noen betydning.

Ved analysen fant en også signifikante verdier på forskjeller i runde 2 mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på utsagn 1 i tabell 13: "Jeg lar barnet mitt bevege seg fritt på gulvet". Likeledes på spørsmål 4.2 om foreldrene har tenkt gjennom, diskutert eller skrevet ned ting de ønsker svar på før konsultasjonen. Her kommer kontrollgruppen noe "bedre" ut enn intervensjonsgruppen. Dette funnet tillegges ikke

så stor betydning da eventuelle forskjeller ikke nødvendigvis trenger å være en effekt av intervensjon (jfr. metodediskusjon kap. 5.1).

Ved forslag til utforming av egenjournal, var det flere som ønsket at denne skulle inneholde flere ark, percentiler, plass for tannhelse, samt epikriser og laboratoriesvar. Her er det viktig at en balanserer, hva er viktig informasjon og hva er overflødig. Dersom det blir for mye informasjon, kan en miste oversikten. En må også vurdere om for mye og detaljert informasjon kan føre til mer problemfokusering. I en undersøkelse fra Telemark, fant en at egenjournalen ikke førte til mer sykeliggjøring (Fonn 1995, Fylkeslegen i Telemark 1996).

6 KONKLUSJON

I denne undersøkelsen, ble egenjournalen godt mottatt både av foreldre og ansatte. Den ble relativt hyppig benyttet, spesielt i møte med helsestasjon. Foreldre og helsesøstre som deltok i studien, trodde imidlertid at resultatene ville blitt bedre dersom egenjournalen ble introdusert ved første hjemmebesøk etter fødsel, og dersom det ble gitt mer opplæring i bruken av egenjournalen. De mente også at oppslutningen fra helsepersonell, spesielt leger, ville vært bedre dersom egenjournalen ble utformet slik at datamateriale kan legges inn, f. eks utskrift fra epikriser, laboratoriesvar osv.

Selv om materialet vårt var lite, fant vi at foreldre til barn med alvorlig eller moderat alvorlig sykdom, hadde størst effekt av egenjournalen, noe som også understøttes av andre undersøkelser. Det bør vurderes om egenjournalen skal tas i bruk overfor denne gruppen.

Ut fra resultatene i denne randomiserte og kontrollerte studien, finner en ikke at bruk av egenjournalen påvirket bruken av helsetjenester eller kunnskaper om barns helse som har klinisk betydning. Undersøkelsen støttet heller ikke de positive resultatene egenjournalen hadde på kommunikasjon og informasjon, som vist i tidligere deskriptive oppfølgingsstudier.

Informasjonsutvekslingen mellom helseprofesjonene og foreldre/ brukere er imidlertid ikke god nok. Det vil derfor være behov for videre forskning for å kunne bestemme hva som videre skal skje med egenjournalen i det helsefremmende arbeidet. Kanskje kan problemene som er påpekt her, finne en bedre løsning i en felles elektronisk journal, som også foreldre/ brukere har tilgang til.

7 TAKK

Jeg ønsker å rette en takk til Statens Helsetilsyn/ nå Sosial og Helsedirektoratet for at de viste meg tillit, og ga meg oppdraget med å prøve ut og evaluere egenjournalen. Jeg vil også takke prosjektmedarbeiderne i Ressurshelsestasjonen som har medvirket til at oppdraget ble gjennomført, og likeledes helsesøstre og annet helsepersonell ute i

kommunene for positiv innstilling til å være med. Foreldrene fortjener også en stor takk for at de har tatt seg tid til å fylle ut spørreskjemaer, og til å prøve ut egenjournalen.

Videre vil jeg rette en takk til Øyvind Opdahl ved Høgskolen i Molde for velvillig bistand og veiledning i bruk av SPSS- statistikkprogram. Den aller største takken går til min eksterne veileder, Anders Grimsmo ved Universitetet i Trondheim. Grimsmo har gitt meg støtte og oppmuntring i arbeidet, og utfordret meg med nyttige spørsmål tilbake. Dette har bidratt til at jeg har fått mer kunnskap om og større innsikt i forskning.

8 REFERANSELISTE

Antonovsky A. (1979) *Health, Stress and Coping- new perspectives on mental and physical well-being*. Jossey Bass, San Francisco.

