

EVALUERINGSRAPPORT

HENRY - FØRSTEHJELP FOR BARNEHAGEBARN

*Læringsmiljøsentret ved Universitetet i Stavanger i samarbeid med
Røde Kors og Laerdal Medical, 2020*



INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	3
1. Innledning.....	4
2. Bakgrunn.....	5
2.1 Førstehjelpsopplæring i barnehager.....	5
2.2 Henry - Førstehjelp for barnehagebarn.....	6
2.3 Rammer og avgrensninger for evalueringen.....	7
3. Metode	8
3.1 Spørreundersøkelse blant barnehageansatte	8
3.2 Intervju av barnehagebarn.....	8
3.3 Etiske vurderinger.....	13
4. Resultater.....	14
4.1 Resultater fra spørreundersøkelsen.....	14
4.2 Resultater fra barneintervjuene	19
4.3 utfordringer og begrensninger ved evalueringen.....	23
5 Sammendrag av hovedfunn	24
5.1 Bruksmønster og erfaringer med Henry-opplegget.....	24
5.2 Effekter av opplæring med Henry-opplegget.....	24
6. Konklusjon og anbefalinger.....	26
7. Referanser.....	27
8. Vedlegg.....	29

SAMMENDRAG

Strategisk forankring

«Henry - Førstehjelp for barnehagebarn» er et pedagogisk læringsopplegg for barnehager, forankret i den nasjonale førstehjelpsstrategien «Sammen redder vi liv» og i Røde Kors førstehjelpsstrategi 2017-2020. Opplegget er rettet mot 3-6 åringer, og har siden lanseringen i 2011 blitt distribuert til 4320 barnehager over hele landet. Formålet med læringsopplegget er å øke barnas hjelpevilje, kunnskap om førstehjelp, og bevissthet om Røde Kors sine humanitære verdier.

Som deltaker i førstehjelpsstrategien «Sammen redder vi liv» har Røde Kors ansvar for å dokumentere og evaluere alle oppnådde resultater, og gjøre disse tilgjengelig slik at de kan anvendes av andre delprosjekter, myndighetene eller forskere til forskning og utvikling. Kunnskap om hvordan Henry-opplegget blir brukt og hvilken effekt det har, vil være et viktig bidrag til diskusjonen om læringsoppleggets framtid.

Mål med evalueringen

Denne evalueringen består av to deler. Første del handler om barnehageansattes holdninger til førstehjelpsopplæring i barnehagen, bruksmønstre, og barnehagelæreres erfaringer og opplevd effekt av Henry-opplegget. Den andre delen handler om hvorvidt Henry-opplegget bidrar til økt kunnskap om førstehjelp blant barna.

Litteratursøk viste at det var gjort svært lite forskning på førstehjelpsopplæring av barnehagebarn. Vi fant kun tre relevante studier, og denne evalueringen er slik sett ganske unik da den inkluderer effektstudier av barnas læring etter bruk av Henry-opplegget.

Metode

For å få en forståelse av barnehageansattes holdninger til førstehjelpsopplæring i barnehagen, samt bruksmønstre og erfaringer med Henry-opplegget, ble det gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse hvor barnehager som hadde mottatt Henry-opplegget ble invitert til å besvare et strukturert spørreskjema. For å evaluere mulige effekter av Henry-opplegget, intervjuet vi barn individuelt før og etter opplæring, for å se om det var endringer i barnas kunnskap om førstehjelp. For å få en indikator for et forventet kunnskapsnivå, intervjuet vi også en gruppe barn som allerede hadde gjennomført førstehjelpsopplæring med Henry-opplegget.

Resultater

Barnehageansatte mente at førstehjelpsopplæring til barnehagebarna er viktig, og at både barnehagen og foreldrene har ansvar for opplæringen. Det var stor grad av entusiasme og tilfredshet med Henry-opplegget. Ansatte i barnehagene opplevde læringsopplegget som enkelt å bruke, og engasjerende for barna. De mente også at barna etter opplæring oftere sa fra til voksne, og at barna var mer opptatt av å hjelpe i situasjoner som krevde det.

Resultatene fra barneintervjuene viste at barna var bedre til å identifisere skadesituasjoner, og flinkere til å foreslå adekvat behandling etter bruk av Henry-opplegget. De ga også mer korrekt vurdering av alvorlighetsgraden til de ulike skadene de ble presentert, samt en mer korrekt vurdering av ved hvilke typer skader det er behov for medisinsk hjelp. Vi fant også ut at langt flere barn kunne medisinsk nødnummer 113 etter opplæring.

Konklusjon

Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervensjonsstudien tyder på at «Henry - Førstehjelp for barnehagebarn» er et viktig bidrag til barns læring innen førstehjelp. Begge datasettene indikerer, uavhengig av hverandre, at barna har økt sin førstehjelpskunnskap ved bruk av Henry-opplegget.

Så vidt vi vet finnes det per i dag ingen alternative læringsopplegg for førstehjelpsopplæring i barnehager. Det anbefales at Røde Kors viderefører arbeidet med «Henry - Førstehjelp for barnehagebarn» og styrker sin markedsføring og oppfølging av barnehager som bruker eller som ønsker å ta læringsopplegget i bruk.

1. INNLEDNING

Røde Kors har som målsetting at «*alle i Norge får muligheten til å lære livreddende førstehjelp og er villige til å hjelpe i situasjoner som krever førstehjelp*» (Røde Kors førstehjelpsstrategi 2017-2020). Læringsopplegget «Henry - Førstehjelp for barnehagebarn» har som mål å fremme førstehjelpsopplæring i barnehagene og er en sentral del av Røde Kors sin førstehjelpsstrategi fram mot 2020.

Røde Kors sin satsning på førstehjelpsopplæring av barnehagebarn er forankret i den nasjonale førstehjelpsstrategien «Sammen redder vi liv - Nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander utenfor sykehus» (Helsedirektoratet, 2018). Strategien retter seg mot flere målgrupper, inkludert barn i barnehage- og skolealder. Det er en ønsket effekt av strategien at førstehjelp skal være en integrert del av formalisert kunnskapsformidling i både barnehage og skole (Helsedirektoratet, 2017). Hensikten er å gjøre befolkningen i Norge kompetente og trygge på å gjenkjenne tegn på tidskritiske sykdoms- og skadetilstander, kontakte medisinsk nødnummer og iverksette livreddende førstehjelp inntil kvalifisert helsepersonell kan overta.

Kunnskap og ferdigheter innen førstehjelp er et relevant tema knyttet til livsmestring og hverdagen

i barnehagen, men førstehjelp blir ikke eksplisitt adressert i rammeplanen for barnehagens innhold og oppgaver (Kunnskapsdepartementet, 2017).

«Henry – Førstehjelp for barnehagebarn» er Røde Kors sitt bidrag i «Sammen redder vi liv», med barnehagebarn som målgruppe og mulighet for ringvirkninger med økt fokus på førstehjelpsopplæring hos ansatte og foresatte. I tillegg til å distribuere Henry-sett og følge opp barnehagene som bruker læringsopplegget, har Røde Kors ansvar for å «*dokumentere og evaluere alle oppnådde resultater og gjøre disse tilgjengelig slik at de kan anvendes av andre delprosjekter, myndighetene eller forskere til forskning og utvikling*» (Helsedirektoratet, 2018, s.16).

Denne evalueringen består av to deler, hvorav den første er en kartlegging av barnehageansattes holdninger til førstehjelpsopplæring i barnehagen, samt bruksmønster og erfaringer med Henry-opplegget. I den andre delen av evalueringen undersøker vi om Henry-opplegget har bidratt til økt kunnskap om førstehjelp, økt hjelpevilje og økt bevissthet om Røde Kors blant barna.

Tusen takk til alle barn og ansatte i barnehagene som har deltatt i denne evalueringen!



«Henry – Førstehjelp for barnehagebarn» er et pedagogisk læringsopplegg for barnehager. Målgruppen er barn i alderen 3-6 år og formålet med læringsopplegget er å øke barnas hjelpevilje, førstehjelpskunnskap og bevissthet om Røde Kors.

2. BAKGRUNN

2.1 FØRSTEHJELPS- OPPLÆRING I BARNEHAGER

En sentral del av barnehagens verdigrunnlag er å lære barn å ta vare på seg selv, hverandre og naturen. Barnehagen skal være et trygt og utfordrende sted der barna prøver ut ulike sider ved samspill, felleskap og vennskap. Barna skal få støtte i å mestre motgang, håndtere utfordringer og bli kjent med egne og andres følelser (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Studier viser at det er forholdsvis få alvorlige skader i norske barnehager. I de fleste tilfellene dreier det seg om skader som ikke trengte oppfølging av medisinsk personale (Sandseter, Sando, Pareliussen og Egset, 2013; Sando, Sandseter, Pareliussen og Egset, 2017). Gutter opplever skader oftere enn jenter, de fleste skadene skjer utendørs og den vanligste skadeårsaken er fall (Peden et.al., 2008; Melhus, et.al., 2016; Sando, et.al., 2017).

Ifølge rammeplanen skal barnehagen introdusere barna for nye situasjoner, temaer, fenomener, materialer og redskaper som bidrar til meningsfull samhandling. Kunnskap og ferdigheter innen førstehjelp er et relevant tema knyttet til livsmestring og hverdagen i barnehagen, men førstehjelp blir ikke eksplisitt adressert i rammeplanen for barnehagens innhold og oppgaver (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Akuttutvalget, nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2015, påpeker at de ikke har oversikt over i hvilken utstrekning førstehjelp er del av barnehagenes aktiviteter, men antar at dette aspektet dekkes som del av rammeplanens punkt om at barna skal lære å ta vare på seg selv, hverandre og naturen (NOU, 2015).

Effektiv førstehjelpsopplæring er definert som «tiltak som øker personers kunnskap, ferdigheter, selvsikkerhet og villighet til å gjennomføre førstehjelp» (IFRC, 2016). Noe av det viktigste barn kan lære om førstehjelp er å gjenkjenne en ulykkessituasjon, si ifra til en voksen og å passe på egen sikkerhet (Bernardo, Doyle og Bryn, 2002).

En metaanalyse av effekter av førstehjelpsopplæring for barn og lekmenn fra 2014, konkluderer med at det er gjort svært lite forskning på effekter av førstehjelpsopplæring for barn yngre enn seks år (He, Wynn og Kendrick, 2014). En norsk studie omtalt i metaanalysen handlet om barn i 6-7 års alderen (Bollig, Wahl og Svendsen, 2009). Her fant man at barna etter opplæring kunne gi grunnleggende førstehjelp til en bevisstløs pasient, og konkluderte med at skolebarn burde få førstehjelpsopplæring fra første klasse.

En senere studie viste at også barn i alderen 4-5 år kan lære å gjennomføre slik førstehjelp (Bollig, Myklebust & Østringen, 2011). I denne studien ble det brukt en situasjonsbeskrivelse av et sykkeluhell hvor en venn hadde ramlet av sykkelen og slått hodet sitt. Barna ble så spurt om hva de ville gjøre i denne situasjonen. Data ble registrert ved observasjoner og feltnotater gjort av barnehagelærere. Feltnotatene ble deretter scoret etter forhåndsoppsatte kriterier, for eksempel vurdering av bevissthetsnivå og pust, sårbehandling og kjennskap til nødnummer.

I en studie fra Frankrike (Ammirati et.al., 2014) ble det brukt bilder av situasjoner hvor det hadde skjedd uhell. Barna ble spurt om hva de mente hadde skjedd i de ulike situasjonene og om de ville kontakte lege. To situasjoner viste reelle skader som krevde legehjelp, mens en situasjon viste en jente som hadde ødelagt dukken sin. Denne situasjonen krevde ikke legehjelp. Svarene ble så scoret i henhold til om de gjenkjente situasjonen og om de ville kontakte legehjelp eller ikke.

En studie fra Ungarn viste at 5-åringer kan lære å utføre grunnleggende livreddende førstehjelp ved hjertelungeredning og bruk av hjertestarter (Banfai et.al., 2018). Det ble brukt et spørreskjema med åpne svarkategorier hvor spørsmål og svar ble administrert verbalt. Spørreskjemaet ble kombinert med en praktisk ferdighetstest i hjertekompresjon og bruk av hjertestarter. Barna ble testet en gang før opplæring, en gang rett etter opplæring og så igjen etter fire og femten måneder. Resultatene viste at ferdighetene ble betraktelig redusert over tid.

Som i studiene til Bollig et.al (2011), ble det også i studiene til Ammirati et.al. (2014) og Banfai et.al. (2018), undersøkt om barna kjente til nødnummer.

Barnehagen vil gjerne være barns første møte med førstehjelp utenfor hjemmemiljøet og kan dermed danne grunnlaget for en livslang førstehjelpsopplæring. Det er derfor behov for mer kunnskap om hvilken effekt opplæring i førstehjelp har på barn, ikke bare innen livreddende eller tidskritisk førstehjelp, men også førstehjelp i mindre alvorlige situasjoner.

