HELSESTASJONSTJENESTEN I OSLO

Jevnt over ser vi at helsestasjonene i Oslo over tid tilbyr flere konsultasjoner. En høyere andel får hjemmebesøk etter fødsel og tjenesten har bedre bemanning til å følge opp målgruppen 0–5 år. Samtidig varierer tjenestetilbudet mellom bydelene. Det kan gjøre det utfordrende å tilby likeverdige tjenester.

Ved hjelp av tilgjengelig statistikk ønsker vi å belyse noen forhold ved hvordan helsestasjonstjenesten i Oslo jobber med utgangspunkt i nasjonale anbefalinger til innhold i tjenesten. Tilgjengelig til det formålet har vi tall på antall konsultasjoner som gjennomføres, hjemmebesøk, årsverk og behovsdekning. Tallmaterialet er for perioden 2011–2016. Anbefalinger gjeldende for denne perioden er beskrevet i veileder til forskrift (Helsedirektoratet 2004). I 2017 ble veilederen erstattet med en ny nasjonal faglig retningslinje (Helsedirektoratet 2017). Samtidig revideres forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Ny retningslinje og revidert forskrift tydeliggjør anbefalingene til innhold for tjenesten. Det aktualiserer behovet for å analysere tjenestene, og kartlegge behovet for mer og bedre styringsinformasjon til det formålet.

Anbefalinger til innhold i tjenesten

I gjeldende forskrift[1] om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten står det i § 1-1 at formålet med tjenesten er å: *fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold,*

1 Forskrift av 03042003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=helsefremmende%20og%20forebyggende%20arbeid

SAMMENDRAG

Over tid er det blitt flere årsverk til å følge opp målgruppen til helsestasjonstjenesten. Samtidig er det flere barn mellom 0–5 år med innvandrerbakgrunn med antatt større behov enn befolkningen generelt. Det har også blitt flere helsesøsterårsverk per fødte i bydelene. Likevel varierer det hvor godt bemannet tjenesten er til å følge opp de fødte i tråd med anbefalingene i helsestasjonsprogrammet. Andelen nyfødte med hjemmebesøk av helsesøster har økt, men av ulike årsaker gjennomføres ikke hjemmebesøk for alle i målgruppen. Flere bydeler oppfyller krav til antall faste konsultasjoner, men innholdet i konsultasjonene samsvarer ennå ikke fullt ut med anbefalingene i ny retningslinje. Variasjon i tilbudet mellom bydeler kan gjøre det utfordrende å tilby likeverdige tjenester.

forebygge sykdommer og skade. Målgruppen for helsestasjonstjenesten er gravide og barn 0–5 år. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet omfatter helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser og vaksinasjoner, hjemmebesøk eller oppsøkende virksomhet, oppfølging av sped- og småbarn med spesielle behov, oppfølging av foreldre med behov for utvidet støtte og eventuelt videre henvisning.

Fram til 2017 var innholdet til tjenesten nærmere operasjonalisert i veileder til forskrift, og fra 2017 i nasjonal faglig retningslinje (Helsedirektoratet 2004; Helsedirektoratet 2017). Disse gir anbefalinger for alt innhold og personell som jobber i helsestasjonstjenesten, og inneholder blant annet et anbefalt program med faste konsultasjoner. Anbefalinger for oppfølging under svangerskapet og i barseltiden utdypes videre i egne retningslinjer (Helsedirektoratet 2005; Helsedirektoratet 2014). Anbefalingene til innhold i tjenesten skal bidra til tjenester av god kvalitet. Tjenesten skal dessuten være et lavterskeltilbud, lett tilgjengelig for alle i målgruppen. Tilgjengelighet avhenger av at det er tilstrekkelig antall ansatte i tjenesten (Helsedirektoratet 2004). Tilstrekkelig antall årsverk og kompetanse er også nødvendig for å kunne drive likeverdige, forsvarlige tjenester av god kvalitet.