Antonovsky A. (1988) *Unravelling the Mystery of Health- How people manage stress and stay well*. Jossey Bass, San Francisco.

Antonovsky A. (1996) The Sense of Coherence. An Historical and Future Perspective. *Israel Journal of Medical Sciences* **32**, 170-178.

Barker W. (1990) Primary health care- parent power. *Nursing standard* **4**, 43-44.

Bjørndal A., Flottorp S., Klovning A. (2000) *Medisinsk kunnskapshåndtering*. Gyldendal Akademisk, Oslo, 60-68.

Branstad A., Østreng D., Arntzen A. (2000) *Informasjonsflyt mellom lege og pasient, delrapport II*. HENÆR- rapport nr. 05/ 2000. Senter for Helsefremmende tiltak i NÆRmiljøet, Høgskolen i Vestfold.

Charles R. (1994) An evaluation of parent-held child health records. *The Journal of the Health visitors' Association*, London **67** (8), 270-272.

Christensen E.K. og Nohr L.E. (2001) *Noen juridiske aspekt ved nettbasert tilgang til opplysninger i pasientjournal*. Delrapport fra Elvira, prosjekt i nettbasert pasient informasjonssystem. Nasjonalt senter for telemedisin, Universitetssykehuset i Tromsø, www.telemed.no

Council of Europe (1970) *European Convention on Human Right*. (Homepage on the Internet), Strasbourg. Available from: www.commissioner.coe.int

David A. (1995) Child health- Power to parents. *Nursing times* **91**, 26-28.

Davies A. (1999) Parent-held child health records- an evaluation of parental attitudes. *British Journal of Community Nursing*. University of Wales, Swansea **4** (5).

- Eklund L. (1999) *From Citizen Participation Towards Community Empowerment*. University of Tampere, Tampere.
- Faureholm J. (1996) *Fra livskvalitet til medborger*. Munksgaard, København.
- Freire P. (1973) *Education for critical consciousness*. The Seabury press, New York.
- Fonn M. (1995) Egenjournal for barn. *Sykepleien Journalen* (4) 16.
- Fylkeslegen i Telemark (1996) Egenjournal til barn i helsevesenet. *Helsesøstre* (2)50.
- Gaunt N. (2001) Initial evaluation of patient interaction with the Electronic Health Record. *South & West Devon Health Community*. Version 1.0, March; 5.
- Gjærum B., Grønholt B., Sommerchild H. (1998) *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Hagelin E., Lagerberg D., Sundelin C. (1991) Child health records as a database for clinical practice, research and community planning. *Journal of Advanced Nursing* **1**, 15-23, Jan;16.
- Hanssen K.B. (1996) Myndiggjøring. *EMBLA, Fagtidsskrift for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere* **6**, 43-47.
- Henderson C. and Laugharne R. (2003) Patient held clinical information for people with psychotic illnesses (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hooker L. and Williams J. (1996). Parent-held shared care records- bridging the communication gaps. *British Journal of Nursing*, London, **5** (12).
- Jeffs D., Nossar V., Bailey F., Smith W., Chey T. (1994) Retention and use of personal health records- A population-based study. *Journal of paediatrics and child health*, Sydney, **30**, 248-252.
- Kalnins I. (1992) Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health promotion international*, Oxford, **7**, 1.
- Lester H. and Wilson S. (1999) Practical problems in recruiting patient with schizophrina into randomised controlled trials. *British Medical Journal* 319: 1075.
- Lundemark Andersen M. & Vinter- Jensen K.(1997) *Empowerment i praksis- En sundhetsfremmeobjekt for arbeidsfrie*. Forebyggelsesrådet i Århus Amt, Århus.
- MacFarlane A. and Staffin K. (1990) Do general practioners and health visitors like "parent held"child health records? *The British Journal of General Practice* (University of Oxford) **40**, 106-108.

Nicolaysen K.G. (2000) Fremtiden er nå for elektronisk pasientjournal. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* **120**, 2949-50.

NOU (1998) *Det er bruk for alle*. Statens forvaltningstjeneste. NOU 1998:18. Norges offentlige utredninger, Oslo.

Ot.prp. (1998-99) *Om lov om helsepersonell m.v.* Ot. prp.nr.13, s 123. Odelstingsproposisjon, Oslo

Rappaport J. (1985) The power of empowerment language. *Social Policy* **16**, 15-21.

