

# PRAKTISK OG EFFEKTIV OPPFØLGING AV KOLS-PASIENTER I KOMMUNENE

## BRUKERUNDERSØKELSEN

Rapport oktober 2020

Annett Arntzen,

Professor

Are Branstad,

Førsteamanuensis

Jens B. Grøgaard og

Professor

Nina Løkkevik

Kvalitetsrådgiver

Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap

 **Universitetet  
i Sørøst-Norge**  
Handelshøyskolen

Enhet Hjemmetjenester

 **Moss  
kommune**

## Innhold

PRAKTISK OG EFFEKTIV OPPFØLGING AV KOLS-PASIENTER I KOMMUNENE .....	0
<b>BRUKERUNDERSØKELSEN.....</b>	<b>0</b>
1. Praktisk og effektiv oppfølging av Kols-pasienter i kommunene.....	3
1.1. Formålet med brukerundersøkelsen og problemstilling.....	3
2. Design og metode .....	4
2.1. Survey og spørreskjema .....	4
2.2. Utvalget .....	5
2.3. Datahåndtering og -sikkerhet.....	7
2.4. Dataanalyse .....	8
3. Resultater .....	8
3.1. Bakgrunnsvariabler.....	9
3.2 Sykdomsdiagnoser.....	12
3.3 Vurdering av helsetilstand.....	14
3.3.1 Subjektiv helse.....	14
3.3.2. Funksjonsevne.....	18
3.3.3 Regresjonsanalyse av subjektiv helse .....	19
4. Tanker om å bruke utstyr for å selv sjekke egen helsetilstand.....	21
4.1. Univariante fordelinger .....	22
4.1.1. Jeg bruker hjelpemidler for å sjekke helsetilstanden min selv ... ..	22
4.1.2. For meg er det å bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand selv ... ..	22
4.1.3. De fleste mennesker som er viktige for meg synes det er bra at jeg selv bruker hjelpemidler for å sjekke min egen helsetilstand .....	23
4.1.4. De fleste mennesker som har samme lidelse som meg bruker selv hjelpemidler for å sjekke sin egen helsetilstand .....	24

4.1.5.	Jeg mener at jeg klarer å bruke hjelpemidler selv for å sjekke min egen helsetilstand .....	25
4.1.6.	Det er opp til meg å ta ansvar for å sjekke min egen helsetilstand selv.....	26
4.1.7.	Jeg har til hensikt å bruke hjelpemidler for å sjekke min egen helsetilstand selv .....	27
4.1.8.	Jeg vil ikke bruke hjelpemidler for å sjekke min egen helsetilstand selv hvis ...	28
4.1.9.	Jeg er villig til å måle min helsetilstand selv hver dag hvis det hjelper med til å forutsi alvorlig forverring av helsetilstanden min.....	29
4.2.	Regresjonsanalyse av vilje til å bruke hjelpemidler daglig .....	30
5.	Kommentarer til brukerundersøkelsen.....	32
5.1.	Bruk av hjelpemidd. fordrer kunnskap, trygghet, evne og samarbeid helsetj.....	33
5.2	Hjelpemidler ansees ikke nødvendig eller gir uheldig virkning.....	34
5.3	Hjelpemidler benyttes eller ønskes benyttes for å sjekke egen helsetilstand.....	35
6.	Etikk.....	35
	Referanser .....	36
	Tabell og figur oversikt.....	37
	VEDLEGG 1.....	38

## 1. Praktisk og effektiv oppfølging av Kols-pasienter i kommunene

*Velferdsteknologiske løsninger* skal bidra til økt trygghet, sikkerhet sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet (NOU 2011:11).

*Brukere har rett til å medvirke*, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig part i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.

Brukermedvirkning er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermedvirkning bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utforming og gjennomføring av både generelle og individuelle tilbud. I tillegg har brukermedvirkning en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet (Stang, 2017). Generelt, vil brukermedvirkning bidra til en mer responderende velferdsstat ved at tjenester formes i et samspill mellom fagfolk, myndigheter og brukere (Andreassen, 2004). På bakgrunn av dette blir det viktig i denne studien å lytte til de menneskene som er i målgruppen for den nye teknologien som skal utvikles til hjelp for Kols-pasienter og helsevesenet.

### 1.1. Formålet med brukerundersøkelsen og problemstilling

I forbindelse med hovedprosjektet som er i gang med å utvikle, lage og teste en prototyp sensor og analyse-app som har til hensikt å forutsi forverring hos pasienter med moderat eller alvorlig grad av Kols har det blitt gjennomført en brukerundersøkelse. Formålet var å fremskaffe generell informasjon om hvilke holdninger Kols-pasienter og medlemmer av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) generelt har til å ta i bruk ny teknologi. Hva

som skal til for at ny teknologi tas i bruk er viktig å vite for utviklere av ny teknologi og for å kunne forbedre helsetjenestenes praksis.

Vi ønsket å finne ut om pasientene bruker hjelpemidler for å sjekke egen helsetilstand, hvilke holdninger de og deres nærmeste har til slike hjelpemidler, og om brukerne mener de vil klare å gjennomføre tester selv.

Svarene fra brukerundersøkelsen vil også kunne hjelpe kommunene og helsetjenestene med kunnskap om hva pasienter og potensielle pasienter tenker om det å bruke utstyr som skal hjelpe dem til å bli mer selvstendige når det gjelder å måle sine egne helsedata. Disse dataene vil kunne danne et grunnlag for vurdering av pasientenes behov for behandling og tjenester fra kommunene.

## 2. Design og metode

Vi designet en tverrsnittundersøkelse med survey, og benyttet en standardisert utspørring på et representativt utvalg brukere. Dette gir muligheter for statistiske generaliseringer fra utvalget til populasjonen, i tillegg kan vi gjøre komparative studier med tidligere utførte brukerundersøkelser.

### 2.1. Survey og spørreskjema

I løpet av høsten 2019 utviklet vi et spørreskjema med lukkede spørsmål og faste svaralternativer. Et åpent spørsmål avslutningsvis gav respondentene anledning til å skrive hvorfor de eventuelt ikke vil bruke utstyr for å sjekke egen helsetilstand selv. Invitasjonsteksten og informasjonsbrevet i Nettskjema.no gjorde rede for hvorfor medlemmene i LHL fikk tilsendt invitasjon til å delta i undersøkelsen, hva deltagelsen innebærer, opplysninger om at det var frivillig å delta og om hvem som eier prosjektet. Alt om personvern, datalagringsløsningen og hva som skjer med opplysningene etter avsluttet forskningsprosjekt er sentrale elementer innen vår oppfølging av informantenes personvern, anonymisering og muligheten de hadde for å gi et informert samtykke til å delta i undersøkelsen.

I november og første del av desember 2019 ble spørreskjemaet testet av 10 personer i alderen 52-89 år med ulike typer hjerte og lungelidelser. Dette var bekjente av ressursgruppen, og snøball metoden ble benyttet for å oppnå et tilfredsstillende antall testpersoner. Hensikten var å sjekke at spørsmålene fungerte tilfredsstillende. Vi fikk ingen tilbakemeldinger som gjorde at skjema måtte endres vesentlig. Dette var som forventet, da vi benyttet utvalgte spørsmål hentet fra etablerte spørsmålsbatterier i forskningslitteraturen på feltet (Fishbein & Ajzen, 2010; Ajzen, 2013) nettopp for å sikre relevans, men også gjøre det mulig å sammenligne våre respondenters svar med svarfordelingene i den internasjonale forskningen.

## 2.2. Utvalget

Invitasjon om deltagelse ble sendt ut i desember 2019 til alle medlemmer av LHL som har e-postadresser (i alt 3071 medlemmer) i fire fylker på Østlandet (Østfold, Telemark, Vestfold og Buskerud). Det ble sendt ut to purringer til alle, en i februar og en i mars.

For å få økt svarprosent la vi i januar 2020 ut en lenke til brukerundersøkelsen på de fire fylkeslagenes hjemmesider. Medlemmer som ikke har e-postadresse får dermed mulighet til å svare på skjema via hjemmesiden. I tillegg skulle Fylkeslederne sette av tid på det første medlemsmøte i januar til å informere om undersøkelsen slik at de som ikke har PC hjemme kunne fylle ut spørreskjema på møte, og evt. få hjelp til nettløsningen. I et fylke ble det informert om undersøkelsen, og responsen var positiv. Likevel ble det ingen som fylte ut skjema på møtet.

I alt 806 personer svarte på spørreskjema i nettskjema, hvorav 162 svarte at de ikke ønsket å delta. I tillegg hadde 19 personer ubesvart på alle spørsmålene. Disse er fjernet fra datasettet, og dette gir oss et nettoutvalg på 625 og en svarprosent på 20,4 i denne delen av undersøkelsen.

For å sikre at personer med Kols grad III og grad IV var representert i utvalget (med eller uten tilleggsdiagnoser) fikk de fire kommunene som er med i hovedprosjektet (Horten, Moss, Skien og Eiker) ansvar for å samle inn svar fra 15 brukere hver som de traff på hjemmebesøk. Koronasituasjonen som oppsto gjorde at ikke alle rakk det ønskede antallet. Vi fikk inn i alt 43 skjemaer fra denne tilleggsinnsamlingen. Hensikten var å sikre utvalgets representativitet.

Dette betyr at nettoutvalget (625) pluss tilleggsinnsamlingen (43) gir et utvalg på 668, som er grunnlaget for analysene som vises i kapittel 3. I den grad deltagerne i tilleggsutvalget også er medlemmer av LHL, har vi totalt sett fått en svarprosent på 21,8.

Vi har fått bakgrunnsinformasjon om medlemsmassens alder, kjønn og interessefelt i de fire fylkene. Denne anonymiserte medlemsoversikten omfatter medlemmer både med og uten e-postadresser, i alt 4264 personer. For å kunne vurdere om det er eventuelle skjevheter i utvalget, må vi derfor sammenligne med den anonymiserte medlemsoversikten og ikke med den populasjonen som faktisk ble invitert til å delta i undersøkelsen (3071). LHL har oppgitt at de har opplysninger om alder og kjønn på de fleste av medlemmene og de har registrert interesseområde (f.eks. hjertesyk, lungesyk) på noen av dem.

Tabell 2.1 viser fordelingen av medlemmer som svarte på nettskjema (N=625) og hvordan de fordeler seg på variablene sykdom, alder og kjønn. Blant medlemmene (N=4264) er de som har registrert seg som «interessenter» og «unge» tatt ut, og derav N=3950.

**Tabell 2.1. Fordeling av LHL medlemmer på interessefelt, kjønn og alder og fordeling av respondenter (eksklusive tilleggsutvalg) på sykdomsdiagnose, kjønn og alder. Prosent.**

Kjennetegn	LHLs register (100%=3950)	Nettoutvalg (100%=625)
<b>Sykdom</b>		
Hjertelidelse	49,9	55,8
Lungelidelse (Kols/annet)	25,8	49,4
Hjerneslag	4,6	6,9
Transplantert/LHL ICD	2,3	-
Ikke registrert	28,6	20,2 (Andre sykdommer)
<b>Kjønn</b>		
Kvinner	45,0	36,8
Menn	54,9	62,9
Ukjent	0,1	0,3
<b>Alder</b>		
30-39 år	1,6	1,1
40-49 år	3,8	4,2
50-59 år	12,0	17,3
60-69 år	26,5	34,7
70-79 år	41,3	37,1
80-89 år	13,4	5,4
90+år	1,0	0,0
Ukjent	0,4	0,2

En svarandel på 20,4 prosent er forholdsvis lav og det er sannsynlig at det er skjevheter i responsen. Nå har vi ikke mulighet til å sammenligne bruttoutvalg, de som ble invitert til å være med i undersøkelsen, og nettoutvalg, de som valgte å delta i denne delen av undersøkelsen, men vi kan sammenligne nettoutvalget med fordelingen på sentrale kjennetegn (variabler) i LHLs medlemsregister.

Tabellen viser at vi har høyere andel med lungelidelser i utvalget vårt enn i registeret. Denne gruppen er klart overrepresentert i utvalget, men det er også slik at hjertelidelser og hjerneslag er overrepresentert, hvis vi forutsetter at de ikke-registrerte i registeret har andre sykdommer/ interesseområder en hjertelidelse, lungelidelse og/eller hjerneslag. Videre viser tabellen at menn er klart overrepresentert i utvalget og at vi har en viss underrepresentasjon av de eldste medlemmene, dvs. medlemmer i aldergruppen 80 år eller eldre. En kilde til skjevhet i responsen kan være at medlemmene har oppfattet dette som primært en undersøkelse av og for personer med Kols.

Samtidig ser vi at vi har en aldersfordeling i utvalget som er ganske lik aldersfordelingen blant LHLs medlemmer. Det er en solid representasjon av menn i utvalget. Vi ser også at det er flere som har andre lidelser enn lungesykdommer blant respondentene våre.

I denne rapporten har vi valgt å ikke vekte svarene. Det er tre grunner til dette. For det første: Selv om lungelidelser (antagelig særlig Kols) er overrepresentert i utvalget, har vi solid representasjon av andre lidelser enn lungelidelser. For det andre mangler vi informasjon om sykdomsdiagnoser til nesten 30 prosent i medlemsregistret. Det innebærer at vi ikke kjenner fordelingen av slike diagnoser i populasjonen. For det tredje er dette en viktig variabel (kjennetegn ved respondentene), f.eks. når vi analyserer kilder til ulike oppfatninger om egen helse, et mer sentralt kjennetegn enn bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, inntekt, utdanning o.l.