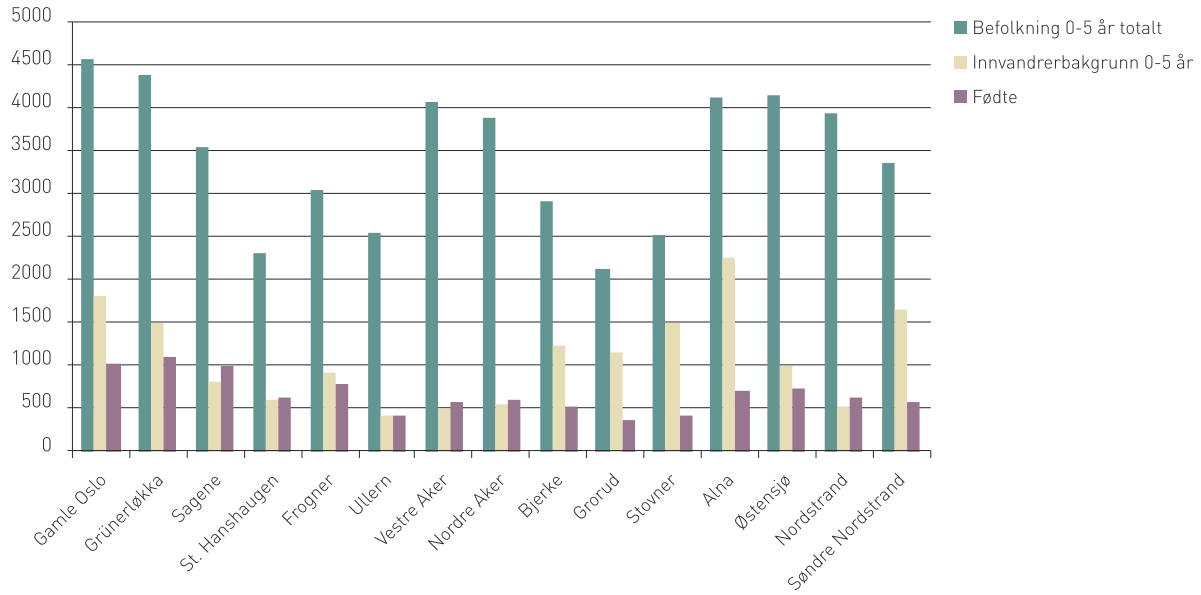
Ny faglig retningslinje fra 2017 tydeliggjør hvordan tjenestene bør være for å oppnå god praksis og dermed også forsvarlighet (Helsedirektoratet 2017). Målet med retningslinjen er å gi tydeligere føringer for innhold i helsestasjonstjenesten for blant annet å redusere uønsket variasjon i tilbudet.

Befolkningsgrunnlaget i Oslo

Behov og innhold i tjenestene varierer etter størrelse, alder og sosiale kjennetegn ved barnebefolkningen 0–5 år. For eksempel krever barn 0–1 år mye ressurser av tjenesten i form av oppfølging gjennom faste konsultasjoner. Lavinntekt i husholdninger er et annet kjennetegn ved befolkningen som sannsynliggjør et større behov for tjenester (Byrådsavdeling for finans 2018; Helsedirektoratet 2010). Lavinntekt skyldes ofte belastninger i familien eller gir familien belastinger som konsekvens av manglende inntekt. Derfor er lavinntekt et ofte brukt mål på sosial ulikhet, spesielt vedvarende lavinntekt.

Foto: Colourbox

Figur 1. Befolkning 0–5 år per 1.1.2017 og fødte gjennom 2016 fordelt på bydel. Antall.



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank/SSB

Statistikk fra Statistiske sentralbyrå (SSB) over andel barn 0–17 år som lever i husholdninger med vedvarende lavinntekt viser at andelen er høyest i sentrumsbydelene, særlig i Bydel Gamle Oslo, og i bydelene i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand.

I følge tall fra SSB er innvandrere overrepresentert blant familier med større behov for hjelp. Det er et annet kjennetegn ved befolkningen som utløser behov for personellressurser (Byrådsavdeling for finans 2018; Helsedirektoratet 2010). Familier med innvandrerbakgrunn trenger ofte tolk under konsultasjonene, som betyr at tjenesten må sette av mer tid og ressurser til det. Blant disse er det også en del som har behov for mer veiledning, støtte og oppfølging. De kan for eksempel ha behov for hjelp til å søke barnehageplass, behov for utvidet foreldreveiledning om samspill og grensesetting, kostholdsveiledning og/eller generell opplysning om helse, norsk kultur og samfunn. For familier med ytterligere hjelpebehov er det viktig at helsestasjonstjenesten samhandler med andre tjenester.