2.2 HENRY – FØRSTEHJELP FOR BARNEHAGEBARN

UTVIKLING AV HENRY-OPPLEGGET

Rogaland Røde Kors inviterte i 2008 Laerdal Medical til å samarbeide om et førstehjelpsprosjekt rettet mot barn i barnehagealder. Bakgrunnen for dette var henvendelser fra barnehager i Rogaland som etterspurte materiell til førstehjelpsopplæring av barn. Den overordnede målsetningen var å utvikle et konsept som kunne bidra til å øke barnas kjennskap til Røde Kors sine humanitære verdier, hjelpevilje og kunnskap om førstehjelp. I løpet av de påfølgende to årene ble læringsopplegget «Henry – Førstehjelp for barnehagebarn» utviklet i nært samarbeid med flere aktører. Lokale barnehager deltok aktivt i prosessen, blant annet med brukertesting.

INNHOOLD I HENRY-OPPLEGGET

Henry-opplegget er sentrert rundt figuren Henry, oppkalt etter grunnleggeren av Røde Kors, Henri Dunant. Opplegget består av en Henry-dukke med en førstehjelpssekk, et sett med plansjer, en veiledningsperm og en minnepinne med tre Henry-sanger, samt noter og tekst til sangene. Henry-dukken og illustrasjoner ble utviklet med hjelp fra dramapedagog Jorunn Melberg (UiS) og illustratør Berit Sømme. Kjetil Lønne Nilsen skrev tekst og melodi til Henry-sangene.

Figuren Henry er designregistrert i Norge, Europa og USA. Rogaland Røde Kors er innehaver av rettighetene i Norge (designregistrering nr. 082322 og 082321). Laerdal Medical har de internasjonale rettighetene (registreringsnummer D618,739 og D620,992 for USA og 001197859 for EU).

Læringsmaterialet presenterer Henry i ti ulike situasjoner der han har skadet seg og trenger hjelp. Illustrasjonene legger opp til at barna, sammen med de ansatte i barnehagen, kan reflektere rundt hva som har skjedd. De tre stegene **spørre, hente voksne og hjelpe**, er definert som læringsmål i opplegget og går igjen i alle de ti situasjonene.

Veilederen til Henry-opplegget beskriver ikke konkret hvordan opplæringen skal gjennomføres. Den gir noen anbefalinger, men legger ellers opp til stor fleksibilitet i hvordan den enkelte barnehageansatte ønsker å bruke de ulike elementene.

HENRY-OPPLEGGET UTE I BARNEHAGENE

«Henry – Førstehjelp for barnehagebarn» ble først introdusert i Rogaland i 2011. Alle barnehagene i fylket fikk tilbud om å motta læringsopplegget gratis. Med støtte fra Extra-stiftelsen ble 345 Henry-opplegg delt ut i perioden 2011-2013. I 2017 mottok Røde Kors midler fra Gjensidigestiftelsen til nasjonal utrulling. Henry-opplegget ble en del av Røde Kors sin førstehjelpsstrategi 2017-2020, med Rogaland Røde Kors som prosjektansvarlig, og med en målsetning om å distribuere læringsopplegget til alle norske barnehager.

I Røde Kors sin oversikt var det 19. mars 2019 registrert at 4356 Henry-opplegg var delt ut til totalt 4320 barnehager i Norge. Distribusjonen skjedde opprinnelig gjennom distriktskontorene, og ble samlet i et felles system først i 2019. Det er derfor sannsynlig at flere barnehager har mottatt Henry-opplegget uten at dette har blitt registrert. Det er fortsatt omtrent 1200 Henry-sett på lager. Målet er å tilby og distribuere disse til barnehager som ikke tidligere har mottatt Henry-opplegget i løpet av 2020.

1 - Spørre	2 - Hente voksne / Ringe 113	3 - Hjelpe
		
Dette steget handler om å ta kontakt med den som har skadet seg, finne ut hva som har skjedd og vise omsorg . Noen ganger er det nok å trøste.	Hensikten med dette steget er å varsle og skaffe hjelp . I de fleste tilfeller er det nok å hente en voksen, men ved alvorlige skader kan det også være nødvendig å ringe 113.	Her beskrives behandling av den aktuelle skaden. Det er i utgangspunktet ikke barnas ansvar å behandle skader, men det kan likevel være nyttig å vite hva som må gjøres.

Figur 1. Læringsmål i Henry-opplegget



Henry-opplegget består av en Henry-dukke med en førstehjelpssekk, et sett med planser, en veiledningsperm og en minnepinne med Henry-sanger.

2.3 RAMMER OG AVGRENSNINGER FOR EVALUERINGEN

Denne evalueringen består av to deler, der den første er en kartlegging av barnehageansattes holdninger til førstehjelpsopplæring i barnehagen, samt bruksmønster og erfaringer med Henry-opplegget. Vi vil også undersøke barnehagelærernes oppfatninger om endringer av førstehjelpskunnskaper hos barna etter gjennomført Henry-opplæring. I den andre delen av evalueringen vil vi undersøke om bruk av Henry-opplegget har bidratt til økt kunnskap om førstehjelp, økt hjelpevilje og økt bevissthet om Røde Kors blant barna. Kunnskap både om hvordan Henry-opplegget blir brukt og hvilken effekt det har, vil være viktige bidrag til diskusjonen om læringsoppleggets framtid.

Evalueringen er gjennomført som et samarbeid mellom Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning (Læringsmiljøseneteret) ved Universitetet i Stavanger, Rogaland Røde Kors (på vegne av Norges Røde kors) og Laerdal Medical. Prosjektgruppen for evalueringen har bestått av Henning Plischewski (Læringsmiljøseneteret,

Universitetet i Stavanger), Iselin Tanum (Nasjonal prosjektleder «Henry - Førstehjelp for barnehagebarn», Rogaland Røde Kors), Silje Lea (Rogaland Røde Kors) og Ingunn Anda Haug (Laerdal Medical).

Prosjektgruppen har hatt jevnlig møter, og har jobbet sammen for å sikre felles forståelse av prosjektets mål og en god gjennomføring. Læringsmiljøseneteret har vært ansvarlig for datainnsamlingsmetode og analyse av resultater og skal som en uavhengig aktør, som ikke var involvert i utvikling av Henry-opplegget eller Røde Kors sitt arbeid med førstehjelpsopplæring, kvalitetssikre resultatene og konklusjonene i studien.

Evalueringen vil bli gjort tilgjengelig utenfor Røde Kors og samarbeidspartnerne i prosjektet og regnes derfor som eksternt. Informantene i evalueringen er informert om dette.

Evalueringsoppdraget ligger administrativt under enheten Beredskap, søk og redning i Norges Røde Kors. Prosjekteier er enhetsleder Anders Thorheim.

Evalueringen startet januar 2019 og ble ferdigstilt i april 2020.

3. METODE

3.1 SPØRREUNDERSØKELSE BLANT BARNEHAGEANSATTE

HENSIKT OG METODE FOR DATAINNSAMLING

Hensikten med spørreundersøkelsen til barnehagene var å kartlegge holdninger til førstehjelpsopplæring, samt bruksmønster og erfaring fra barnehageansatte som selv hadde benyttet Henry-opplegget.

Ifølge Røde Kors sin oversikt hadde 3599 aktive barnehager per 21. mai 2019 mottatt Henry-opplegget. Kontaktinformasjon til disse barnehagene, samt informasjon om barnehagene fortsatt var i drift, ble hentet fra barnehagefakta.no (Utdanningsdirektoratet). Basert på denne informasjonen ble invitasjon til spørreundersøkelsen sendt på e-post til styrere i 3099 barnehager 22. mai 2019. Det var mulig for flere ansatte i samme barnehage å svare på undersøkelsen.

Del 1 av denne studien bygger på et strukturert spørreskjema som innledningsvis starter med spørsmål om førstehjelpsopplæring i barnehagen generelt, barnehagens kontakt med Røde Kors og om den selv hadde benyttet læringsopplegget med barna i barnehagen. Ansatte som selv hadde benyttet læringsopplegget fikk videre spørsmål om bruksmønster og erfaringer.

Det ble sendt ut to purringer på spørreundersøkelsen i september 2019. Ved avslutning 1. oktober 2019 var det kommet inn totalt 982 svar.

Antall aktive barnehager registrert som mottakere av Henry-opplegget pr. 21.05.2019	3599
Antall barnehager invitert til å delta i spørreundersøkelsen	3099
Antall feilmeldinger på e-post adresser	150
Totalt antall respondenter i spørreundersøkelsen	982
Antall respondenter som selv hadde brukt Henry-opplegget i løpet av de siste 12 månedene	588

Tabell 1. Antall barnehager med Henry-opplegg og respondenter i spørreundersøkelsen

ANALYSE

De ansatte ble i spørreundersøkelsen bedt om å vurdere grad av enighet med ulike utsagn, på en skala fra 1 (ingen grad) til 6 (stor grad).

I resultatdelen er trinnene slått sammen til tre nivåer av enighet; uenig, delvis enig og helt enig.

Resultatene fra spørreundersøkelsen er rapportert hovedsakelig ved deskriptiv statistikk.

Vi inviterte 3099 barnehager, og fikk svar fra 588 respondenter som selv hadde brukt Henry-opplegget. Med et krav til statistiske beregninger om 95 % konfidensintervall og 4 % feilmargen ville det krevd 503 respondenter for å få representative data. Resultatene kan derfor regnes som pålitelige.

3.2 INTERVJU AV BARNEHAGEBARN

HENSIKT OG METODE FOR DATAINNSAMLING

Hensikten med del 2 av evalueringen var å undersøke om bruk av Henry-opplegget har hatt noen effekt blant barna.

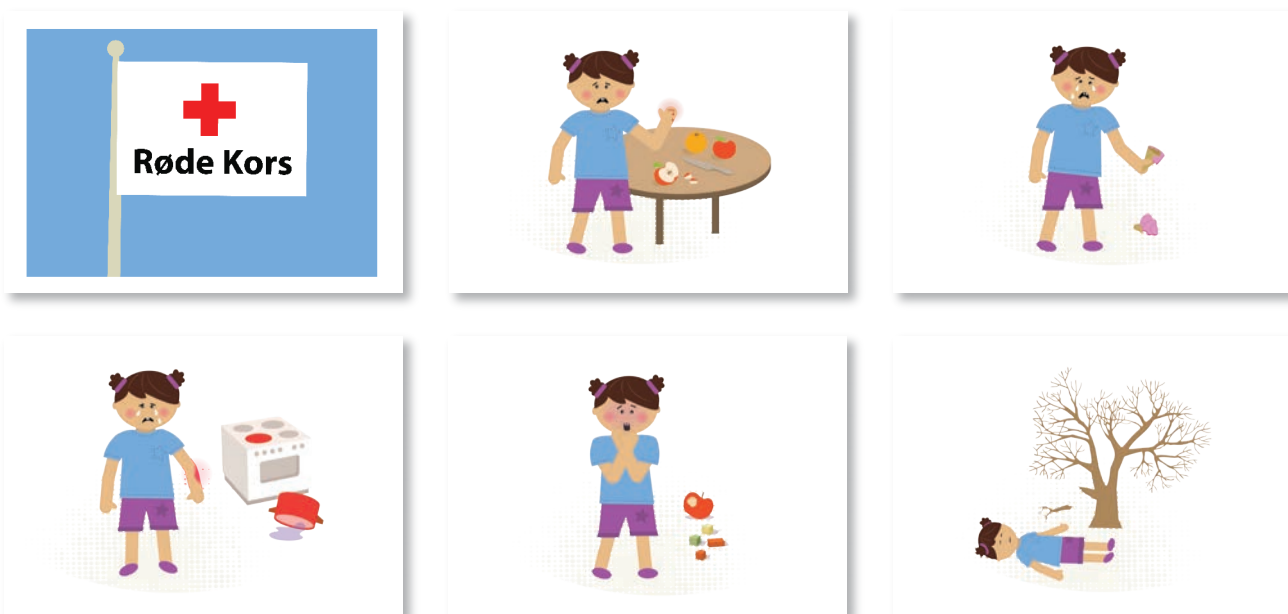
Det er flere metoder som kan brukes for å få informasjon om personers kunnskap om førstehjelp (Ellis, 2017). De fleste av disse metodene er best egnet for voksne, da de krever lese- og skriveferdigheter. Siden barn i førskolealder vanligvis ikke kan lese og skrive, er observasjoner eller intervjuer bedre egnet til å få informasjon om et gitt fenomen (Løkken og Søbstad, 2014).

I vår studie brukte vi et bilde av Røde Kors logoen og bilder fra Henry-opplegget som utgangspunkt for spørsmålene i intervjuene. Kutt og brannskår ble valgt ut som eksempler på mindre alvorlige skader. En situasjon hvor Henry hadde satt noe fast i halsen og en situasjon hvor han hadde falt ned fra et tre og lå bevisstløs på bakken, ble valgt som eksempler på mer alvorlige uhell hvor det kan være nødvendig å kontakte 113. Alle uhellene innebar at barna skaffet seg oversikt over situasjonen og varslet voksne. Et bilde av Henry hvor han hadde mistet en is ble brukt som eksempel på en situasjon som ikke krevde førstehjelp. Intervjuene ble tatt opp på diktafon for senere å bli transkribert og kvantifisert etter en bestemt kriterieliste (se tabell 2).