### 2.3. Datahåndtering og -sikkerhet

Alle opplysningene fra brukerundersøkelsen ble lagret i Tjenester for Sensitive Data - Sikker lagring i Tjenester for Sensitive Data (TSD) (<https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>). Ved USN er det opprettet et område på en sikret server der analysefilen er lagret. Det er prosjektleder som er ansvarlig for surveydataene fra brukerundersøkelsen og for sletting



og/eller lagring av data på en betryggende måte når prosjektet avsluttes. Det er prosjektleder som gir forskningsmedarbeidere tilgang til området/mappen datafilen er lagret. Aktive forskningsdata eies av USN som behandlingsansvarlig. Tilgang og oppbevaring er sikret både elektronisk og fysisk. USN har eierskapet til forskningsdataene.

Det er ikke lagt planer for eksternt samarbeid mellom forskere eller deling av forskningsdata nasjonalt eller internasjonalt.

#### 2.4. Dataanalyse

I denne rapporten har vi analysert svarene fra spørreskjema kun med deskriptiv statistikk. I hovedsak består analysene av enkle svarfordelinger (univariat analyse) kombinert med noen bivariate analyser, der man studerer hvordan svarfordelinger påvirkes av andre bakenforliggende egenskaper.

På bakgrunn av denne oversikten vil vi i løpet av høstsemesteret 2020 benytte statistisk modellering (kontrollvariabelmetoder) for å analysere hvordan en enkelt svarfordeling statistisk sett påvirkes av en rekke (simultane) kjennetegn ved respondentene, såkalt multivariat analyse. Her planlegger vi å bruke ulike former for regresjonsteknikker, lineær regresjon hvis den avhengige variabelen har forholdstallsnivå (tilnærmet «metrisk» skala), logistisk regresjon hvis den avhengige variabelen består av kategorier (nominal eller ordinalnivå). Det kan også være aktuelt å benytte ulike former for faktoranalyse der spørsmålene er formulert som «utsagnsbatterier». Dette er en metode for kompleksitetsreduksjon, som er avledet av lineære regresjonsbetraktninger (korrelasjonsmatrisen). Faktoranalyse er også et velegnet verktøy til å generere avhengige og uavhengige variabler i regresjonsanalyser..

### 3. Resultater

Tabellene og figurene viser det samme, det er kun presentasjonsformen som er ulik – tabell eller søylediagram. 668 er utvalget som svarte på spørreskjema (N 625) og tilleggsutvalget (N 45).

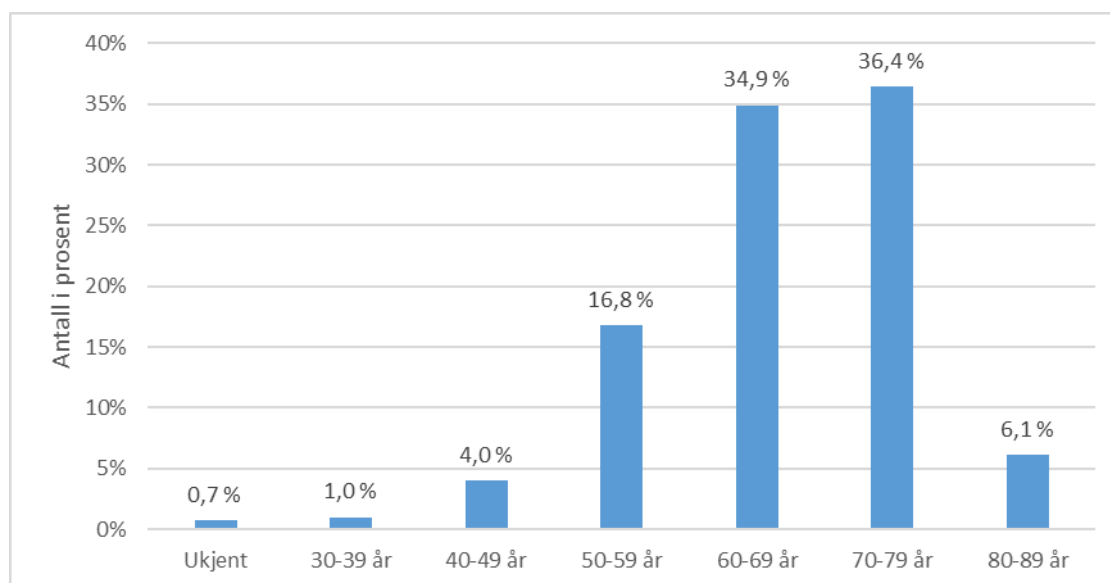
### 3.1. Bakgrunnsvariabler

Bakgrunnsvariablene alder, kjønn og utdanning gir et innblikk i allmenne egenskaper ved vårt utvalg som kan synliggjøre hvor «normalt» utvalget er mht. disse egenskapene (f.eks. sammenlignet med offentlig statistikk om befolkningen).

#### Alder

Det er relativt få personer under 50 år (5%) og over 80 år (6.1%) som har svart på brukerundersøkelsen. Det er flest respondenter i aldersgruppene 60-69 år og 70-79 år (71.3%). Det er også i disse aldersgruppene et lite flertall av den totale medlemsmassen befinner seg i de fire fylkene (Tabell 2.1). I utvalget har 235 personer en kolsdiagnose (tabell 3.3). Av disse befinner 79.1% seg i aldersgruppen mellom 60-79 år (bivariate analyser som ikke er vist i denne rapporten).

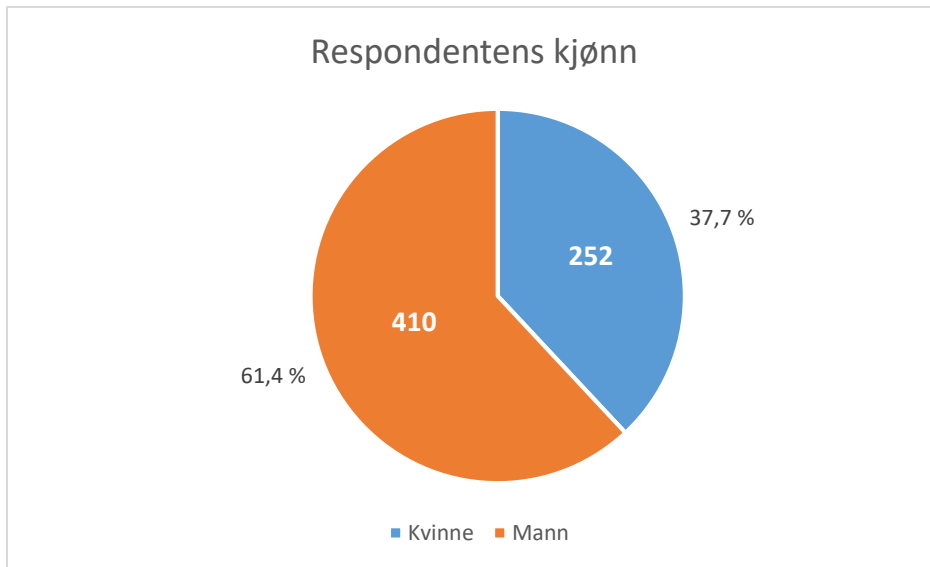
Figur 3.1. Alder gruppert i tiårskohorter. Prosent. (N=668)



Figur 3.1 viser at det er relativt få personer under 50 år (5%) og over 80 år (6.1%). Det er flest respondenter i aldersgruppene 60-69 år og 70-79 år (71.3%)

## Kjønn

Figur 3.2. Respondentens kjønn. Prosent. (N=668)

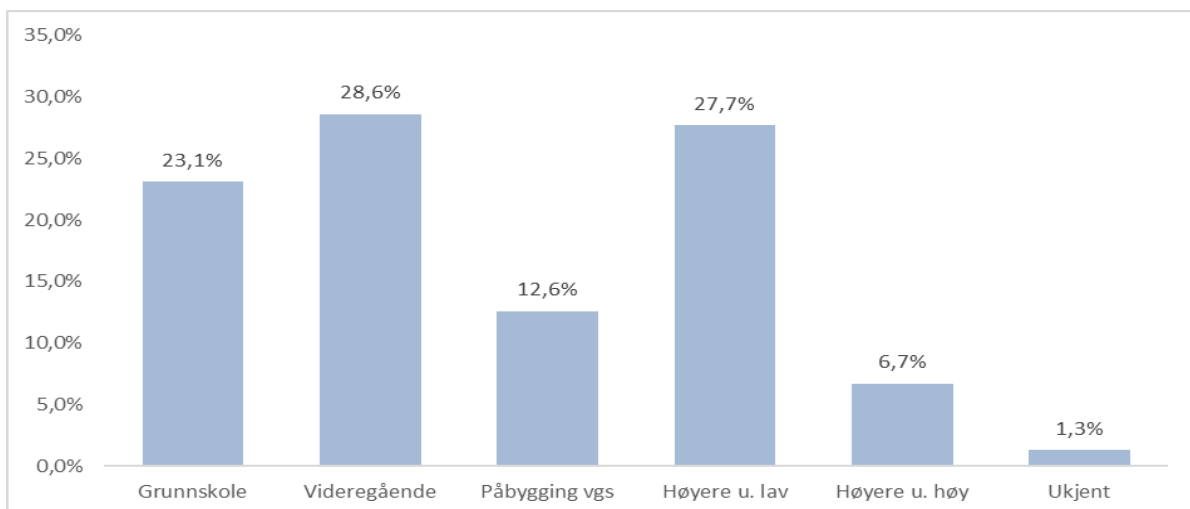


Utvalget består av flest menn (61.4%). Det er også et lite flertall menn i medlemsmassen til LHL i de fire fylkene (54.9%).

## Utdanning

Utdanning sier noe om plassering i samfunnet hierarki. Utdanning er en hierarkisk ordnet variabel og lett å måle. Alle kan plasseres og utdanningsvariabelen har stabilitet over livsløpet (etter alder ca. 25 år).

Figur 3.3. Høyeste fullførte utdanningsnivå. Prosent. (N=668)



23.1 % har utdanning på grunnskolenivå. 41.2 % har utdanning på videregående skole nivå. 34.4% har tatt høyere utdanning etter videregående skole.

Utdanning er en viktig variabel i forskning fordi det er et middel for senere yrke, inntekt og karriere. Utdanning gjør noe med personene «selv» og er karakterisert som «human capital». Utdanning er en ressurs som er knyttet til personen på en annen måte enn materielle eiendeler. I tillegg har utdanning fagspesifikke sider (snekkeren kunnskap om verktøy, juristen om lover osv.) og generelle sider, uansett fag «...education teaches people to learn.....». Utdanning kan oppøve evne til å sette seg inn i saksområder, utvikle evne til problemløsning, gi ferdigheter i informasjonssøking, i å vurdere argumenter o.l.

Omfattende forskning viser en sammenheng mellom utdanning og helse. Antagelsen er at mangel på kontroll, avmaktsfølelse, er stressende og sykdomsskapende. Utdanning utvikler mestringsevne, problemløsningsevne som gir større følelse av kontroll. Et typisk funn: Jo høyere utdanning, jo større tiltro til at en kan påvirke omgivelsene. Ny kunnskap om hva som er sunt sprer seg først blant de med høy utdanning. Høyt utdannede tok til seg budskapet om at røyking er usunt før de med lav utdanning. Samtidig er det slik at evner til problemløsning, informasjonsbehandling, mestring selvfølgelig kan erverves via livserfaring sosiale erfaringer mv.

Tabell 3.1. Utdanningsnivå fordelt i tre kategorier. Antall og prosent.

	Antall	Prosent
grunnsk/ukjent	163	24,4
videregående/påbygg	275	41,2
høyere utdanning	230	34,4
Total	668	100,0

I de videre bivariate analysene benytter vi en tredelt utdanningsvariabel som vist i tabell 3.1. Vi betegner kategoriene som «lav utdanning», «middels utdanning», «høy utdanning». De 9 respondentene som har ukjent utdanning er gruppert i kategorien «grunnskole/ukjent». Dette er gjort for å ikke miste disse respondentene når utdanningsvariabelen sees i sammenheng med andre variabler. Tredelingen skiller ut grunnskole, videregående opplæring pluss påbygg til videregående opplæring (alle etatsskolene/kunstskoler o.l., men også «mesterbrevet» for håndverkere), og høyere utdanning. Da vet vi at de som oppgir grunnskole ikke har fullført videregående, de kan ha vært der, men oppfatter grunnskole som høyeste fullførte utdanning,

at de som har påbygg med all sannsynlighet har fullført videregående, at de som har videregående sannsynligvis har fullført 1-3 år i videregående, de fleste har nok fullført med studie- eller yrkeskompetanse, og at de som har høyere utdanning har fullført noe høyere utdanning på skalaen fra ex.phil til dr.grad. Det er nok sånn vi må tolke denne utdanningsvariabelen.

Tabell 3.2. Selvoppgitt årsinntekt i NOK, gruppert. (Hvilken inntekt har du hatt lengst?). Antall og prosent.