Robson C. (1993) *Real world research- A Resource for Social Scientistists and Practioner- Researches*. Blackwell, Oxford UK & Cambridge USA, 170-186.

SHD (1999a). *Lov helsepersonell m.v.* Statens forvaltningstjeneste. SHD 1999:64, Sosial og helsedepartementet, Oslo.

SHD(1999b). *Lov om pasientrettigheter*. Statens forvaltningstjeneste. SHD 1999:63, Sosial og helsedepartementet, Oslo.

Staffin K. and MacFarlane A. (1991). How well are parent held records kept and completed? *The British Journal of General Practice* (University of Oxford) **41**, 249-251.

Statens Helsetilsyn (1998) *Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, delmål 3: Revidert journal (helsekort) for barn og unge, bruk av egenjournal og krav til journalsystemer*. Rapport fra arbeidsgruppe 3. Statens Helsetilsyn, Oslo, 25- 28.

Spencer N.J. and Coe C. (2000) Parent- reported infant health and illness in a whole year birth cohort. *Child; Care, Health and Development*. **6**, 489-500. Nov; 26.

United Nation (1989) (Homepage on the Internet) *Barnekonvensjonen*, New York, Available from: [www:unsystem.org](http://www.unsystem.org)

Vinther- Jensen K. (1999) *Empowerment: Visioner i praksis* (Uppsats i Folkhalsovetenskap) MPH 1999:21. Nordiska halsovårdshögskolan, Göteborg.

Volkmer R.E., Gouldstone M.A., Ninnes C.P. (1993) Parental perception of the use and usefulness of a parent-held child health record. *Journal of paediatrics and child health*, Melbourne, Blackwell Scientific, **29** (2), 150-153.

Wallerstein N. (1992) Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* **6**, 197-205.

Wallerstein N. & Bernstein E. (1998) Empowerment education- Freires ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly* **15**, 379-394.

World Health Organization(1986) *Ottawa- charter for health promotion: An international conference on health promotion*, WHO, Copenhagen.

Østreng D. og Branstad A. (1999) *Informasjonsflyt mellom lege og pasient, delrapport I*, HENÆR- rapport nr. 5a/ 1999, Senter for Helsefremmende tiltak i NÆRMiljøet, Høgskolen i Vestfold

Øvretveit J. (1998) *Evaluating Health Interventions*, Buckinham- Philadelphia, Open University Press.

Øvretveit J. (2002) *Action Evaluation of Health Programmes and Changes*. Oxon- United Kingdom, Radcliffe Medical Press Ltd.

Vedlegg 1: Foreldrenes forslag til endringer/ tilføyelser i egenjournalen: Svar på åpne spørsmål

Kommentarer til utforming/ innhold:

- Mer plass til ”Behandling hos lege, fysioterapeut mv”, luftigere sider ikke bare oppstrukket linje. Burde vært mulig å få utskrift av journal og satt inn i egenjournalen. Kjekt å ha hatt vekt/ lengde kurver, mer plass til medisiner barnet bruker og til andre ting barnet ikke tåler. Ellers mye bra. Disse sidene blir fort oppbrukt dersom barnet er ofte sykt.
- Overlapper helseboka for mye, perm-formatet gjør den vanskelig å bla/ skrive i.
- Skulle vært flere ark for timeavtaler, samt flere ark for vekt, lengde etc.
- Egen side for tannlege (2).
- Egen side for spørsmål kommentarer/ utvikling, egen side for spørsmål og svar/kommentarer fra lege evt. andre.
- Mindre felt for behandlers navn og større plass til vurdering og tiltak. Adresse og telefon kan en notere s. 3.
- Timeavtaler bure vært på fremsiden.
- Ulike fargekoder for å gjøre den mer oversiktlig.
- Kunne vært litt større plass til å skrive under behandling lege, fysioterapeut m.v.
- Liten plass å skrive på, mistet fort oversikten, det har skjedd mye med barnet. Vært til fysioterapeut minst 30 ganger. Arket for behandling hos lege/ fysio, spesielt problem og vurdering/ tiltak for lite plass. Ønsker meg kopi av journalnotat, epikriser og sykepleiernotater.
- Kunne vært mer utfyllende.
- Lite plass til dagligdagse plager f. eks. ørebetennelser, forkjølelser som en nødvendigvis ikke går til lege med.
- Bør ha sider for hjemme-journal hvor vi kan skrive inn alle barnesykdommer, febermålinger (dato, kl. slett) under sykdom, evt. medisintyper.
- Fint om det lå med en oversikt over barnesykdommer, inkubasjonstid, symptomer og behandling.
- Lite plass på side 11 og 12 (i hvert felt).