For å undersøke om bildene fra Henry-opplegget ble lettere gjenkjent ved post-testen, altså at eventuelle forbedringer kan tilskrives en gjenkjennelse heller enn læring, ble det laget tilsvarende bilder med en mer nøytral jentefigur, kalt Henriette, som sammenligningsgrunnlag. Omtrent en tredjedel av barna i intervensjonsgruppen ble vist bilder av Henriette ved post-intervjuene.



Figur 2. Intervjukort med Henry-illustrasjoner



Figur 3. Intervjukort med Henriette-illustrasjoner

INTERVENSJONS- OG REFERANSEGRUPPE

Utvalg

I vitenskapelige studier hvor en ønsker å studere effekter av en intervensjon, bør en ideelt sett ha et eksperimentelt forskningsdesign med tilfeldige utvalg av forsøkspersoner til intervensjons- og kontrollgruppe. I vårt tilfelle var det vanskelig å oppfylle kriteriet om tilfeldige utvalg. Vi har derfor, i stedet for tilfeldige utvalg, brukt grupper av barn fra samme barnehager.

For å undersøke mulige effekter av Henry-opplegget, ble det gjennomført intervjuer med en intervensjonsgruppe og en referansegruppe.

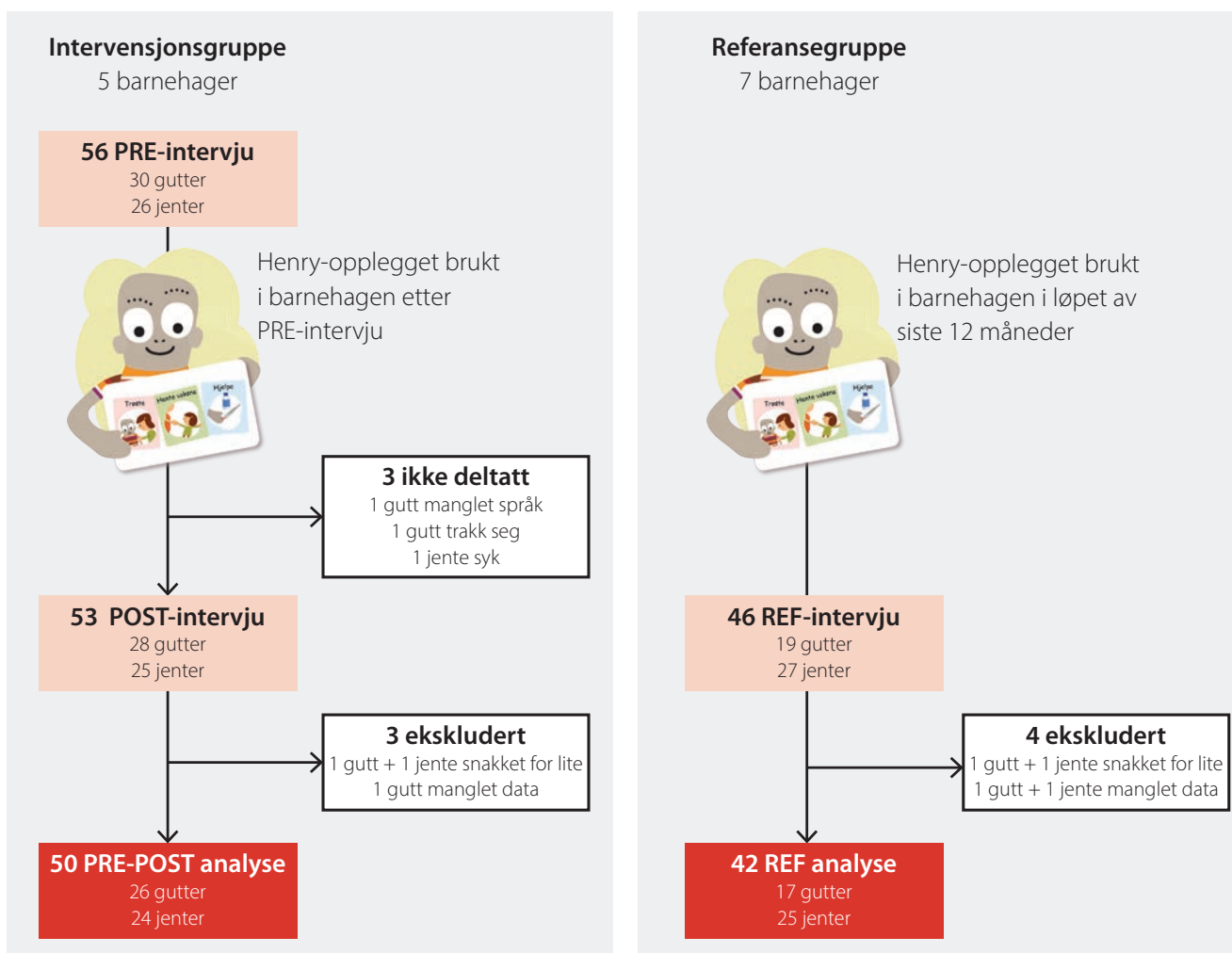
Intervensjonsgruppen bestod av barnehager uten Henry eller som nylig hadde bestilt Henry-opplegget, men ennå ikke hadde gjennomført opplæringen. Barna i intervensjonsgruppen ble intervjuet før (pre) og etter (post) førstehjelpsopplæring med Henry-opplegget.

Referansegruppen bestod av barn i barnehager som allerede hadde læringsopplegget, og som hadde brukt det i løpet av de siste 12 måneder før intervjuene. Bruk

av en slik referansegruppe avviker noe fra tradisjonelle design der det brukes kontrollgrupper hvor det enten gis ingen eller en annen type behandling/opplæring. Skulle vi brukt en tradisjonell kontrollgruppe i denne evalueringen, måtte barna i denne gruppen enten ikke fått noen førstehjelpsopplæring, eller så måtte barnehagene satt opplæringen på vent. Det ville kommet i konflikt med intensjonen om å i minst mulig grad påvirke barnehagenes rutiner.

En referansegruppe kunne likevel gi et sammenligningsgrunnlag for førstehjelpskunnskaper etter opplæring med Henry-opplegget. Det kan forventes at det er forskjeller i førstehjelpskunnskap mellom barna i barnehager som har gjennomført og barn i barnehager som ennå ikke har hatt Henry-opplæring. Hypotesen var at barna i referansegruppen ville ha bedre førstehjelpskunnskap enn barna i intervensjonsgruppen ved pre-test, men ikke ved post-test.

Alle barnehagene ble rekruttert via telefon. De som ønsket å være med i studien fikk tilsendt et informasjonsskriv med en samtykkeerklæring som ble delt ut til foreldre og foresatte. Signerte samtykkeerklæringer var godkjenning for at vi fikk intervju deres barn.



Figur 4. Intervensjons- og referansegruppe - antall barn intervjuet og inkludert i analysen



Intervjusituasjon

Barnehagene ble valgt med tanke på å få en geografisk spredning, samtidig som det måtte være praktisk mulig for prosjektgruppen å besøke dem i løpet av våren og høsten 2019. Intervjuene ble gjennomført i fylkene (2019) Oslo, Akershus, Telemark, Troms, Rogaland og Hordaland. De fleste intervjuene ble gjort i barnehager som lå i bynære strøk.

Ettersom Henry-opplegget er rettet mot barn i alderen 3 til 6 år, ble det rekruttert barn født mellom 2013 og 2015. Vi ønsket et utvalg barn som var stort nok til at gjennomføring av statistiske analyser ville gi troverdige resultater. Av praktiske og ressursmessige grunner ble utvalget begrenset til 56 barn fra 5 barnehager i intervensjonsgruppen og 46 barn fra 7 barnehager i referansegruppen. Intervjuene ble gjennomført i perioden mai-november 2019. I intervensjonsgruppen ble kun barn med fullstendig datasett fra både pre- og post-intervju inkludert.

Totalt ble 92 barn inkludert i den endelige analysen, 50 fra intervensjonsgruppen og 42 fra referansegruppen.

Bruk av Henry-opplegget i barnehagene

Det var opp til de ansatte i intervensjonsbarnehagene å lese veiledningspermen, og selv bestemme hvordan de ville bruke læringsopplegget med barna før post-intervjuet ble gjennomført.

Barnehagene i referansegruppen hadde heller ingen

spesielle krav knyttet til bruk av Henry-opplegget, bortsett fra at det måtte ha vært brukt sammen med barna i løpet av de siste 12 månedene.

GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE

Intervjuene ble hovedsakelig gjennomført med ett barn og en intervjuer. I noen tilfeller var det også en barnehageansatt til stede. Den barnehageansatte ble bedt om å ikke svare på vegne av barnet. Intervjuene ble fordelt mellom tre medlemmer i prosjektgruppen, og gjennomført etter en felles intervjuguide med en blanding av åpne spørsmål og kunnskapsspørsmål. Intervjuene hadde en varighet fra 10 til 40 minutter og ble dokumentert ved lydopptak.

Det var i snitt tre måneder mellom pre- og post-intervju for intervensjonsgruppen.

De aller fleste barna svarte godt for seg, men i noen tilfeller fikk vi mindre informasjon fra barna. Det kan tenkes at det ble opplevd som krevende når ukjente personer kom for å intervju dem. Spesielt gjaldt det for pre-intervjuene i intervensjonsgruppen. Noen barn forholdt seg tause under intervjuet og ble derfor ikke inkludert i analysen.

Innledningsvis ble barna vist et bilde av et flagg med Røde Kors-logo og fikk spørsmål om de hadde sett logoen og eventuelt hvor de hadde sett den.

Barna fikk videre se ett og ett bilde av Henry eller Henriette i fem ulike situasjoner. For hvert av bildene ble barna spurt hva de trodde hadde skjedd og hva de kunne gjøre for å hjelpe. Etter gjennomgang av alle situasjonene ble barna bedt om å sortere bildene i rekkefølge fra minst til mest farlig.

Barna fikk også spørsmål om hvilket telefonnummer de kunne ringe dersom noen hadde skadet seg og trengte hjelp. Barna ble til slutt spurt om egne erfaringer med å hjelpe andre.

Tidspunkter for intervjuene ble tilpasset barnehagens øvrige aktiviteter, slik at de i minst mulig grad skulle virke forstyrrende på barnehagens dagsprogram.

ANALYSE

Lydopptakene fra intervjuene med barna ble transkribert til tekst. Deretter ble barnas svar kategorisert med utgangspunkt i læringsmålene, slik de er beskrevet i veilederen til Henry-opplegget. Det ble utarbeidet en guide for hvordan svarene skulle tolkes og scores. Tre personer fra prosjektgruppen deltok i kategoriseringsarbeidet. Etter kategoriseringen ble tekstene byttet om slik at ingen analyserte tekster som de selv hadde transkribert.

Transkripsjonene ble kategorisert og kvantifisert som beskrevet i tabell 2.

Statistiske beregninger er gjort ved bruk av IBM SPSS Statistics (Release 25.0.0.1).

Forskjellene mellom pre- og post-målingene av intervensjonsgruppen er beregnet med parede t-tester. Forskjellene mellom intervensjonsgruppen og referansegruppen er beregnet med t-tester for uavhengige utvalg.

For å beregne effektstørrelser av Henry-opplegget på barnas kunnskap om førstehjelp ble det brukt Cohen's d (se vedlegg). Denne beregningsmåten beskriver forskjeller mellom grupper basert på standardavvik hvor verdier rundt 0.2 regnes som liten effekt, 0.5 som moderat effekt og verdier over 0.8 indikerer en stor effekt (Cohen, 1988).

Wilcoxon signed rank test ble brukt for å vurdere forskjeller mellom frekvensfordelinger ved pre- og post-test av intervensjonsgruppen.

Kategorier	Kriterier	Scoring
Gjenkjenning av situasjoner	Barnet beskrev situasjonen / uhellet illustrert på bildet.	0 poeng for feil svar 1 poeng for hvert riktige svar Max 5 poeng
Vise omsorg	Barnet foreslo å ta kontakt med Henry / Henriette, finne ut hva som hadde skjedd og trøste eller på annen måte vise omsorg.	1 poeng for hver situasjon barnet foreslo å vise omsorg Max 4 poeng
Hente voksne	Barnet foreslo å hente eller si fra til voksne.	1 poeng for hver situasjon barnet foreslo å hente voksne Max 4 poeng
Kontakte medisinsk hjelp	Barnet foreslo å kontakte lege, ambulanse, sykehus eller 113. <i>Regnes som riktig kun for de to kritiske skadene (satt i halsen og bevisstløs).</i>	1 poeng for hver situasjon barnet foreslo å kontakte medisinsk hjelp Max 2 poeng
Behandling	Barnet foreslo riktig behandling for hver skade. Kutt – vaske / rense og ta på plaster Brannsåre – kjøle ned Satt i halsen – få til å hoste og slå på ryggen Bevisstløs – sjekke pust og legge i stabilt sideleie	Kutt: 0-2 poeng Brannsåre: 0-1 poeng Satt i halsen: 0-2 poeng Bevisstløs: 0-2 poeng Max 7 poeng
Total førstehjelp-score	Sum vise omsorg + hente voksne + kontakte medisinsk hjelp + behandle	Max 17 poeng

Tabell 2. Kategorier og kriterier for scoring av intervjuene

3.3 ETISKE VURDERINGER

Denne studien evaluerer bruk og effekter av et læringsopplegg for førstehjelp i barnehager. Det ble ikke registrert persondata utover alder og kjønn.