Sammensetningen av befolkningen 0–5 år har endret seg over tid, blant annet har andelen 0–5-åringer med innvandrerbakgrunn økt. Selv om andelene i bydelene i ytre vest og i bydelene Frogner og St. Hanshaugen fortsatt er relativt lave sammenlignet med de fleste andre bydeler, så er den prosentvise økningen fra 2009 i disse bydelene stor. Det kan bety at disse bydelene i større grad enn tidligere må tilrettelegge for en endret befolkningssammensetning og trekke lærdom av hva som gjøres i bydeler med høy innvandrerandel.

Ser vi på Oslo under ett er antall fødsler per år forholdsvis uendret over perioden 2008–2016. Bydelene Sagene og Grünerløkka skiller seg ut ved at antall fødsler i disse bydelene har økt med i overkant av 17 prosent fra 2008 til 2016.

Figur 1 viser størrelsen på helsestasjonens målgruppe, det vil si antall barn 0–5 år, i de ulike bydelene. I tillegg viser den den bydelsvise fordelingen av 0–5-åringer med innvandrerbakgrunn og antall fødte i 2016, to grupper som krever mye oppfølging og kompetanse i helsestasjonstjenesten. Den største barnebefolkningen 0–5 år finner vi i bydelene Gamle Oslo og Grünerløkka, tett etterfulgt av flere bydeler i ytre øst og vest. I 2016 ble det i Oslo født rundt 10 000 barn. Flest fødsler var det i bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene, med omlag 30 prosent av alle fødslene i Oslo. Flest barn med innvandrerbakgrunn bor i sentrumsbydelene Gamle Oslo og Grünerløkka, i bydeler i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand.

Det er også andre kjennetegn ved befolkningen som krever kompetanse og ressurser av tjenesten. I en kvalitativ intervjuundersøkelse blant helsesøstre i Oslo ble psykiske helseproblemer trukket fram som den største utfordringen i målgruppen

for helsestasjons- og skolehelsetjenesten uansett bydel (Helseetaten 2015). Her finnes det imidlertid ikke noe tallgrunnlag for å anslå utbredelsen av psykiske helseproblemer i Oslo.

Videre er det viktig å påpeke at tjenesten også skal ha tid til og fokus på å jobbe helsefremmende og forebyggende for hele målgruppen, og ikke bare opp mot de antatt vanskeligst stilte.

Bemanning i helsestasjonen

Grunnbemanningen i helsestasjonstjenesten for barn 0–5 år skal bestå av helsesøster, lege og jordmor. I tillegg bør tjenesten ha fysioterapeut som jobber med barn. Tjenesten kan også ha annet fagpersonell som psykolog, ergoterapeut og andre yrkesgrupper med pedagogisk, sosialfaglig, tverrfaglig eller tverrkulturell kompetanse. Det er fagpersonell som enten er ansatt i tjenesten eller som tjenesten har samarbeidsavtale med. Det skal være tilstrekkelig bemanning og nødvendig fagkompetanse til å gjennomføre konsultasjoner i tråd med retningslinjer (Helsedirektoratet 2017; Helsedirektoratet 2014; Helsedirektoratet 2005), og til å oppfylle krav regulert i helsepersonelloven[2] og helse- og omsorgstjenesteloven[3] om forsvarlighet og kvalitet i tjenesten.

Tabell 1 viser antall årsverk fordelt etter type personell i helsestasjonstjenesten for Oslo samlet over tid. Annet fagpersonell inkluderer personell med minimum treårig høyskoleutdanning og hjelpepersonell sekretærer, hjelpepleiere og assistenter. Vi mangler tall på sammensetningen av annet fagpersonell etter fagbakgrunn og type hjelpepersonell som er ansatt i helsestasjonstjenesten i bydelene.