Vedlegg 2 Ansattes svar på utprøvingen av egenjournal.

Ansattes vurderinger hentet fra spørreundersøkelsen:

Ved siden av fokusgruppeintervju, kom det inn 20 individuelle besvarelser i henhold til spørreskjema. Av disse var det 17 helsesøstre, en sykepleier, en lege og en sekretær. Av disse 20 hadde 9 alltid/ av og til skrevet i journalen, og 10 hadde etterspurt egenjournalen. Elleve ansatte svarte at foreldrene alltid/ av og til la frem journalen på eget initiativ. Kun 5 ansatte svarte at de alltid eller av og til skrev i journalen sammen med foreldrene. Elleve svarte ja/ delvis til at egenjournalen bidro til bedre kommunikasjon, 18 svarte at egenjournalen ga bedre oversikt, 11 ansatte svarte at den bidro til at foreldrene ble mer involvert og ni svarte at egenjournalen førte til at bekymringer lettere ble tatt opp. Alle ansatte svarte ja/delvis på at egenjournalen var nyttig for de ansatte (14 ja, 6 delvis), og alle svarte ja/delvis (15/5) på at egenjournalen var nyttig for foreldrene. Seksten av 20 mente egenjournalen var passe stor og lett å bruke.

Resultat åpne spørsmål og fokusgruppeintervju:

De fleste ansatte mener egenjournal bør innføres fra fødsel, og at den bør introduseres ved første hjemmebesøk. Noen mener egenjournal bør være fra 0-6 år, andre foreslår "livet ut". Mange kommentarer går på at de har liten erfaring med egenjournalen, og at helsestasjonene trenger tid på å innføre den. Fra fokusintervjuet kom det frem at helsesøstrene synes det er på tide med en ny "grønn" helsebok, og at veiekortene er for dårligere. Kun noen få var engstelig for at journalen kunne komme bort, eller for at foreldrene glemte. De ansatte mente egenjournalen var et nyttig verktøy både for brukere og ansatte, men at alle trengte mer tid til å innføre den. Alle svarte at de mente egenjournalen ville være nyttig for foreldrene. Fra de åpne spørsmålene kom det frem at enkelte hadde gått ut fra at det var foreldrene selv som skulle skrive, og som skulle legge den frem for de ansatte. Noen sier at de overvurderte brukerne. Andre svarer at de ikke hadde vært med fra starten, og dermed ikke fått den informasjonen de behøvde. De hadde heller ingen oversikt over hvem som var med i prosjektet. Noen svarte at de hadde lite erfaring med denne egenjournalen, men hadde god og nyttig erfaring med egenjournaler som brukere hadde hatt med fra opphold i utlandet. En svarte at egenjournal var delvis overflødig, og førte til mer papirarbeid. Det kunne bli for mange papir å holde styr på. Vedkommende anbefalte at det burde være kun 2 arkiv på pasienten, en hos helsesøster og en hos lege i hver kommune.

Kommentarer til utforming og innhold:

- Skjema for mål og vekt og timeavtaler bør være lett å finne, for eksempel første og siste ark i journalen.
- Ønsker at egenjournalen er en del stive ark som kan settes inn i en perm sammen med annen informasjon.
- Lite om samspill.
- Til s.6: Bruker enkle ord og forstår flere: Dele opp i 2 ulike spørsmål i stedet. Hva menes med "spiser selv"? Kniv og gaffel eller spiser med fingrene?
- Til s.4: Er denne informasjonen så viktig i detalj?
- Kjedelig hvit perm, greit innhold

Vedlegg 3

Spørreskjema 1 (før og etter)- til både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.