Prosjektet er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektnummeret er 579374.

Foreldre og foresatte fikk utlevert skriftlig informasjon om prosjektet og ga skriftlig samtykke til at deres barn kunne delta i intervjuene. Barna ble informert om at deltagelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst.



4. RESULTATER

4.1 RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

I spørreundersøkelsen har vi undersøkt barnehageansattes holdninger til førstehjelpsopplæring, samt bruksmønster og erfaringer med Henry-opplegget. Vi har også sett på barnehageansattes oppfatninger av endringer etter bruk av opplegget.

FØRSTEHJELP OG RØDE KORS I BARNEHAGEN

Førstehjelpsopplæring

Av de totalt 982 respondentene, svarte 92.4 % at de vurderte førstehjelpsopplæring for barn som viktig. De mente at både foreldre og barnehagen hadde ansvar for førstehjelpsopplæring av barna. 67.6 % av respondentene var helt enig i at foreldrene hadde ansvar, mens 64.1 % var helt enig i at barnehagen hadde ansvar. Det var stor grad av samvariasjon mellom i hvilken grad barnehagen eller foreldrene hadde ansvar for førstehjelpsopplæringen av barna (Spearman rho = 0.501, p < 0.01)

I mindre grad vurderte de Røde Kors som ansvarlig for slik opplæring. Kun 18.1 % av respondentene mente Røde Kors hadde ansvar for opplæringen i førstehjelp til barna.

66.6 % av barnehagene brukte Henry-opplegget som en del av sine planlagte aktiviteter.

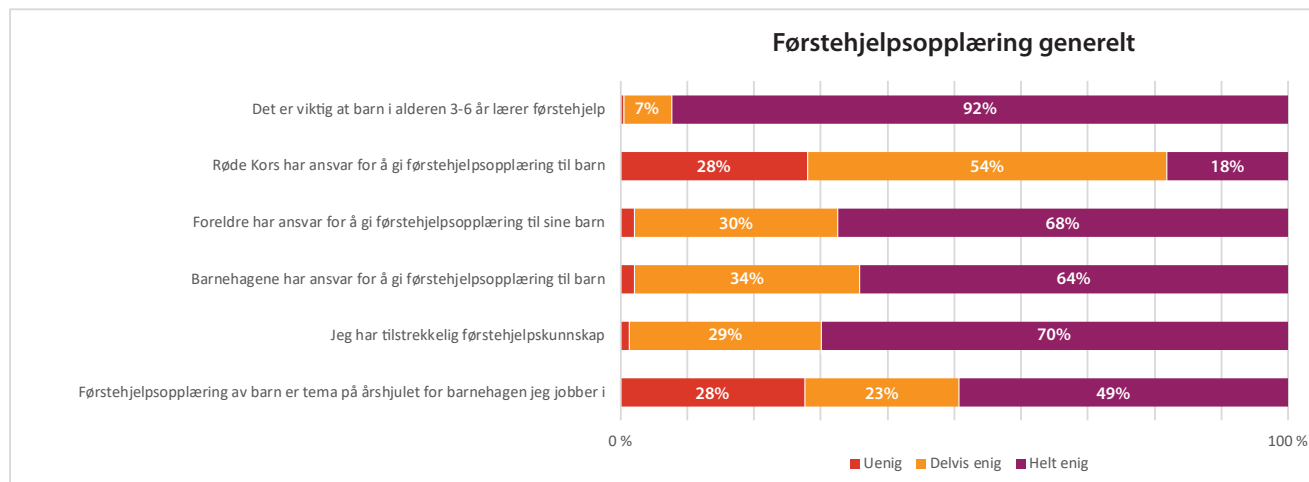
49.3 % av respondentene var helt enig, uavhengig av om de selv hadde brukt Henry-opplegget det siste året eller ikke, at førstehjelp var tema på årshjulet i barnehagen.

Egen førstehjelpskunnskap

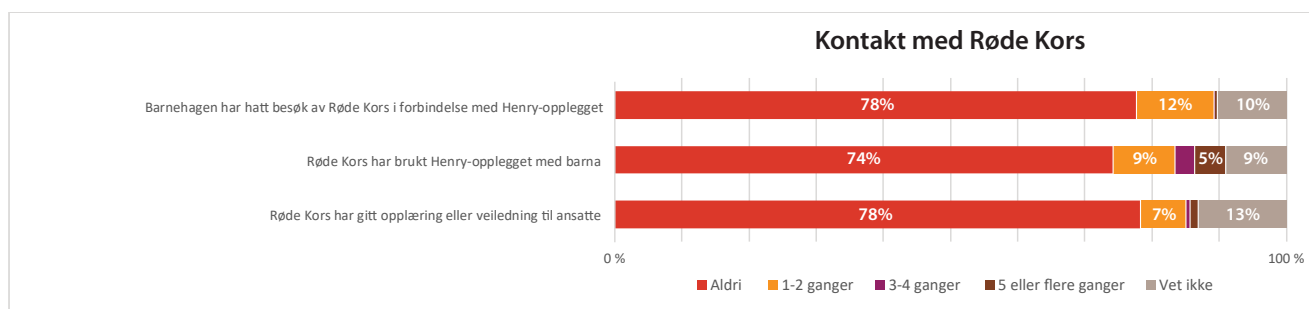
70 % av respondentene var helt enig i at de hadde tilstrekkelig kompetanse om førstehjelp. 29 % var delvis enig i at de hadde tilstrekkelig førstehjelpkunnskaper.

Kontakt med Røde Kors

Kun 8.5 % av respondentene (n = 84) sa de hadde mottatt opplæring eller veiledning fra Røde Kors i bruk av Henry-opplegget. 78.2 % av respondentene (n = 766) sa de ikke hadde mottatt opplæring eller veiledning.



Figur 5. Holdninger til førstehjelpsopplæring generelt



Figur 6. Kontakt med Røde Kors

BRUKSMØNSTER OG ERFARINGER MED HENRY-OPPLEGGET

Barnehagesatte som har brukt Henry-opplegget

Resultatene nedenfor er basert på de 588 respondentene som selv hadde brukt Henry-opplegget i løpet av de siste 12 månedene. 94.9 % av respondentene var kvinner (n = 558), 4.4 % var menn (n = 26). 0.7 % (n = 7) oppga ikke kjønn. Gjennomsnittsalderen var 43 år.

De som svarte at de har brukt Henry-opplegget i løpet av de siste 12 månedene er i hovedsak pedagogiske ledere og barnehagestyrere, men også ansatte i andre stillingskategorier har brukt Henry-opplegget.

Stilling i barnehagen	Antall	Prosent
Barnehagestyrer	172	29.3
Pedagogisk leder	304	51.7
Barnehagelærer	28	4.8
Barne- og ungdoms arbeider	37	6.3
Fagarbeider	10	1.7
Assistent	24	4.1
Annet	13	2.2
Total	588	100

Tabell 3. Fordeling av yrkesgrupper blant de som selv hadde brukt Henry-opplegget

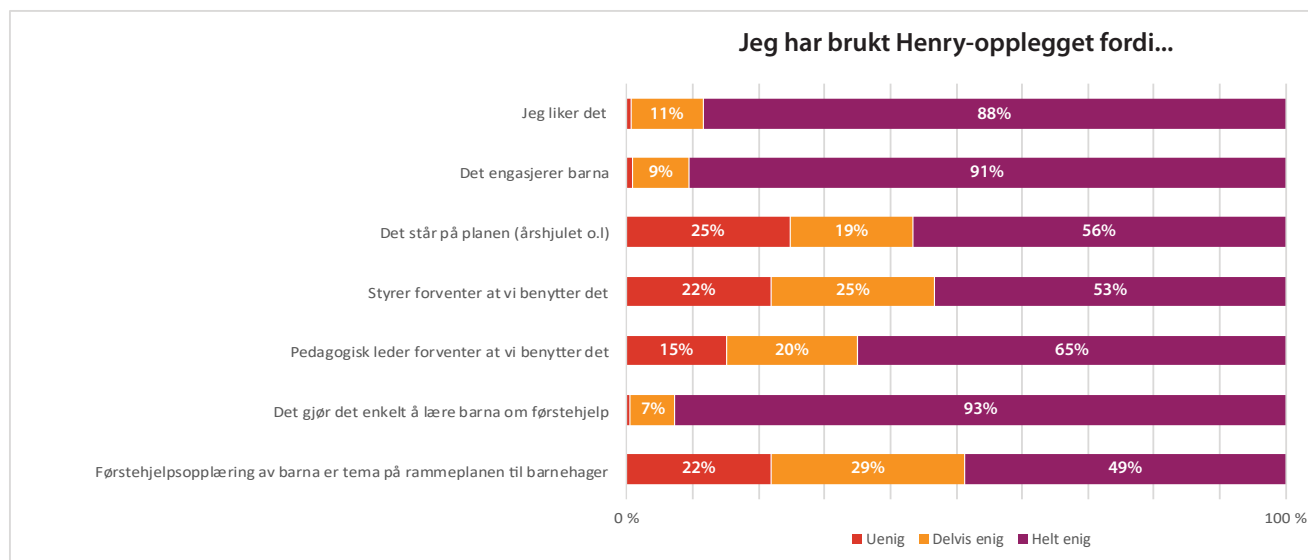
Grunner til å bruke Henry-opplegget

Blant de som selv hadde brukt Henry-opplegget i løpet av de siste 12 månedene (n = 588), ble førstehjelpsopplæring for barn ansett som viktig av 9 av 10 ansatte.

Respondentene uttrykte positive holdninger til læringsopplegget. På spørsmål om hvorfor de brukte Henry-opplegget, var 88.2 % helt enig i at de likte opplegget, 92.7 % var helt enig i at det gjorde det enkelt å lære barna førstehjelp og 90.6 % var helt enig i at Henry-opplegget engasjerte barna.

Godt over halvparten av respondentene (56 %) opplyste at de brukte Henry-opplegget fordi det stod på planen til barnehagen. 65 % av respondentene var enige i at pedagogisk leder forventet at de skulle bruke Henry, mens 53 % var enige i at styrer forventet det.

Det var stor samvariasjon mellom det at førstehjelp var nedfelt i barnehagens planer, og ansattes forventninger ($\rho = 0.608$, $p < 0.01$). Vi fant også at der hvor forventningen fra styrer var høy, var det også høy forventning fra pedagogisk leder ($\rho = 0.677$, $p < 0.01$).



Figur 7. Grunner til at Henry-opplegget har blitt brukt

Brukshyppighet i %	0 ganger	1-5 ganger	6-10 ganger	Mer enn 11 ganger	SUM %
Dukken	7	53.7	26.7	12.6	100
Sekken	16.2	55.7	20.4	7.7	100
Plansjene	10.3	53.2	26.3	10.3	100
Musikken	46.7	36.6	9.7	7.0	100
Permen	22.0	54.5	17.5	6.0	100

Tabell 4. Prosentvis fordeling av brukshyppighet for elementene i Henry-opplegget

Bruk av de ulike elementene i Henry-opplegget

Henry-dukken var den mest brukte av elementene i opplegget. 93 % av respondentene hadde brukt dukken i varierende omfang i løpet av de siste 12 månedene. Deretter fulgte plansjene (89.8 %), sekken (83.8 %), permen (78 %) og musikken (53.3 %).

De fleste barnehagene hadde brukt en eller flere av Henry-elementene en til fem ganger de siste 12 månedene.

Majoriteten av informantene (63.8 %) var helt enig i at veiledningspermen ga tilstrekkelig veiledning i bruk av Henry-opplegget.

Over 90 % av de barnehageansatte hadde brukt Henry-opplegget fordi det engasjerte barna. De ulike elementene i Henry-opplegget oppleves å engasjere barna i ulik grad, med Henry-dukken som det mest engasjerende elementet. Hele 94.4 % av respondentene var helt enig i at dukken engasjerte barna. Tilsvarende andeler for plansjene var 73.6 % og for sekken 69 %. Musikken opplevdes som mindre engasjerende. Kun 40.3 % av respondentene var helt enig i at musikken engasjerte barna. Det var en sterk positiv korrelasjon mellom hvor ofte musikken var blitt brukt, og i hvilken grad den engasjerte ($\rho = 0.737$, $p < 0.01$).