Årsverk i alt til helsestasjon har økt med 20 prosent fra 2011 til 2016, fra 218 årsverk i 2011 til 261 årsverk i 2016. Samtidig har sammensetningen av årsverk etter fagbakgrunn endret seg noe. Antall årsverk av helsesøstre har økt mest, med 35 prosent, jordmødre med 32 prosent, barnefysioterapeuter med 27 prosent og legetjenester med i underkant av 5 prosent. Annet fagpersonell og hjelpepersonell har gått ned, med henholdsvis 18 og 13 prosent.

Befolkningsgrunnlag i forhold til bemanning

Et tilgjengelig, forsvarlig og likeverdig tilbud av god kvalitet forutsetter tilstrekkelig bemanning til å dekke behovet i bydelene. Til å vurdere om ressursbruk står i et rimelig forhold til behovet, analyserer vi variasjonen i antall innbyggere per årsverk mellom bydeler og over tid. For å forenkle presentasjonen ser vi utviklingen over tid gjennom to målepunkter, selv om det betyr at noen utviklingstrekk går tapt.

Helsedirektoratet har i utviklingsstrategien for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anslått hvor mange innbyggere i målgruppen et årsverk av ulike typer helsepersonell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan følge opp. Anslagene er basert på antatt tid som går med til å følge opp målgruppen i tråd med anbefalingene i helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet 2010). Disse forholdstallene er ikke retningsgivende, men kan være utgangspunkt for sammenligning mellom bydelene og seg selv over tid.

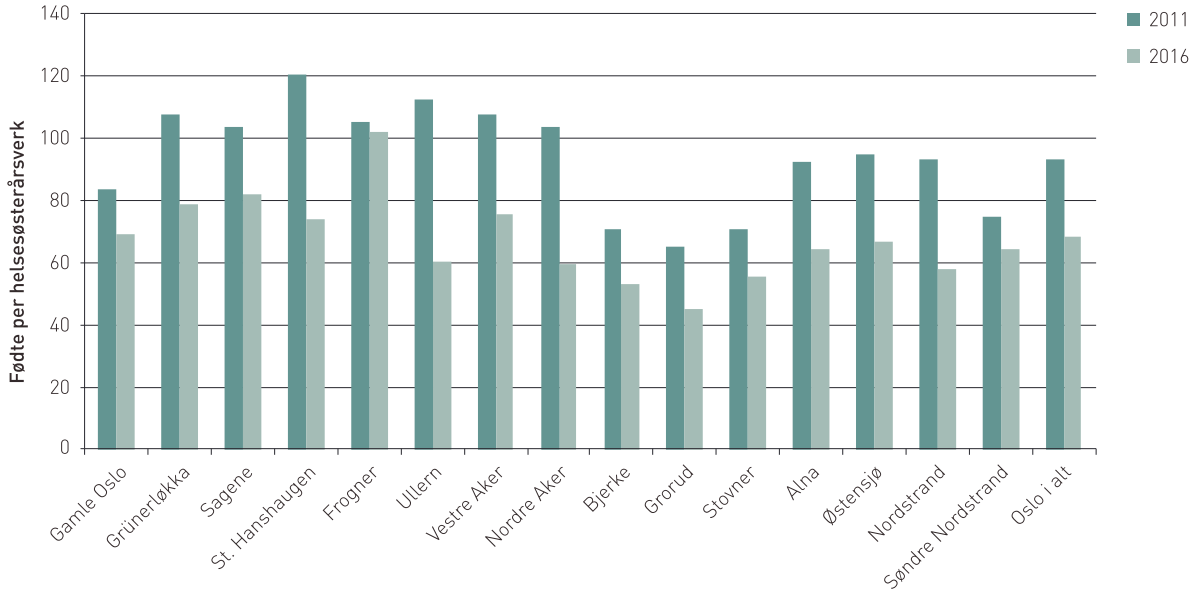
2 Lov av 02071999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven

3 Lov av 24062011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=-helse-%20og%20omsorgstjenesteloven

Tabell 1. Antall årsverk etter type personell i helsestasjonstjenesten i 2011 og 2016. Oslo i alt. Kilde: Oslo kommunes statistikkbank

Fagbakgrunn	Antall årsverk 2011	Antall årsverk 2016	Prosentvis endring 2011–2016
Helsesøstre	109,1	147,2	35 %
Jordmødre	27,5	36,3	32 %
Leger	14,6	15,3	5 %
Barnefysioterapi	11,3	14,3	27 %
Annet fagpersonell	9,7	8	-18 %
Hjelpepersonell	45,7	39,7	-13 %

Figur 2. Antall fødte per helsesøsterårsverk fordelt på bydel.