Selvoppgitt årsinntekt i NOK		Antall	Prosent
	ukjent	18	2,7
	0-199 000	37	5,5
	200 000-399 000	283	42,4
	400 000-599 000	229	34,3
	600 000+	101	15,1
	<b>Total</b>	<b>668</b>	<b>100,0</b>

Tabell 3.2 viser selvoppgitt årsinntekt og viser at det er relativt få i laveste (5.5%) og høyeste inntektsgrupper (15.1%). 42.4% har en årsinntekt mellom 200 000 og 399 000 kroner, 34.3% har en årsinntekt mellom kr 400 000 og 599 000. Blant de med Kols befinner 52.8% seg i inntektsgruppen 200 000-399 000 og 26.8% i inntektsgruppen 400 000-599 000 og 7.7% i høyeste inntektsgruppe. En lavere andel med Kols befinner seg i de høyeste inntektsgruppene sammenlignet med utvalget forøvrig.

### 3.2 Sykdomsdiagnoser

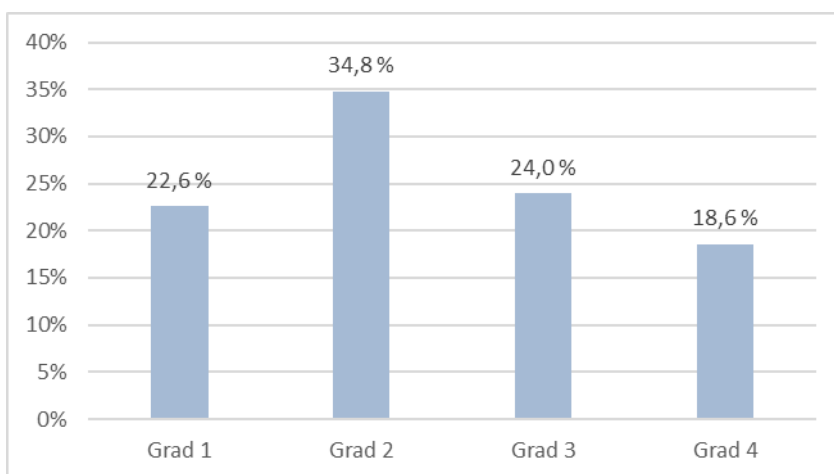
Gjennom undersøkelsen blir respondentene stilt spørsmål om helse og eventuelle sykdommer.

Tabell 3.3. Sykdomsgrupper. (Har du en av følgende sykdommer?). Antall, prosent og gjennomsnittlig antall sykdommer.

	Antall	Prosent	Gjennomsnittlig antall sykdommer
<b>Kols</b>	235	35,2	1,86
<b>Hjertelidelse</b>	366	54,8	1,61
<b>Andre lungelidelser</b>	157	23,5	2,02
<b>Hjerneslag</b>	46	6,9	2,15
<b>Annet</b>	136	20,4	2,01
<b>Totalt</b>	<b>668</b>	<b>100,0</b>	<b>1,41</b>

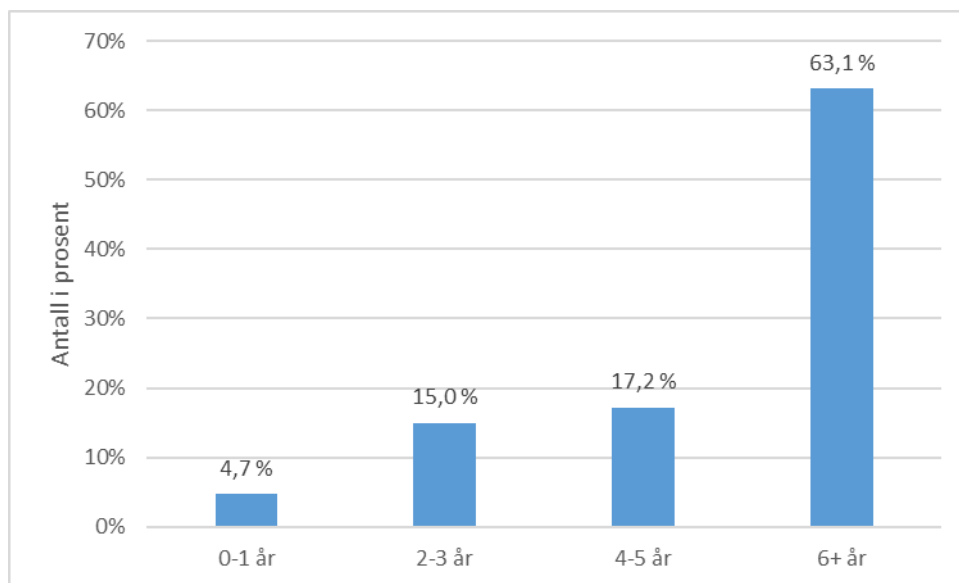
Her kunne respondentene sette flere kryss. Tabellen viser at det er relativt vanlig med flere sykdomsdiagnoser. De tre største sykdomsgruppene er hjertelidelse (54.8 prosent), Kols (35.2 prosent) og andre lungelidelser enn Kols (23.5 prosent). Tabellen viser også at respondentene i gjennomsnitt har 1,4 sykdomsdiagnoser, de med hjerneslag har i gjennomsnitt 2,15, de med andre lungelidelser og andre sykdomsdiagnoser har ca. 2 sykdomsdiagnoser i gjennomsnitt, mens respondenter med Kols og hjertelidelse har henholdsvis 1,86 og 1,61 sykdomsdiagnoser i gjennomsnitt.

Figur 3.4. Grad av Kols. Prosent. (N=221)



42.6% av respondentene har Kols grad 3 eller grad 4. Her må vi huske på at undersøkelsen opererer med et tilleggsutvalg av respondenter med Kols grad 3 og 4, som muligens gir et samlet bilde av LHL medlemmer med de alvorligste gradene av Kols som er noe høyere enn i medlemsregisteret.

Figur 3.5. Varighet av Kols plager. (Hvor lenge har du følt deg plaget av Kols?). Prosent. (N=233)



Figur 3.5 viser at flertallet har hatt Kols i 6 år eller mer (63 prosent), åtte av ti har hatt Kols i mer enn 4 år.

### 3.3 Vurdering av helsetilstand

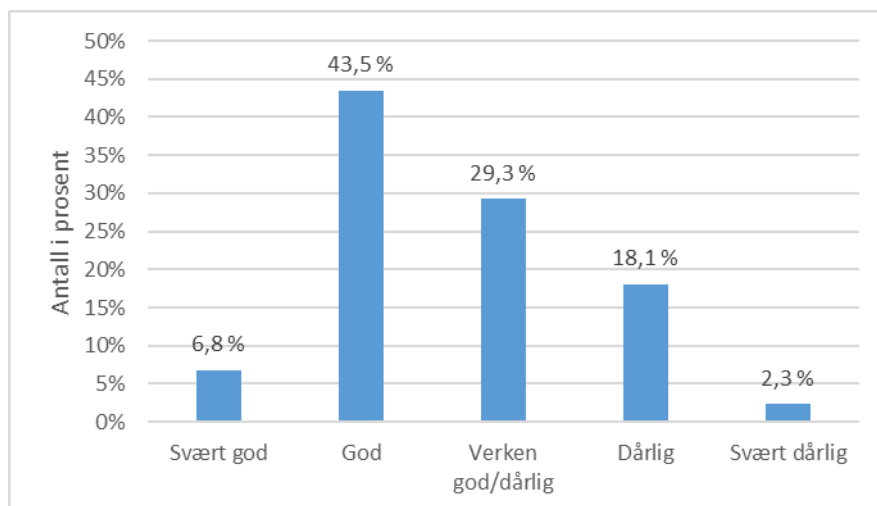
Vi har tre spørsmål som måler respondentenes helsetilstand: Først et spørsmål om subjektiv helse, dernest to spørsmål om funksjonsevne. Spørsmålet «Hvordan vil du si at din helsetilstand er?» med skala fra svært god til svært dårlig (fem-punkt-skala), er et standardspørsmål i bl.a. Levekårsundersøkelser (SSB). Dette brukes også av EuroStat for sammenligning av helsetilstanden i ulike europeiske land (Nørgaard og Rønning 2013). De to spørsmålene om funksjonsevne er formulert som påstander: «Jeg kan gå opp en trapp med en pose som veier 5 kilo» og «Jeg kan ta kollektiv transport (tog, buss, trikk-bane)». Dette er to påstander som gjerne opptrer i større påstandsbatterier i blant annet Levekårsundersøkelser (Einasto, 1997). Respondentene har anledning til å gradere svarene på disse to helseindikatorene på en fem-punkt-skala fra riktig til uriktig.

#### 3.3.1 Subjektiv helse

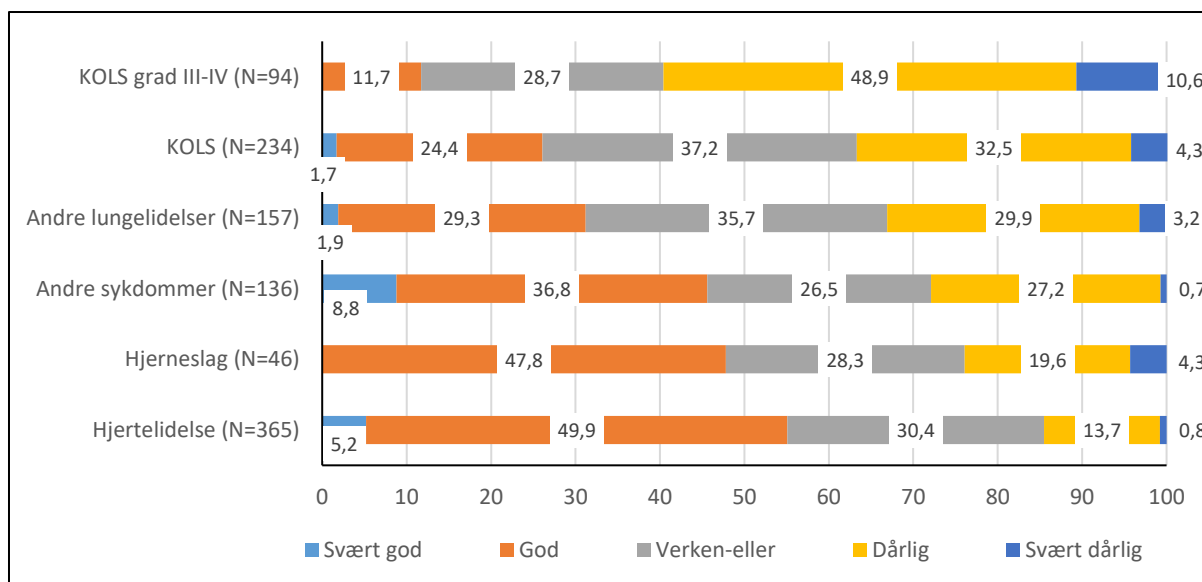
Figur 3.4 viser at blant LHLs medlemmer svarer 6.8 prosent at helsetilstanden er svært god, 43.5 prosent svarer at den er god, mens henholdsvis 18.1 prosent og 2.3 prosent svarer at den

er dårlig eller svært dårlig. Denne svarfordelingen er naturlig nok påvirket av medlemmenes sykdomsdiagnose og i noen grad alder og kjønn.

Figur 3.6. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Prosent. (N=668)



Figur 3.7. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Fordelt etter sykdomsgrupper. Prosent.

