



OSLO SPEILET

4 HELSESTASJONSTJENESTEN
I OSLO

32 ULYKKESSKADER
I OSLO

14 HELSEUTSATTE
BARN OG UNGE

42 UTSKREVET FRA SYKEHUS
TIL KOMMUNEN

24 RUSMIDDELFORGIFTNING
I OSLO



INNHold



04

HELSESTASJONS- TJENESTEN I OSLO



14

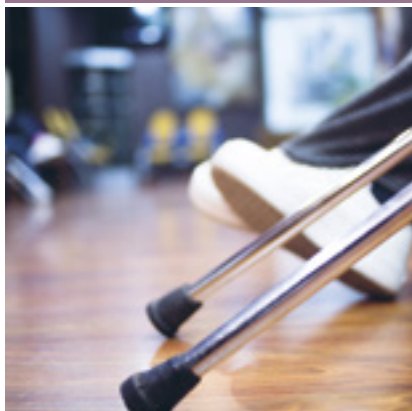
HELSEUTSATTE BARN OG UNGE

24

RUSMIDDEL- FORGIFTNING I OSLO

32

ULYKKESSKADER I OSLO



42

UTSKREVET FRA SYKEHUS TIL KOMMUNEN



Foto: Colourbox – Forsidefoto: 07 Media

OSLOSPEILET ble utgitt første gang i 1991 og presenterer sentral informasjon og faktabaserte analyser fra kommunens statistikktjeneste til bruk for kommunens politiske og administrative ledelse og andre interesserte.

Oslo kommunes statistikktjeneste er organisert som et tverretattlig samarbeid mellom Byrådsavdeling for finans, Bymiljøetaten, Helseetaten, Utdanningsetaten, Velferdsetaten og Klimaetaten.

Ansvarlig redaktør: Kommunaldirektør Arild Sundberg, Byrådsavdeling for finans

Redaktør: Øyvind Hesselberg og Kristin Linnestad, Helseetaten

Redaksjonsråd: Jan Motzfeldt Dahle (Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester), Peter Austin (Byrådsavdeling for byutvikling), Kristen Sollesnes (Byrådsavdeling for miljø og samferdsel), Bjarne Haslund (Byrådslederens kontor), Ronny Kristiansen (Plan- og bygningsetaten), Morten Fraas (Byrådsavdeling for næring og eierskap) og Nils Petter Strand (Byrådsavdeling for finans)

«Somliga går med trasiga skor Säg, vad beror det på?»

Cornelis Vreeswijk

I dette nummeret av Oslospeilet har vi samlet fem artikler, som belyser ulike problemstillinger av betydning for folkehelsearbeidet. Kort fortalt er folkehelsearbeid å fremme god helse, forebygge sykdom og bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller i hele befolkningen. I ny folkehelseplan for Oslo kommune er det spesielt fokus på barn og unges oppvekstvilkår. To av artiklene fokuserer på barn og unge. For å kunne drive folkehelsearbeidet med målrettede tiltak, trenger kommunen oversikt over folkehelseutfordringene og hvordan de fordeles seg i befolkningen. Flere av artiklene beskriver hvordan helsetilstand og påvirkningsfaktorer fordeles seg geografisk og etter sosial bakgrunn. Opplysninger om geografi og sosiale forhold kan brukes av tjenestene til å jobbe systematisk og målrettet for å møte behovene i befolkningen. To av artiklene har fokusert på tjenestene.

Mer detaljert tar den første artikkelen for seg hvordan helsestasjonstjenesten i Oslo jobber helsefremmende og forebyggende med utgangspunkt i nasjonale anbefalinger. Jevnt over ser vi at helsestasjonene i Oslo over tid tilbyr flere konsultasjoner, 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.

I den andre artikkelen benyttes KOSTRA-tall om barnevern for å studere forskjeller i utviklingstrekk mellom bydelene i andel helseutsatte barn og unge. Barnevernspopulasjonen regnes som helseutsatt og er derfor et egnet utgangspunkt for å belyse denne problemstillingen.

Videre i artikkel tre omtales geografiske og sosiale forskjeller i rusmiddelforgiftninger registrert hos Legevakten i Oslo. Artikkelen beskriver sammenhenger mellom bosted, levekår og tilfeller av rusmiddelforgiftning i Oslo. Videre omtales tiltaket «Ungdom og rus» der unge som har vært i kontakt med Legevakten i forbindelse med rusmiddelforgiftning, følges opp med tanke på forebygging.

Den fjerde artikkelen beskriver noen av de geografiske og sosiale forskjellene i ulykkesskader i Oslo. For første gang presenteres registerdata fra legevakten og Norsk pasientregister på delbydelsnivå. De geografiske analysene viser at det er til dels store forskjeller i forekomst av ulykkesskader innad i Oslo by. Artikkelen er basert på en rapport utgitt av Folkehelseinstituttet i november 2017.

Den femte artikkelen viser utviklingen i tjenestetilbudet til utskrivningsklare pasienter i Oslo i perioden 2007–2016 og noen av effektene av samhandlingsreformen. Sentralt i samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.

Som nevnt innledningsvis har kommunen et ansvar for å drive folkehelsearbeid i hele befolkningen. Vi har derfor fokusert på ulike områder av arbeidet og hele livsløpet. Selv om artiklene favner bredt, og sett i sammenheng kan vise bredden i folkehelsearbeidet, belyser de fortsatt bare et utvalg folkehelseutfordringer og utvalgte områder for tilrettelegging av tjenestene. For å kunne tilegne oss mer kunnskap om befolkningen og tjenestene trengs også mer detaljerte data.



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 helsestasjons-tjenesten 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 forskrift¹ 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

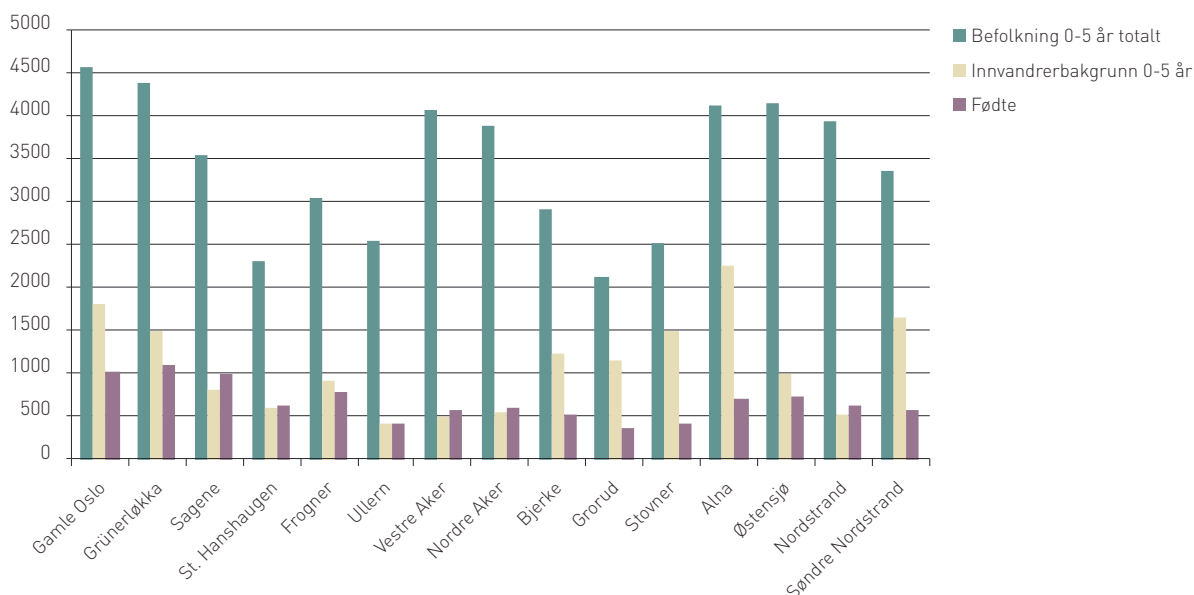
kompetanse er også nødvendig for å kunne drive likeverdige, forsvarlige tjenester av god kvalitet.

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 belastninger som konsekvens av manglende inntekt. Derfor er lavinntekt et ofte brukt mål på sosial ulikhet, spesielt vedvarende lavinntekt.



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 andelen 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 helse søstre 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 helsepersonelloven² og helse- og omsorgstjenesteloven³ 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 helsestasjons-tjenesten 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

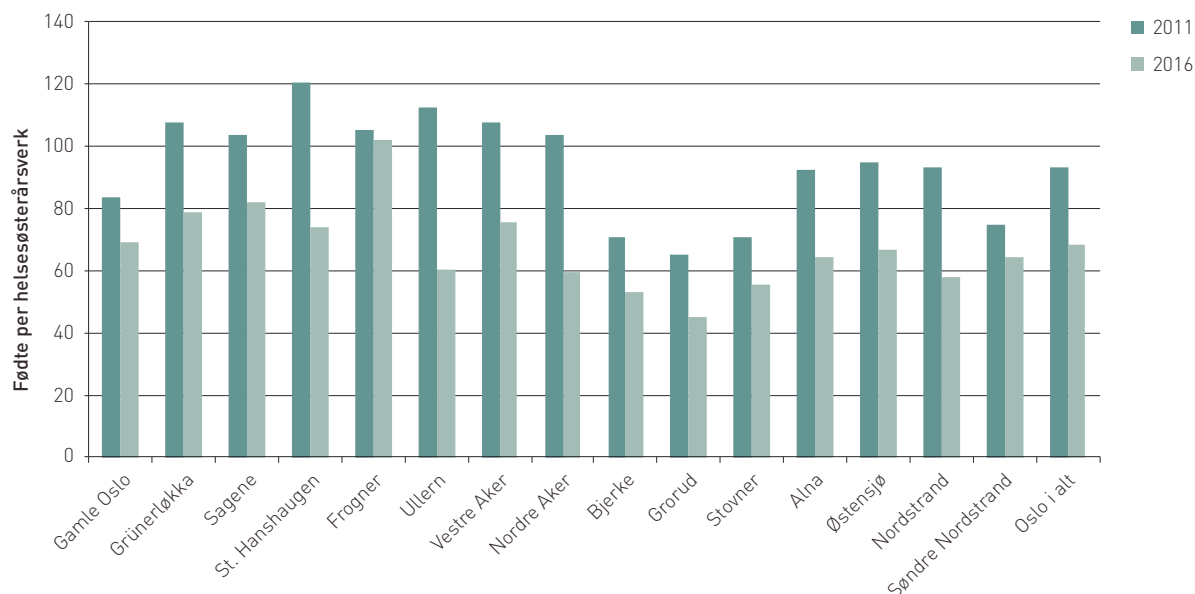
Et tilgjengelig, forsvarlig og likeverdig tilbud av god kvalitet forutsetter tilstrekkelig bemanning til å dekke behovet i bydelene. Til å vurdere om ressursbruk står i et rimelig forhold til behovet, analyserer vi variasjonen i antall innbyggere per årsverk mellom bydeler og over tid. For å forenkle 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.

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.

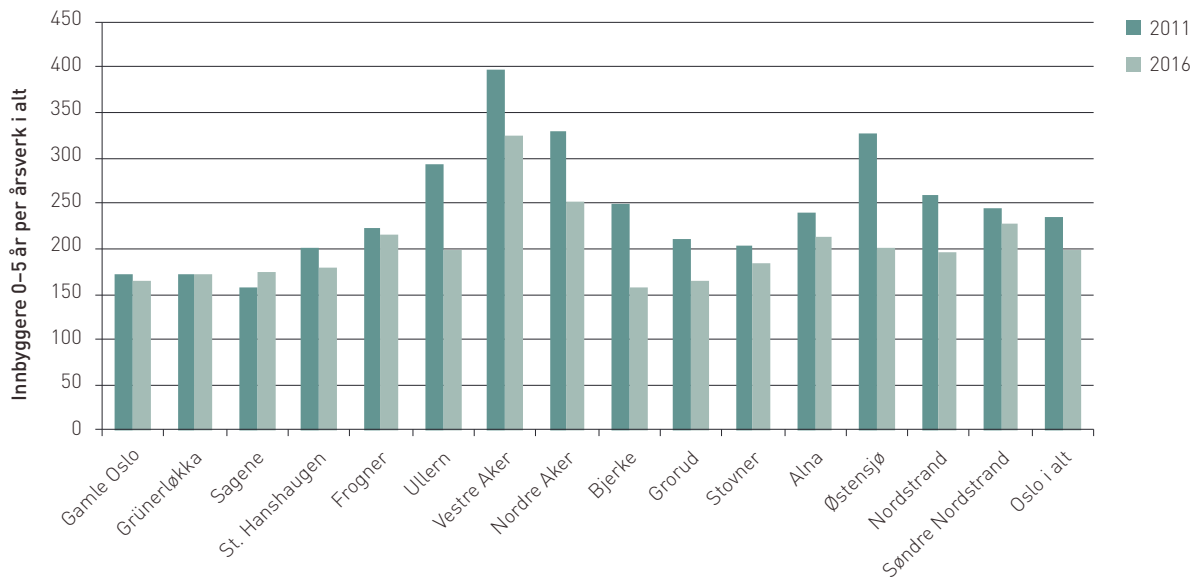
En tilnærmet lik fordeling av årsverk i forhold til behov i målgruppen er en betingelse for å gi et likeverdig tjenestetilbud. Samtidig sier ikke forholdstallet noe om produktivitet eller innholdet for tjenesten. Likevel kan et slikt forholdstall gi en pekepinn på hvordan tjenesten i de forskjellige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



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 Barnehjernerettet 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 befolknings sammensetning 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



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 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.

Barnehjernernevet

Barnehjernernevet er en ny innretning av tjenesten. Med denne satsingen skal tjenestene få økt kunnskap om hva som beskytter og skader barnehjernerens 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. Barnehjernernevet og Nye Familier samarbeider og samordner sine aktiviteter. Fra 2018 skal barnehjernernevet 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 helsestasjons-tjenesten. 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).