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank

En lik fordeling av ressurser skulle tilsi at bydeler med antatt like behov har samme forholdstall, og bydeler mer større antatt behov har flere årsverk til å følge opp behovet.

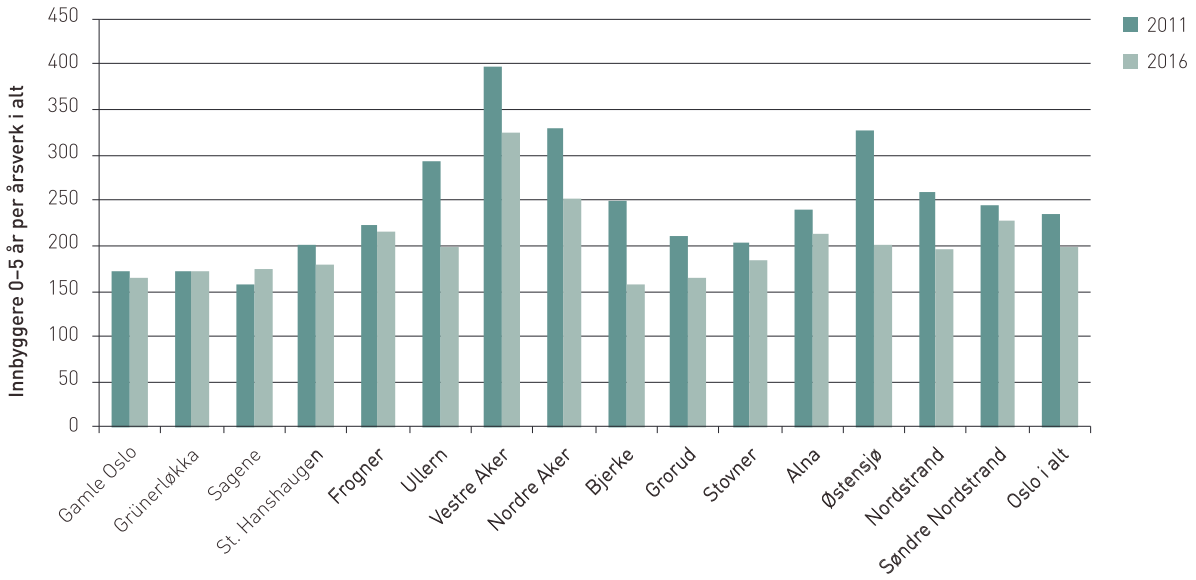
En tilnærmet lik fordeling av årsverk i forhold til behov i målgruppen er en betingelse for å gi et likeverdig tjenestetilbud. Samtidig sier ikke forholdstallet noe om produktivitet eller innholdet for tjenesten. Likevel kan et slikt forholdstall gi en pekepinn på hvordan tjenesten i de forskjellige bydelene over tid har prioritert tjenesten.

I utviklingsstrategien for helsestasjons- og skolehelsetjenesten har Helsedirektoratet beregnet at en helsesøster kan følge opp 65 fødsler. Figur 2 viser at flere bydeler etter hvert har 65 eller færre fødsler å følge opp per helsesøsterårsverk. Samtidig varierer forholdstallet mellom bydelene.

Figur 3 viser hvor godt bemannet helsestasjonstjenesten i de ulike bydelene er til å følge opp befolkningen 0–5 år. Over tid har antall årsverk økt mer enn befolkningsgrunnlaget i de fleste bydelene. Når hvert årsverk i helsestasjonstjenesten har fått færre i målgruppen å følge opp, betyr det at de ansatte i større grad enn tidligere har kunnet prioritere innhold og kvalitet i tjenesten. At det er flere årsverk til å følge opp målgruppen i helsestasjonstjenesten kan også henge sammen med at sammensetningen av befolkningen 0–5 år har endret seg.