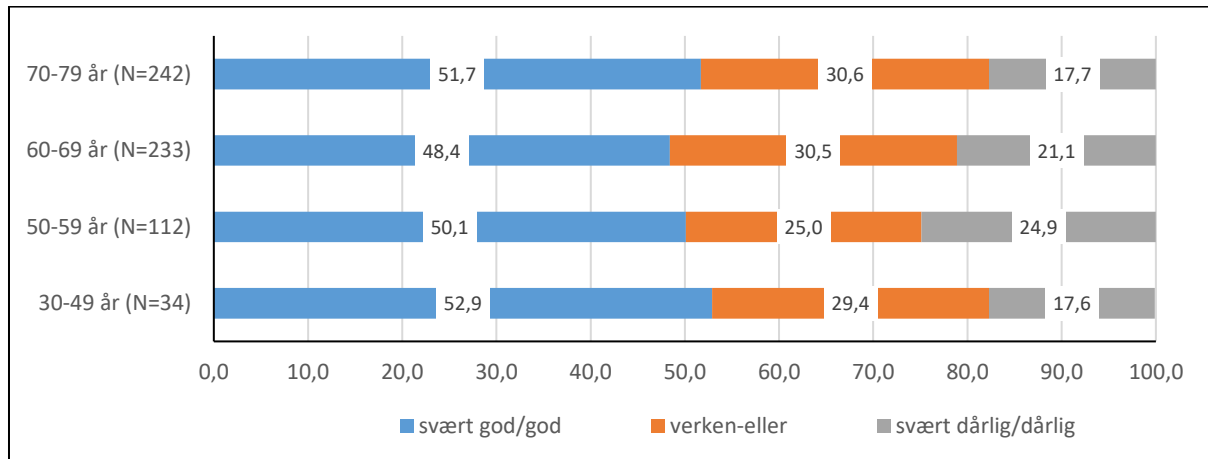


Vurderingen av egen helsetilstand påvirkes ganske sterkt av respondentenes sykdom. Særlig personer med Kols og andre lungelidelser oppgir i stor grad at helsetilstanden er svært dårlig, dårlig eller verken god eller dårlig. Dette gjelder nesten 90 prosent av LHL-medlemmer med Kols grad III eller IV og rundt 75 prosent av medlemmer med Kols uansett grad. Til



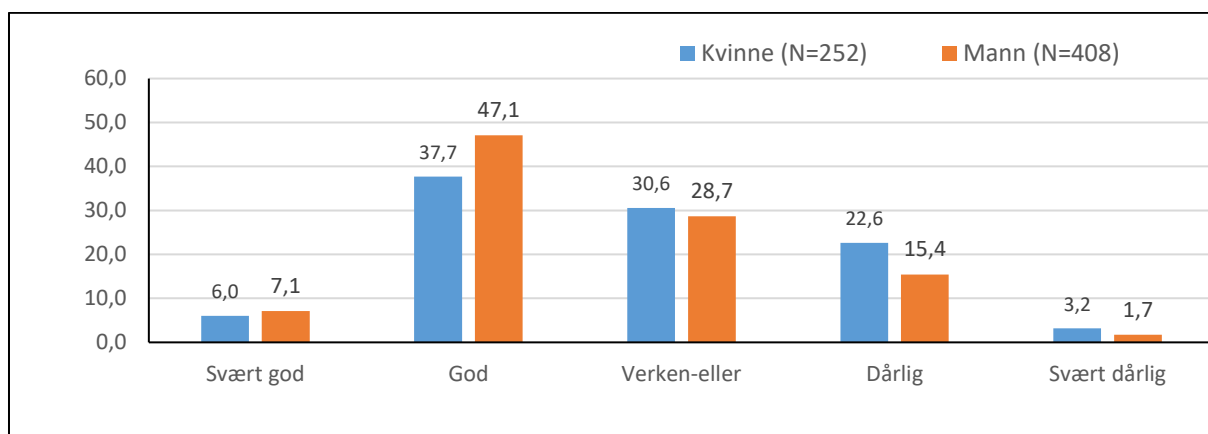
sammenligning uttrykker rundt 55 prosent av medlemmene med hjertelidelse at helsetilstanden er god eller svært god, 48 prosent hvis medlemmene har hatt hjerneslag.

**Figur 3.8. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Fordelt etter fire alderskohorter. Prosent.**



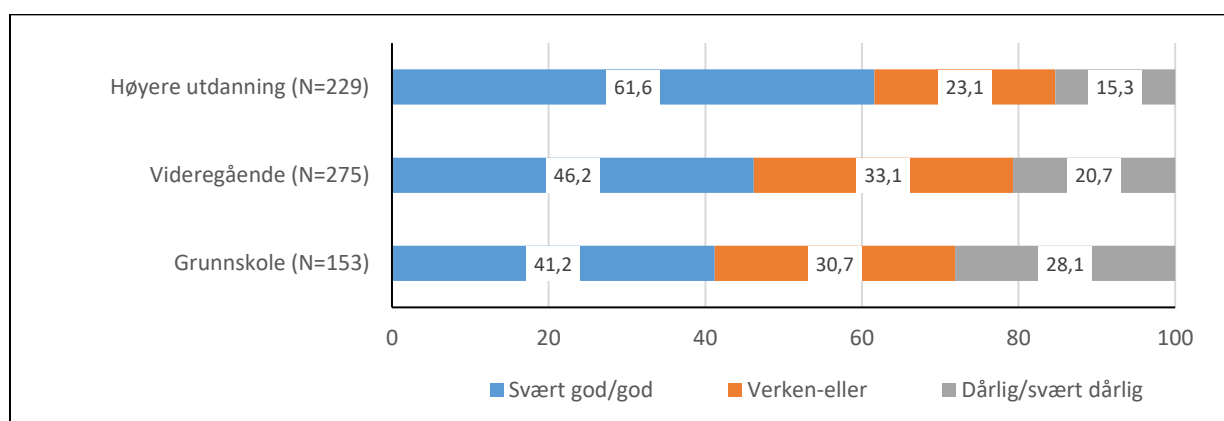
Figur 3.8 viser at det er kun en svak tendens til at subjektiv helse forringes med økende alder. Figuren nedenfor viser hvordan subjektiv helse varierer med tre utvalgte kohorter: Blant 30-49 åringene er det 17,4 prosent som vurderer sin helsetilstand som dårlig eller svært dårlig, mens 52,9 prosent oppfatter helsetilstanden som god, ingen svarer svært god. Blant 50-59 åringene er det en av fire som oppfatter sin helsetilstand som dårlig eller svært dårlig, mens rundt halvparten oppfatter den som god eller svært god. Denne fordelingen endres i liten grad blant 60-69 åringene og 70-79 åringene, det er faktisk en tendens til at 70-79 åringene oppfatter sin helsetilstand som litt bedre enn 50-59 åringene.

**Figur 3.9. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Fordelt etter kjønn. Prosent.**



Figur 3.9 viser at det også er en tendens til at kvinner oppfatter sin helsetilstand som litt dårligere enn menn, dvs. det er ca. 10 prosentpoeng høyere andel menn som oppfatter sin helsetilstand som god enn det som er tilfellet blant kvinner. En noe høyere andel kvinner enn menn oppfatter sin helsetilstand som dårlig (7 prosentpoeng) og som verken god eller dårlig (2 prosentpoeng).

Figur 3.10. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Fordelt etter utdanning. Prosent.



Videre er det en tendens til at helsetilstanden bedres med økende utdanning. Andelen som svarer at de har svært god eller god helsetilstand øker steg for steg med økende utdanningsnivå. Det er 20 prosentpoeng høyere andel som vurderer sin helsetilstand som god eller svært god blant respondenter med høyere utdanning (universitet eller høyskole) enn blant respondenter som oppgir grunnskole som sitt høyeste utdanningsnivå.

Det er også en tendens til at respondenter med høy inntekt har mer positiv vurdering av sin helsetilstand enn respondenter med lav inntekt (ikke vist her).

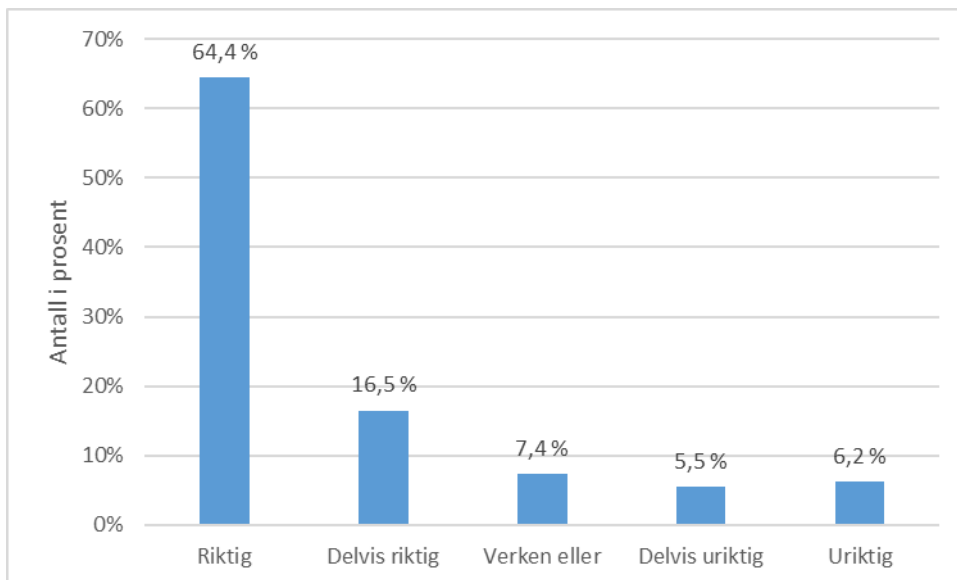
Så kan vi spørre oss om disse fordelingene er særegne for LHLs medlemmer. I Norge svarer rundt 80 prosent at deres helsetilstand er svært god eller god. Denne andelen var omtrent den samme i 2005 som i 2015 ([SSB.no/Helseforhold](http://SSB.no/Helseforhold) - oppdatert 20. juni 2016). Svarene påvirkes av respondentenes alder og til en viss grad kjønn. I 2010 oppgav rundt 5 prosent av norske 50-59 åringer at de har dårlig eller svært dårlig helse. Denne andelen økte til ca. 10 prosent blant 60-69 åringene og til ca. 15 prosent blant de som er eldre enn 70 år (Nørgaard og Rønning, 2013: 14). I vårt utvalg av LHL-medlemmer har vi sett at rundt 70 prosent er i alderen 60-79 år og at rundt 25 prosent av 70-79 åringene svarer at de har svært dårlig eller

dårlig helsetilstand, halvparten mener at helsetilstanden er god eller svært god. LHL-medlemmene vurderer sin helsetilstand som noe dårligere enn befolkningen ellers, men forskjellen er kanskje mindre enn man kunne forvente?

### 3.3.2. Funksjonsevne

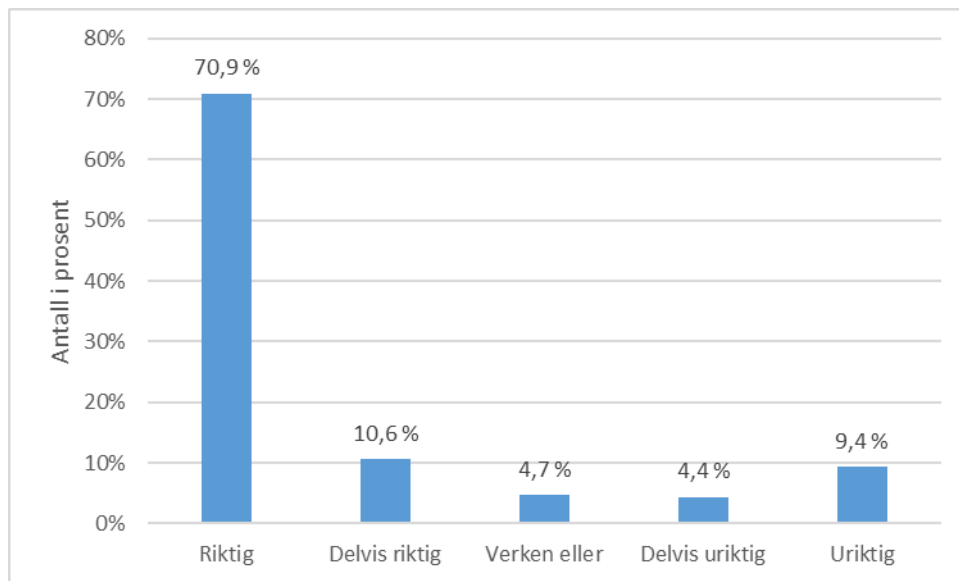
Funksjonsevne benyttes som indikatorer på livskvalitet, men svarene uttrykker også om man er i stand til å klare seg selv, i hvert fall uten mye assistanse, og om man kan delta i viktige sosiale sammenhenger, kan komme seg på butikken, o.l., det som i levekårsforskning oppfattes som muligheter for sosial deltagelse.

Figur 3.11. Funksjonsevne. (Jeg kan gå opp en trapp med en pose som veier 5 kg). Prosent. (N=660)



Det er bare 12 prosent av LHL-medlemmene som svarer at det er vanskelig å gå opp en trapp med en pose som veier 5 kg (delvis uriktig, uriktig), 64.4 prosent svarer at påstanden er riktig. De kan gå opp en trapp mens de bærer på en pose som er ganske tung. Andelen som bekrefter (helt eller delvis) at de kan ta kollektiv transport er omtrent lik andelen som bekrefter at de kan gå opp en trapp med en ganske tung pose. Det er rundt 80 prosent i utvalget vårt som uttrykker at de er i stand til dette (helt eller delvis).

Figur 3.12. Funksjonsevne. (Jeg kan ta kollektiv transport (buss, trikk, tog-bane)). Prosent. (N=660)



### 3.3.3 Regresjonsanalyse av subjektiv helse

Så kan vi spørre om vurderingen av egen helsetilstand påvirkes av respondentenes alder, kjønn, inntekt og utdanning når vi tar hensyn til hva slags sykdomsdiagnose, antall sykdomsdiagnoser og respondentens vurdering av egen funksjonsevne. For å svare på dette spørsmålet kan vi gjennomføre en regresjonsanalyse. Vurderingen av egen helse har nå skala fra 1=svært dårlig til 5=svært god. Denne variabelen oppfattes her som tilnærmet kontinuerlig. Alder er gruppert i tiårsgrupper (fra 30-39 år til 80 år eller eldre) og anvendes som kontinuerlig variabel. I tillegg ser vi på betydningen av inntektsnivå høyere enn 400 000 kr per år, høyere utdanning i forhold til alle andre utdanningsnivåer og om respondenten er mann. Sykdomsdiagnoser er introdusert som såkalte «dummy-variabler (verdi 0 eller 1) med andre sykdommer som sammenligningsgrunnlag (referansekategori). Antall sykdomsdiagnoser har skala fra ingen diagnoser=0 til 5 diagnoser. Funksjonsevne er et gjennomsnitt av skåren på spørsmålet om man kan gå opp en trapp med en pose som veier 5 kg og spørsmålet om man kan ta kollektiv transport. Skalaen her er 1=riktig til 5=uriktig. Denne variabelen oppfattes også som kontinuerlig variabel i regresjonsanalysen.