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 underreportering 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 post-partum 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.

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



HELSEUTSATTE BARN OG UNGE

Utviklingstrekk i bydelene sett i lys av KOSTRA-tall om barnevern

Andel barn 0–17 år med behov for barneverntjenester har økt i bydelene i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand, mens andelen har gått ned i Bydel Sagene, og fra 2010 også i bydelene Grünerløkka og St. Hanshaugen. Utvikling i risikofaktorer for behov for barneverntjenester viser de samme tendensene når vi analyserer risikofaktorene på bydelsnivå over tid.

Med ny folkehelseplan ønsker Oslo kommune å styrke innsatsen for de yngste barna (Oslo kommune 2017a). Det er en klar sammenheng mellom negative barndomsopplevelser og dårligere helse og levekår senere i livet. Ustabil og utrygg familietilknytning, mange belastninger i familien, negative livshendelser og lite sosial støtte er eksempler på faktorer som påvirker barns helse. Den negative helseeffekten av utsatte oppvekstbetingelser er godt dokumentert blant annet i statistikk over uføre (Vinnerljung et al. 2015), i forhøyet selvmordstilbøyelighet og alvorlig sykkelighet (Vinnerljung et al. 2006; Björkenstam et al. 2016), samt høyere dødelighet (Hjern et al. 2001).

For å forebygge et negativt utviklingsløp, er tidlig innsats spesielt viktig. Med det som utgangspunkt ønsker vi å se nærmere på trekk ved utviklingen i andel barn og unge som vokser opp i sårbare familier i Oslo, og som dermed er spesielt helseutsatt. Vi ønsker spesielt å studere forskjeller i utviklingstrekk mellom bydelene for å få øye på eventuelle opphopninger i enkelte bydeler av barn og unge som vokser opp i helsebelastende omsorgssituasjoner. Vi benytter KOSTRA-tall om barnevern til å si noe om denne utviklingen. Artikkelen om barnevern fra Oslospeilet 2/2017 gir en oversikt over barneverntjenestens aktiviteter (Oslo kommune 2017b), mens denne artikkelen benytter samme kilde til å si noe om utviklingen i bydelene for helseutsatte barn og unge.

SAMMENDRAG

”

I denne artikkelen har vi brukt KOSTRA-tall om barnevern for å studere forskjeller i utviklingstrekk mellom bydelene i andel helseutsatte barn og unge. Barnevernspopulasjonen regnes som spesielt helseutsatt. Tallene tyder på at andelen barn 0–17 år med behov for barneverntjenester har økt i bydelene i Groruddalen, selv om andelen med melding og undersøkelse som førte til tiltak har hatt en betydelig sterkere vekst enn andelen på tiltak i disse bydelene. Andelen har også økt i Bydel Søndre Nordstrand, der tiltakene ser ut til å ha en viss varighet. I enkelte sentrumsbydeler derimot har andel på tiltak gått ned. Utviklingen i et utvalg risikofaktorer som henger sammen med behov for barneverntjenester viser mange av de samme tendensene. For å kunne si noe mer sikkert om utviklingen trenger vi mer detaljerte data. Med Oslo kommunes satsing i den nye folkehelseplanen på å forebygge, oppdage og hjelpe helseutsatte barn er det aktuelt å følge bedre med på en slik utvikling.

Barnevernspopulasjonen som indikator for helseutsatte barn og unge

Det finnes ingen systematiske kartlegginger av utviklingen i helsen til barn og unge som vokser opp i sårbare familier i Oslo. Derimot finnes det KOSTRA-tall for antall barn og unge barneverntjenesten får meldinger om, antall undersøkelses-saker og antall barn som mottar tiltak fra barnevernet. Barnevernet har på bakgrunn av lov om barnevernstjenester¹, plikt til å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Ved hjelp av statistikken fra KOSTRA, kan vi få et bilde av trekk ved utviklingen for helseutsatte barn og unge som det er registrert at vokser opp i sårbare familier eller har så helse-skadelige oppvekstbetingelser i egen familie at barnevernet må overta den daglige omsorgen. Dette er ikke ensbetydende med å gi et representativt bilde av antall eller andel barn og unge som til enhver tid lever i utsatte familier og helsefor-ringende omsorgskontekster. Registerdata om barnevern kan likevel være en inngang til å få et bilde av utviklingen i antall eller andel utsatte barn og unge. Nyere forskning viser at barnevernspopulasjonen, både de som mottar hjelpetiltak i hjemmet og de som er plassert i fosterhjem eller på barnevernsinstitusjon, allerede som barn er en svært helseutsatt gruppe, og mer enn hva som ofte er registrert hos primær- og sekundær helse-tjenesten (Christiansen et al. 2015; Lehman et al. 2015; Greger et al. 2015). På det grunnlaget er det derfor interessant å studere utviklingen i andel helseutsatte barn og unge ved hjelp av tilgjenge-lige KOSTRA-tall om barnevern.

Utviklingstrekk i barnevernspopulasjonen i Oslo

For å si noe om utviklingen i behov for barnevernstjenester og dermed utviklingen for helseutsatte barn og unge, ser vi utviklingen i meldings-, undersøkelses- og tiltaksstatistikken i sammenheng. For en mer utførlig omtale av utviklingen i barneverntjenestens aktiviteter, viser vi til artikkelen om barnevern fra Oslospeilet 2/2017 (Oslo kommune 2017b).

Figur 1 viser prosentandel barn 0–17 år med henholdsvis bekymringsmeldinger, undersøkelser, undersøkelser som førte til tiltak og tiltak. I løpet av perioden 2005–2016 har andel barn 0–17 år med bekymringsmelding i Oslo økt fra tre prosent

til fem prosent, som tilsvarer en prosentvis økning på 67 prosent. En melding til barneverntjenesten skal føre til en undersøkelse når meldingens innhold tilsier at det kan være grunnlag for tiltak etter lov om barneverntjenester. Andel barn 0–17 år med undersøkelser har økt enda kraftigere enn andel med melding, fra 2,5 til 5,8 over perioden, som tilsvarer en økning på 130 prosent. Til sammenligning har andel barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak økt med 60 prosent, fra 1,04 til 1,66. Andel barn 0–17 år med tiltak i løpet av året har økt med 21 prosent i samme periode. Andelen med tiltak har økt med ett prosentpoeng fra 2005 til 2010 og har ligget på rundt 4,5 prosent siden. Tiltak omfatter her både hjelpetiltak i hjemmet, midlertidig plassering og avlastning, samt langvarig plassering i fosterhjem eller på barnevernsinstitusjon. Tiltak i og utenfor hjemmet kan være både hjelpetiltak og omsorgs-tiltak. Barn med omsorgstiltak gjelder de barna hvor barneverntjenesten gjennom behandling i Fylkesnemnda eller andre rettsinstanser har fått overført den juridiske omsorgen for barna. Andelen barn 0–17 år med omsorgstiltak i løpet av året har ligget stabilt på 0,6 prosent i perioden 2005–2016.

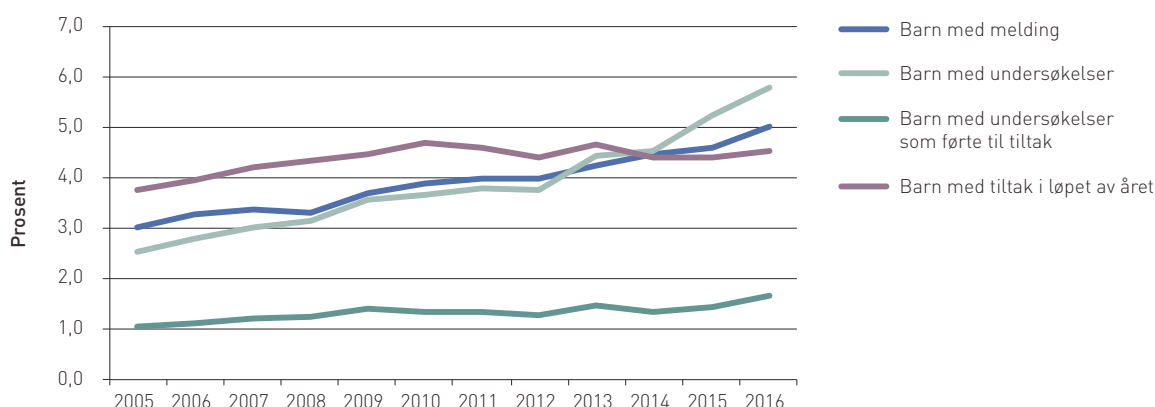
Hvordan skal vi forstå utviklingen i behovet for barneverntjenester, og gjennom det, utviklingen i andel helseutsatte barn og unge, når indikatorene vi ser på viser såpass ulike utviklingstendenser? Den sterke økningen i andel med melding og undersøkelser siden 2013 må for det første ses i sammenheng med at Statistisk sentralbyrå fra det året registrerte alle meldinger og undersøkelser. Tidligere ble bare meldinger som førte til undersøkelser registrert og bare én undersøkelse per barn.

En annen forklaring på økningen i andel barn 0–17 år med melding og undersøkelse kan være at terskelen for å melde i fra til barneverntjenesten har blitt lavere i befolkningen generelt, og hos aktører som jobber med barn og unge (barnehage, skole, helsestasjons- og skolehelsetjenesten) spesielt. Det kan skyldes økt kunnskap om og økt tillit til barnevernstjenesten som relevant hjelpe-instans, men også at flere utsatte barn oppdages som følge av bevissthet om barnets rett til og behov for trygg oppvekst.

En tredje forklaring kan være at barnevernet i Oslo har fått flere ansatte, bedre kompetanse blant de ansatte og/eller mer effektive systemer for å fange opp utsatte barn og unge. Dette er i tråd med en dreining av barnevernstjenestene i retning av

¹ Lov av 17071992 nr.100 om barneverntjenester (barnevernloven). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=Lov om barneverntjenester](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=Lov%20om%20barneverntjenester)

Figur 1. Prosentandel barn 0–17 år i Oslo med henholdsvis meldinger, undersøkelser, undersøkelser som førte til tiltak og tiltak 2005–2016.



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank/KOSTRA

forebyggende innsats og at barnevernet skal komme tidlig på banen (Christiansen et al. 2015).

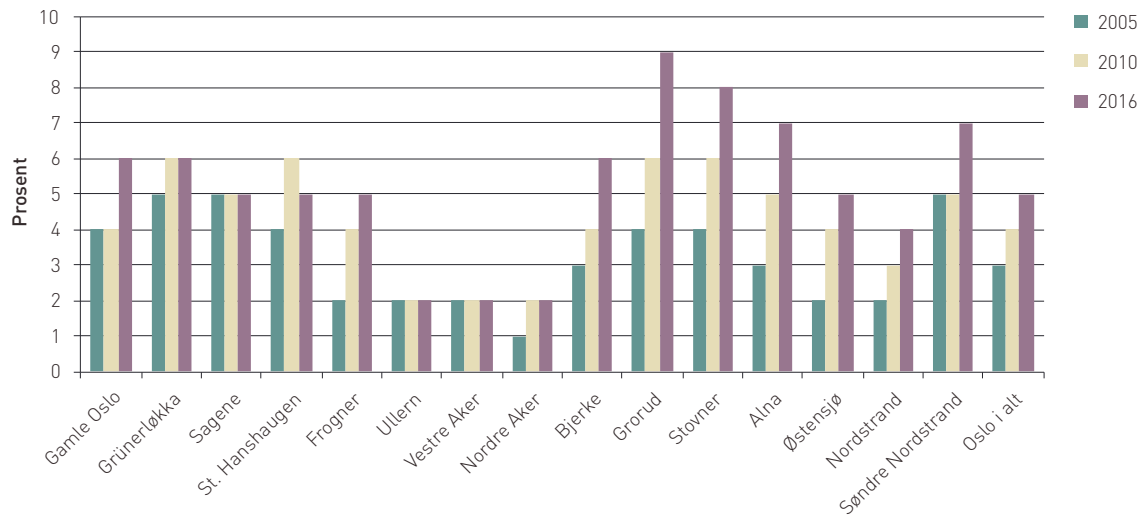
Barnevernstjenesten er i de senere årene dessuten pålagt å opprette undersøkelsessak på alle meldinger som kommer fra offentlige tjenester og dette har ført til en spesielt sterk økning av undersøkelsessaker. Økningen i antall undersøkelser fører til at mange av barna og familiene oppdages på et tidlig tidspunkt og kan avhjelpes med tiltak som ikke faller innunder barnevernstjenesten. En slik forklaring forutsetter at økningen skyldes mindre alvorlige saker som ligger utenfor barnevernstjenestens mandat og derfor ikke fører til økning i barnevernstiltak.

Likevel øker andel med undersøkelser som førte til tiltak, som kan indikere at utviklingen ikke alene

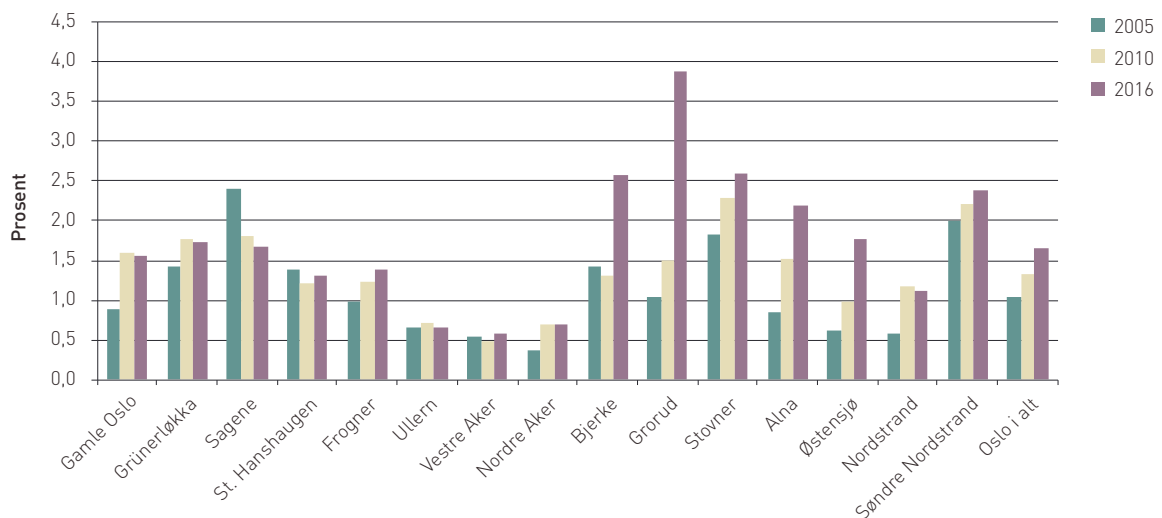
kan forklares med utvikling i meldekultur, registreringspraksis og hvordan tjenestene jobber, men også gjenspeiler et økt behov for barneverntjenester.