Foto: Colourbox

Figur 3. Innbyggere 0–5 år per årsverk helsepersonell i alt fordelt på bydel.



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank

Vi ser at bydeler i ytre vest og bydelene Østensjø og Bjerke har betydelig bedre bemanning til å følge opp målgruppen i 2016 enn i 2011. Bydelene Bjerke og Østensjø har hatt den største økningen i antall årsverk totalt i perioden 2011–2016 uten at befolkningen 0–5 år har økt tilsvarende. Videre har bydelene Østensjø og Nordre Aker vært pilotbydeler for Barnehjernevernet og er også med i Nye familier (se faktaboks). Bydelene Østensjø, Bjerke, Nordre Aker og Ullern er også blant bydelene som har innført Nye familier. En bedret bemanning til å dekke behovet slik vi ser det i bydeler i ytre vest kan henge sammen med at disse bydelene har fulgt opp et generelt behov for styrking av tjenesten. Det kan også henge sammen med en endret befolkningssammensetning med antatt større behov (se avsnitt om befolkningsgrunnlag).

Et annet utviklingstrekk er at sentrumsbydelene Frogner, Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene ikke har opplevd samme løft i helsestasjonsbemanningen som øvrige bydeler til å følge opp målgruppen. Selv om antall årsverk til helsestasjon har økt, har disse bydelene opplevd en befolkningsøkning i aldersgruppen 0–5 år. Samtidig har innvandrerandelen i aldersgruppen økt og antall fødte over perioden 2008 til 2016 også økt. Bydelene i indre by har også et høyere antall nyfødte enn i ytre by og et relativt høyt antall barn med innvandrerbakgrunn (se figur 1). Samlet sett kan dette tilsi et behov for ekstra ressurser.

Bydeler i Groruddalen har sammenlignbare dekningsgrader med sentrumsbydelene og deler mange av de samme utfordringene, men har færre fødsler. Bydel Søndre Nordstrand har mange barn 0–5 år med innvandrerbakgrunn og høy andel lavinntektsfamilier. En lik fordeling av ressurser skulle tilsi en bemanning i forhold til behov her som i bydeler med tilsvarende befolkningsgrunnlag.

Likevel må utviklingen tolkes med varsomhet. Forholdstall som viser hvor godt bemannet bydeler er til å følge opp behov vil også kunne være gjenstand for tilfeldig variasjon fra år til år, fordi

Foto: Colourbox

ET UTVALG SATSINGER FOR HELSESTASJONSTJENESTEN OG DERES FORMÅL

Satsingene er i samsvar med anbefalinger i ny retningslinje og forankret i forskning og erfaring fra tjenesten og brukerkunnskap om hva som fremmer helse og forebygger sykdom og skade (Helsedirektoratet 2017).

International Child Development Programme (ICDP)
ICDP er et universelt foreldreveiledningsprogram som gir veiledning i godt samspill mellom foreldre og foreldre og barn. Det kan bidra til å fremme fysisk og psykisk helse hos foreldre og barn. En ICDP-koordinator implementerer programmet. Per 1.1.2018 er det 11 bydeler som har ansatte som er kontaktpersoner for ICDP, disse er også ICDP-veiledere. Blant dem er det også helsesøstre.

Barnehjernevernet
Barnehjernevernet er en ny innretning av tjenesten. Med denne satsingen skal tjenestene få økt kunnskap om hva som beskytter og skader barnehjernens utvikling slik at de er bedre i stand til å forebygge, oppdage og hjelpe barn som opplever omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. Bydelene Frogner, Nordre Aker og Østensjø har vært pilotbydeler. Barnehjernevernet og Nye Familier samarbeider og samordner sine aktiviteter. Fra 2018 skal barnehjernevernet være et aktivt utviklingsarbeid i alle bydeler.

Nye familier
Førstegangsfødende tilbys gjentatte hjemmebesøk av helsesøster fra uke 28 i svangerskapet til barnet er to år. Tilbudet er tilgjengelig for alle i målgruppen, og det skal være tilpasset familiens behov. Hjemmebesøkene danner grunnlag for videre samhandling med familiene og gir en mulighet til å forebygge, oppdage og hjelpe barn i risiko for skjevutvikling. Til nå har programmet vært gjennomført i bydelene Bjerke, Frogner, Grünerløkka, Nordre Aker, Stovner, Ullern og Østensjø. Programmet utvides til fire nye bydeler i 2018, og innen 2019 skal programmet være implementert i alle bydeler.