Modell 1 angir hvordan subjektiv helse påvirkes av sykdomsdiagnoser (type og antall). Vi ser at disse diagnosene har ganske stor betydning, de forklarer 20 prosent av variasjonen (forklart varians) i subjektiv helse. Ved å introdusere funksjonsevne i modellen (modell 2) øker

forklaringskraften til 41.7 prosent, og nå har ikke antall diagnoser statistisk pålitelig (signifikant) effekt lenger. Fortsatt har personer med Kols og andre lungelidelser lavere skår på subjektiv helse enn personer med andre sykdomsdiagnoser (alt annet likt).

Tabell 3.4. Regresjonsanalyse av hvordan respondentene vurderer sin helsetilstand (subjektiv helse).

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	Signifikans	B	Signifikans	B	Signifikans
<b>Konstant</b>	3,81	0,07	4,40	0,00	4,09	0,00
<b>Referanse: Andre sykdommer</b>						
<b>Kols</b>	-0,61	0,10	-0,30	0,00	-0,33	0,00
<b>Hjertelidelse</b>	0,08	0,10	-0,05	0,56	-0,06	0,47
<b>Andre lungelidelser enn Kols</b>	-0,32	0,11	-0,24	0,01	-0,26	0,01
<b>Hjerneslag</b>	-0,14	0,15	-0,14	0,29	-0,13	0,33
<b>Antall sykdomsdiagnoser</b>	-0,15	0,08	-0,09	0,18	-0,08	0,23
<b>Funksjonsevne (skala 1-5)</b>			-0,42	0,00	-0,42	0,00
<b>Alder gruppert i tiårskohorter</b>					0,13	0,05
<b>Inntekt 40000+ (=1)</b>					0,01	0,91
<b>Høyere utdanning (=1)</b>					0,08	0,00
<b>Kjønn (Kvinne=1)</b>					-0,15	0,02
<b>Antall observasjoner</b>	661		659		657	
<b>Forklart varians (prosent)</b>	20,2		41,7		43,2	

Tabellforklaring: B er ustandardisert koeffisient og angir gjennomsnittlig endring i subjektiv helse når uavhengig variabel (f.eks. funksjonsevne) øker med en enhet og alle andre variabler som inngår i tabellen holdes konstant (alt annet likt). Signifikans angir sannsynligheten for å ta feil dersom vi forkaster påstanden om at størrelsen på en B-koeffisient skyldes tilfeldigheter og egentlig er uttrykk for ingen effekt (nullhypotesen).

Mellom ytterpunktene på vurdering av funksjonsevne er det en gjennomsnittlig forskjell i subjektiv helse på hele 2 poeng på skalaen fra 1 til 5. Det innebærer at respondentenes vurdering av egen funksjonsevne har stor betydning for hvordan de vurderer helsetilstanden sin.

Ved å introdusere respondentens alder, kjønn, inntekt og utdanning øker denne forklaringskraften litt, til 43 prosent (modell 3). Det betyr at av de kjennetegnene vi har

oversikt over, er det sykdomsdiagnose, særlig om man har lungelidelser, og funksjonsevne som i hovedsak kaster lys over hvordan respondenten oppfatter sin helsetilstand.

Samtidig har kjønn, alder og utdanning en viss betydning for respondentenes vurdering av egen helse, alt annet likt, dvs. nå vi tar hensyn til den store betydningen som sykdomsdiagnose og funksjonsevne har for denne vurderingen. I gjennomsnitt skårer kvinner 0,15 poeng lavere enn menn, mens personer med årsinntekt i gjennomsnitt skårer 0,13 poeng høyere enn personer med lavere årsinntekt, alt annet likt. Disse forskjellene er med andre ord små, selv om de er statistisk signifikante.

Alderseffekten er spesiell. Nå skårer 70-79 åringer i gjennomsnitt 0,16 poeng høyere på subjektiv helse enn 50-59 åringer og 0,24 poeng høyere enn 40-49 åringer alt annet likt, dvs. når vi tar hensyn til diagnoser (type og antall) og funksjonsevne. Hvordan er det mulig, vi så jo at vurderingen av egen helsetilstand ble redusert noe med økende alder, særlig fra og med 50 års alder i det bivariate tilfellet? Forklaringen er at vi har renset bort effekter på subjektiv helse av det som forbindes med økende alder, dvs. vi har kontrollert for svekket helse og da får vi en slik omvendt eller «pervers» effekt på helsevurderingen av en økning i alder. Hellevik (2011) tilføyer at vi har kontrollert for mellomliggende variabler og når et kjennetegn renses for viktige aspekter ved nettopp dette kjennetegnet, da kan vi få slike «perverse» effekter. Den modellerte alderseffekten har i praksis liten betydning: Vi måler at hvis respondenter er eldre uten at de har helseplager som ofte er knyttet til høyere alder blant LHLs medlemmer, uttrykker respondentene i gjennomsnitt en meget positiv vurdering av egen helse.

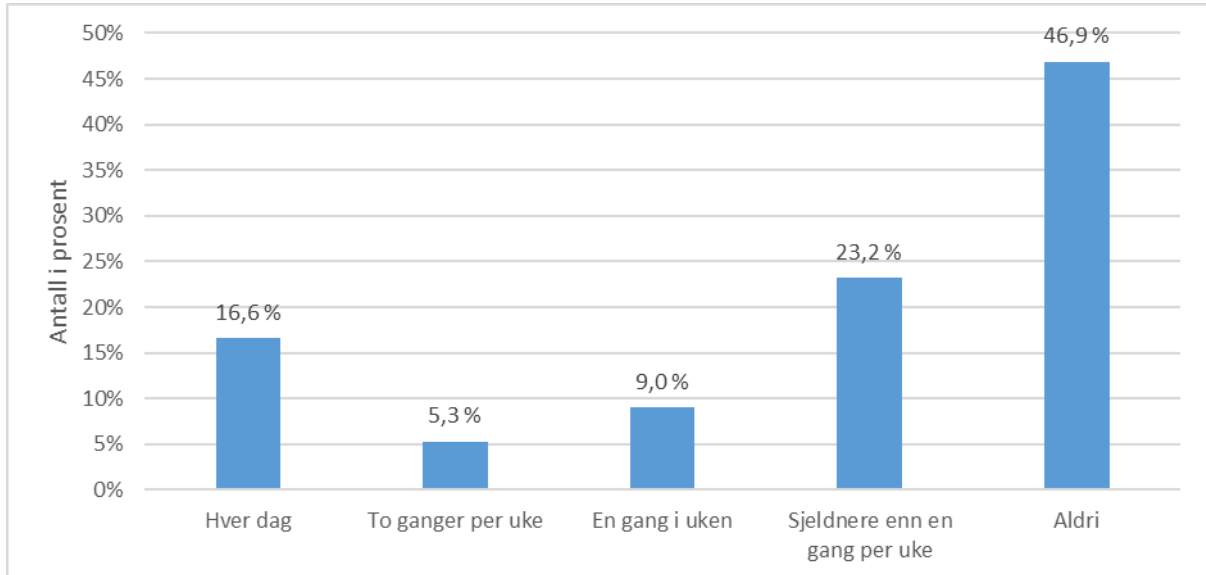
#### 4. Tanker om å bruke utstyr for å selv sjekke egen helsetilstand

Denne delen av undersøkelsen handler om å måle respondentenes holdninger til å bruke utstyr som lar dem måle helsetilstanden sin. Her bygger vi på veletablerte spørsmålsformuleringer som forskning på anskaffelse av produkter (såkalt adopsjon) har brukt før (vi har oversatt dem fra engelsk til norsk). Vi har ikke spesifisert hvilke måleapparater eller utstyr det er snakk om, men brukt formuleringen «hjelpemidler for å selv sjekke egen helsetilstand». Dermed har respondentene kunnet definere relativt fritt hva slags hjelpemiddel det er snakk om. Det første spørsmålet handler om hyppigheten av respondentens eventuelle bruk av hjelpemidler.

## 4.1. Univariate fordelinger

### 4.1.1. Jeg bruker hjelpemidler for å sjekke helsetilstanden min selv ...

Figur 4.1. Hyppighet. (Jeg bruker hjelpemidler for å sjekke helsetilstanden min selv...). Prosent. (N=659)

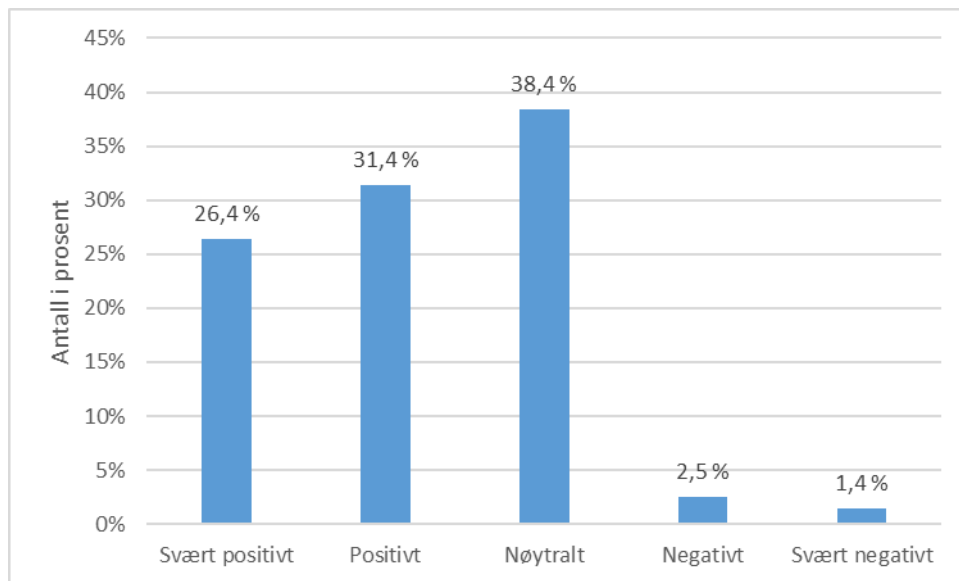


Her ser vi at 47 prosent aldri bruker noen form for måleutstyr. Med tanke på at en del av LHLS medlemmer ikke er syke er ikke dette overraskende. Resultatet kan imidlertid synliggjøre at nesten halvparten av de som svarer har brukt en eller annen form for hjelpemiddel. Det er likevel vanskelig å si noe sikkert om hvor godt dette spørsmålet fanger opp den virkelige andelen av brukere som faktisk har *konkrete erfaringer* med å bruke hjelpemidler selv. Vi må nøye oss med å slå fast at 29.9 prosent av de som har svart bruker hjelpemidler hver dag eller en gang i uken eller oftere. Videre analyser vil kunne avdekke eventuelle systematiske forskjeller i holdninger til å bruke hjelpemidler for å sjekke egen helse mellom de som har konkrete erfaringer med å bruke hjelpemidler selv og de som ikke har det.

### 4.1.2. For meg er det å bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand selv ...

I dette spørsmålet skal respondentene velge det som best beskriver deres opplevelse av å bruke utstyr for å sjekke egen helsetilstand. Som vi har sett er det til dels store forskjeller i utvalget når det gjelder om og hvor ofte respondentene bruker slikt utstyr. Det betyr at noen svarer ut fra konkrete erfaringer, mens andre svarer ut fra sin generelle oppfatning.

Figur 4.2. Opplevelse av å benytte utstyr for å sjekke egen helsetilstand. (For meg er det å bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand selv...). Prosent. (N=641)



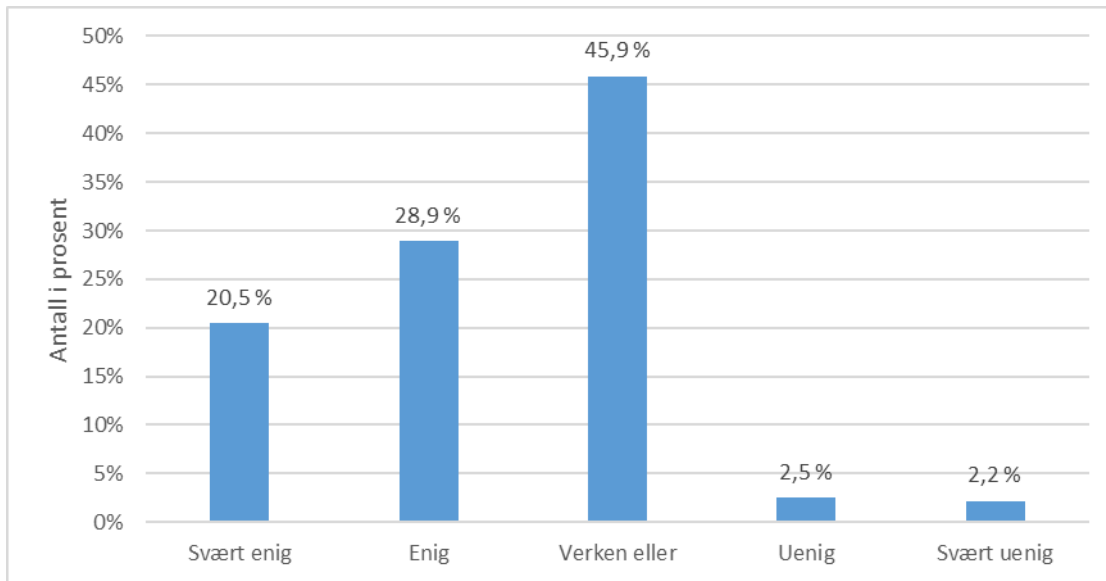
Det overveiende flertallet av respondentene opplever det som positivt å sjekke sin egen helsetilstand, men vi ser at det også er mange som stiller seg nøytralt til dette. Videre i vår undersøkelse vil vi koble sammen den enkelte respondents svar på denne påstandsvurderingen med deres hyppighet i bruk. Da vil vi finne ut om de som ikke bruker noe utstyr i dag har et mer nøytralt syn, mens de som bruker utstyr er overveiende positive eller nøytrale. Denne informasjonen kan fortelle oss hvordan tidligere bruk av helseutstyr påvirker villigheten til å prøve annet utstyr. Vi vet at mange i dette materialet har flere sykdommer i tillegg til Kols og er derfor meget sannsynlig allerede brukere av utstyr. Disse erfaringene vil de sannsynligvis ta med seg når det kommer til å velge å ta i bruk spyttprøveteknologi.