Samtidig er den relative økningen i andel barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak større (60 %) enn for andel barn 0–17 år med tiltak (21 %) i perioden 2005–2016. Det kan tyde på at tiltakene har kortere varighet enn før. Det kan være ulike grunner til det, blant annet at sakene er av mindre alvorlig karakter enn tidligere. Det kan også være et resultat av at tjenesten jobber mer forebyggende, som bidrar blant annet til at behov oppdages tidligere enn før, og dermed kan avhjelpes med mindre omfattende tiltak. Videre kan det skyldes at tjenesten har mer kompetanse enn før og bedre systemer til å fange opp behov, som gjør at



Figur 2. Andel av barn 0–17 år med melding fordelt på bydel og år. Prosent.

Kilde: Oslo kommunes statistikkbank/KOSTRA

Figur 3. Andel av barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak fordelt på bydel og år. Prosent.

Kilde: Oslo kommunes statistikkbank/KOSTRA

tiltakene er mer effektive og presise enn tidligere. Samtidig kan vi ikke utelukke at kortere varighet på tiltakene også kan henge sammen med at tjenesten i noen tilfeller er underdimensjonert for å dekke behovet. Vi mangler tilstrekkelig data til å belyse om varigheten av tiltakene reduseres og eventuelle årsaker til det.

Store forskjeller mellom bydeler i andel helseutsatte barn og unge

For å si noe om utviklingen i bydelene når det gjelder helseutsatte barn og unge sammenligner vi utviklingen i andel med bekymringsmelding, andel med undersøkelse som førte til tiltak og andel med tiltak blant barn 0–17 år i bydelene over

tid. Andelene er målt i prosent. Andel med omsorgstiltak varierer en del på bydelsnivå fra år til år, fordi det gjelder få. Derfor kan endringer fra år til år i bydelene være uttrykk for tilfeldig variasjon. Vi ser derfor ikke på utviklingen i denne indikatoren, men på tiltak samlet.

Bydeler med tradisjonelt sett flest levekårsutfordringer har også flere barn med melding i forhold til befolkning 0–17 år (Figur 2). Andelen har økt for Oslo samlet, men endring i andel over tid varierer mellom bydelene. I ytre vest er andel med melding uendret, i indre øst varierer andelen rundt et høyt nivå. Det er også tegn til økning i andel med melding i bydelene Frogner, Gamle Oslo, Søndre

Nordstrand og Østensjø. Det som likevel er mest bemerkelsesverdig er økningen i andel med melding i Groruddalen. Bydeler med stor økning har økt jevnt over perioden. Vi vet ikke uten videre om økningen i bekymringsmeldinger skyldes økning i helseutsatte barn og unge. Utviklingen kan være tegn på en trend, men kan også skyldes tilfeldig variasjon. Andel med bekymringsmelding blant barn 0–17 år kan også påvirkes av hvordan tjenestene jobber, hva de fanger opp og av meldekultur. Vi ser derfor figur 2 i sammenheng med utvikling i andel av barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak (Figur 3).

Andelen barn med undersøkelse som førte til tiltak varierer i en del bydeler fra år til år. I disse bydelene er vanskelig å se noen trend i utviklingen. Det er et lite antall og andelen påvirkes derfor i stor grad av tilfeldig variasjon. Likevel ser vi mye det samme mønsteret som for utviklingen i andel med melding. Andelen med undersøkelse som førte til tiltak er lav og stabil i ytre vest, høy og varierer mye i indre øst, men det er likevel en viss tendens til at andel med undersøkelse som førte til tiltak går ned i Bydel Sagene. Samtidig er andel med melding konstant i denne bydelen. En mulig

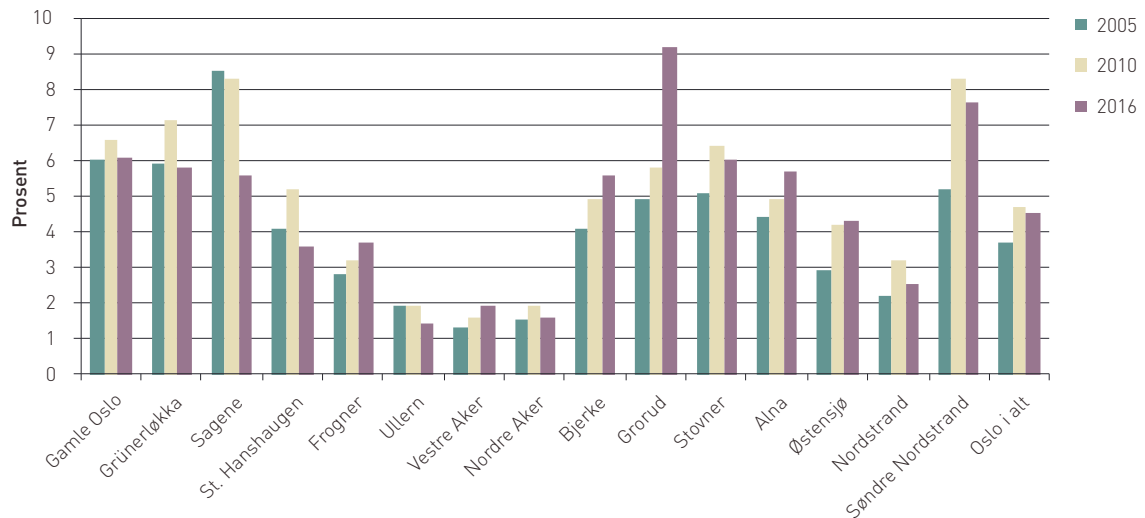
forklaring kan være at en del bekymringsmeldinger er av mindre alvorlig karakter enn tidligere. I Bydel Frogner derimot øker andelen med undersøkelse som førte til tiltak.

Det som likevel er mest interessant er den sterke økningen i andelen i bydelene i Groruddalen. Det kan tyde på at utviklingen i disse bydelene ikke alene henger sammen med utvikling i meldekultur og hvordan tjenestene jobber, men også er uttrykk for et økt behov for barneverntjenester i disse bydelene. Spesielt stor er den prosentvise økningen i andel med undersøkelse som førte til tiltak i Bydel Grorud. En større andel av bekymringsmeldingene nå enn før førte til tiltak i bydelen. Andelen med undersøkelse som førte til tiltak økte også i Bydel Søndre Nordstrand og ligger på et høyt nivå i bydelen. Selv om det er stor variasjon i andelen over tid i Bydel Østensjø, er det likevel en tendens til at den øker også her.

Ved å studere utviklingen i andel med melding og andel med undersøkelse som førte til tiltak, kan vi tidligere fange opp utviklingstrekk. Likevel kan vi ikke med sikkerhet fastslå om utviklingen uttrykker trender eller tilfeldig variasjon. Ved å følge med på



Figur 4. Andel av barn 0–17 år med tiltak fordelt på bydel og år. Prosent.



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank/KOSTRA

utviklingen i disse indikatorene kan vi heller ikke si noe om alvorlighetsgrad eller varighet av sakene. Antall på tiltak et år derimot er summen av antall undersøkelser som førte til tiltak det året og antallet fra foregående år som fortsatt er saker i barneverntjenesten. Det er derfor et mer robust mål på behov for barneverntjenester og mindre sårbart overfor tilfeldig variasjon. Derfor ser vi utviklingen i figur 3 i sammenheng med figur 4, som viser utviklingen i andel barn 0–17 år med tiltak i barneverntjenesten.

Andel med tiltak følger samme bydelsmønster som andel med melding og andel med undersøkelse som førte til tiltak. Bydeler i indre og ytre øst, samt Bydel Søndre Nordstrand har høyere andeler enn øvrige bydeler, ytre vest har lavere. Igjen er andelen stabil i ytre vest, varierer rundt et høyt nivå i bydelene Gamle Oslo og Grünerløkka, mens andelen på tiltak øker i Groruddalen, spesielt mye i Bydel Grorud. I Groruddalen har riktignok andelen barn 0–17 år med undersøkelse som førte til tiltak hatt en betydelig sterkere vekst over perioden enn andelen med tiltak. Det kan tyde på at tiltakene har kortere varighet enn før.

Andel på tiltak går betydelig ned i Bydel Sagene. Det kan henge sammen med at andel med undersøkelser som førte til tiltak har avtatt over tid. Det kan også være at sakene er av mindre alvorlig karakter enn tidligere, som gjør at tiltakene har kortere varighet enn før, og at avgangen av personer på tiltak er større enn før.

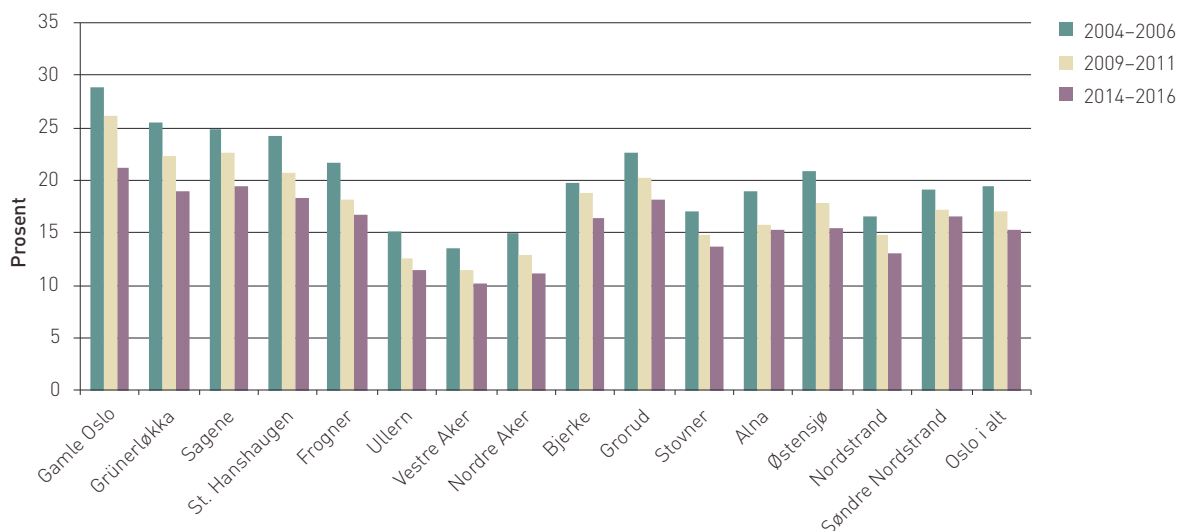
Andelen på tiltak har gått ned i bydelene St. Hanshaugen og Grünerløkka siden 2010. Andel med undersøkelse som førte til tiltak viser ikke noen tilsvarende tendens. Det tyder på økt avgang av personer med tiltak og at tiltakene har kortere varighet enn før.

I Bydel Søndre Nordstrand har andelen på tiltak økt betraktelig. Det kan forklares ved at andel med undersøkelse som førte til tiltak har vært høy i de foregående årene og at tiltakene har en viss varighet.

Vi vet ikke sikkert i hvilken grad utviklingen henger sammen med en økt eller redusert andel barn 0–17 år med behov for barneverntjenester, og i hvilken grad den kan forklares med at tjenestene jobber forskjellig seg i mellom og over tid og potensielt i ulik grad har ressurser dimensjonert for omfang og alvorlighetsgraden av sakene. For å vite sikkert i hvilken grad utviklingen henger sammen med utvikling i behov, og dermed utvikling i andel helseutsatte barn og unge fra sårbare familier, trenger vi kunnskap om saksgrunnlaget. Det er ikke tilgjengelig for oss, men vi kan se på utviklingen mellom bydelene i risikofaktorer som sannsynliggjør behov for barneverntjenesten.

Utvikling i risikofaktorer

Gjennom bydelenes fordelingssystem tildeles bydeler ressurser til barneverntjenesten etter noen kjennetegn som utløser behov for tjenester. I 2016 foreslo byrådet i Oslo en revidering av kriteriesystemet som ble vedtatt i bystyret (Oslo kommune

Figur 5. Andel barn med eneforsørgere fordelt på bydel. Prosent.

Kilde: Kommunehelset

2016). Samtidig endret kriteriesystemet navn til bydelenes fordelingssystem. Til grunn for byråds-saken ligger blant annet en analyse gjennomført av SINTEF. Analysen til SINTEF viser at det i utgangspunktet er mange kombinasjoner av risikofaktorer som gjør barn helseutsatt og dermed nødvendiggjør behov for barneverntjenester. Resultatet av analysen viser at personer med lav utdanning, barn med eneforsørgere og lavinntekt er overrepresentert i barnevernet. Det gjelder også blant annet for foreldre og barn med psykiske helseutfordringer, rusmisbruk, familier som lever i kommunalt disponert utleieboliger, barn og unge 0–22 år med 1. generasjonsinnvandrerbakgrunn, barn 0–12 år med ikke-vestlig 2. generasjonsinnvandrerbakgrunn og foreldre med svak arbeidsmarkedstilknytning. Vi viser i det følgende utviklingstrekk i et utvalg risikofaktorer som vi har tids-serier for og som henger sammen med behov for barneverntjenester.