Om dere (foreldre/ foresatte)

1.1 Hvem er du som fyller ut skjemaet ?

mor far annen foresatt

1.2 Nasjonalitet

mor: _____
far: _____
annen foresatt: _____

1.3 Sivil status

enslig samboer/ gift separert/skilt enke/enkemann

1.4 På hvilket trinn avsluttet du utdanningen?

grunnskole videregående høgskole /universitet annet

1.5 Hvor mange barn har mor før dette barnet ?

Antall : _____

1.6 Hvor lenge har du og din familie bodd i kommunen?

Antall år: _____

2. Om barnet ditt (gjelder barnet som er med i undersøkelsen)

2.1 Hvor gammelt er/var ditt barn i oktober 2001? _____ mnd

2.2 Er barnet gutt eller pike? gutt pike

2.3 I hvilken kommune går barnet på helsestasjon? _____

2.4 Har ditt barn noen form for langvarig sykdom/problem eller funksjonshemming?

ja, alvorlig (utgjør en belastning for familien)

ja, moderat

nei

I tilfelle ja, hvilke sykdom/ problem? _____

2.5 Hvor ofte har du og ditt barn hatt kontakt med helsestasjonen utenom de faste kontroller siste 3 måned?(telefon eller besøk)

ingen ganger 1-2 ganger 3 ganger eller mer

2.6 Hvor ofte har du og ditt barn hatt kontakt med lege utenom helsestasjon siste 3 måned? (telefon eller besøk)

ingen ganger 1-2 ganger 3 ganger eller mer

2.7 Hvor ofte har ditt barn vært til poliklinisk kontroll eller vært innlagt på sykehus i løpet av siste 1/2 år?

ingen ganger 1-2 ganger 3 ganger eller mer

3. Informasjon (dette barnet eller erfaring med eldre barn)

3.1 Har du erfaring med bruk av :

	Ja	Nei
Helsebok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiekort/ vaksinasjonskort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonsperm (barn-helse-miljø)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egenjournal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 Hvor fornøyd er du med den informasjonen du får om barnets utvikling og helsetilstand ?

	Lite fornøyd	Delvis fornøyd	Godt fornøyd
<u>Av helsesøster</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Av helsestasjonslege:
Annen lege (ikke på helsestasjon):
 (kan være lege ved legekontor, legevakt eller ved sykehus)

Angi hva: _____

Annet helsepersonell
 (annet helsepersonell kan være fysioterapeut, sykepleier, sykehuspersonale)?

Angi hva: _____

3.3 Nedenfor er det listet opp en del utsagn om hvordan du kan få god kontakt med barnet ditt. Hvor enig eller uenig er du i disse?

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig
Jeg prøver å få blikkontakt når jeg snakker med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg snakker med barnet når barnet er opplagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det nyfødte barnet ser meg best i en avstand av 60 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 Nedenfor er det listet opp noen utsagn om når du kontakter lege ved feber. Hvor enig eller uenig er du i disse?

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig
Jeg kontakter alltid lege ved feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kontakter lege når barnet har over 39 grader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kontakter lege når barnet viser tegn på dårlig allmentilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vet ikke helt når jeg skal kontakte lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.5 Nedenfor er det listet opp noen utsagn om hvordan du kan stimulere barnet ditt til bevegelse. Hvor enig eller uenig er du i disse?

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Uenig
Jeg lar barnet mitt bevege seg fritt i gulvet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg legger frem noen leker som barnet kan leke med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg lar barnet være i gåstol eller hoppesele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har barnet mest mulig på Fanget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6 Hva inneholder MMR- vaksinen? (kryss av i riktig rubrikk)

- Meslinger, kuma og skarlangensfeber
- Røde hunder, meslinger og hjernehinnebetennelse
- Meslinger, kuma og røde hunder

4. Kommunikasjon (gjelder dette eller tidligere barn)

4.1 I hvilken grad synes du det er vanskelig å snakke med helsepersonell?

	I stor grad	I noen grad	I liten grad
<u>Helsesøster</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Helsestasjonslege:</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Annen lege:</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(kan være lege ved legekontor, legevakt eller ved sykehuset)

Angi hvem _____

Annet helsepersonell:

(annet helsepersonell kan være fysioterapeut, sykepleier, sykehuspersonale)?

Angi hvem _____

4.2 Har du tenkt gjennom, diskutert eller skrevet ned ting du ønsker svar på før du kommer på helsestasjon eller på legesenter/ sykehus?

Ofte

Av og til

Sjelden

Aldri

5. Delaktighet/ medbestemmelse

5.1 Føler du at helsepersonell har gitt deg tilstrekkelig informasjon og kunnskaper for at du skal kunne ta valg som angår ditt barns helse og utvikling?