Aldersgruppe

Henry-opplegget ble i hovedsak brukt med de eldste barna i barnehagen. 81 % av barnehagene hadde brukt Henry-opplegget med barn i alderen 5-6 år. 69.9 % hadde brukt opplegget med 3-4 åringer, mens 34.5 % av barnehagene hadde brukt Henry-opplegget med barn under 3 år.

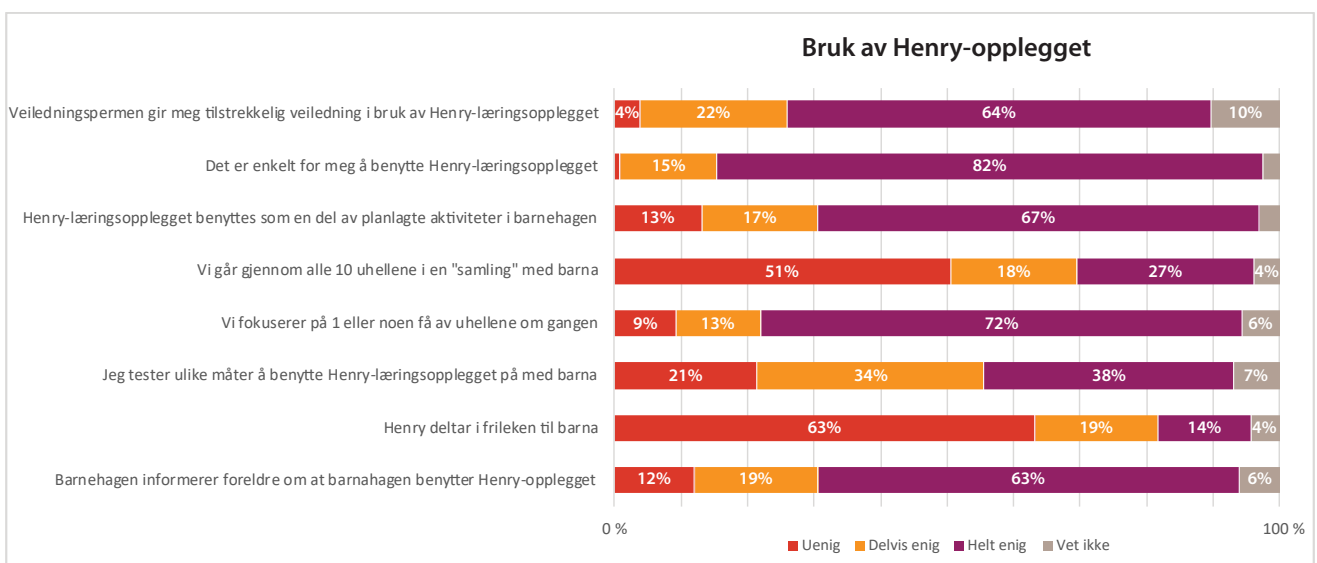
Brukssituasjoner

80.8 % av barnehagene brukte læringsopplegget i samlingsstunder.

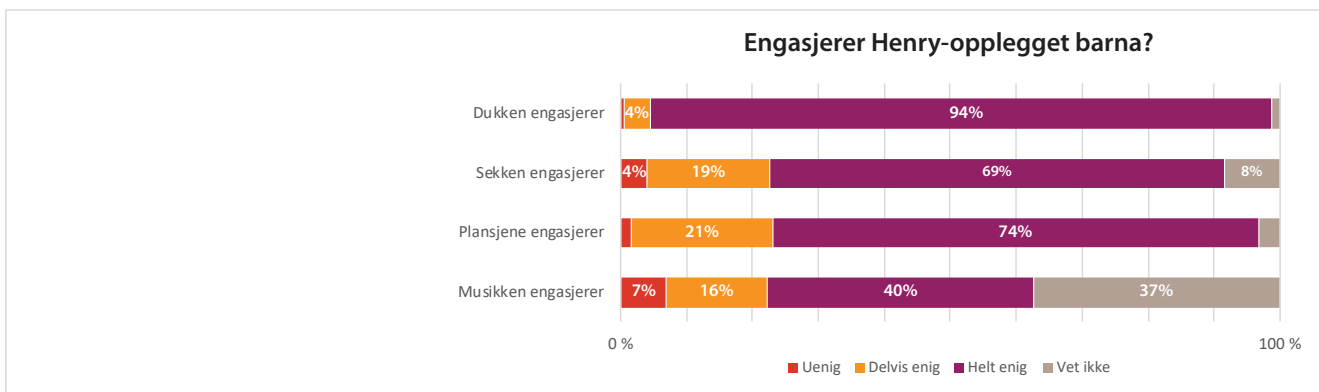
Mange barnehager hadde også egne Henry-stunder med barna (59.5 %) eller brukte Henry i førskolegrupper (52.2 %).

Henry ble også brukt hvis noen skadet seg (41.2%), og i noen grad var Henry med på turer (28.2 %).

De aller fleste barnehagene (72.4 %) fokuserte på en eller få skader av gangen i opplæringen. 26.6 % gikk gjennom alle 10 uhellene i Henry-opplegget i samme samling. 54.9 % av barnehagene brukte også Henry til å snakke om følelser.



Figur 8. Erfaringer og bruksmåter med Henry-opplegget



Figur 9. Engasjement knyttet til elementene i Henry-opplegget

Prøve førstehjelp selv

Mange av barna hadde fått anledning til å prøve førstehjelp selv i opplæringen, enten på Henry eller på hverandre.

48.4 % av respondentene svarte at barna hadde prøvd å rense skrubbsår eller kutt og 66.5 % at de hadde prøvd å sette på plaster. 55.4 % svarte at barna hadde prøvd å legge Henry eller andre i stabilt sideleie.

OPPLEVDE ENDRINGER ETTER BRUK AV HENRY-OPPLEGGET

Fokus på førstehjelp i barnehagen

Det varierer i hvilken grad det oppleves at det ble økt fokus på førstehjelp i barnehagen etter bruk av Henry-opplegget. 46.3 % av respondentene var helt enig i at det var økt fokus. 45.9 % av respondentene var delvis enig eller uenig i at det var økt fokus. 7.8 % visste ikke.

42.5 % (n = 250) av de barnehageansatte var helt enig i at Henry-opplegget har bidratt til mer førstehjelp som tema i barnas lek. 14.3 % var uenig, 38.1 % var delvis enig, 5.1 % visste ikke.

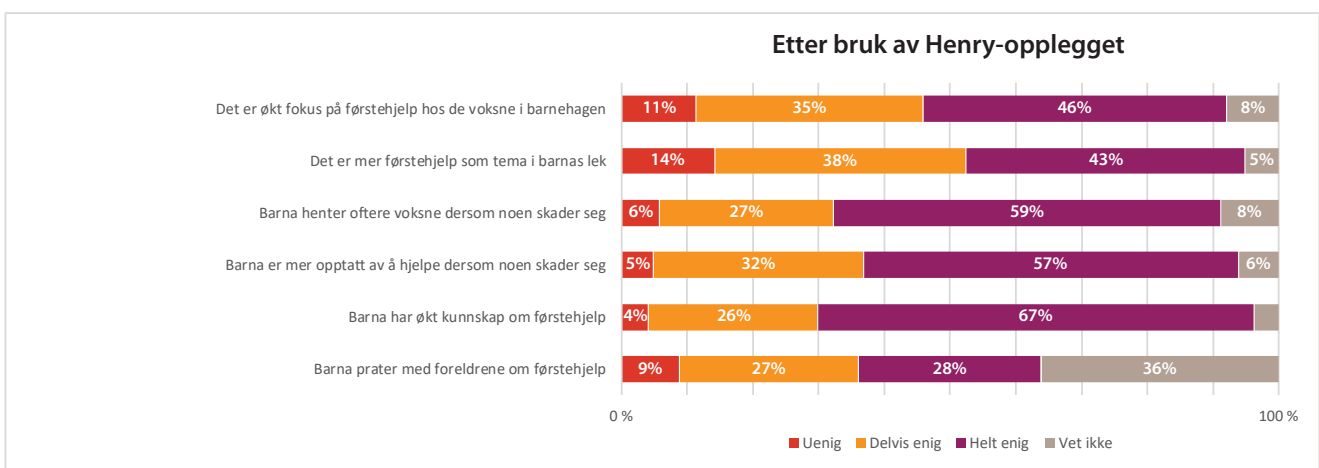
Barnas hjelpeadferd

De fleste av respondentene (59 %) mente at barna oftere enn før hentet voksne dersom noen skadet seg. 26.6 % var delvis enig, mens 5.8 % var uenig i at det var tilfelle at barna oftere enn før hentet voksne. 8.7 % sa de ikke visste.

57 % av respondentene var helt enig i at barna var mer opptatt av å hjelpe dersom noen skadet seg. 31.9 % var delvis enig, 4.9 % av respondentene var uenig i at barna var mer opptatt av å hjelpe etter bruk av Henry-opplegget, mens 6.1 % sa de ikke visste. De som mente barna oftere hentet voksne, mente også barna var mer opptatt av å hjelpe ($\rho = 0.655$, $p < 0.01$).

Førstehjelpskunnskap

66.5 % av respondentene var helt enig i at barna hadde økt sin kunnskap om førstehjelp. 25.7 % var delvis enig, mens 4.1 % var uenig i at barna hadde økt kunnskap. 3.7 % visste ikke om barna hadde økt sin førstehjelpskunnskap.



Figur 10. Opplevde endringer etter bruk av Henry-opplegget

Involvering av foreldre

De aller fleste barnehagene informerte foreldrene om at de benyttet Henry-opplegget i førstehjelpsopplæring. 63,4 % av respondentene var helt enig, mens 6,6 % av barnehagene informerte ikke foreldrene om førstehjelpsopplæringen.

I hvilken grad barna snakket om førstehjelp hjemme er mer uvisst. Hele 36,2 % av respondentene sa de ikke visste. 27,7 % var helt enig i at barna hadde pratet med sine foreldre om førstehjelp. 27,3 % var delvis enig, mens 8,8 % av respondentene var uenige i at barna hadde snakket med foreldrene om førstehjelp.

ANDRE KOMMENTARER

Respondentene fikk mulighet til å legge igjen kommentarer på slutten av undersøkelsen. Kommentarene som kom inn var stort sett positive tilbakemeldinger om Henry-opplegget, men det kom også noen forslag til forbedringer. Noen savnet enklere tilgang til musikken som følger med opplegget. De som begynte å bruke Henry-opplegget tidlig, fikk i sin tid musikken på CD. Det formatet er lite i bruk i dag, og musikken distribueres derfor nå på en USB-minnepenn. Musikken er også tilgjengelig på ulike strømmetjenester som Youtube, Spotify og Apple Music. Vi vet ikke hvor kjent dette er ute i barnehagene.

Andre kommenterte at de hadde slitt ut sitt Henry-sett og ønsker et «delelager» hvor dukker og andre elementer kan bestilles fra nettsiden. Flere ønsket plansjene i mindre størrelse slik at de enkelt kunne ta disse med på turer.

«Et flott opplegg som fanger barna og hjelper oss voksne til å lære bort. Barna får god trening i å vise empati.»

«Veldig fint, enkelt, lærerikt og barnevennlig førstehjelpsopplegg for barn i barnehage.»

«Vi setter stor pris på Henry og samtlige ansatte er fornøyde med opplegget. Det skaper glede hos personalet som opplever at det kan gi barna en god opplæring, og også kan lære noe selv. Hos barna er det stort engasjement, de er kunnskapsrike og aktive, og snakker mer om førstehjelp i hverdagen.»

Figur 11. Kommentarer fra spørreundersøkelsen



4.2 RESULTATER FRA BARNEINTERVJUENE

I analysen av barneintervjuene har vi undersøkt effekter av opplæring med Henry-opplegget ved å sammenligne barns førstehjelpskunnskaper før og etter opplæring. En gruppe barn som allerede hadde fått opplæring fungerer som et referansegrunnlag.

Resultatene er basert på 142 intervjuer av totalt 92 barn i alderen 4–6 år, 43 gutter (46 %) og 49 jenter (53 %). Gjennomsnittsalderen var 5 år.

Intervensjonsgruppen (n = 50) ble intervjuet to ganger, en gang før og en gang etter opplæring med Henry-opplegget.

Det var i hovedsak ansatte i barnehagene som stod for opplæringen av barna i intervensjonsgruppen. I en barnehage ble opplæringen gjennomført av en helsesykepleier. Det ble ikke lagt noen føringer for hvordan opplæringen skulle foregå. Grunnen til det var at veilederen til Henry-opplegget ikke er spesifikk på hvordan opplegget skal brukes, og vår evaluering skulle gjenspeile variasjonen i mulige måter å gjennomføre opplegget på.

Referansegruppen (n = 42) ble intervjuet en gang og bestod av barn i barnehager som hadde brukt Henry-opplegget i løpet av 12 siste måneder.