Bedre tverrfaglig innsats (BTI)
Bedre tverrfaglig innsats (BTI) er en samarbeidsmodell som skal sikre helhetlig, koordinert innsats og oppfølging av barn, ungdom og familier det er knyttet bekymringer til. Bydelene Nordre Aker og Søndre Nordstrand er i gang med å implementere modellen. De startet arbeidet i januar 2016. Bydelene Stovner og Nordstrand starter opp i 2017. Det antas å ta cirka fem år å implementere modellen.

befolkningen endres, og fordi det kan være vanskelig å tilpasse tilbudet til endringer i behov. Vi vet heller ikke hva som er en god nok bemanning til å dekke behovet eller hva som utgjør en betydelig forskjell eller endring. Tallene gjenspeiler også hvordan bydelene har prioritert denne tjenesten i forhold til andre tjenester.

Innhold i tjenesten

Ifølge Helsedirektoratets veileder fra 2004 og retningslinje fra 2017 bør det tilbys 14 konsultasjoner inkludert hjemmebesøk til nyfødte. Hjemmebesøk fra helsesøster er spesielt vektlagt fordi denne konsultasjonen danner grunnlag for en god relasjon som er svært viktig i det videre arbeidet med familiene. Videre kan det være mer praktisk for familier som kan oppleve en stressende omstilling etter fødsel å få besøk hjemme. Helsesøstre vil på et hjemmebesøk kunne danne seg en mer helhetlig forståelse av familiens behov og utfordringer, og tilby veiledning basert på foreldrenes konkrete situasjon i hverdagen og barnets behov. I tillegg skal jordmor foreta hjemmebesøk (Helsedirektoratet 2017; Helsedirektoratet, 2014). Utover de anbefalte konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet, bør familier tilbys ekstra oppfølging når det er nødvendig.

Oslo kommune har satt i gang egne satsinger og tiltak rettet mot barn, gravide kvinner og familier. I faktaboksen presenteres et utvalg satsinger og deres formål som også gjelder for helsestasjonstjenesten. Satsingene er i samsvar med anbefalingene i retningslinjen og basert på forskning og erfaringer fra tjenesten, samt brukerkunnskap om hva som bidrar til å fremme helse og forebygge sykdom og skade (Helsedirektoratet 2017).

Foto: Colourbox

Anbefalte faste konsultasjoner
Helseetaten etterspør tilbakemeldinger fra bydelene på hvilke faste konsultasjoner helsestasjonene gjennomfører i anbefalt program. Antall faste konsultasjoner per barn i målgruppen har økt over tid. Konsultasjonsoversikten per 1.5.17 viser at bydelene Gamle Oslo, Østensjø og Alna gjennomfører samtlige konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet i tråd med veilederen fra 2004. Resterende bydeler gir tilbud om 9–13 konsultasjoner med helsesøster. I alt tilbyr 13 bydeler konsultasjoner med lege i tråd med anbefalingene. Med ny retningslinje tillegges tjenesten nye oppgaver i konsultasjonene. Flere av bydelene har gitt tilbakemelding om at de jobber med å tilrettelegge tilbudet etter anbefalingene i den nye retningslinjen.

Hjemmebesøk
Ifølge retningslinjen for barselomsorg anbefales hjemmebesøk av jordmor ett til to døgn etter hjemreisen, og for kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsel, amming og barseltid i løpet av de tre første døgnene etter hjemreise (Helsedirektoratet 2017; Helsedirektoratet, 2014). Det er ikke beskrevet i retningslinjene om det er spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten som skal ha ansvar for å tilby hjemmebesøket. Hjemmebesøk av helsesøster anbefales i veilederen fra 2004 etter 14 dager etter fødsel (Helsedirektoratet 2004). I ny retningslinje vektlegges og beskrives innholdet for hjemmebesøket ytterligere og bør utføres av helsesøster 7–10 dager etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2017).