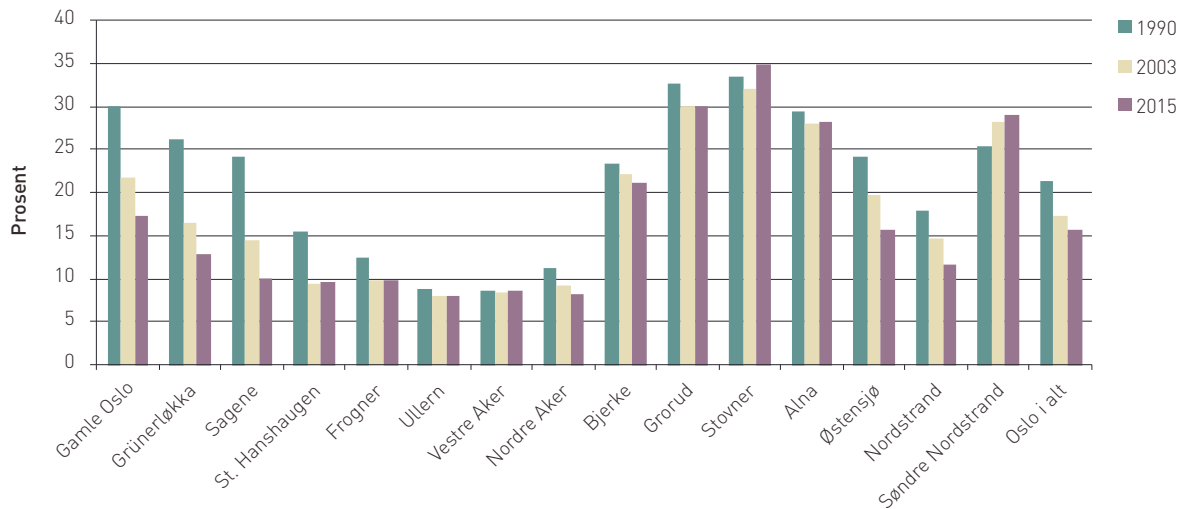
Figur 5 viser at andel barn med enslig forsørger har sunket i alle bydelene, men reduksjonen har vært noe mindre i Groruddalen. Minst er endringen i Bydel Søndre Nordstrand. I Kommunehelset² som tallene er hentet fra, begrunnes denne indikatoren med at barn med eneforsørgere antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. I tillegg er det økt forekomst av psykiske helseproblemer blant eneforsørgere, som kan virke inn på foreldreferdighetene. Videre kan forhold

mellom foreldre som ikke lever sammen være preget av økt konfliktnivå, som kan føre til emosjonelle problemer og atferdsproblemer hos barna.

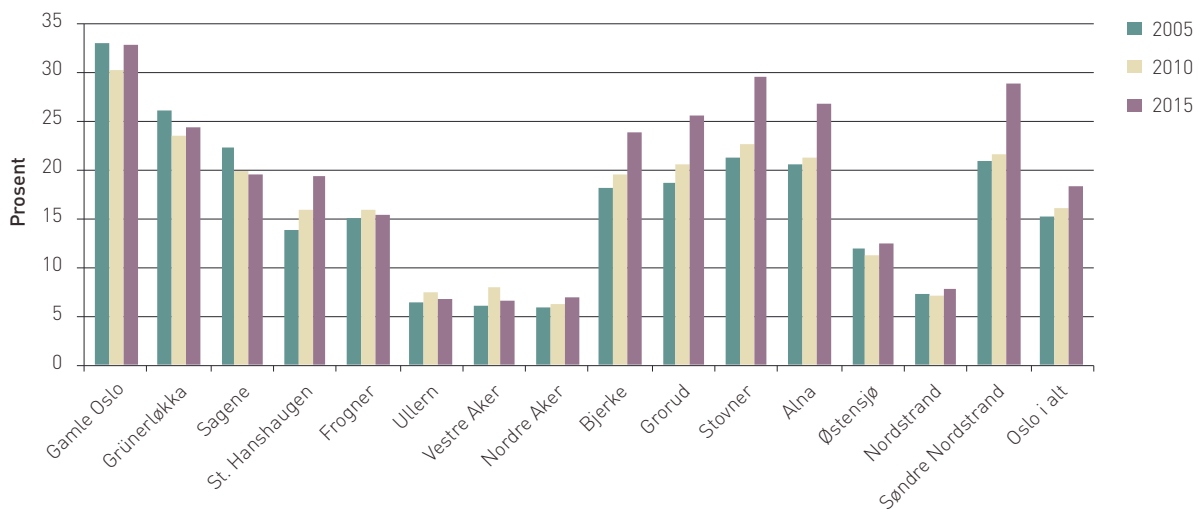
Siden det er en potensielt helseutsatt gruppe, er en mulig fortolkning av nedgangen i andelen barn med enslig forsørger i alle bydeler, at andelen helseutsatte barn fra sårbare familier også har gått ned. Likevel vet vi ikke om reduksjonen i andel barn med enslige forsørgere skjer i barneverns-populasjonen. At andelen barn av enslige forsørgere reduseres mer i indre øst enn i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand kan være uttrykk for at det har skjedd en gentrifisering i sentrum. Det betyr at husholdninger med færre ressurser flytter ut, blant annet på grunn av økende boligpriser i sentrumsnære bydeler, og erstattes med husholdninger med mer ressurser. Likevel vet vi ikke om det er de mest ressursvake som flytter ut.

Det er også en sammenheng mellom utdanningsnivå og materielle levekår og helse. Figur 6 viser at andel med grunnskole som høyeste utdanningsnivå har gått dramatisk ned i sentrumsbydelene og vært stabilt lav i ytre vest. Andelen har holdt seg høyt og relativt stabilt i Groruddalen, til og med økt i Bydel Søndre Nordstrand.

Figur 7 viser at andel barn som bor i husholdninger med lavinntekt er høy og økende i Groruddalen, og spesielt i Bydel Søndre Nordstrand, høy og forholdsvis uendret i indre øst. I Bydel St. Hanshaugen har den også økt noe. Likevel vet vi ikke om den årlige variasjonen i inntekt gjenspeiler

Figur 6. Andel med grunnskole som høyeste fullførte utdanning fordelt på bydel. Prosent. Alder 25–44 år.

Kilde: Kommunehelset

Figur 7. Andel barn 0–17 år i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median fordelt på bydel. EU-skala. Prosent.

Kilde: Kommunehelset

midlertidig lavinntekt eller tilfeldig variasjon. Vi vet heller ikke hvilke andre kjennetegn de med lavinntekt har.

Ser vi figurene 5–7 i sammenheng, ser vi tendenser til gentrifisering i sentrumsbydelene. Andelen barn med enslig forsørger og andel med lav utdanning har gått betydelig ned i indre øst. Likevel er andel med lavinntekt forholdsvis uendret. I Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand er derimot andel med lav utdanning relativt uendret og øker til og med i Bydel Søndre Nordstrand, samtidig som andel barn i husholdninger med lavinntekt øker. Samtidig er reduksjonen i andel barn med enslige forsørgere

mindre i disse bydelene. Utviklingen i bydelene over tid i utvalget av risikofaktorer viser dermed mange av de samme utviklingstrekkene som utviklingen i andel med melding, andel med undersøkelser som førte til tiltak og andel med tiltak blant barn 0–17 år. Det kan isolert sett tyde på at utviklingen i behov for barneverntjenester henger sammen med at behovet ikke er uttømt i bydelene i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand.

Kan KOSTRA-tall om barnevern si noe om utviklingen i andel helseutsatte barn og unge?

Vi har brukt KOSTRA-data om barnevern for å studere utviklingen i andel helseutsatte barn og

unge. Barneverntjenesten tar i mot bekymringer om barn og unge og har plikt til å sikre at de som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Barnevernspopulasjonen regnes derfor som helseutsatt.

Statistikken gir informasjon både om hvor mange som til enhver tid fanges opp av barnevernstenesten og hvor mange man intervensjoner overfor for å forebygge en helsemessig skjevutvikling eller for å behandle eller lindre helseplagene. Vi har også sammenlignet bydeler for å få øye på ulik opphopning av helseutsatte barn og unge.

KOSTRA-tallene angir ikke saksgrunnlaget for at barn havner i barnevernet. Likevel kan tallene brukes til å gi oss noen indikasjoner på en utvikling i andel helseutsatte barn og unge. Utviklingen i Groruddalen og i Bydel Søndre Nordstrand i andel med melding, andel med undersøkelse som førte til tiltak og andel på tiltak blant barn 0–17 år kan tyde på at andel med behov for barneverntjenester i disse bydelene har økt. Det indikerer også at det er en økning i andel helseutsatte barn og unge i disse bydelene. Utviklingen i et utvalg risikofaktorer, som henger sammen med behov for barneverntjenester, viser også mange av de samme utviklingstrekkene. Siden KOSTRA-tallene ikke gir oss informasjon om årsakene til at hvert enkelt barn havner i barneverntjenesten, kan ikke tallene brukes til å si noe sikkert om utviklingen i andel helseutsatte barn og unge. Den kan også henge sammen med i hvilken grad bydelene har kapasitet tilpasset omfang og alvorlighetsgraden av sakene, hvordan tjenestene jobber og hvor effektivt ressursene er utnyttet.

For å kunne si noe mer sikkert om utviklingstrekk i behov mellom bydelene i Oslo, trenger vi individdata for barn i barnevernet som viser opphopning av risikofaktorer hos enkeltindivider eller mer detaljert statistikk om saksgrunnlaget for barnevernssakene. Med Oslo kommunes satsing i den nye folkehelseplanen på å forebygge, oppdage og hjelpe helseutsatte barn er det aktuelt å følge bedre med på en slik utvikling.

Forfattere:

Kristin Linnestad i Helsetaten og Kirsti Valset i Barne- og familieetaten

Referanser:

Björkenstam, E., Burström, B., Vinnerljung, B. & Kosidou, K. (2016). «Childhood adversity and psychiatric disorder in young adulthood: An analysis of 107,704 Swedes.» *Journal of Psychiatric Research*. 77:67–75. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.018.

Christiansen, Ø., E. Bakketeig, D. T. Skilbred, C. Madsen, K. J. Skaale Havnen, K. Aarland, E. Backe-Hansen. (2015). *Forskningsskunnskap om barnevernets hjelpetiltak*. Bergen: Uni Research Helse.

Greger, H. K., Myhreb, A.K., Lydersen, S. & Jozefiaka, T. (2015) Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population *Child Abuse & Neglect* 45 (2015) 122–134

Hjern, A., Vinnerljung, B. & Lindblad, F. (2001). «Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study.» *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58(5):412–7.

Lehmann, S., Breivik, K., Heiervang, E., Havik, T. & Havik, O.E. (2015). «Reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder in school-aged foster children – a confirmatory approach to dimensional measures.» *Journal of Abnormal Child Psychology* (44): 445–457.

Oslo kommune (2016). *Forslag til revidert kriteriesystem for bydelene i Oslo kommune*. Byrådssak 90/16. Oslo: Oslo kommune.

Oslo kommune (2017a). *Folkehelseplan for Oslo 2017–2020*. Oslo: Oslo kommune.

Oslo kommune (2017b). *Oslospeilet Nr. 2, november 2017, årgang 27*. Oslo: Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/statistiske-publikasjoner/oslo-speilet/>

Vinnerljung, B., A. Hern and F. Lindblad. 2006. «Suicide attempts and severe morbidity among former child welfare clients – a national cohort study.» *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (7): 723–733.

Vinnerljung, B., L. Brännström and A. Hjern. 2015. «Disability pension among adult former child welfare clients: A Swedish national cohort study.» *Children and Youth Services Review* 56: 169–176.



RUSMIDDELFORGIFTNING I OSLO

– om geografiske og sosiale forskjeller i antall tilfeller og tettere oppfølging av unge etter rusmiddelforgiftning

Antallet forgiftninger behandlet ved legevakten økte med 24 prosent fra 2008 til 2012. Byens befolkningsvekst var i samme periode 8 prosent. Antall tilfeller per 1000 av rusmiddelforgiftninger i løpet av et år var dobbelt så høy i bydelene med dårligst levekår som i bydelene med best levekår.

Rusmiddelbruk og akutte rusmiddelforgiftninger utgjør store helseproblemer og henger ofte sammen med sosiale forhold. Denne artikkelen beskriver sammenhenger mellom bosted, levekår og tilfeller av rusmiddelforgiftning i Oslo. Videre presenteres noen av resultatene i prosjektet *Ungdom og rus*. Et av tiltakene i prosjektet er at ungdom og unge voksne under 23 år får tilbud om samtale med en sosionom når de våkner opp etter å ha blitt behandlet for rusmiddelforgiftning. I tillegg følges de opp med en telefonsamtale i løpet av et par uker.

Legevakten i Oslo behandler over dobbelt så mange forgiftninger per år som alle oslosykehusene til sammen, og antallet økte fra 2008 til 2012 (Lund et al., 2012; Vallersnes et al., 2015). Det var særlig antall forgiftninger med alkohol, amfetamin, kokain og GHB som økte. Mange av de alkoholforgiftede som fikk behandling på legevakten var ungdommer og unge voksne.

Undersøkelsene gjengitt i denne artikkelen (Akopian et al., 2015; Vallersnes et al., 2015; Vallersnes et al., 2016) ble gjort i samarbeid mellom Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo, Allmennlegevakten i Helseetaten i Oslo kommune og Akuttmedisinsk avdeling ved Oslo Universitetssykehus. Undersøkelsene ble finansiert av Allmennmedisinsk forskingsfond.