KJENNSKAP TIL RØDE KORS

Ved pre-testen sa 60 % av barna i intervensjonsgruppen at de hadde sett Røde Kors-logoen før. Tilsvarende andel var 84 % i post-testen og 67 % i referansegruppen.

Av de som hadde sett logoen før, sa 56 % av barna i pre-testen at den var helserelatert, f. eks sykehus, legevakt, legekantor eller ambulanse. Ved post-testen var andelen barn som svarte det samme økt til 78 %. I

referansegruppen var det 55 % som svarte at logoen handlet om sykehus eller annet relatert til helse.

Kun ett barn fra referansegruppen, og ingen fra intervensjonsgruppen svarte eksplisitt at logoen tilhørte Røde Kors.

SAMLET KUNNSKAP OM FØRSTEHJELP

Totalscore for vise omsorg, skaffe hjelp og behandle

Ser vi på totalscoren for barnas førstehjelpskunnskap, finner vi en signifikant økning fra pre-test til post-test (t (43) = 8.878, p < 0.001). Effektstørrelsen beregnet med Cohen's d = 1.32 indikerer en meget stor effekt.

Sammenligner vi intervensjonsgruppen med referansegruppen, finner vi at referansegruppen hadde signifikant høyere score enn intervensjonsgruppen ved pre-testen (t (73) = 4.866, p < 0.001). Forskjellen mellom referansegruppen og intervensjonsgruppen ved post-test var derimot ikke signifikant.

Bruk av Henry og Henriette i intervjuene

For intervensjonsgruppen ved post-testen fant vi at barna som ble vist bilder av Henry (n = 33) hadde en lavere score (M = 4.58, SD = 0.71) enn barna som ble vist bilder av Henriette (n = 17) (M = 5.00, SD = 0.00). Forskjellen er signifikant (p = 0.018).

For referansegruppen fant vi at barna som ble vist bilder av Henry (n = 22) hadde en score på (M = 4.06, SD = 0.68), mens barna som ble vist bilder av Henriette (n = 22) hadde en score på (M = 4.09, SD = 1.06). Forskjellen er ikke signifikant.

Resultatene for begge gruppene tyder på at det ikke var noen gjenkjennelseeffekt relatert til om vi brukte bildene med Henry eller ikke. Resultatene kan således tilskrives læring.

Score	Intervensjonsgruppe						Referansegruppe		
	PRE-test			POST-test			Mean	SD	Laveste - Høyeste
	Mean	SD	Laveste - Høyeste	Mean	SD	Laveste - Høyeste			
Gjenkjennelse av situasjoner (0-5)	3.10	0.88	0-5	4.72	0.61	2-5	4.08	0.91	2-5
Totalscore - vise omsorg, hente voksne og behandle (0-17)	2.91	1.70	0-8	6.78	2.81	2-15	6.13	3.35	1-15
Vise omsorg (0-7)	0.30	0.46	0-1	1.67	1.37	0-4	1.21	1.32	0-4
Hente voksne (0-4)	0.32	0.74	0-4	1.63	1.38	0-4	1.55	1.55	0-4
Behandle (0-7)	1.59	0.87	0-3	2.66	1.31	0-6	2.41	1.32	0-5

Tabell 5. Score (mean, standardavvik og laveste-høyeste) i PRE-test, POST-test og intervensjonsgruppe

VISE OMSORG

Det var en signifikant økning i barnas bevissthet om å vise omsorg (spørre og trøste) fra pre-test til post-test, ($t(41) = 7.469, p < 0.001$). Effektstørrelsen målt med Cohen's $d = 1.14$ indikerer en stor læringseffekt.

Referansegruppen hadde signifikant høyere score enn intervensjonsgruppa ved pre-testen ($t(70) = 3.546, p < 0.01$). Forskjellen mellom referansegruppen og intervensjonsgruppen ved post-test var ikke signifikant.

SKAFFE HJELP

Hente voksne

Barnas svar tyder på en langt større bevissthet om å si fra til voksne hvis noen har skadet seg ved post-testen sammenlignet med pre-test. Ser vi på alle typer skader samlet var det en signifikant endring fra pre-test til post-test, ($t(42) = 5,902, p < 0.001$). Effektstørrelsen Cohen's $d = 0.89$ indikerer en stor endring fra pre- til post-målingene for intervensjonsgruppen.

Referansegruppen hadde signifikant høyere score enn intervensjonsgruppen ved pre-testen ($t(71) = 3.999, p < 0.001$). Forskjellen mellom referansegruppen og intervensjonsgruppen ved post-test var ikke signifikant.

Kontakte medisinsk hjelp

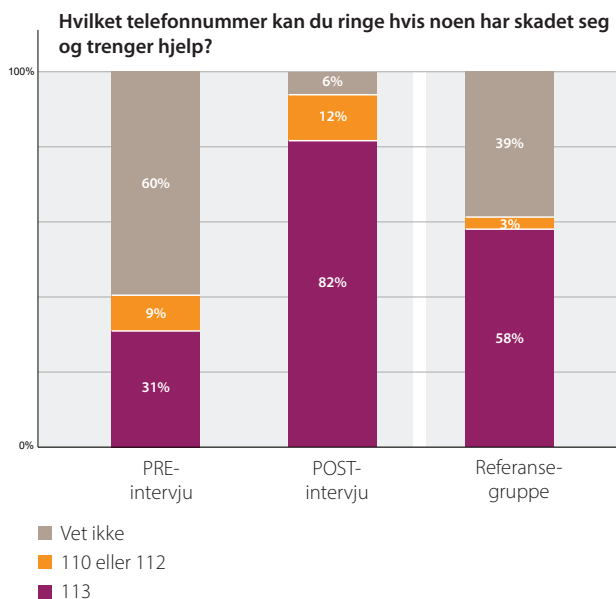
Vi fant ikke signifikante forskjeller mellom pre-test og post-test for intervensjonsgruppen når det gjaldt i hvilken grad barna ville ringe 113 eller kontakte annen medisinsk hjelp, når noen hadde satt noe i halsen eller når noen hadde besvimt (kritiske skader). Det var heller ikke signifikante forskjeller mellom referansegruppen og intervensjonsgruppen verken ved pre-test eller post-test.

Det er derimot en tydelig forskjell mellom i hvilken grad barna i intervensjonsgruppen ville kontakte medisinsk hjelp eller ringe 113 når noen hadde satt noe i halsen eller besvimt (kritisk), sammenlignet med når noen hadde kuttet seg eller brent seg (mindre kritisk). De ville ringe 113 oftere når noen hadde satt et fremmedlegeme i halsen eller besvimt. Det gjaldt både ved pre-test ($t(42) = 3.098, p = 0.03$) og ved post-test ($t(48) = 4.086, p < 0.01$).

Også barna i referansegruppen ville kontakte medisinsk hjelp oftere ved kritiske skader, sammenlignet med mindre kritiske ($t(29) = 2.149, p = 0.04$).

Kjennskap til medisinsk nødnummer

Det var i intervensjonsgruppen en klar økning av barn som kunne nødnummeret 113 fra pre-test til post-test. Andelen barn som kunne nødnummeret 113 har økt



Figur 12. Prosentvis fordeling av barnas svar på hvor de kan ringe hvis noen har skadet seg og trenger hjelp

fra 31 % til 82 %. I referansegruppen kunne 58 % av barna gjengi nummeret.

Wilcoxon signed rank test ga en Z-verdi på 4.786, $p < 0.001$ på forskjellen mellom fordelingene ved pre- og post-testene av intervensjonsgruppen. Effektstørrelsen $r = 0.775$ tyder på en stor endring fra pre- til post-målingene.

BEHANDLING AV SKADENE

Kutt

Vi fant en liten endring i kunnskap fra pre-test til post-test for intervensjonsgruppen når det gjelder behandling av kutt (rense og plastre), men denne forskjellen er ikke signifikant. Det var heller ingen signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og referansegruppen ved pre-test, eller mellom intervensjonsgruppen og referansegruppen ved post-test. Barna i intervensjonsgruppen var imidlertid mer bevisst på å rense såret ved post-test sammenlignet med pre-test ($t(47) = 3.675, p < 0.001$).

Brannså

Den anbefalte behandlingen ved brannså er nedkjøling av såret. Resultatene tyder på at barna hadde bedre kunnskap om behandling av brannså ved post-test sammenlignet med pre-test. Forskjellen er signifikant ($t(43) = 4.346, p < 0.001$). Cohen's $d = 0.63$ indikerer en moderat til stor effekt.

Sammenligner vi intervensjonsgruppen ved pre-test med referansegruppen finner vi en liten forskjell i favør av referansegruppen, men forskjellen er ikke signifikant. Forskjellen mellom referansegruppen og post-test er heller ikke signifikant.

Satt noe i halsen

Vi finner en signifikant forskjell mellom pre-test og post-test for intervensjonsgruppen når det gjelder kunnskap om hva man bør gjøre når noen har satt noe i halsen ($t(43) = 2.23, p < 0.031$). Cohen's $d = 0.37$ indikerer en moderat effekt.

Forskjellen er noe mindre mellom intervensjonsgruppen ved pre-test og referansegruppen, men den er ikke signifikant på 5 % nivå ($p < 0.084$). Intervensjonsgruppen ved post-test og referansegruppen hadde tilnærmet like resultater.

Bevisstløshet

For intervensjonsgruppen var det en markant endring i kunnskap fra pre-test til post-test om hvordan en kan behandle personer som har besvimt ($t(44) = 4.51, p < 0.001$). Cohen's $d = 0.67$ indikerer en moderat til stor effekt.

Sammenligner vi intervensjonsgruppens kunnskap ved pre-test med referansegruppen finner vi en signifikant forskjell ($t(76) = 2.226, p < 0.03$) i favør av referansegruppen.

Ved post-test hadde imidlertid barna i intervensjonsgruppen mer kunnskap enn referansegruppen ($t(77.494) = 2.188, p < 0.032$).

Samlet behandling av skader

Ser vi på totalscoren for kunnskap om behandling av de fire skadene, har det skjedd en positiv utvikling

fra pre-test til post-test i intervensjonsgruppen. Forskjellen er signifikant ($t(85) = 4.806, p < 0.001$). Cohen's $d = 1.00$ indikerer en stor læringseffekt.

Referansegruppen hadde mer kunnskap enn intervensjonsgruppen ved pre-testen ($t(44) = 2.953, p < 0.005$). Ved post-test var forskjellen mellom intervensjonsgruppen og referansegruppen utjevnet og ikke signifikant.

SITUASJONSFORSTÅELSE

Gjenkjenne skadesituasjoner

Et viktig element knyttet til førstehjelp er i hvilken grad barna kan oppfatte en gitt situasjon og foreta en vurdering av hva de kan gjøre i denne situasjonen.

Resultatene viser en klar økning i korrekte beskrivelser av skadesituasjonene fra pre-test til post-test for intervensjonsgruppen, ($t(49) = 12.4, p < 0.001$). Cohen's $d = 1.75$ indikerer en meget stor effekt.

I sin beskrivelse av hva som hadde skjedd, hadde referansegruppen en signifikant høyere score enn intervensjonsgruppen ved pre-test ($t(86) = 5.05, p < 0.001$), mens ved post-testen hadde intervensjonsgruppen signifikant høyere score enn referansegruppen ($t(86) = 3.75, p < 0.001$).

Det er spesielt bildene hvor Henry har satt noe fast i halsen og hvor Henry har besvimt at vi finner de største forskjellene mellom pre- og post-målingene i intervensjonsgruppen. I situasjonen hvor Henry har fått et kutt var det en signifikant endring fra pre- til post-test ($p = 0.024$), men Cohen's $d = 0.33$ betyr kun en liten til moderat endring.

Når det gjelder situasjonene med brannså, og situasjonen hvor Henry har mistet en is, er det ikke noen signifikante forskjeller mellom pre- og post-målingene.

Score for behandling av skader	Intervensjonsgruppe			Intervensjonsgruppe			Referansegruppe		
	PRE-test			POST-test			M	SD	Laveste - Høyeste
M	SD	Laveste - Høyeste	M	SD	Laveste - Høyeste				
Kutt	1.04	0.46	0-2	1.14	0.67	0-2	1.26	0.66	0-2
Brannså	0.33	0.47	0-1	0.69	0.48	0-1	0.50	0.51	0-1
Satt noe i halsen	0.18	0.39	0-1	0.36	0.53	0-2	1.36	0.49	0-1
Bevisstløshet	0.02	0.15	0-1	0.49	0.72	0-2	0.18	0.39	0-1
Totalscore for alle skader	1.59	0.87	0-3	2.66	1.31	0-6	2.41	1.32	0-5

Tabell 6. Score for behandling av skader (mean, standardavvik og laveste-høyeste) i PRE-test, POST-test og intervensjonsgruppe

Rangering av farlighet

I intervensjonsgruppen rangerte flest barn det å miste is som den minst farlige situasjonen, både i pre- og post-test. Det samme gjaldt i referansegruppen.