#### 4.1.3. De fleste mennesker som er viktige for meg synes det er bra at jeg selv bruker hjelpemidler for å sjekke min egen helsetilstand

Denne påstandsvurderingen måler i hvor stor grad respondentene tenker at andre mennesker synes det å måle sine egen helse er positivt. I vår tolkning av svarene er det fortsatt viktig å huske på at noen av respondentene allerede bruker måleutstyr mens andre ikke gjør det. De som ikke bruker slikt utstyr i dag må dermed svare ut fra tenkt eller «hypotetisk» bruk.



Figur 4.3. Svarfordelingen på påstand: De fleste mennesker som er viktige for meg syntes det er bra at jeg bruker hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand. Prosent. (N=634)

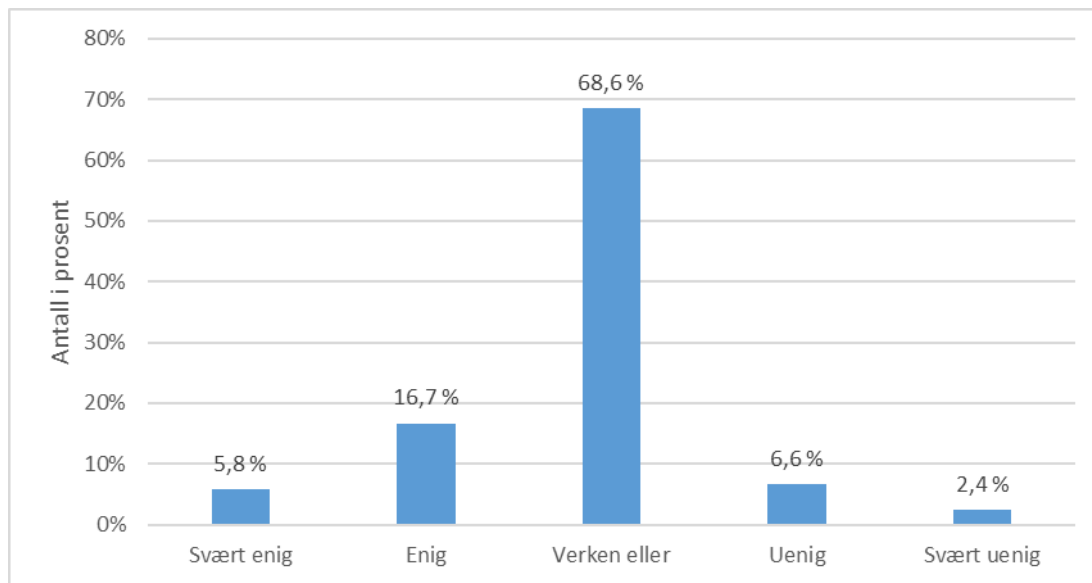


Svært få er uenig i denne påstanden, men igjen ser vi at mange hverken er enig eller uenig. Spørsmålet har nok vært vanskelig å svare på for mange av dem som ikke bruker slikt utstyr i dag. Likevel ser vi at litt over halvparten enten er enige eller svært enige i at andre mennesker rundt dem støtter dem i det å anvende slikt utstyr. Hvis resultatet fra vårt utvalg er dekkende for den større gruppen av mennesker med Kols, hjertelidelser osv. kan det tolkes som at et grunnlag er på plass for adopsjon av spyttensoren i form av legitimitet. Det ser ut til at respondentene føler det er legitimt å begynne å ta slikt utstyr i bruk og at selve praksisen, det å sjekke egen helse, blir ansett av andre som positivt og ansvarlig. Videre kan man oppfatte resultatet som et fravær av noe som ellers kunne vært en barriere mot å begynne å ta i bruk hjelpemidler.

#### 4.1.4. De fleste mennesker som har samme lidelse som meg bruker selv hjelpemidler for å sjekke sin egen helsetilstand

Gjennom dette spørsmålet forsøker vi å fange opp hva respondentene tenker om hva andre mennesker gjør når det gjelder det å måle sin egen helse. Betydningen av et slikt spørsmål ligger i at de fleste mennesker sammenligner seg med andre i samme situasjon som dem selv når de skal vurdere å begynne eller fortsette å bruke et produkt. Vårt spørsmål måler altså hva respondenten mener om hvorvidt det å sjekke sin egen helse er en «vanlig praksis» eller ikke.

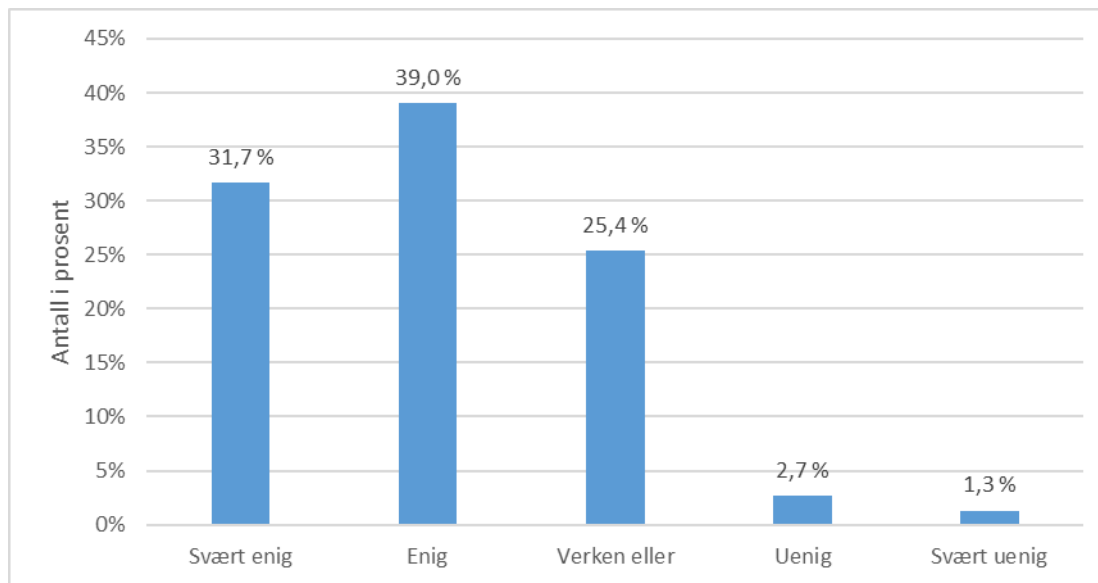
Figur 4.4. Svarfordelingen på påstand: De fleste mennesker som har samme lidelse som meg bruker selv hjelpemidler for å sjekke sin helsetilstand. Prosent. (N=636)



Det aller vanligste standpunktet til denne påstanden er «hverken enig eller uenig». Bare noen svært få har klare oppfatninger i positiv eller negativ retning. Dette resultatet kan tyde på at de som har svart har lite kunnskap om andre mennesker med samme lidelse gjør, og at de dermed mangler noen å sammenligne seg med. Dermed har de et dårlig grunnlag for å svare bestemt på påstanden. Særlig slående er denne svarfordelingen når vi sammenligner den med påstandsvurderingen over («De fleste mennesker som er viktige for meg synes det er bra at jeg selv bruker hjelpemidler for å sjekke min egen helsetilstand»). Folk ser altså ut til å være mye sikrere på hva deres nærmeste mener og syns om denne praksisen enn hva andre mennesker med lignende kroniske sykdommer faktisk gjør.

4.1.5. Jeg mener at jeg klarer å bruke hjelpemidler selv for å sjekke min egen helsetilstand  
Mange produkter krever at brukeren har bestemte kompetanser eller kan lære disse gjennom å bruke produktet. Troen på at man vil klare å bruke et produkt kan derfor være viktig for om man er villig til å prøve det. De som allerede bruker hjelpemidler vil ha mer erfaring å bygge på enn de som ikke bruker noen per i dag. Likevel er det slik at ved å vurdere hva man selv klarer, og tror man kan lære seg, så vil alle ha forutsetninger for å ta stilling til dette spørsmålet.

Figur 4.5. Svarfordelingen på påstand: Jeg mener at jeg kan klare å bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand. Prosent. (N=638)

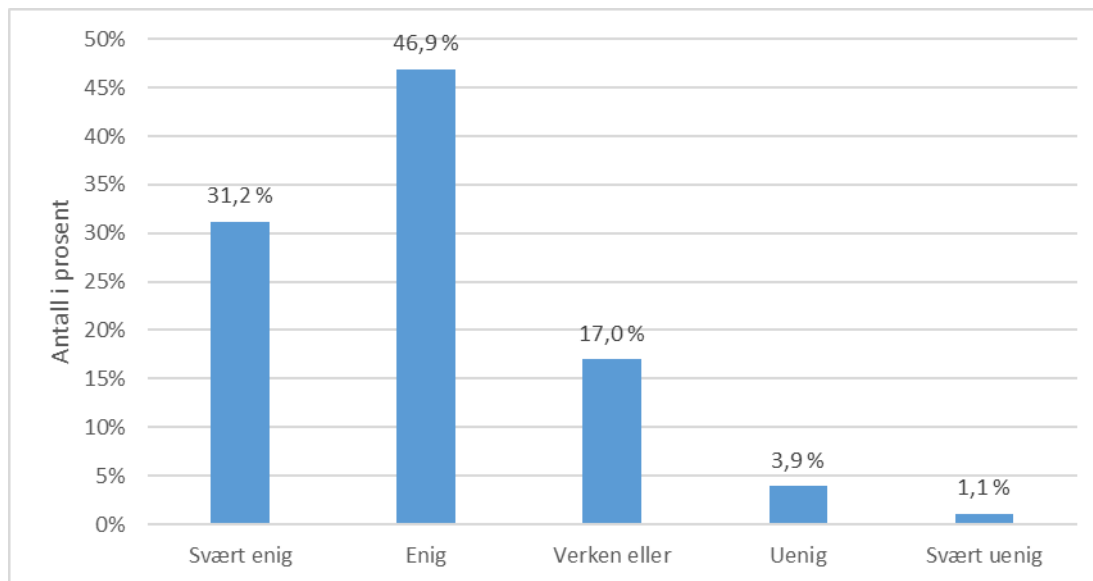


Vi ser at flesteparten av respondentene sier seg svært enig eller enig i påstanden, noe som tyder på at de forventer å selv kunne klare å bruke utstyr for å sjekke helsetilstanden sin. Med tanke på at så mange som 46.9 prosent (se figur 4.1) av de som har svart forteller at de aldri bruker slike hjelpemidler, må det altså være en del av dem som tenker at de ville klare det om eller når det blir aktuelt for dem.

#### 4.1.6. Det er opp til meg å ta ansvar for å sjekke min egen helsetilstand selv

Her er vi ute etter å måle graden av ansvar den enkelte synes hun eller han har når det gjelder å sjekke helsen sin selv. Det å føle ansvar for å bruke hjelpemidler som kan være med på å forbedre helse eller forebygge sykdom kan være en viktig drivkraft for villigheten til å ta i bruk et nytt hjelpemiddel. I og med at den aktuelle teknologien (spyttensor for å oppdage forverring av Kols) ikke er kjent ute i markedet, kan denne generelle spørreformen være et godt alternativ. Spørsmålet kan fange opp folks generelle oppfatning av det å ta ansvar gjennom å følge med på egen helse. Denne oppfatningen, eller normen, gir et bilde av hvordan markedet vil kunne reagere dersom de blir tilbudt en spyttensor i fremtiden.