SAMMENDRAG

”

I løpet av 2012 behandlet Legevakten i Oslo 2 923 akutte forgiftninger, hvorav 80 prosent var rusrelaterte. Antallet forgiftninger behandlet ved legevakten økte med 24 prosent fra 2008 til 2012. Byens befolkningsvekst var i samme periode 8 prosent.

Artikkelen beskriver sammenhenger mellom bosted, levekår og tilfeller av rusmiddelforgiftning i Oslo basert på statistikk fra legevakten. Antall tilfeller per 1000 av rusmiddelforgiftninger i løpet av et år var dobbelt så høy i bydelene med dårligst levekår som i bydelene med best levekår.

Prosjektet «Ungdom og rus» som startet i 2010, førte til at markant flere unge ble henvist til videre oppfølging. Fra 2008 til 2012 ble 57 prosent flere i aldersgruppa 16–22 år henvist til videre oppfølging.

Økende antall rusmiddelforgiftninger

I løpet av 2012 behandlet Legevakten i Oslo 2 923 akutte forgiftninger, hvorav 80 prosent var rusrelaterte. Kun én av fem pasienter ble innlagt på sykehus, resten ble ferdigbehandlet ved legevakten. Alkohol var involvert i 1 684 tilfeller (58 %), heroin i 542 (19 %), benzodiazepiner i 521 (18 %), amfetamin i 275 (9 %), brannrøyk i 192 (7 %), GHB i 144 (5 %) og cannabis i 143 tilfeller (5 %). I 31 prosent av tilfellene var det involvert flere enn ett forgiftningsmiddel.

Samlet sett, i alle aldersgrupper, var de fleste pasientene med alkoholforgiftning menn. Derimot var helgefylla blant ungdom og unge voksne (yngre enn 26 år) like utbredt blant begge kjønn. Av totalt 451 alkoholforgiftninger blant disse pasientene var 49 prosent kvinner. I denne yngste aldersgruppa var det 297 (66 %) av alkoholforgiftningene som skjedde i helg.

Disse tallene er hentet fra en undersøkelse i 2012, der alle akutte forgiftninger behandlet ved Legevakten i Oslo ble registrert (Vallersnes et al., 2015). Siden forrige undersøkelse i 2008 (Lund et al., 2012) hadde antallet forgiftninger behandlet ved legevakten økt med 24 prosent. Byens befolkningsvekst i samme tidsrom var 8 prosent. De største økningene var i forgiftninger med GHB (148 %), kokain (66 %), amfetamin (40 %) og alkohol (36 %). For mer informasjon om russtatistikk i Oslo, se faktaboks.

HELHETLIG RUSSTATISTIKK FOR OSLO KOMMUNE, 2016

Velferdsetaten ved Oslo kommune utgir årlig en rapport om russtatistikk i Oslo kommune. Rapporten for 2016 ble nylig publisert. For unge til og med 23 år ble det i 2015 registrert 652 henvendelser hos Legevakten i Oslo, mens det i 2016 ble registrert 780 henvendelser. Dette betyr at det har vært en økning i henvendelser på cirka 20 prosent fra 2015 til 2016. Det var 134 henvendelser fra unge under 18 år i 2016. Av de 780 henvendelsene var det 480 med bostedsadresse i Oslo, mens de øvrige har bostedsadresse utenfor Oslo.

Se lenke til Helhetlig russtatistikk referanselisten.

Store forskjeller innad i Oslo

Dårlige levekår og dårlig helse henger sammen (Barnett et al., 2012; Dahl et al., 2010). Store sosioøkonomiske forskjeller innad i et samfunn henger i seg selv også sammen med dårlig helse (Pickett & Wilkinson, 2015), og i Oslo er de sosioøkonomiske forskjellene større enn ellers i landet (Bråthen et al., 2007). I 2012 var antall tilfeller av rusmiddelforgiftninger per 1000 innbyggere dobbelt så høy i bydelene med dårligst levekår sammenlignet med bydelene med best levekår (Akopian et al., 2015). Bydelene var inndelt i tre grupper (best, middels og dårligst) basert på en levekårsindeks¹ utarbeidet av Oslo kommune (Kvangraven & Iversen, 2005).

Det var en klar sammenheng mellom rusmiddelforgiftning og levekår. Antall tilfeller var 1,75 per 1000 innbyggere i bydelene med best levekår (Nordre Aker, Vestre Aker, Nordstrand, Ullern og Frogner). I bydelene med middels levekår (Østensjø, Søndre Nordstrand, Bjerke, Stovner og St. Hanshaugen) var antall tilfeller 2,76 per 1000 innbyggere og 3,41 i bydelene med dårligst levekår (Alna, Grorud, Sagene, Grünerløkka og Gamle Oslo) (Tabell 1).

Bydelsmønsteret viser at det er klare skiller mellom indre og ytre bydeler i antall tilfeller per 1000 innbyggere per år. I tillegg til ulikheter i levekår, virker nok også andre sosiale og demografiske forhold inn på insidensen (Bråthen et al., 2007). Antall tilfeller per 1000 er høyest i indre øst (3,94) og indre vest (3,84), og lavest i ytre vest (1,36) (Tabell 2). Antall tilfeller av rusmiddelforgiftning var høyest blant bosatte i sentrumsbydelene St. Hanshaugen (5,24 per 1000 innbyggere per år), Gamle Oslo (4,56), Grünerløkka (3,89) og Sagene (3,26) (Tabell 3).

Dette gjenspeiles også i et høyt antall tilfeller av rusmiddelforgiftninger som behandles ved Lovisenberg sykehus. Opptaksområdet til Lovisenberg består av de samme bydelene (Tabell 4).

¹ Levekårsindeksen inkluderer informasjon om utdanningsnivået, inntektsnivået, andel uføretrygdde, andel enslige forsørgere, andel ikke vestlige innvandrere, arbeidsledighet og flyttehyppighet i bydelen.

Tabell 1. Antall tilfeller av rusmiddelforgiftning per 1000 innbyggere, etter bydelsgruppe, 2012.

Bydelsgrupper*	Antall forgiftninger	Antall innbyggere	Antall forgiftninger per 1000 innbyggere per år
Best levekår	341	194 996	1,75
Middels levekår	421	152 662	2,76
Dårligst levekår	614	180 227	3,41

*** Bydelsinndeling – levekår:**

Best: Nordre Aker, Vestre Aker, Nordstrand, Ullern, Frogner

Middels: Østensjø, Søndre Nordstrand, Bjerke, Stovner, St. Hanshaugen

Dårligst: Alna, Grorud, Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo

Bydelene er delt inn i levekårsgrupper basert på Oslo kommunes levekårsindeks for 2005 (Kvangraven & Iversen, 2005). Levekårsindeksen rangerer bydelene langs en skala fra 1 (best levekår) til 10 (dårligst levekår).

Kilde: Akopian et al., 2015

Tabell 2. Antall tilfeller av rusmiddelforgiftning per 1000 innbyggere, etter sosiogeografisk område, 2012.

Område*	Antall forgiftninger	Antall innbyggere	Antall forgiftninger per 1000 innbyggere per år
Ytre vest	198	145 893	1,36
Indre vest	314	81 767	3,84
Indre øst	462	117 299	3,94
Ytre øst	402	182 296	2,20

*** Bydelsinndeling – sosiogeografiske områder:**

Ytre vest: Vestre Aker, Ullern, Nordre Aker, Nordstrand

Indre vest: Frogner, St. Hanshaugen

Indre øst: Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo

Ytre øst: Bjerke, Grorud, Stovner, Alna, Østensjø, Søndre Nordstrand

Kilde: Akopian et al., 2015

Tabell 3. Antall tilfeller av rusmiddelforgiftning per 1000 innbygger etter bydel, rangert, 2012.

Bydel	Antall forgiftninger	Antall innbyggere	Antall forgiftninger per 1000 innbyggere per år
St Hanshaugen	171	32 664	5,24
Gamle Oslo	181	39 733	4,56
Grünerløkka	174	44 758	3,89
Sagene	107	32 808	3,26
Frogner	143	49 103	2,91
Grorud	56	22 587	2,48
Alna	96	40 341	2,38
Stovner	59	25 809	2,29
Bjerke	50	24 303	2,06
Søndre Nordstrand	61	29 875	2,04
Østensjø	80	40 011	2,00
Ullern	38	26 611	1,43
Nordstrand	57	40 611	1,40
Vestre Aker	53	38 124	1,39
Nordre Aker	50	40 547	1,23

Kilde: Akopian et al., 2015

Tabell 4. Antall tilfeller av rusmiddelforgiftning per 1000 innbyggere etter sykehussektor, 2012.

Sykehussektor*	Antall forgiftninger	Antall innbyggere	Antall forgiftninger per 1000 innbyggere per år
Diakonhjemmet	234	113 838	2,06
Oslo US Ullevål	298	175 347	1,70
Lovisenberg	633	149 963	4,22
Akershus US	211	88 737	2,38

* Opptaksområde for sykehussektorer:

Diakonhjemmet: Vestre Aker, Ullern, Frogner

Oslo US Ullevål: Nordre Aker, Bjerke, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand

Lovisenberg: St. Hanshaugen, Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo

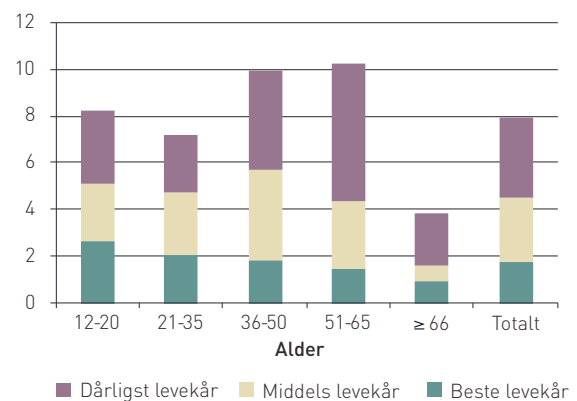
Akershus US: Grorud, Stovner, Alna

Kilde: Akopian et al., 2015

Figur 1 viser at det er høyest forekomst av rusmiddelforgiftninger i aldersgruppene 36–50 og 51–65 år. For alle aldersgruppene vist i figuren er det også flere tilfeller per 1000 blant innbyggere med lavest levekår enn blant innbyggere med høyest levekår, selv om mønsteret ikke er like tydelig for personer under 35 år. Blant ungdom og unge voksne opp til 35 år er antall tilfeller per 1000 forholdsvis jevnt fordelt mellom kategoriene dårligst, middels og best levekår.

I Oslo totalt var antall tilfeller 2,95 per 1000 innbyggere per år, mens det blant bostedsløse, det vil si personer folkeregistrert som uten fast bopel, var så mange som 134 tilfeller per 1000 per år. Andelen heroinforgiftninger var stor blant de bostedsløse (42 %).

Studien ble gjennomført ved Legevakten i Oslo i 2012, der alle akutte rusmiddelforgiftninger ble registrert (Akopian et al., 2015). Pasientene ble inkludert fortløpende fra 1.10.2011 til 30.9.2012. Totalt behandlet legevakten 1 560 rusmiddelforgiftninger blant osloinnbyggere i perioden. I samme tidsrom behandlet Legevakten i Oslo 939 rusmiddelforgiftninger blant personer bosatt utenfor Oslo. Alle eldre enn 12 år og som ble behandlet for akutt rusmiddelforgiftning ved Legevakten i Oslo ble inkludert i studien, uavhengig av intensjonen bak forgiftningen. Studien gir dermed et godt bilde av omfanget av tilfeller med rusmiddelforgiftning behandlet ved legevakten. Den gir derimot ikke et fullstendig bilde av rusmiddelforgiftningene i hovedstaden. Om lag 700 akutt forgiftede pasienter bringes årlig direkte til sykehus av ambulanse-tjenesten, for det meste med medikamentforgiftninger, men de mest alvorlige rusmiddelforgiftningene vil også finnes i denne gruppen. I tillegg blir en del pasienter igjen på stedet etter å ha blitt

Figur 1. Antall tilfeller av rusmiddelforgiftning per 1000 innbyggere, etter alder og levekår*, 2012.

* Samme inndeling i levekår som tabell 1.

Kilde: Akopian et al., 2015

behandlet av ambulansepersonell, hvor de fleste har fått motgift etter opioidforgiftning (Akopian et al., 2015).

Tettere oppfølging av unge

Markant flere unge ble henvist til videre oppfølging etter at Legevakten i Oslo startet et eget prosjekt for unge pasienter med rusmiddelforgiftning (Vallersnes et al., 2016). Denne studien har bidratt inn i kunnskapsgrunnlaget for ny rusmelding, se faktaboks. Prosjektet *Ungdom og rus* startet opp i 2010 og omfatter ungdom og unge voksne opp til 23 år som får tilbud om en samtale med sosionom før utskrivning og følges opp med en telefon-samtale et par uker etter. I tillegg til ivaretagelsen som ligger i disse samtalene i seg selv, er det en hensikt å finne de som trenger ytterligere oppfølging og henvise dem videre. Målet er å bidra til

en tettere oppfølging av denne pasientgruppen og redusere sannsynligheten for at pasienten kommer tilbake med en ny rusmiddelforgiftning.

I 2012 ble 43 prosent av de med rusmiddelforgiftninger i aldersgruppen 16–22 år henvist til videre oppfølging, til forskjell fra 27 prosent i 2008. Det betyr at 57 prosent flere av de unge ble henvist til videre oppfølging. Økningen var størst i henvisninger til psykiatrisk poliklinikk og ruspoliklinikk. I tillegg ble flere fulgt opp av barnevernet. Til sammenligning var det ingen endring fra 2008 til 2012 i andel henviste pasienter i aldersgruppen 23–27 år, som ikke ble omfattet av tiltaket. Prosjektet etablerte kontakt med 61 prosent av pasientene i målgruppen.