Ofte

Av og til

Sjelden

Aldri

5.2 Er du blitt oppmuntret av helsepersonell til å delta i bestemmelser som angår ditt barns helse og utvikling?

Ofte

Av og til

Sjelden

Aldri

5.3 Har du selv tatt initiativ til å delta i bestemmelser som angår ditt barns helse og utvikling?

Ofte

Av og til

Sjelden

Aldri

5.4 Har du opplevd at helsestasjonspersonell er flink til å gi deg og ditt barn ros?

Ofte

Av og til

Sjelden

Aldri

Spørreskjema del 2 (besvares kun av intervensjonsgruppen etter intervensjonen)

1 Om bruken av egenjournalen:

1.1 Har du tatt med egenjournalen i møte med:

Helsestasjonen ? Alltid Av og til Sjelden Aldri

Legesenter/ legevakt? Alltid Av og til Sjelden Aldri

sykehus? alltid Av og til Sjelden Aldri

Annet helsepersonell? Alltid Av og til Sjelden Aldri

1.1.1 Dersom sjelden eller aldri, hvorfor? _____

1.2 Tror du at egenjournalen ville blitt mer brukt dersom helsepersonellet etterspurte den? **Ja** **nei** **vet ikke**

1.3 Dersom egenjournalen innføres permanent, tror du at du vil ta godt vare på den?
 ja nei

1.4 Hvor mange besøk er notert i egenjournalen hos:

Antall:

Helsesøster ? _____

Helsestasjonslege ? : _____

Annen lege (legesenter, legevakt) _____

Ofte Av og til Sjelden Aldri

2.5 Tror du at egenjournalen har bidratt til at både du og helsepersonell har fått bedre oversikt over barnets helse og utvikling?

Ofte Av og til Sjelden Aldri

2.6 Føler du at egenjournalen har ført til at du er mer involvert/ tar mer del i bestemmelser som angår ditt barns helse og utvikling?

Ofte Av og til Sjelden Aldri

2.7 Føler du at egenjournalen har bidratt til at det er lettere å ta opp med helsepersonell bekymringer som angår ditt barns helse og utvikling?

Ofte Av og til Sjelden Aldri

2.8 Har du vært fornøyd / glad over å ha / eie barnets journal?

Ofte Av og til Sjelden Aldri

2.9 Dersom egenjournalen innføres permanent, tror du den vil oppleves som nyttig for foreldrene/ foresatte og deres barn?

Ofte Av og til Sjelden Aldri

3. Om selve egenjournalen:

3.1 Liker du størrelsen på egenjournalen?

ja nei

Dersom nei, var den a) for stor ?

b) for liten ?

3.2 Var egenjournalen lett å bruke?

3.3 Hadde du problemer med å tyde håndskriften

3.4 Var du fornøyd med utformingen/ innholdet
I tilfelle nei, hva kunne blitt bedre?

Vedlegg 4: Tabeller og signifikant tester

Jfr. kap. : 4.1 I hvilken grad vil foreldrene bruke egenjournalen i møte med helsetjenesten?

Tabell 3 Antall besøk som er notert i egenjournal i prosjektperioden.

	Gj.snitt noteringer	Minimum	Maksimum	% andel med 0 noteringer	data- grunnlag
Helsesøster	3.6	0	17	38%	(n=107)
Helsestasjonslege	0.7	0	9	69%	(n=108)
Annen lege	0.9	0	11	72%	(n=109)
Sykhuspersonell	0.5	0	10	84%	(n=110)
Annet helsepersonell	0.3	0	9	92%	(n=107)

Tabell 4 Antall foreldre som har brukt egenjournal ”alltid” eller ”av og til” i møte med ulike kontakter i forhold til om barnet har en langvarig alvorlig/ moderat alvorlig sykdom/ funksjonshemming eller ikke. Annet helsepersonell ble i spørreskjemaet definert som fysioterapeut, sykepleier og sykehuspersonale (Prosent).

Alvorlig, eller moderat alvorlig sykdom?

	Ja	100%= n	Nei	100%= n
Helsestasjon	88	n=17	69	n=109
Legekantor/legevakt	59	n=17	32	n=106
Sykehus*	53	n=17	14	n=100
Annet helsepersonell*	47	n=15	13	n= 92

* chi- squared test: $p < 0.05$, men for lite datagrunnlag.