Figur 4.6. Svarfordelingen på påstand: Det er opp til meg å ta ansvar for å sjekke min helsetilstand selv. Prosent. (N=668)

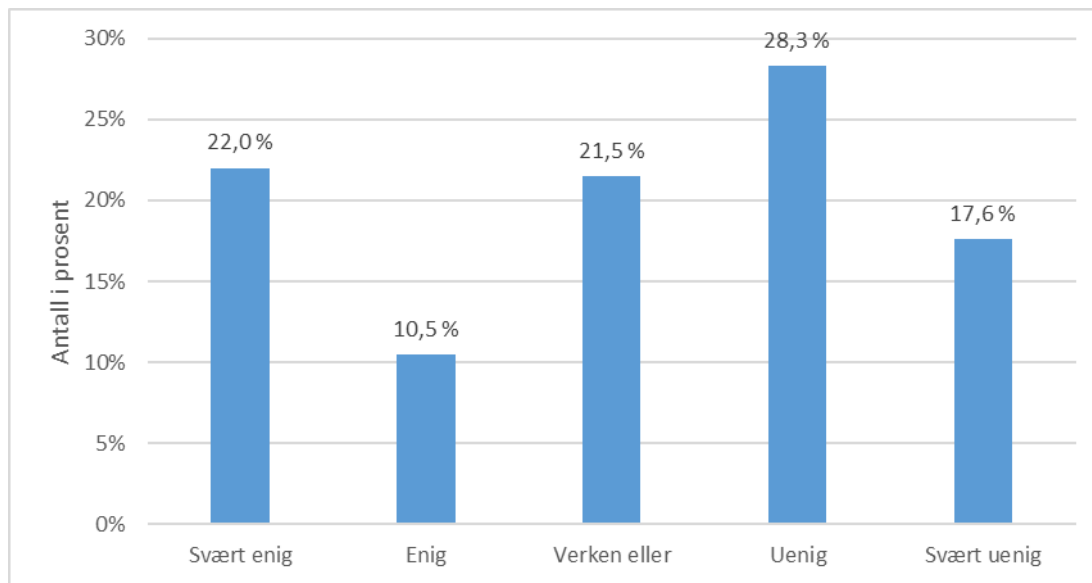


Figuren viser at majoriteten av respondentene er svært enig eller enig i påstanden om at det å sjekke egen helsetilstand er opp til dem selv og deres eget ansvar. Dette resultatet kan tyde på at en av forutsetningene for å ta i bruk spyttensoren er til stede i stor grad.

#### 4.1.7. Jeg har til hensikt å bruke hjelpemidler for å sjekke min egen helsetilstand selv

Denne påstanden skal gi et samlet uttrykk for om folk er forberedt på å bruke hjelpemidler for å sjekke egen helse eller ikke. Det at mennesker i målgruppen er beredt på å begynne å bruke noe, som for eksempel en innretning hvor man avgir spyttprøve, kan i stor grad påvirke hvor mottakelig man er for råd eller oppfordringer om å gjøre det. Påstanden er like relevant for kronikere som allerede bruker hjelpemidler som de som ikke gjør det, ettersom man kan tenke at man må være forberedt på å ta noe nytt i bruk i framtiden.

Figur 4.7. Svarfordelingen på påstand: Jeg har til hensikt å bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand selv. Prosent. (N=618)

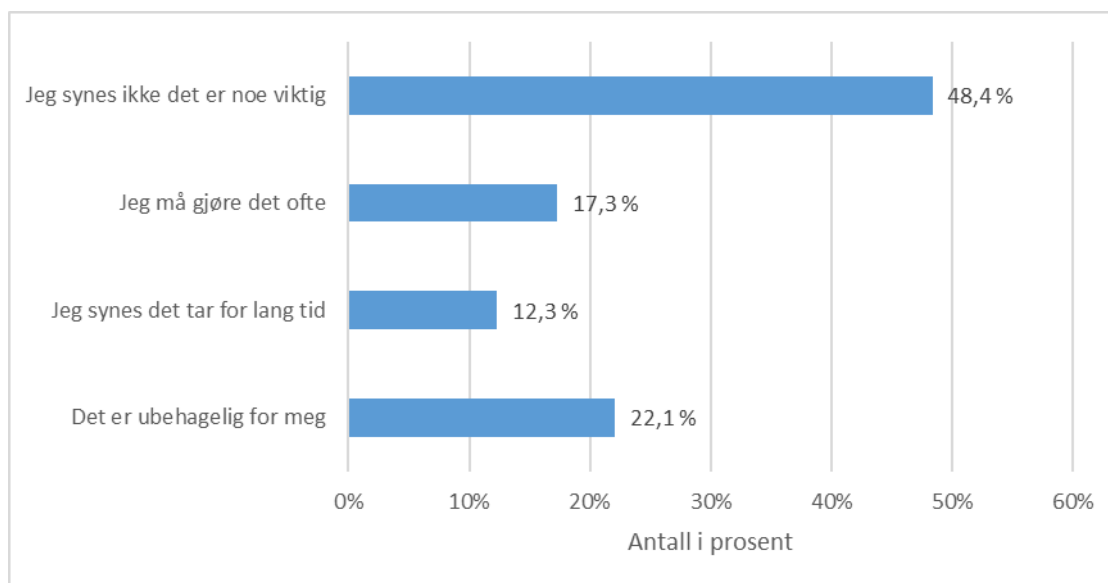


Dette resultatet viser at det er litt flere som ikke er innstilt på å bruke hjelpemidler enn som har intensjon om bruk. Igjen vil det være nødvendig å analysere forskjellen mellom gruppen som har konkrete erfaringer med hjelpemidler i dag med gruppen som ikke har noen slike erfaringer.

#### 4.1.8. Jeg vil ikke bruke hjelpemidler for å sjekke min egen helsetilstand selv hvis ...

Dette spørsmålet gir respondentene en konklusjon («Jeg vil ikke bruke hjelpemidler for å sjekke min egen helsetilstand selv hvis ...») der de kan velge mellom alternative forklaringer de kan gi denne konklusjonen. Hensikten med denne formuleringen er å få fram hva som vil være viktige hindringer mot å ta i bruk hjelpemidler for å sjekke egen helse. Kunnskaper om disse hindringene er viktig informasjon for aktørene som arbeider med design, funksjonalitet, informasjon eller opplæring innen helseteknologi.

Figur 4.8. Svarfordelingen på påstand: Jeg vil ikke bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand selv hver dag hvis ... Prosent. (N=457)

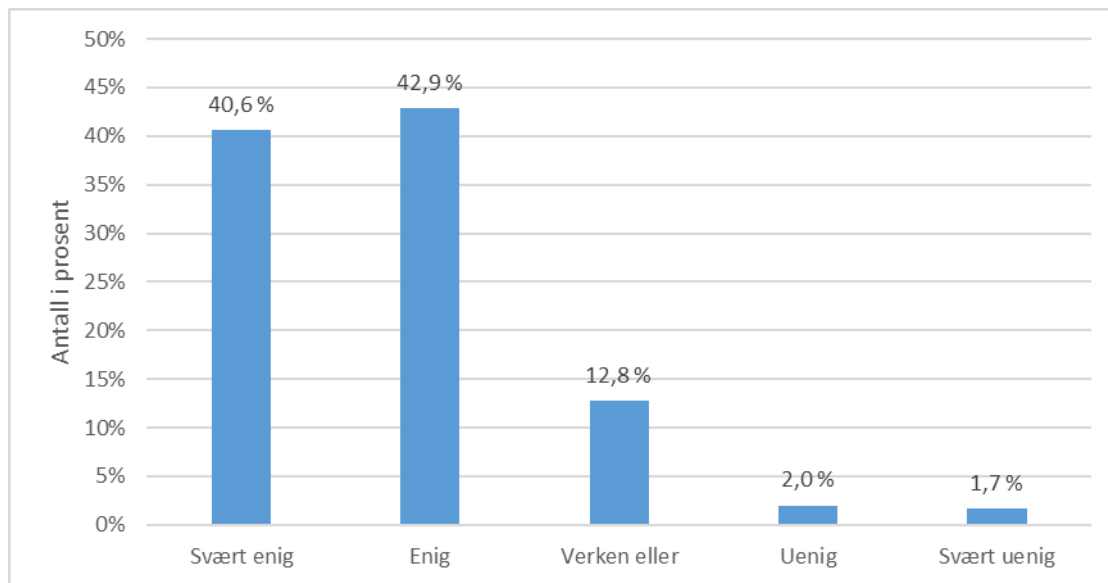


Den klart viktigste grunnen til å ikke ønske å ta i bruk hjelpemidler for å sjekke egen helse er at man eventuelt ikke ser viktigheten av det selv, mens mulighetene for at målingene tar lang tid eller må gjøres ofte, er mindre viktige. Eventuelle ubehag ved målingen ser ut til å kunne forhindre bruken av hjelpemidler.

#### 4.1.9. Jeg er villig til å måle min helsetilstand selv hver dag hvis det hjelper med til å forutsi alvorlig forverring av helsetilstanden min.

I denne spørsmålsformuleringen er det spurt om viljen til å benytte hjelpemidler for å måle egen helsetilstand gitt et premiss om at målingen bidrar til å forutsi forverring. Denne formuleringen gir oss muligheten til å se hva folk mener de vil gjøre når det finnes gode grunner for det.

Figur 4.9. Svarfordelingen på påstand: Jeg er villig til å måle min helsetilstand selv hver dag hvis det hjelper med å forutsi alvorlig forverring av helsetilstanden min. Prosent. (N=648)



Vi tolker dette resultatet som et tegn på at premisset om å kunne forutsi forverring er viktig for viljen til å bruke et hjelpemiddel for å sjekke egen helse. Det ser ut til å gjelde både de som bruker hjelpemidler i dag og de som ikke bruker noen i det hele tatt.

#### 4.2. Regresjonsanalyse av vilje til å bruke hjelpemidler daglig

I dette avsnittet undersøker vi om respondentenes vilje til å bruke hjelpemidler daglig for å forutsi alvorlig forverring av egen helsetilstand statistisk sett påvirkes av respondentenes vurdering av helsetilstanden sin (subjektiv helse), erfaringer med og holdninger til bruk av hjelpemidler, følelse av personlig ansvar og sosial støtte og oppmuntring til å bruke hjelpemidler. Analysemetoden er lineær regresjon.

Avhengig variabel er følgende påstand: «Jeg er villig til å måle min helsetilstand hver dag hvis det hjelper meg til å forutsi alvorlig forverring av helsetilstanden min». Skala fra 1=svært enig til 5=svært uenig. Denne variabelen oppfattes som tilnærmet kontinuerlig.

#### Uavhengige variabler:

Subjektiv helse har skala fra 1=svært dårlig til 5=svært god. Vi har tidligere sett at denne helsevurderingen påvirkes ganske sterkt av både sykdomsdiagnose (særlig lungelidelser) og vurdering av funksjonsevne.

Personlig ansvar refererer til påstanden «Det er opp til meg å ta ansvar for å sjekke min helsetilstand selv». Skala fra 1=svært enig til 5=svært uenig.

Erfaring med bruk av hjelpemidler/ oppfatning av det å bruke hjelpemidler er svar på påstanden «For meg er det å bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand selv ...» fra 1=svært positivt til 5=svært negativt.

Sosial støtte og oppmuntring fra viktige (signifikante) andre refererer til svarene på påstanden «De fleste mennesker som er viktige for meg synes det er bra at jeg bruker hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand», med skala fra 1=svært enig til 5=svært uenig.

Alle disse variablene oppfattes som kontinuerlige variabler i regresjonsanalysen (jf. Tabell X.Y)

Tabell 4.1. Lineær regresjonsanalyse av vilje til å bruke hjelpemidler for å teste egen helse daglig.

Variabler	B	Signifikans	95% konfidensintervall	
			Nedre grense	Øvre grense
Konstant	0,358	0,018	0,060	0,655
Subjektiv helse	0,079	0,017	0,014	0,143
Personlig ansvar	0,200	0,000	0,125	0,275
Erfaring med å bruke hjelpemidler/ oppfatning av det å bruke hjelpemidler	0,262	0,000	0,171	0,352
Sosial støtte og oppmuntring fra viktige andre	0,092	0,047	0,001	0,184
Antall respondenter	617			
Forklart varians (%)	22,0			

Regresjonsanalysen viser at både subjektiv helse, følelse av personlig ansvar, erfaring med og holdninger til bruk av hjelpemidler og sosial støtte og oppmuntring har statistisk effekt på viljen til å bruke hjelpemidler daglig. Forklaringskraften i modellen er 22 prosent (forklart varians).

Dess bedre egenvurdert helsetilstand, dess svakere vilje til å bruke hjelpemidler daglig, alt annet likt. I gjennomsnitt skårer respondenter som oppfatter sin helsetilstand som svært god 0,4 poeng høyere på denne skalaen fra 1 til 5 (i retning at man er svært uenig i at man er villig til å gjøre dette daglig) enn respondenter som oppfatter sin helsetilstand som svært dårlig.



De tre andre variablene har også positive koeffisienter, men nå betyr dette at en følelse av større personlig ansvar, mer erfaring med eller mer positive holdninger til og sterkere sosial støtte og oppmuntring til bruk av hjelpemidler øker viljen til å bruke slike daglig. Det er særlig personlig ansvar og erfaring/ positive holdninger som har sterk statistisk effekt på denne uttrykte viljen til å bruke hjelpemidler (alt annet likt). Effekten av disse holdnings- og erfaringsindikatorerne er 0,20 – 0,26 per enhet, dvs. en gjennomsnittlig forskjell på 1 – 1,3 poeng på villighetsskalaen mellom ytterpunkter i holdninger og erfaringer. Dersom man kombinerer disse to variablene og sammenligner radikalt, er den gjennomsnittlige forskjellen i vilje til å bruke hjelpemidler 2 – 2,3 poeng på skalaen fra 1=svært villig til 5=svært lite villig. Det er en markant forskjell (alt annet likt).