Undersøkelsen som måler effekt av tiltaket hentet data fra tre separate studier i 2003², 2008 og 2012. Studiene er gjort ved Legevakten i Oslo og omfattet 1323 pasienter behandlet for rusmiddelforgiftning i aldersgruppene 16–22 år og 23–27 år. Om lag halvparten av pasientene (46 %) var kvinner. De vanligste rusmidlene var alkohol (62 %) og opioider (16 %) (Vallersnes et al., 2016).

Resultatene av undersøkelsen viser ingen endring i hvor ofte pasientene kom tilbake med en ny rusmiddelforgiftning etter at tiltaket ble iverksatt. På den annen side var studien for liten til å

² Antall som ble henvist videre ble ikke registrert i 2003-studien.

KUNNSKAPSGRUNNLAG FOR NY RUSMELDING

Velferdsetaten har utarbeidet kunnskapsgrunnlag for ny bystyremelding om rus. I utarbeidelsen ble det lagt til rette for en bred og inkluderende prosess i Oslo kommune som har involvert brukere og brukerorganisasjoner, pårørende og pårørendeorganisasjoner, bydeler, etater, spesialisthelsetjeneste, frivillige og ideelle organisasjoner, fagorganisasjoner, politi og fengselsvesen samt fag- og kompetansemiljøer. Formålet var å få fram de utfordringene som kan knyttes til forebyggende arbeid og rusarbeid i Oslo kommune, og få forslag til kunnskapsbaserte og helhetlige tiltak i et 10-års perspektiv. Anbefalingene som gis i kunnskapsgrunnlaget er basert på denne helheten. I kunnskapsgrunnlaget anbefales det at tiltak og satsinger som blir satt i verk på bakgrunn av nevnte bystyremelding om rus må evalueres for å sikre at målene nås. Videre anbefales det at metoder og tiltak skal baseres på kunnskapsbaserte metoder, og at rus og psykisk helse bør sees i sammenheng.

Byråd for eldre, helse og sosiale tjenester arbeider nå med den nye rusmeldingen, og har som mål å behandle denne politisk i løpet av første halvår i 2018.

Se lenke til Kunnskapsgrunnlaget for rusmelding i referanselisten.



KORT OM RUSMIDLER OG OVERDOSE

Alkohol

Overdose gir bevisstløshet og i verste fall pustevansker.

Opioider

Omfatter heroin, metadon, buprenorfin og sterke smertestillende medikamenter som morfin. Overdose gir bevisstløshet, pustevansker og i verste fall pustestans.

Benzodiazepiner

Medikamenter som brukes mot angst og søvnvansker. Overdose gir bevisstløshet. Benzodiazepiner alene gir svært sjelden pustevansker, men øker faren for pustestans om det tas sammen med alkohol eller opioider.

Gammahydroksybutyrat (GHB)

Overdose kan gi bevisstløshet og pustevansker, men også kraftig uro og forvirring, og noen ganger rask veksling mellom bevisstløshet og uro.

Amfetamin og kokain

Overdose kan gi kraftig uro og forvirring, overoppheting, hjerteinfarkt, hjerneslag, hallusinasjoner og psykose.

Cannabis

Cannabis er sjelden årsak til behandlingstrengende overdose i seg selv, men ofte tatt sammen med andre rusmidler. Overdose med nye syntetiske cannabinoidreseptoragonister (syntetisk hasj) kan gi hjerterytmeforstyrrelser og psykose.

oppdage små, men likevel betydningsfulle forskjeller. Tidligere forskning har vist at det å være i behandling fører til mindre farlig rusing og reduserer risikoen for tidlig død (Degenhardt et al. 2011; Kaner et al. 2007; Rehm & Roerecke 2013;

Smedslund et al. 2011). Ut fra dette forventer vi likevel at tiltaket vil ha gunstige effekter for pasientene på sikt på grunn av økningen i henvisninger til videre oppfølging, men dette bør følges opp i en ny studie.



Foto: Colourbox

Forfatter:

Odd Martin Vallersnes, Allmennlegevakten, Helseetaten, Oslo kommune, og Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

Referanser:

Akopian, M., Vallersnes, O. M., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., & Brekke, M. (2015). Levekår i Oslos bydeler og legevaktbehandlet rusmiddelforgiftning. Tidsskrift for den norske legeforening, bind 135, nr. 21, s. 1943–8.

Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, bind 380, nr. 9836, s. 37–43.

Bråthen, M., Djuve, A. B., Dølvik, T., Hagen K., Hernes, G., & Nielsen, R. A. (2007). Levekår på vandring. Velstand og marginalisering i Oslo. FAFO.

Dahl, E., van der Wel, K., & Harsløf, I. (2010). Arbeid, helse og ulikhet. Helsedirektoratet.

Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M., & McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, bind 106, nr. 1, s. 32–51.

Helhetlig russtatistikk, 2016, Oslo kommune. <http://www.kommunetorget.no/Aktuelt/Helhetlig-russtatistikk-for-Oslo-kommune/>

Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H.O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J., & Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2): CD004148.

Kvangraven, P. H., & Iversen, S. (2005). Ny levekårsindeks for bydelene i Oslo kommune. *Oslo-speilet*, årgang 15, nr. 6, s. 22–7.

Kunnskapsgrunnlag for ny rusmelding, Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/kunnskapsgrunnlag-for-ny-rusmelding/>

Lund, C., Vallersnes, O. M., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., & Hovda, K. E. (2012). Outpatient treatment of acute poisonings in Oslo: poisoning pattern, factors associated with hospitalization, and mortality. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, årgang 20, art. 1.

Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social Science and Medicine*, bind 128, s. 316–26.

Rehm, J., & Roerecke, M. (2013). Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol and Alcoholism*, bind 48, nr 4, s. 509–13.

Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5): CD008063.

Vallersnes, O. M., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., & Brekke, M. (2015). Patients presenting with acute poisoning to an outpatient emergency clinic: a one-year observational study in Oslo, Norway. *BMC Emergency Medicine*, årgang 15, art. 18.

Vallersnes, O. M., Bjornaas, M. A., Lund, C., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., & Brekke, M. (2016). Follow-up of young patients after acute poisoning by substances of abuse: a comparative cohort study at an emergency outpatient clinic. *BMC Research Notes*, årgang 9, art. 398.



ULYKKESSKADER I OSLO

Denne artikkelen beskriver noen av de geografiske og sosiale forskjellene i ulykkesskader i Oslo. En ulykkesskade defineres her som «en ufrivillig hendelse karakterisert ved en hurtigvirkende kraft eller påvirkning som kan ytre seg i skade på kroppen» (NOMESCO 2007). Det er forskjeller i forekomsten av ulykkesskader mellom områder i Oslo. Disse forskjellene følger også sosiale forhold på individ- og områdenivå. Opplysninger om geografi og sosiale forhold kan brukes til å beskrive helseforskjeller i samfunnet og til forebygging i utvalgte grupper og nærmiljøer.

Skader og ulykker er en viktig årsak til uhelse og død. I Norge er det anslått at det hvert år er omtrent 12 prosent av befolkningen som har behov for helsehjelp som følge av skader, og at hver tiende innleggelse på sykehus skyldes personskader (Folkehelseinstituttet 2014). Det tilsier at det er et potensiale i å forebygge skader og ulykker gjennom systematisk og målrettet arbeid. En slik innsats forutsetter kunnskap om omfang og bakenforliggende årsaker. Formålet med denne artikkelen er å beskrive geografiske og sosiale forskjeller i skadebildet i Oslo. De geografiske analysene viser at det er til dels store forskjeller i forekomst av ulykkesskader innad i Oslo by. Datagrunnlaget i denne artikkelen dekker ulykkesskader behandlet ved Oslo skadelegevakt i perioden 2009–2011 (se faktaboks). Artikkelen er et utdrag av rapporten *Ulykkesskader i Oslo – Geografisk og sosial ulikhet for skader behandlet ved Oslo skadelegevakt* (Folkehelseinstituttet 2017a).

Fordeling av skadested ved ulykkesskader

Det var 66 per 1 000 bosatt i Oslo som ble registrert med en ulykkesskade. Figur 1 viser fordeling av skadested for disse ulykkene. De tre største kategoriene av skadested er ved bolig og boligområde, dernest vei, gate, fortau, gang- og sykkelsti og tredje størst er annet skadested.

Ulykkesskader på delbydelsnivå

Figur 2 viser ulykkesskader ved skadested «bolig og boligområde» på delbydelsnivå, som var det hyppigst forekommende skadestedet, med rundt

SAMMENDRAG

”

Hver 10. sykehusinnleggelse gjelder skadebehandling, noe som tilsier at det er et potensiale i å forebygge skader og ulykker gjennom systematisk og målrettet arbeid. En slik innsats forutsetter kunnskap om omfang og bakenforliggende årsaker. De geografiske analysene viser at det er til dels store forskjeller i forekomst av ulykkesskader innad i Oslo by. Det var flest registrerte skader i sentrumsnære områder. Områder med lavest forekomst finner vi utelukkende i delbydeler fra Oslo vest. Det var flest ulykker blant barn og unge voksne, samt blant de eldste. Antall ulykker og antall skadde var større for menn i alle aldre inntil slutten av 40-årene. Fra og med fylte 50 år var det flere kvinner med ulykkesskader. For de største skadestedskategoriene var det en høyere forekomst hos de med lavt utdanningsnivå.

DATAGRUNNLAG

Skadedata er hentet fra Norsk pasientregister (NPR), og omfatter to datasett:

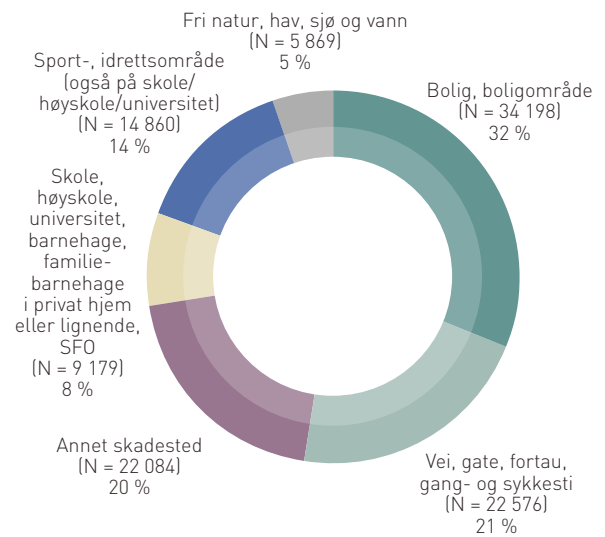
- 1 Aktivitetsdata somatikk¹
- 2 Felles minimum datasett (FMDS) for personskadedata

I aktivitetsdata samles det inn opplysninger om alle behandlingsepisoder ved norske sykehus og institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten (samt utvalgte kommunale legevakter). I denne innrapporteringen inngår blant annet opplysninger om medisinske diagnosekoder etter det internasjonale klassifiseringssystemet av sykdommer og beslektede helseproblemer, *International Classification of Diseases (ICD)*. Skadebehandlinger ved norske sykehus registrerer i hovedsak skader ved bruk av kapittel XIX («Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker») i dette kodeverket. Diagnosekodene i kapitlet gir primært en anatomisk/medisinsk beskrivelse av skaden (brudd, hodeskade, forgiftning osv.), og sier lite om hva som forårsaket skaden. I tillegg registreres det parallelt opplysninger om omstendighetene ved personskader i et eget FMDS som dekker en rekke sentrale forhold ved en skadehendelse:

- Skadetidspunkt (årstall, sesong og ukedag)
- Kontaktårsak
- Alvorlighetsgrad
- Aktivitet ved skadetidspunktet
- Bransje (ved arbeidsrelaterte skader)
- Skademekanisme
- Skadested (ved vei, lekeplass etc.)
- Produktulykke
- Veitrafikkulykke (ja/nei og type fremkomstmiddel)

¹ Det rapporteres også aktivitetsdata fra andre sektorer enn somatikk (avtalespesialister, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling osv.). Her kan behandling av skader forekomme, men trolig i liten utstrekning.

Figur 1. Fordeling av skadested ved ulykkeskader (N=108 766) behandlet ved Skadelegevakten for bosatte i Oslo i perioden 2009–2011.