I retningslinjen for barselomsorg står det at ingen bør sendes hjem før amming eller flaskemating er godt etablert og fødestedet har forsikret seg om at kvinnen får annen god oppfølging (Helsedirektoratet 2014). Tidlig utskrivning fra sykehus gjør at jordmødre i tillegg til helsesøstre er viktige støttespillere for familien i denne perioden. Kommunens jordmødre følger opp mange av oppgavene som sykehuset tidligere utførte. Den første tiden etter fødsel innebærer en stor overgang for familien og mange har behov for psykisk støtte (Haga 2012) og hjelp til amming eller flaskemating

(Hvatum et al. 2014; Hvatum, I. & Glavin, K. 2016; Helsedirektoratet 2017).

Alle bydelene har tilbud om hjemmebesøk etter fødsel av helsesøster. For Oslo samlet har andelen som får førstegangs hjemmebesøk økt fra 56 prosent i 2008 til 68 prosent i 2016. Samtidig varierer utviklingen i andelen mellom bydelene. Tidligere ble hjemmebesøk av helsesøster som ble utført på helsestasjonen feilregistrert som hjemmebesøk i fagsystemet. Det gjør at statistikken undervurderer økningen i andelen hjemmebesøk. Fagsystemet som benyttes for registrering av hjemmebesøk er ikke godt nok tilrettelagt for å registrere hjemmebesøk på en god måte. Det øker faren for underrapportering og feilregistreringer. Det jobbes med å utvikle fagsystemer som i økt grad gir mulighet for å registrere riktig informasjon.

Det er registrert flere hjemmebesøk av helsesøster enn av jordmor. Det kan skyldes at anbefalingen om hjemmebesøk av jordmor gjelder fra 2014, mens hjemmebesøk av helsesøster har en lang tradisjon.

Behov for mer statistikk til det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet

Vi har presentert et tallmateriale som i noen grad kan belyse hvordan helsestasjonstjenesten i Oslo jobber i tråd med nasjonale anbefalinger. Tilgjengelig til det formålet har vi hatt tall på antall konsultasjoner som gjennomføres, hjemmebesøk, årsverk og behov i forhold til årsverk. Tallmaterialet kan ikke brukes til å vurdere om målene for tjenesten nås. Til det trengs blant annet også data om hva som gjøres i den enkelte konsultasjonen og i samhandling med andre tjenester. Til det formålet trengs dessuten mer kunnskap om effekten av tiltak og kombinasjoner av tiltak og tilbudet generelt. Det er ikke tilstrekkelig evaluert. En utfordring er at effekter kommer fram i tid. En annen er at det generelt er vanskelig å kontrollere for alle andre påvirkningsfaktorer. Vi trenger også data som viser om ressursene utnyttes på en god måte og er riktig fordelt. Ny retningslinje tydeliggjør anbefalinger til innhold i tjenesten. Det aktualiserer behovet for å analysere tjenesten ved hjelp av mer og bedre data om tjenesten. Et forsterket tallmateriale og evaluering av tjenesten vil gi et bedre utgangspunkt for det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet.

Forfattere:
Kristin Linnestad og Ingjerd Hvatum i Helseetaten.

Referanser:

Byrådsavdeling for finans (2018). *Vedlegg til byrådets budsjettforslag for 2018 – dokumentasjon av budsjettgrunnlaget for bydelene. Grønt hefte.* Oslo: Oslo kommune.

Haga, S.M. (2012). *Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation*. (no.311). Oslo: Unipub.

Helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.* Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2005). *Retningslinje for svangerskapsomsorgen.* Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014) *Nytt liv og trygg barseltid*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon 0–5 år og fellesdel for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.* Oslo: Helsedirektoratet.

Helseetaten (2015). *Hovedutfordringer i aldersgruppen 0–20 år. En kartlegging basert på samtaler med helsesøstre i 15 bydeler i Oslo.* Oslo: Helseetaten, Oslo kommune.

Hvatum, I., Hjälmhult, E. & Glavin, K. (2014). Stressfylt amming og samspill. Sykepleien Forskning, 1(9), 14–23.

Hvatum, I. and Glavin, K. (2016), Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. J Clin Nurs. Accepted Author Manuscript. doi:10.1111/jocn.13663.

Foto: Colourbox