Vi skal ikke overdrive tolkningen av slike statistiske analyser, men det ser ut til at den uttrykte viljen til å bruke hjelpemidler svært ofte (daglig) øker med økende behov (svekket helse), med positive holdninger til og erfaringer med bruk av slike hjelpemidler, med en uttrykt oppfatning av at man har personlig ansvar og med følelsen av at andre viktige personer ønsker at man skal bruke hjelpemidler (sosial støtte og oppmuntring).

## 5. Kommentarer til brukerundersøkelsen

Respondentene ble gjennom åpent kommentarfelt gitt anledning til å fortelle hvorfor de eventuelt ikke ville bruke utstyr for å sjekke egen helsetilstand selv. Kommentarfelt ble benyttet av 198 respondenter. Foreløpig analyse av de kvalitative data leder frem til tre kategorier med tilhørende grupperte underkategorier.

Tabell 5.1. Kategorier med grupperte underkategorier.

Grupperte kategorier	Kategorier
Har ikke hjelpemiddel eller kjennskap til hjelpemiddel	Bruk av hjelpemiddel fordrer kunnskap, trygghet, evne og samarbeid med helsetjeneste
For dårlig helsetilstand eller kapasitet til egenoppfølging	
Helsetilstand følges opp av helsetjeneste	
Trenger medisinsk kunnskap eller trygghet	
Har ikke behov for hjelpemiddel	Hjelpemidler ansees ikke nødvendig eller gir uheldig virkning
Gir stress eller uheldig fokus på sykdom	
Fysisk aktivitet eller kjennskap til egen helse er tilstrekkelig	
Benytter hjelpemiddel	Hjelpemidler benyttes eller ønskes benyttes
Positiv til å benytte hjelpemidler	

Analysen avdekker variasjon og gir innsikt i hvorfor respondentene ikke vil benytte hjelpemidler for å sjekke egen helsetilstand.

### 5.1. Bruk av hjelpemiddel fordrer kunnskap, trygghet, evne og samarbeid med helsetjeneste

Kategorien omfatter respondenter som oppgir manglende kjennskap til hjelpemiddel. Valget om å ikke beskrive hjelpemiddel i undersøkelsen gjør at noen respondenter stiller seg spørrende til hvilke hjelpemidler det siktes til. Respondenter oppgir at de ikke har, eller kjenner til hjelpemidler som kan være aktuelle for den enkelte;

*«Har ikke hørt om noe hjelpemiddel for å sjekke egen helsetilstand».*

Det fremkommer også at egenvurdert evne til å håndtere hjelpemidler kan være svekket grunnet fysiske funksjonshindringer, kognitiv svikt eller som en respondent beskriver;

*«På grunn av dårlig helse tilstand så har jeg ikke mulighet å gjøre noe for meg selv. Jeg klarer ikke å ta noe ansvar for meg selv».*

Andre respondenter beskriver forutsetninger som brukervennlighet, opplæring eller evne som en respondent oppgir;

*“Har ikke kunnskap for å tolke signaler”.*

Andre stiller seg skeptiske til kvalitet og det fremgår også følelse av overvåkning. Flere benevner at deres helsetilstand følges opp av helsetjeneste, som eksempelet viser:

*“Jeg går til jevnlig legesjekk. Da får jeg vite hvordan ting er”.*

Og det fremkommer synspunkter om at helsetilstand er noe som bør følges opp av profesjonelle som eksempelet viser;

*“Går til lege så det blir gjort ordentlig”.*

Andre kommentarer viser at enkelt er bekymret for å miste profesjonell oppfølging dersom de tar i bruk hjelpemidler for selv å sjekke egen helsetilstand.

## 5.2 Hjelpemidler ansees ikke nødvendig eller gir uheldig virkning

Kategori inneholder respondenter som oppgir å ikke ha behov. Dette kan være fordi de føler seg friske;

*«Så lenge jeg føler meg frisk, bør ikke hjelpemidler brukes».*

Andre oppgir at de ikke føler behov, eller oppgir at de ikke føler behov per i dag. Noen anser bruk av hjelpemidler som unødvendig. Kategorien inneholder de som oppgir at bruk av hjelpemidler vil medføre for mye fokus på selve hjelpemiddelet. Andre angir forventninger om redusert livskvalitet eller økt stress som eksempelet viser;

*«Blir stresset av å måle blodtrykk/flimmet ofte».*

Andre oppgir at de ikke ønsker å fokusere på sykdom eller skape unødvendig bekymring. Respondenter oppgir at å kjenne egen kropp eller egen form er tilstrekkelig som eksempelet viser;

*«Synes det er uviktig, gjør de ting som jeg kan. Lærer egen kropp å kjenne ang. hva jeg mestrer og ikke mestrer».*

Flere oppgir at de er fysisk aktive og noen beskriver at fysisk aktivitet er deres måte å teste formen på.

### 5.3 Hjelpemidler benyttes eller ønskes benyttes for å sjekke egen helsetilstand

Kategorien favner de som oppgir å benytte hjelpemiddel i dag, dette kan være former for avstandsmåling, annen bruk av velferdsteknologi, egenmålte blodverdier eller andre behandlingshjelpemidler. Respondenter beskriver at hjelpemidler gir trygghet som eksempelet viser;

*“Beroliger og lettere å konferere med helsepersonell”*. Kategorien favner også respondenter som oppgir at de ønsker å benytte seg av hjelpemidler som eksempelet viser;

*«Hvis jeg hadde vært syk hadde jeg sikkert brukt utstyr for å sjekke min helsetilstand».*

## 6. Etikk

Prosjektet omfattes av USNs forskningsetiske retningslinjer

<https://min.usn.no/soknadsarbeid/forskningsetikk-article215710-32561.html>

Følgerebrevet i nettskjema er utarbeidet etter mal fra NSD

[https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon\\_samtykke/informere\\_om.html](https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html)

Skrivet sendes respondenten per e-post og har som formål at respondenten

- får en klar forståelse av formålet for brukerundersøkelsen
- forstår at han eller hun fritt velger å svare på spørsmålene
- forstår at han eller hun er anonym ved utfyllingen av spørreskjemaet og at deres identitet ikke kan bli gjort kjent senere
- kjenner til at informasjonen som samles inn vil bli lagret i henhold til krav og retningslinjer om informasjonssikkerhet
- vet om hvilke øvrige interessenter som får vite om forskningsresultatene og hvem som finansierer forskningen.

## Referanser

- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior* (2nd ed.). Maidenhead, UK: Open University Press.
- Ajzen, I. (2013). *Theory of Planned Behaviour Questionnaire*. Measurement Instrument Database for the Social Science. [www.midss.ie](http://www.midss.ie)
- Andreassen, T. A. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. Skriftserie nr. 3. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet (AFI).
- Einasto, M. (1997). Health. I: Grøgaard, Jens B. (red.). *Estonia in the Grip of Change. The NORBALT Living Conditions Project*. Fafo Report 190. Oslo: FAFO: 49-68.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Hellevik, O. (2011). *Mål og mening. Om feiltolkning av meningsmålinger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kopelowicz, A., Zarate, R., Wallace, C., Liberman, R., Lopez, S., & Mintz, J. (2015). Using the Theory of Planned Behavior to Improve Treatment Adherence in Mexican Americans with Schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(5), 985–993.
- Nørgaard, Elisabeth & Rønning, Elisabeth (2013). Nordiske velferdsstater – kjennetegn og utfordringer. Mange land har god helse, færrest i Finland. *Samfunnsspeilet 4/2013*: 13-17.
- Stang, I. (2017). *Makt og bemyndigelse*. Oslo: Universitetsforlaget

### Nettreferanser:

<https://min.usn.no/soknadsarbeid/forskningsetikk-article215710-32561.html>

[https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon\\_samtykke/informere\\_om.html](https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html)

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

<https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>

<https://www.ssb.no/helseforhold>

## Tabell og figur oversikt

### Oversikt tabeller:

Tabell 2.1. Fordeling av LHL medlemmer etter interessefelt, kjønn og alder og fordeling av respondenter (eksklusive tilleggsutvalg) på sykdomsdiagnose, kjønn og alder. Prosent	6
Tabell 3.1. Utdanningsnivå fordelt i tre kategorier. Antall og prosent	11
Tabell 3.2. Selvpoppgitt årsinntekt i NOK, gruppert. (Hvilken inntekt har du hatt lengst?). Antall og prosent	12
Tabell 3.3. Sykdomsgrupper. (Har du en av følgende sykdommer?). Antall, prosent og gjennomsnittlig antall sykdommer	12
Tabell 3.4. Regresjonsanalyse av hvordan respondentene vurderer sin helsetilstand (subjektiv helse)	20
Tabell 4.1 Lineær regresjonsanalyse av vilje til å bruke hjelpemidler for å teste egen helse daglig	31
Tabell 5.1. Kategorier med grupperte underkategorier	33

### Oversikt figurer:

Figur 3.1. Alder gruppert i tiårskohorter. Antall og prosent	9
Figur 3.2. Respondentens kjønn. (Er du kvinne eller mann?). Antall og prosent	10
Figur 3.3. Høyeste fullførte utdanningsnivå. (Hva er din høyeste fullførte utdanning?). Antall og prosent.	10
Figur 3.4. Grad av Kols. (Hvis du har Kols, kan du angi graden?). Antall og prosent	13
Figur 3.5. Varighet av Kols plager. (Hvor lenge har du følt deg plaget av Kols?). Antall og prosent	14
Figur 3.6. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Antall og prosent.	15
Figur 3.7. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Fordelt etter sykdomsgrupper. Prosent	15
Figur 3.8. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Fordelt etter tre alderskohorter. Prosent	16
Figur 3.9. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Fordelt etter kjønn. Prosent	16
Figur 3.10. Subjektiv helse. (Hvordan vil du si at din helsetilstand er?). Fordelt etter utdanning. Prosent	17
Figur 3.11. Funksjonsevne. (Jeg kan gå opp en trapp med en pose som veier 5 kg). Antall og prosent	18
Figur 3.12. Funksjonsevne. (Jeg kan ta kollektiv transport (buss, trikk, tog-bane)). Antall og prosent	19
Figur 4.1. Hyppighet av å benytte hjelpemidler for å selv sjekke egen helsetilstand. (Jeg bruker hjelpemidler for å sjekke helsetilstanden min selv...). Antall og prosent	22
Figur 4.2. Opplevelse av å benytte utstyr for å sjekke egen helsetilstand. (For meg er det å bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand selv...). Antall og prosent	23
Figur 4.3. Svarfordelingen på påstand: De fleste mennesker som er viktige for meg syntes det er bra at jeg bruker hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand. Antall og prosent	24
Figur 4.4. Svarfordelingen på påstand: De fleste mennesker som har samme lidelse som meg bruker selv hjelpemidler for å sjekke sin helsetilstand. Antall og prosent	25
Figur 4.5. Svarfordelingen på påstand: Jeg mener at jeg kan klare å bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand. Antall og prosent	26
Figur 4.6. Svarfordelingen på påstand: Det er opp til meg å ta ansvar for å sjekke min helsetilstand selv. Antall og prosent	27
Figur 4.7. Svarfordelingen på påstand: Jeg har til hensikt å bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand selv. Antall og prosent	28
Figur 4.8. Svarfordelingen på påstand: Jeg vil ikke bruke hjelpemidler for å sjekke min helsetilstand selv hver dag hvis ... Antall og prosent	29
Figur 4.9. Svarfordelingen på påstand: Jeg er villig til å måle min helsetilstand selv hver dag hvis det hjelper med å forutsi alvorlig forverring av helsetilstanden min. Antall og prosent	30

## VEDLEGG 1

Informasjon om interesseområde er for en del medlemmer ikke utfylt, da det er frivillig å oppgi dette ved innmelding, og en del velger ikke å fylle ut denne informasjonen. Informasjon om interesseområde benytter vi kun til å målrette og tilpasse vår medlemskommunikasjon slik at den blir så relevant som mulig.

		Antall	Prosent
Valid	1	1130	26,5
	2 Annet	50	1,2
	3 Astma, allergi eller eksem	81	1,9
	4 Cardio Club	99	2,3
	5 Hjerneslag	181	4,2
	6 Hjerne- og lungesykdom	443	10,4
	7 Hjerne- og lungetransplantert	3	,1
	8 Hjertesykdom	1417	33,2
	9 Interessert i vårt arbeid	93	2,2
	10 LHL Alfa-1	13	,3
	11 LHL Hjerneslag,Barnog Ungdom	2	,0
	12 LHL Hjerneslag Ung	28	,7
	13 LHL ICD	45	1,1
	14 LHL IPF - Idiopatisk lungefibrose	15	,4
	15 LHL PAHPulmonal hypertensjon	10	,2
	16 LHL Transplantert	46	1,1
	17 Lipid	11	,3
	18 Lungesykdom	448	10,5
	19 Pårørende	133	3,1
	20 Sarkiodose	8	,2
	21 Ukjent kategori	7	,2
	<b>Total</b>	<b>4263</b>	<b>100,0</b>