Kilde: Norsk pasientregister (NPR)

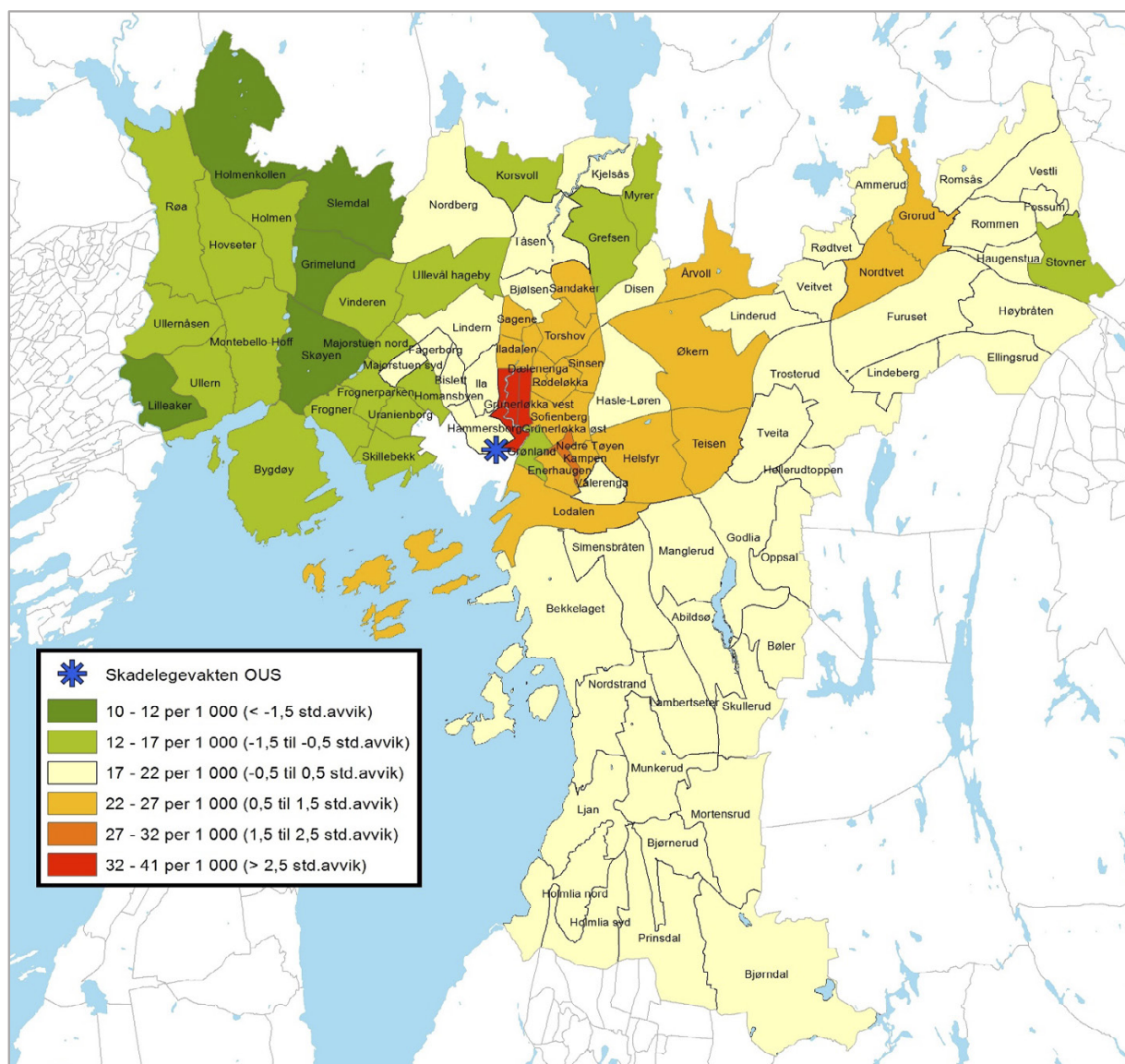
en tredjedel av ulykkeskadene. Denne skadestedskategorien er også den som forventes å være mest sammenfallende med de skaddes boområde. Fargeskalaen i figuren tilsier at jo lavere antall ulykker ved bolig/boligområde, desto mørkere grønnfarge på delbydelen. Tilsvarende vil høyere antall tilsi en mørkere rødlig farge. Delbydeler med gul farge har lite variasjon fra gjennomsnittet i Oslo. For mer detaljer rundt inndelingen, se rapporten.

Figuren viser at det var flest registrerte skader i sentrumsnære områder. Dette er områder med kort avstand til skadelegevakten. Skadelegevakten behandler anslagsvis 70–75 prosent av alle skadebehandlinger i Oslo (se Lund et al. 2004).



Foto: Colourbox

Figur 2. Ulykkesskader ved skadested «bolig og boligområde» etter delbydel for bosatte i Oslo.
Årlig antall per 1 000 for skader registrert ved Skadelegevakten i Oslo.



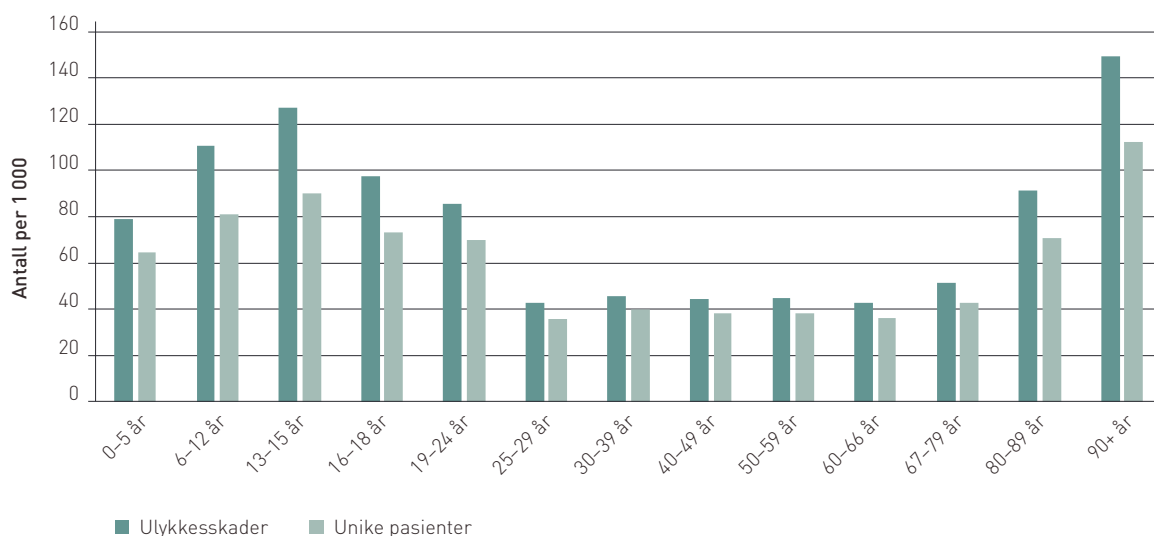
Kilde: NPR, Oslo kommunes statistikkbank og Geonorge

Områder med lavest forekomst finner vi utelukkende i delbydeler fra Oslo vest. Private legevakter og sykehus (for eksempel Volvat) er ikke rapporteringspliktig, og dette kan bidra til å forklare noe av forskjellene. Generelt var det lavere antall skadde i vest og i nord, men delbydel Stovner pekte seg også ut med lavt antall skadde i øst. Noe av dette kan trolig forklares med lekkasje til skadelegevakten på Akershus universitetssykehus. De fleste delbydelene i sør og øst hadde relativ lik forekomst hva antall skadde ved bolig og boligområde angår.

Skader ved fri natur, hav, sjø og vann har en annen geografisk fordeling enn skader ved bolig og boligområde. Dette har trolig sammenheng med tilgjengelighet til, og aktivitetsbruk i, områdene nær

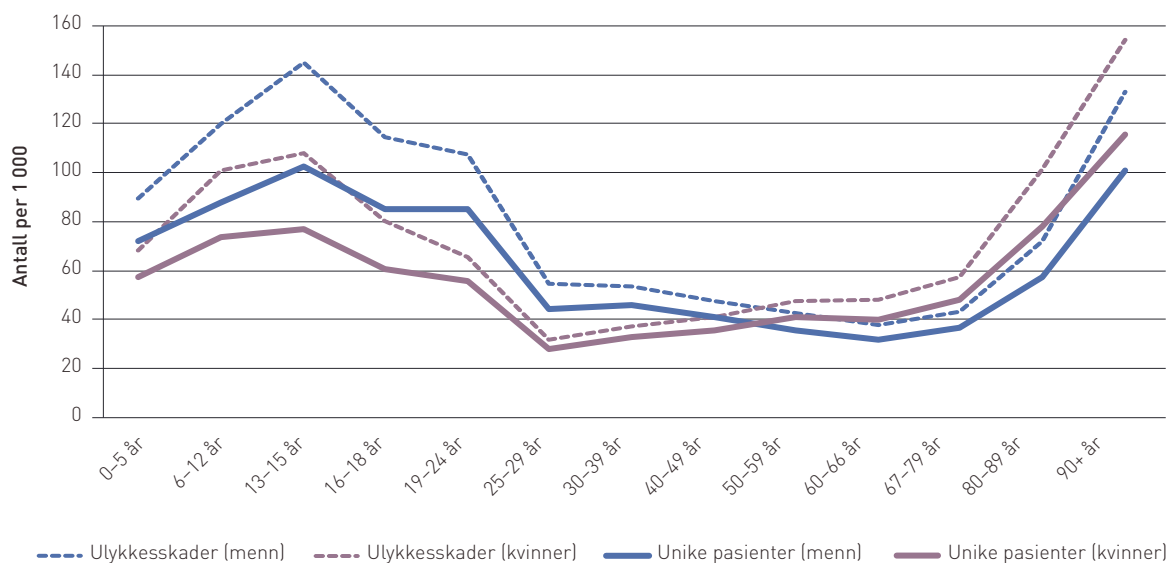
natur, vann og sjø; bosatte i disse områdene eksponeres trolig mer direkte for fritidsaktiviteter som knytter seg til båtliv og fysisk aktivitet (se Statistisk sentralbyrå 2017). Det var høyere antall skadde ved fri natur, hav, sjø og vann i de nordvestlige delbydelene i Oslo (bl.a. Korsvoll, Nordberg og Ullevål hageby). Vi finner flest områder med lavt antall skadde for dette skadestedet for bosatte i de østlige delbydelene i Oslo (bl.a. Furuset, Veitvet og Ellingsrud), inkludert de delbydelene med lavest antall skadde (Rommen, Haugenstua og Fossum). I de sentrumsnære områdene var det lavere forekomst av ulykkesskader ved fri natur, hav, sjø og vann blant bosatte, og delbydelene Dælenenga og Nedre Tøyen pekte seg her ut med lavest antall skadde i de sentrumsnære områdene.

Figur 3. Ulykkesskader og unike pasienter etter alder for bosatte som fikk behandling ved Skadelegevakten OUS i perioden 2009–2011. Årlig antall per 1 000.



Kilde: NPR

Figur 4. Ulykker og unike pasienter etter kjønn og alder. Årlig antall per 1 000.



Kilde: NPR

Flest ulykker blant eldre og barn

Figur 3 viser fordelingen av ulykkesskader og unike pasienter (pasienten telles en gang selv om han/hun har fått behandling for flere ulykkeshendelser) etter alder. Det var flest ulykker blant barn og unge voksne, samt blant de eldste. Det var flere ulykkesskader i de yngste og eldste aldersgruppene i forhold til antall pasienter. Antall ulykker for de yngste knytter seg til bl.a. aktivitetsnivå, mens tilsvarende for de eldste skyldes økt

sårbarhet som følge av blant annet komorbiditet. Den gjennomsnittlige alderen for pasientene med ulykkesskader var 33,3 år, noe som tilsier at utvalg har en overvekt av yngre pasienter.

En del pasienter som ble behandlet ved skadelegevakten, ble også innlagt på sykehus. Innleggelser forekom noe hyppigere for de aller yngste (15 år eller yngre) og for de voksne (30 år og eldre). Andelen innleggelser var jevnt over noe høyere for

menn i yrkesaktiv alder (66 år eller yngre), og markant høyere for de eldste kvinnene (67 år og eldre). De høyeste andelen av innlagte som følge av ulykkeskader registrert ved Skadelegevakten finner vi for pensjonistene (67 år og eldre). En forklaring på den høye andelen innleggelser for de aller yngste og de aller eldste, er at dette er sårbare grupper som kan ha problemer med å gjøre rede for sin egen tilstand og som derfor måtte legges inn for en grundigere undersøkelse.

Endring i skadeforekomst mellom kjønn etter fylte 50 år

I perioden 2009–2011 var andelen bosatte menn i Oslo på 49 prosent, og disse mennene hadde en overvekt av de registrerte ulykkeskadene, totalt 54 prosent. Figur 4 viser fordeling av ulykkeskader og skadde etter kjønn og alder.

Figuren viser at antall ulykker og antall skadde var større for menn i alle aldre inntil slutten av 40-årene. Fra og med fylte 50 år ser vi at kurvene krysser, og at det var flere kvinner med ulykkeskader i de eldste aldersgruppene. Det høyeste antall av ulykker og skadde finner vi for pasienter som er 90 år og eldre. Kvinner utgjør tre fjerdedeler av populasjonen i denne aldersgruppen, og hadde høyere antall ulykker og skadde per 1 000 sammenliknet med menn. En forklaring på dette er dels at flere kvinner lever lenger, men også at eldre kvinner har større sårbarhet for bruddskader som følge benskjørhet.

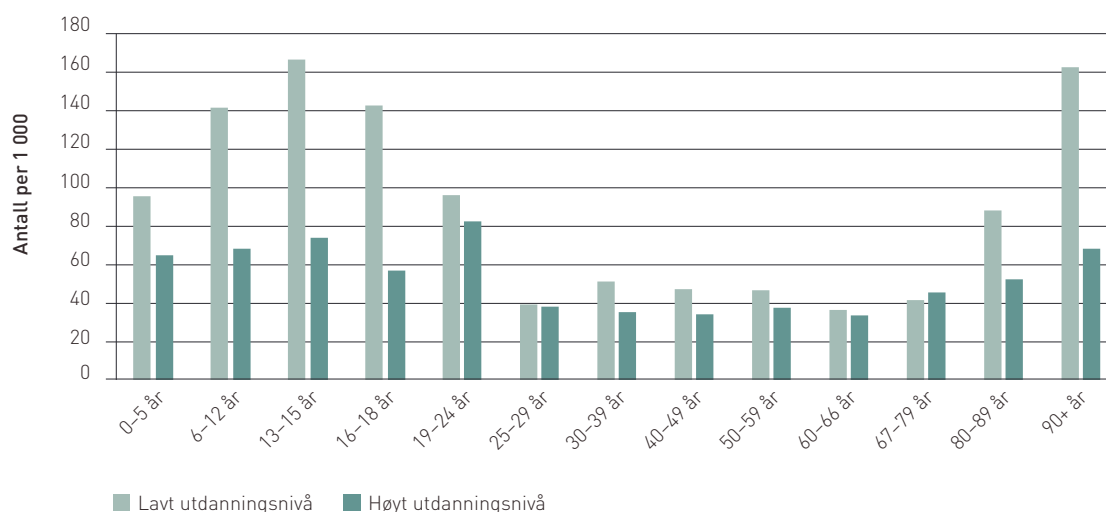
Lavere forekomst av skadde ved høyere utdanningsnivå

Et høyt utdanningsnivå kan være en beskyttende faktor via bedre mestring, kunnskap og sosiale nettverk. I analyser av sosial ulikhet er det vanlig å se på blant annet høyeste fullførte utdanning som mål på sosial posisjon.