Tabell 5 Brukt egenjournal ”alltid” eller ”av og til” i møte med ulike kontakter i forhold til barnets alder gjengitt i mnd.* (Prosent).

alltid/ av og til /mnd	0-2	3-5	6-8	9-11	12-14
	% (n=)	% (n=)	% (n=)	% (n=)	% (n=)
Helsestasjon	72 (n=18)	80 (n=20)	74 (n=42)	78 (n=27)	57 (n=21)
Legekantor/legevakt	44 (n=18)	25 (n=20)	40 (n=43)	42 (n=26)	25 (n=20)
Sykehus	25 (n=16)	6 (n=17)	18 (n=39)	36 (n=25)	11(n=18)
Annet helsepersonell	25 (n=16)	7 (n=14)	18 (n=39)	27 (n=22)	11(n=18)

*Barnets alder er ved intervensjons start (pr.01.10.01)

Jfr. kap. 4.2 Vil foreldre oppleve at bruk av egenjournal fører til en bedre og mer delaktig kommunikasjon med helsetjenesten?

Tabell 6 Grad av fornøydhet hos foreldrene mht informasjonen de fikk om barnets utvikling og helsetilstand av helsepersonell i før- undersøkelsen (runde1=R1) og etterundersøkelsen (runde2=R2). Prosent.

Grad av fornøydhet:		<u>Lite</u>		<u>Delvis</u>		<u>Godt</u>		100% n=	
Runde 1 (R 1)og	Runde 2 (R 2)	R 1	R 2	R 1	R 2	R1	R 2	R 1	R 2
Av helsesøster	Intervensjon	5	2	25	28	70	70	n=150	n=126
	Kontroll	5	4	28	29	67	67	n=146	n=130
Av helsestasjons- lege	Intervensjon	3	6	39	30	57	63	n=147	n=126
	Kontroll	6	4	39	40	55	56	n=135	n=130
Av annen lege	Intervensjon	2	4	41	31	57	65	n= 98	n= 94
	Kontroll	5	4	29	33	66	63	n= 99	n=105
Av annet helsepersonell	Intervensjon	2	0	21	24	77	76	n= 53	n= 37
	Kontroll	6	4	21	32	73	64	n= 68	n= 57

Tabell 8 Foreldrenes opplevelse av ”ofte”/ ”av og til” delaktighet og medbestemmelse, (to høyeste scorene). Prosent.

		<u>Ofte/av og til (%)</u>		<u>100%= n</u>	
I= intervensjon, K= kontroll,		R 1	R 2	R 1	R 2
Føler du at helsepersonell har gitt deg tilstrekkelig informasjon og kunnskaper for at du skal kunne ta valg som angår ditt barns helse og utvikling?	I	89	91	n=151	n=125
	K	90	92	n=139	n=130
Er du blitt oppmuntret til å delta i bestemmelser som angår ditt barns helse og utvikling?	I	82	82	n=150	n=125
	K	79	81	n=138	n=129
Har du selv tatt initiativ til å delta i bestemmelser som angår ditt barns helse og utvikling?	I	94	95	n=151	n=126
	K	97	96	n=137	n=130
Har du opplevd at helsestasjonspersonell er flink til å gi deg og ditt barn ros?	I	80	88	n=149	n=124
	K	94	93	n=140	n=123

Jfr. kap. 4.4 Vil foreldre som benytter egenjournalen få tilført mer kunnskap om barnets helse i kontakt med helsetjenesten?

Tabell 12 Kunnskap vedr. legekontakt ved feber. Før intervensjon/ Etter intervensjon. Prosent.

Runde 1= R1, Runde 2= R2

		<u>Helt enig/ delvis enig</u>		<u>Delvis uenig/ helt uenig</u>		<u>100%= n</u>	
		R1	R 2	R1	R 2	R 1	R2
I=intervensjon, K= kontroll							
1. Jeg kontakter alltid lege ved feber	I	30	29	70	71	n=142	n=127
	K	20	14	80	86	n=138	n=130
2. Jeg kontakter lege når barnet har over 39 grader.	I	54	54	46	46	n=142	n=127
	K	54	45	46	55	n=138	n=130
3. Jeg kontakter lege når barnet viser tegn til dårlig allmenntilstand	I	96	97	4	3	n=143	n=128
	K	96	96	4	4	n=138	n=131
4. Jeg vet ikke helt når jeg skal kontakte lege	I	27	19	73	81	n=140	n=124
	K	23	20	77	80	n=137	n=127