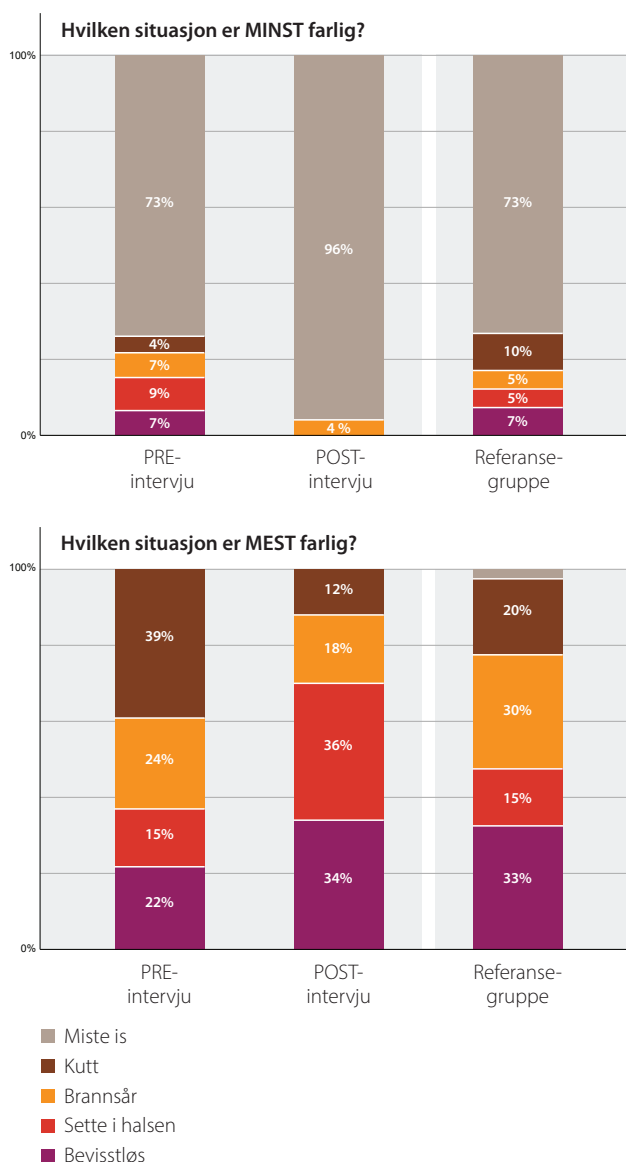
Når det gjelder rangeringen av hvilke skader som var mest farlige, ser vi at flere barn vurderte det å sette noe i halsen eller bevisstløshet som mest farlig ved post-testen sammenlignet med pre-testen i intervensjonsgruppen.

I tillegg til å rangere bildene, kommenterte noen barn at de mindre alvorlige skadene på bildene også kunne kreve medisinsk behandling dersom de hadde vært større. For eksempel «hvis kuttet er stort så må vi sy», eller «hvis brannsåret er veldig alvorlig, så må vi ringe 113 med en gang».

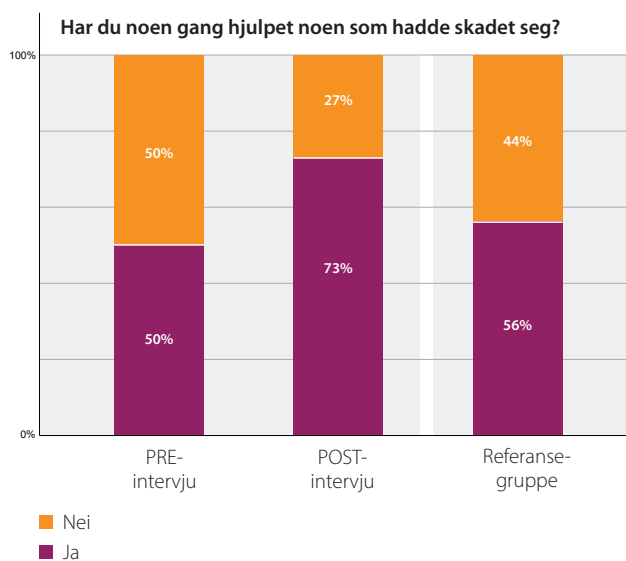
GJORT FØRSTEHJELP SELV

Barna ble spurt om de selv hadde bidratt med førstehjelp. For intervensjonsgruppen ved pre-testen var det like mange barn som sa de selv hadde hjulpet, som sa de ikke hadde hjulpet. Ved post-testen hadde andelen barn som selv sa de hadde hjulpet økt. Forskjellen var signifikant ($t(2.751, p = 0.009)$). Cohen's $d = 0.46$ hvilket indikerer en moderat endring. Barn som hadde hjulpet ved pre-test hadde også hjulpet ved post-test ($r = 0.482, p = 0.003$), men flere barn hadde bidratt med førstehjelp.

Hovedsakelig handlet barnas førstehjelpsbidrag om å hente voksne eller trøste noen som hadde skadet seg (skrubbsår, fall ol).



Figur 13. Prosentvis fordeling av barnas rangering av hvor farlige situasjonene er



Figur 14. Prosentvis fordeling av barnas svar på om de selv har hjulpet noen med førstehjelp

4.3 UTFORDRINGER OG BEGRENSNINGER VED EVALUERINGEN

Vi kan ikke med sikkerhet si at de effektene vi har funnet kun skyldes førstehjelpsopplæringen med Henry-opplegget. Andre forhold kan spille inn, for eksempel naturlig modning. Det var en metodisk utfordring å evaluere effekten av Henry-opplegget. Veilederen beskriver ingen bestemt måte å gjennomføre opplæringen på. Det kan derfor være store variasjoner i hvor ofte og hvordan den enkelte barnehage hadde gjennomført opplæringen. Noen barnehager har hatt en enkelt «Henry-dag», mens andre har spredt opplæringen i mindre porsjoner over et lengre tidsrom. I tillegg vet vi ikke om barnehagene har vært gjennom alle de ti uhellene i Henry-opplegget.

For å kunne si noe helt sikkert om det, altså isolere effektene av opplæringen til Henry-opplegget alene, måtte opplæringen ha blitt gjennomført på så lik måte som mulig i alle barnehagene. Det ville i så fall stride med intensjonen med Henry-opplegget, hvor det er lagt opp til stor grad av fleksibilitet. Veilederen (permen) legger opp til at de forskjellige elementene i

opplegget kan brukes på en måte som best passer for den enkelte barnehage.

Det er mulig å gjennomføre nøye kontrollerte eksperimentelle design, men det er lite trolig at barnehagene vil følge strukturerte undervisningsopplegg i detalj. En av styrkene til Henry-opplegget synes nettopp å være fleksibiliteten i bruken. Ønsket om å i minst mulig grad påvirke barnehagene satte begrensninger om metodisk korrekthet ved forskningsdesignet.

Vi har ikke kartlagt hvor mange barnehager som ikke bruker opplegget, og eventuelt hvorfor de ikke bruker det. Vi kan derfor ikke si noe om hvor mange barnehager totalt i Norge som benytter opplegget. I forkant av utsendelsen av spørreundersøkelsen forelå det ikke en oppdatert oversikt over kontaktinformasjon til barnehager som hadde mottatt Henry-opplegget. Kontaktinformasjonen ble hentet gjennom Utdanningsdirektoratet. Barnehagene er selv ansvarlige for at kontaktinformasjonen er riktig, og denne synkroniseres jevnlig mot Brønnøysundregistrene og Nasjonalt barnehageregister. Vi fikk rundt 150 meldinger om feil e-postadresse, noe som tyder på at ikke alle barnehager oppdaterer sine opplysninger i registrene.



5. SAMMENDRAG AV HOVEDFUNN

5.1 BRUKSMØNSTER OG ERFARINGER MED HENRY-OPPLEGGET

Det var stor grad av enighet blant de barnehageansatte om at opplæring i førstehjelp til barn yngre enn 6 år er viktig. Det var også stor grad av enighet i at både barnehagen og foreldrene har et ansvar for slik opplæring. I langt mindre grad ble Røde Kors vurdert som en aktør med ansvar for førstehjelpsopplæring av barna.

Generelt var barnehageansatte meget godt fornøyd med Henry-opplegget slik det er utformet. De ansatte i barnehagene likte det og opplevde at opplegget, spesielt dukken og plansjene, engasjerte barna. De opplevde Henry-opplegget som enkelt å bruke, og mente veiledningspermen ga tilstrekkelig informasjon til at de lett kunne ta læringsopplegget i bruk.

Til tross for stor enighet om at førstehjelpsopplæring for barn er viktig, hadde kun rundt halvparten av barnehagene i undersøkelsen satt førstehjelpsopplæring på barnehagens årshjul. Selv om mange barnehager vurderer førstehjelp som viktig, er det dermed en viss risiko for at førstehjelp som tema nedprioriteres i konkurranse med andre tema. Det betyr mindre førstehjelpskunnskap både hos det enkelte barn, men også i en større samfunnsmessig sammenheng.

Hjelpeatferd handler om å gi støtte eller fordeler til en annen person, for eksempel ved å dele med eller gi noe til andre. Mer enn halvparten av de barnehageansatte mente i stor grad at barna var mer opptatt av å hjelpe dersom noen skadet seg etter bruk av Henry-opplegget. De fleste av respondentene i barnehageundersøkelsen mente også at barna oftere enn før hentet voksne dersom noen skadet seg. Det var en sterk sammenheng mellom bevisstheten om å hente voksne og å hjelpe ($\rho = 0.655$, $p < 0.01$).

5.2 EFFEKTER AV OPPLÆRING MED HENRY-OPPLEGGET

Effektiv førstehjelpsopplæring er definert som «tiltak som øker personers kunnskap, ferdigheter, selvsikkerhet og villighet til å gjennomføre førstehjelp» (IFRC, 2016). I denne studien har vi primært testet barnas kunnskaper om førstehjelp, inkludert gjenkjennelse av skadesituasjoner. Vi har ikke undersøkt barnas selvsikkerhet og villighet til å gjennomføre førstehjelp.

Resultatene viser at barna ble bedre til å kjenne igjen skadesituasjoner, og flinkere til å foreslå adekvat

behandling til hver enkelt skade etter bruk av Henry-opplegget. Barna ble også bedre til å vurdere alvorlighetsgraden av forskjellige skader, og ga en mer korrekt vurdering av ved hvilke typer skade en har behov for medisinsk hjelp. Vi fant også at langt flere barn kunne nødnummeret 113 etter opplæring.

Selv om barnehagene har gjennomført opplæringen av barna på forskjellige måter, kan vi finne igjen de tre stegene spørre, hente voksne og hjelpe. Blant annet fant vi at barna i intervensjonsgruppen ved post-test og barna i referansegruppen, langt oftere sa at de ville hente en voksen hvis noen hadde skadet seg sammenlignet med intervensjonsgruppen ved pre-test.

Intervjuene av barna indikerte også større grad av omsorg i den forstand at barna som hadde fått opplæring oftere ville spørre og trøste, sammenlignet med intervensjonsgruppen ved pre-test. Det gjelder både barna i referansegruppen og barna i intervensjonsgruppen ved post-målingen.

Resultatene viser at barna i intervensjonsgruppen ved post-testen var blitt langt flinkere til å gjenkjenne ulike typer skader sammenlignet med pre-testen. Ved post-testen er de også bedre enn referansegruppen. Det kan tyde på en glemselseffekt for barna i referansegruppen, noe som indikerer behov for vedlikehold og jevnlig repetisjoner av førstehjelpskunnskapene. Denne effekten er i tråd med studier hvor barnas kunnskaper er målt ved flere anledninger, der en fant at kunnskapene avtok over tid (Banfai et al., 2018).

Det er imidlertid vanskelig å vurdere i hvilken grad endringer i hjelpevilje utelukkende skyldes bruk av Henry-opplegget. Det er mulig og sannsynlig at barnehagene har andre programmer eller prosjekter som kan ha betydning for barns hjelpevilje. Barn er av natur ganske hjelpsomme (Eisenberg, 1992) uavhengig av Henry eller andre opplegg. Barn i alderen 3 til 4 år kan hjelpe andre, forutsatt at de kan kjenne igjen situasjoner der det er behov for hjelp (Pearl, 1985).

Selv om det er få alvorlige skader i norske barnehager, rettes det likevel økt oppmerksomhet mot forebygging av skader ved tilsyn og utforming av lekemiljøer som reduserer risikoen for skader.

Det fremstår som noe motsetningsfylt at samtidig som barnehagen skal ivareta barnas sikkerhet, skal den også ivareta barnas behov for spenning og utfordring. Dette har medført en bekymring for at stor grad av overbeskyttelse kan være angstskapende (Sandseter og Sando, 2016).

Opplæring i førstehjelp for barnehagebarn kan være et relevant bidrag for å styrke barnas kunnskap, både for å ivareta egen sikkerhet, men også som ressurs

hvis andre skader seg. Ferdigheter som å gjenkjenne skadesituasjoner og varsle voksne, kan ha avgjørende betydning om et uhell skulle skje. Ideen om at selv små barn kan ta ansvar, vise omsorg og hente hjelp, er en viktig del av Henry-opplegget.

Selv om det var metodiske svakheter ved denne evalueringen, tyder resultatene på at «Henry – Førstehjelp for barnehagebarn» har hatt en god effekt på barnas førstehjelpkunnskaper. Effektstørrelsene vi fant for intervensjonsgruppen var gjennomgående store på viktige områder (eg. Cohen's $d > 0.8$). Det gjaldt gjenkjenning av skadesituasjoner ($d = 1.75$), omsorg ($d = 1.14$), skaffe hjelp ($d = 0.89$) og behandling av skader ($d = 1.00$). Totaleffekten av endringene på disse områdene er $d = 1.32$. Dette er i tråd med barnehageansattes oppfatning av at barna var blitt mer opptatt av å hjelpe, og at de oftere varslet de voksne.



6. KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Det er en tydelig oppfatning blant barnehageansatte at opplæring i førstehjelp til barna er viktig. Mange barnehager benytter «Henry – Førstehjelp for barnehagebarn» i dag, og tilbakemeldingene tyder på at opplegget oppleves som et godt materiell til opplæring av barn i førskolealder. Det uttrykkes stor grad av entusiasme blant de barnehageansatte knyttet til Henry-opplegget. At barnehagene har tilgang til slikt materiell, er en viktig forutsetning for å oppfylle resultatmålet i strategien «Sammen redder vi liv» om en livslang læring i livreddende førstehjelp.

Våre undersøkelser viser at bruk av Henry-opplegget har gitt betydelige læringseffekter for barna. De ansatte i barnehagene mener at opplegget er lett å ta i bruk og at det engasjerer barna. En grunn til det siste kan være at skadene som inngår i læringsopplegget er relevante i barnas hverdag.

Fagområdene i rammeplanen skal gjenspeile områder som har interesse og egenverdi for barn i barnehagealder og skal bidra til å fremme trivsel, allsidig utvikling og helse. Barnehagen skal bidra til at barna blir kjent med kroppen sin og utvikler bevissthet om egne og andres grenser. Kunnskap om førstehjelp er et sentralt tema i en slik sammenheng, og Henry-opplegget kan være et viktig bidrag innen flere fagområder i rammeplanen for barnehager.

Personalet i barnehager skal kjenne til og praktisere nasjonale føringer for helsefremmende og forebyggende tiltak som gjelder barn, for eksempel «Sammen redder vi liv». Skal målene i denne strategien nås, er det nødvendig at barnehagene har tilgang til et

opplæringsopplegg for førstehjelp. Så vidt vi vet finnes det per i dag ingen alternativer til Henry-opplegget for førstehjelpsopplæring i barnehager.

Det synes behov for å øke barnehagenes bevissthet om nytteverdien av å kunne førstehjelp, både for det enkelte barn, men også i en større samfunnsmessig betydning. Det er en fare for at førstehjelpskunnskapen glemmes hvis den ikke brukes jevnlig. Det er ikke nødvendigvis bare kvaliteten på et produkt som avgjør om brukeren benytter det. Selv om drøyt halvparten av barnehagene hadde førstehjelp som tema i sine pedagogiske planer eller årshjul, er det også mange som fortsatt ikke har det.

Flere har kommentert at de ønsker tilbud om opplæring i Henry-opplegget. Vår undersøkelse tyder på at det har vært relativt lite kontakt mellom barnehagene og Røde Kors. Vi fant også at det var lite kjennskap til Røde Kors blant barna. Det gjaldt intervensjonsgruppen både før og etter opplæring, samt referansegruppen.

Førstehjelpskunnskaper er obligatorisk for voksne i barnehagen, og de skal jevnlig oppdateres. Det kan være en ide å ta Henry-opplegget inn som en del av førstehjelpsopplæringen for de voksne.

Det anbefales at Røde Kors viderefører arbeidet med «Henry – Førstehjelp for barnehagebarn» og styrker sin markedsføring av læringsopplegget og oppfølging av barnehagene. Markedsføringen kan også rettes mot andre målgrupper som helsesykepleiere, fagarbeiderutdanning i videregående skoler og sykepleierutdanning.



7. REFERANSER

Ammirati C., Gagnayre R., Amsallem C. et.al. (2014): Are schoolteachers able to teach first aid to children younger than 6 years? A comparative study. *BMJ Open* 2014;4: e005848. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005848.

Bánfai, B., Pék, E., Pandur, A., et al (2017): 'The year of first aid': effectiveness of a 3-day first aid programme for 7-14-year-old primary school children. *Emergency Medicine Journal* 2017; 34:526-532.

Bánfai, B., Pandur, A., Schiszler, B., Pék, E., Radnai, B., Bánfai-Csonka, H., & Betlehem, J. (2018): Little lifesavers: Can we start first aid education in kindergarten? – A longitudinal cohort study. *Health Education Journal*, 77(8), 1007–1017. <https://doi.org/10.1177/0017896918786017>.

Bernardo, L.M, Doyle, C. & Bryn, S. (2002). Basic Emergency Lifesaving Skills (BELS): A framework for teaching skills to children and adolescents, *International Journal of Trauma Nursing*, Vol 8, Issue 2, 48-50. <https://doi.org/10.1067/mtn.2002.123027>.

Bollig, G., Wahl, H.A. og Svendsen, M.V. (2009): Primary school children are able to perform basic lifesaving first aid measures, *Resuscitation*, Volume 80, Issue 6, 2009, 689-692. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.03.012>.

Bollig, G., Myklebust, A. G., & Østringen, K. (2011): Effects of first aid training in the kindergarten - a pilot study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 19, 13. doi:10.1186/1757-7241-19-13.

Cohen, J.W. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edn.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

De Buck, E., Van Remoortel, H., Dieltjens, T., Verstraeten, H., Clarysse, M., Moens, O., & Vandekerckhove, P. (2015): Evidence-based educational pathway for the integration of first aid training in school curricula. *Resuscitation*, 94, 8-22. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.06.008.

Ellis, L. (2017): *A Literature Review of Potential Outcome Measures for Effective First Aid Education*. British Red Cross.

Eisenberg, N. (1992): *The Caring Child*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

He Z., Wynn P., Kendrick D. (2014): Non-resuscitative first-aid training for children and laypeople: a systematic review. *Emerg Med J* 2014; 31:763–768.

Helsedirektoratet (2018): Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander utenfor sykehus. IS-2702. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1424/Sammen%20redder%20vi%20liv%20-%20strategidokument%20IS-2702.pdf>.

Helsedirektoratet (2014): Miljø og helse i barnehagen. Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/419/Miljo-og-helse-i-barnehagen-Veileder-til-forskrift-om-miljorettet-helsevern-i-barnehager-og-skoler-IS-2072.pdf>.

IFRC. (2016): *International first aid and resuscitation guidelines*. Geneva.

Kunnskapsdepartementet (2017): Rammepplan for barnehagens innhold og oppgaver.

Løkken, G. og Søbstad, F. (2014): Observasjon og intervju i barnehagen. Oslo: Universitetsforlaget.

Melhuus, K., Siverts, H., Schmidt, M. & Enger, M. (2016): Barnehage- og skoleskader i Oslo 2015, Oslo Skadelegevakt. https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/skader-og-ulykker-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnlag/Barnehage-%20og%20skoleskader%20i%20Oslo%202015.pdf/_/attachment/inline/14b58140-445c-451a-a09f-7e1134b36e67:c3b2b2f311fc64236aa5c63c2a48cd2acc28d556/Barnehage-%20og%20skoleskader%20i%20Oslo%202015.pdf.

NOU 2015:17 Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet.

Pallant, J. (2013): SPSS Survival Manual (5th edn.). Open University Press, McGraw-Hill Education.

Pearl R. (1985): Children's Understanding of Others' Need for Help: Effects of Problem Explicitness and Type. *Child development*, 56, 735-745.

Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A.A., Branche, C., Rahman, F., Rivara, F. og Bartolomeos, K. (red.) (2008): World report on child injury prevention. World Health Organization.

Røde Kors: Røde Kors Førstehjelpsstrategi 2017-2020. (Internt dokument).

Sando, O.J., Sandseter, E.B.H., Pareliussen, I. og Egset, C.K. (2017): Injuries in Norwegian Early Childhood and Care (ECEC) Institutions. *Journal of Nordic Early Childhood Education Research*. VOL. 14(1), p. 1-15, 2016 ISSN 1890-916.

Sandseter, E.B.H., Sando, O.J., Pareliussen, I. og Egset, C.K. (2013): Kartlegging av hendelser og ulykker som medfører skade på barn i barnehage. Trondheim: Dronning Mauds Minne Høgskole for Barnehagelærerutdanning (DMMH). <http://hdl.handle.net/11250/2427379>.

Sandseter, E.B., & Sando, O.J. (2016): "We Don't Allow Children to Climb Trees" How a Focus on Safety Affects Norwegian Children's Play in Early-Childhood Education and Care Settings. *American Journal of Play*, vol 8, no 2.

8. VEDLEGG

KOMMENTAR TIL STATISTIKK

Effektstørrelsen Cohen's d er beregnet med formelen: $d = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{sd}$


Her er \bar{x}_1 gjennomsnitt ved posttesten mens \bar{x}_2 er gjennomsnitt ved pretest. Differansen deles på gjennomsnittlig standardavvik (sd) til utvalgene.

Effektstørrelsen r er beregnet med formelen: $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$

r-verdier over 0.5 regnes som stor effekt (Pallant, 2013).

INTERVJUGUIDE

Intervjuguide til evaluering av
Henry-Førstehjelp for barnehagebarn
Læringsgjøsemetode ved Universitetet i Stavanger i
samarbeid med Røde Kors og Laerdal Medical
2019



Barnehagenavn/organisasjonsnummer: _____
Dato for når barnehagen brukte Henry sist: _____
Dato for denne undersøkelsen: _____
Barnets kjønn: _____
Fødselsdato/aldre: _____
Kodenavn (barnehagen må ha oversikt): _____
Intervju-ID: _____

NB: Slå diktafonen av og på mellom opptakene, slik at hvert intervju får egen lydfil.

Informasjon til barna
Denne undersøkelsen handler om hva barn vet om førstehjelp. Det som skal skje nå er at jeg viser deg noen bilder av Henry/Henriette som har vært utsatt for noen uheld. Jeg vil vite hva du tenker om det.

1. Røde Kors logo
Har du sett dette merket før? Hva tror du du driver med?

2. Henry eller Henriette har fått et kutt
Hva tror du har skjedd her? Hva ville du gjort?
(Skaffe oversikt, spørre, få tak i hjelp, vaske, sette på plaster, trøste)

3. Henry eller Henriette gråter mistet is
(Skaffe oversikt, spørre, trøste)

4. Henry eller Henriette har fått brannskår
(Skaffe oversikt, spørre, få tak i hjelp, kjøle ned, trøste)

5. Henry eller Henriette har satt noe i halsen
(Skaffe oversikt, spørre, få tak i hjelp, få ut det som sitter fast (hoste, dunke i ryggen), trøste)

6. Henry eller Henriette er bevisstløs
Hva ville du gjort hvis noen har bevisst?
(Skaffe oversikt, spørre, få tak i hjelp, sjekke om hen puster, legge i stabilt sideleie, ring 113)

7. Vis alle kortene av Henry eller Henriette samlet. Hvordan vurderer barn farlighet av skader ved uheld?
Ranger bildene - start med de som er minst farlig/ulovlig (to det som er mest farlig som nummer 2 men legg det i andre enden?)

Hvilken er minst farlig? _____ Hvilken er mest farlig? _____

Vet du hvilket nummer du skal ringe hvis noen er skadet?
Er det noen av disse skadene det kunne vært aktuelt å ringe etter sykebil (113)?

8. Har du noen gang selv hjulpet noen som har skadet seg?
Hvis ja, hva skjedde?
Hva gjorde du da?
Brukte du førstehjelp?

9. Vet du om andre situasjoner (enn ved skader) der du kan hjelpe?
Andre ting...

10. Hjelper dere hverandre i barnehagen?
Eventuelt når, hva, hvordan hjelper dere hverandre?

Avslutningsvis
Takke. Gi plaster.
Intervusjon: Hvis du vil kan du få velge kodenavn. Jeg kommer tilbake senere for en ny prat. Er det greit?

Læringsgjøsemetode
Helsevitenskapelig høgskole
Universitetet i Stavanger

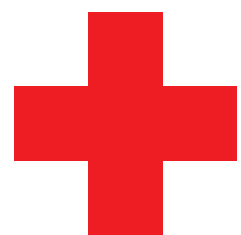
Røde Kors

Laerdal
Hjelping uten grenser

Læringsgjøsemetode
Helsevitenskapelig høgskole
Universitetet i Stavanger

Røde Kors

Laerdal
Hjelping uten grenser



Røde Kors

<https://www.rodekors.no/henry>

<https://www.facebook.com/HenryRodeKors/>