Tabell 14 MMR- vaksinsens innhold. Runde 1/ Runde 2 . Prosent:

				100% = n	
		Runde1	Runde 2	R1	R2
1. Meslinger, kuma og skarlagensfeber.	I	3	0	n=138	n=121
	K	2	3	n=135	n=125
2. Røde hunder, meslinger og hjernehinnebetennelse	I	6	3	n=138	n=121
	K	2	3	n=135	n=125
3. Meslinger, kuma og røde hunder	I	91	97	n=138	n=121
	K	96	94	n=135	n=125

Signifikant tester:

Jfr. kap 4.2

Sp. 4.2 Har du tenkt gjennom, diskutert eller skrevet ned ting du ønsker svar på før du kommer på helsestasjon eller på legesenteret/ sykehus?

Ranks

	r2 Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
r2 diskutert skrevet	intervensjon	127	138,74	17620,00
	kontroll	130	119,48	15533,00
	Total	257		

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
r2 diskutert skrevet	257	2,02	,775	1	4
r2 Gruppe	259	1,51	,501	1	2

Test Statistics(a)

	r2 diskutert skrevet
Mann-Whitney U	7018,000
Wilcoxon W	15533,000
Z	-2,330
Asymp. Sig. (2-tailed)	,020

a Grouping Variable: r2 Gruppe

Forskjell mellom intervensjon og kontroll i runde 2.

Jfr. kap. 4.4

Sp. 3.3 Utsagn 1: Jeg prøver å få blikkontakt (bk) når jeg snakker med barnet.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
DIF_BK	249	-,0884	,54646	-3,00	2,00
Gruppe	290	1,48	,501	1	2

Ranks

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DIF_BK	intervensjon	124	116,97	14504,00
	kontroll	125	132,97	16621,00
	Total	249		

Test Statistics(a)

	DIF_BK
Mann-Whitney U	6754,000
Wilcoxon W	14504,000
Z	-2,639
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008

a Grouping Variable: Gruppe

Forskjell runde 1 og runde 2

Sp. 3.5 Utsagn 1: Jeg lar barnet mitt bevege seg fritt på gulvet.**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
r2 bevege fritt	258	1,13	,382	1	4
Gruppe	290	1,48	,501	1	2

Ranks

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
r2 bevege fritt	intervensjon	125	130,50	16312,00
	kontroll	124	119,46	14813,00
	Total	249		

Test Statistics(a)

	r2 bevege fritt
Mann-Whitney U	7063,000
Wilcoxon W	14813,000
Z	-2,113
Asymp. Sig. (2-tailed)	,035

a Grouping Variable: Gruppe

Forskjell mellom intervensjon og kontroll i runde 2.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DIF_BK	249	-3,00	2,00	-,0884	,54646
DIF_DI	243	-3,00	3,00	,1193	,82707
DIF_BF	243	-3,00	3,00	,0494	,51988
Valid N (listwise)	241				

4.5 Hvilken nytteverdi har egenjournalen for foreldrene?

Sammenheng erfaring informasjonsperm – nytteverdi av egenjournal dersom den innføres permanent:

r2 erfar infoperm * r2d perm nyttig Crosstabulation

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,457(a)	2	,040
Likelihood Ratio	6,191	2	,045
Linear-by-Linear Association	,934	1	,334
N of Valid Cases	95		

a 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,05.

Sammenheng alder og "skrevet selv":

Crosstab

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,574(a)	4	,032
Likelihood Ratio	11,828	4	,019
Linear-by-Linear Association	4,664	1	,031
N of Valid Cases	122		

a 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,87.

Sammenheng r2d skrevet selv i egenjournalen * r2d nyttig selv :

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,845(a)	3	,000
Likelihood Ratio	56,826	3	,000
Linear-by-Linear Association	47,658	1	,000
N of Valid Cases	118		

a 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,56.

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
Box 12133, SE-402 42 Göteborg
Besöksadress: Nya Varvet, Byggnad 25
Tel: +46 (0)31 69 39 00, Fax: +46 (0)31 69 17 77
E-post: administration@nhv.se
www.nhv.se