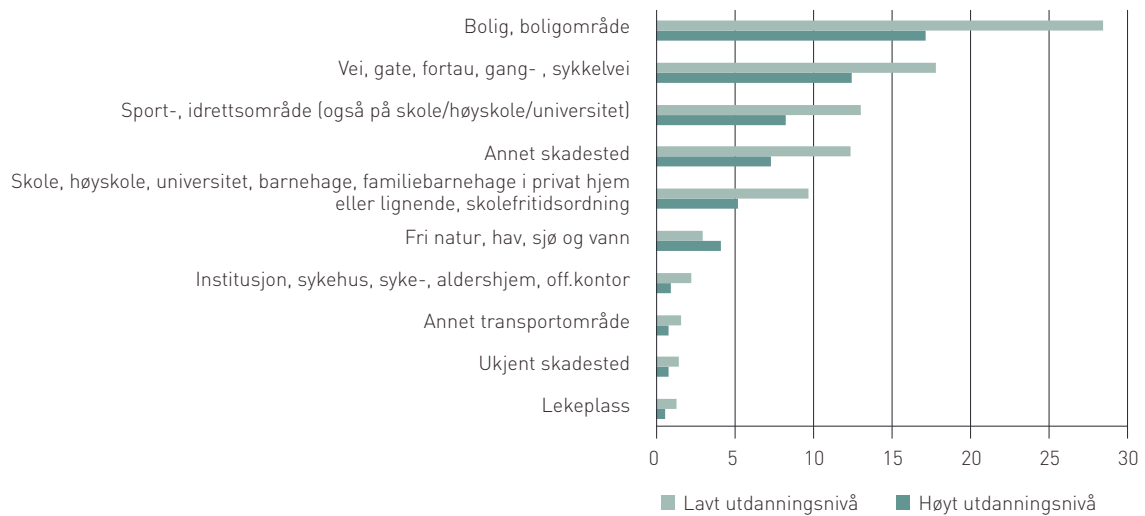
For den voksne delen av utvalget vårt (25 år og eldre) har vi valgt å bruke høyeste fullførte utdanning delt inn etter lavt nivå (fullført grunnskoleutdanning) og høyt nivå (fullført utdanning på universitets- eller høyskolenivå). Barn og unge voksne (24 år og yngre) er ikke ferdig med utdanningsløpet sitt, og det er derfor vanskelig å bruke høyeste fullførte utdanning som mål for denne aldersgruppen. Vi har derfor brukt andel med høyere utdanning blant bosatte på boområdenivå (delbydel) som mål på sosial posisjon for denne gruppen. For mer detaljer rundt inndelingen, se rapporten.

For de fleste aldersgrupper er det høyere antall skadde per 1 000 for gruppen med lavt utdanningsnivå, enten målt ved relativt utdanningsnivå på boområdenivå (24 år og yngre) eller ved høyeste fullførte utdanningsnivå på individnivå (25 år og eldre), se figur 5. For de yngste aldersgruppene (24 år og yngre) var antall skadde per 1 000 stabilt for dem som var bosatt i områder med relativt høyt utdanningsnivå, men økte med alder inntil fylte 15 år for de som var bosatt i områder med relativt lavt utdanningsnivå (figur 5). Forskjellen mellom

Figur 5. Unike pasienter med ulykkeskader etter alder. Årlig antall per 1 000 etter utdanningsnivå, på områdenivå for bosatte i alderen 24 år og yngre, og etter høyeste fullførte utdanningsnivå for bosatte i alderen 25 år og eldre.



Figur 6. Skadested ved ulykker med personskade for alle aldersgrupper per år. Aldersstandardisert antall per 1 000 etter utdanningsnivå, på områdenivå for bosatte i alderen 24 år og yngre, og etter høyeste fullførte utdanningsnivå for bosatte i alderen 25 år og eldre.



Kilde: NPR og Oslo kommunes statistikkbank

lavt og høyt utdanningsnivå er størst for de yngste (18 år og yngre) og for de eldste (80 år og eldre).

For de fleste skadestedskategoriene var det en høyere forekomst av skade per 1 000 med lavt utdanningsnivå (boområde eller individnivå), se figur 6. Enkelte skadesteds kategorier skilte seg ut for de ulike aldersgruppene. For barn og unge (24 år og yngre) var det for skadested «sport- og idrettsområde» nesten dobbelt så mange skade som var bosatt i områder med relativt lavt utdanningsnivå (35 mot 17 per 1 000). For voksne (25 år og eldre) var det for skadestedene «fri natur, hav, sjø og vann» og «sport- og idrettsområde» derimot høyere forekomst av skade per 1 000 for dem med høyt utdanningsnivå (9 mot 5 per 1 000), noe som samsvarer med hva man finner i andre studier (Simpson et al. 2005; Potter et al. 2005; Hlland et al. 2017). En mulig årsak til at denne skadesteds kategorien skiller seg ut kan være at enkelte sports- og fritidsaktiviteter kan være både svært kostbare og tidkrevende (Statistisk sentralbyrå 2015).

Den vanligste skademekanismen for ulykkeskader var slag- og støtskader, enten som følge av fall (45 prosent) eller som følge av kontakt med gjenstander, mennesker eller dyr (19 prosent). For denne skademekanismen var det en høyere forekomst av ulykkeskader per 1 000 for personer med lavt utdanningsnivå (boområdenivå eller individnivå) (figur 7).

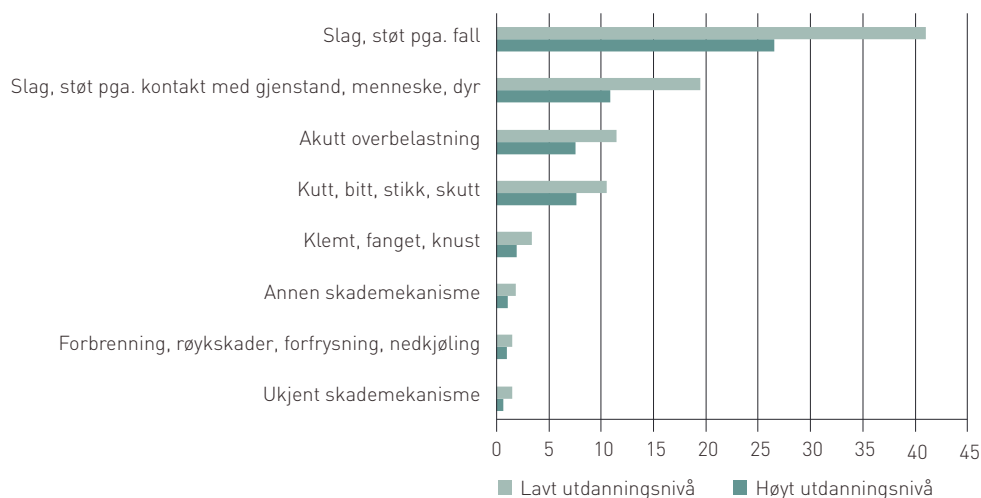
De vanligste skadediagnosene ved ulykkeskade for barn og unge voksne var hodeskader (24 prosent), skader i håndledd og hånd (23 prosent) og skader i ankel og fot (21 prosent). Samtlige av disse skadetyperne hadde større forekomst blant barn og unge voksne som bodde i områder med et relativt lavt utdanningsnivå. Den vanligste diagnosen ved ulykkeskade for voksne var skader i håndledd og hånd (22 prosent), skader i ankel og fot (17 prosent) samt hodeskader (14 prosent). For alle skadetyper var det større forekomst hos voksne med lavere utdanningsnivå.

Hvor representative er disse dataene?

Vi avgrenser analysene til bosatte i Oslo som fikk behandling for en ulykkeskade ved Skadelegevakten OUS i Oslo i perioden 2009–2011 (se Helse- og helsedirektoratet 2012). Skader blant osloborgere som ble behandlet ved institusjoner utenfor Oslo (f.eks. mens de var på ferie) er utelatt. Det samme gjelder pasienter som ikke var bosatt i Oslo (f.eks. studenter og personer på ferie i Oslo). Totalt 115 912 FMDS-registrerte skadeepisoder ved skadelegevakten gjaldt pasienter bosatt i Oslo ved skadehendelsestidspunktet. Av disse var 94 prosent registrert med kontaktårsak oppgitt som «ulykke». Totalt består vårt analyseutvalg derfor av 108 766 unike ulykkeskader fordelt på 88 350 unike pasienter.

Med en tilnærmet komplett registrering av omstendighetene omkring skadehendelser var målet å gi et representativt bilde av ulykkeskader

Figur 7. Skademekanisme ved ulykker med personskade for alle aldersgrupper per år. Aldersstandardisert antall per 1 000 etter utdanningsnivå, på områdenivå for bosatte i alderen 24 år og yngre, og etter høyeste fullførte utdanningsnivå for bosatte 25 år og eldre.



Kilde: NPR og Oslo kommunes statistikkbank

i Oslo by, og samtidig oppfordre til bedre skaderegistrering også i resten av landet. Likevel er det flere forhold ved datamaterialet som har betydning for våre funn. Først og fremst er det viktig å påpeke at datamaterialet avgrenses til ulykkesskader behandlet ved Skadelegevakten, da andre behandlingssenheter tilknyttet OUS (deriblant Ullevål sykehus) ikke rapporterte skadeopplysninger til FMDS i observasjonsperioden. Skadelegevakten behandler anslagsvis 70–75 prosent av alle skadebehandlinger i Oslo (se Lund et al 2004).

Selv om Skadelegevakten tar unna mange ulykkesskader i Oslo, kan denne avgrensningen gi skjevheter i våre data. Blant annet er utvalget av pasienter registrert med FMDS betraktelig yngre enn skadepopulasjonen forøvrig, ettersom eldre i mindre grad oppsøker legevakst men heller sendes direkte til sykehus. De mest alvorlige skadene sendes direkte til sykehus, for eksempel inngår ikke skader behandlet ved traumemottaket ved Ullevål. Private legevakter og sykehus (f.eks. Volvat) er ikke rapporteringspliktige, og vi har ikke hatt tilgang til opplysninger om bruk av private helsetjenester.

Forskjeller – potensial for forebygging?

Hver 10. sykehusinnleggelse gjelder skadebehandling, noe som tilsier at det er et potensiale i å forebygge skader og ulykker gjennom systematisk og målrettet arbeid. En slik innsats forutsetter kunnskap om omfang og bakenforliggende årsaker.



Foto: 07 Media



De geografiske analysene viser at det er til dels store forskjeller i forekomst av ulykkesskader innad i Oslo by. I hovedsak viser den geografiske fordelingen et mønster som synes å følge en markant øst-vest gradient, i tråd med hva annen tidligere forskning på sosial ulikhet har vist (Oslo kommune 2016; Folkehelseinstituttet 2017b). Enkelte typer ulykkesskader pekte seg ut ved å ha høyere forekomst i områder med lavt utdanningsnivå (f.eks. skader ved «skole, høyskole, universitet og barnehage»), andre i områder med høyt utdanningsnivå (f.eks. skader ved «fri natur, hav, sjø og vann»).

Forekomst av ulykkesskader var høyere for bosatte med lavt utdanningsnivå sammenliknet med bosatte med høyt utdanningsnivå. Forskjellen mellom lavt og høyt utdanningsnivå var størst for de yngste (under 18 år) og de eldste (over 80 år). Den gjennomgående tendensen er at det er en sosial gradient i registrerte skadebehandlinger i Oslo.

Hvordan kan de geografiske og sosiale forskjellene i ulykkesskader forklares? Bildet er trolig sammensatt og kan neppe forklares ved å vise til en enkelt mekanisme eller årsak. Studier har for eksempel rapportert høyere risiko for skader i

områder ved gjennomgående lav sosial posisjon, i hovedsak som følge av flere ytre risikofaktorer, som bl.a. dårligere boforhold, mer trafikk, høyere kriminalitet og mer arbeidsledighet (Cubbin et al 2000; Rivera 1995). En studie av skader hos barn fant at lavere utdanning på boområdenivå var assosiert med høyere risiko for skader, selv etter å ha justert for individuelle forhold som sosial posisjon (Reading et al 1999). En mulig fortolkning er at det skjer en underliggende seleksjon til boområder med bakgrunn i sosioøkonomiske egenskaper, og at denne seleksjonen opprettholder og forsterker de geografiske forskjellene over tid. Det er viktig å understreke at det er et samspill mellom de individuelle egenskapene til de bosatte og de fysiske egenskapene ved boområdene som bidrar til øke forekomsten av ulykkesskader.

Analyser av egenskaper ved de bosatte og av geografiske forskjeller på lokalt nivå i Oslo, viser at det er til dels store forskjeller. Kunnskap om slike forskjeller kan være nyttig i lokalt forebyggende arbeid både i Oslo, men også for andre byer og tettsteder. Mer kunnskap om lokale forhold er viktig når man skal evaluere hvorvidt tiltak gir en ønsket reduksjon av skader, enten etter boområder med store sosiale forskjeller, eller i større geografiske boområder.

Forfattere:

Christian Madsen, Eyvind Ohm, Kari Alver,
Else-Karin Grøholt. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Referanser:

Cubbin C, LeClere F.B., & Smith G.S. (2000)
*Socioeconomic status and injury mortality: individual
and neighbourhood determinants*. J Epidemiol
Commun Health, 54: 517–524.

Folkehelseinstituttet (2014) *Skadebildet i Norge.
Hovedvekt på personskader i sentrale registre*.
FHI-rapport 2014:2.

Folkehelseinstituttet (2017a) *Ulykkesskader i Oslo –
Geografisk og sosial ulikhet for skader behandlet ved
Oslo skadelegevakt*. [https://www.fhi.no/publ/2017/
ulykkesskader-i-oslo/](https://www.fhi.no/publ/2017/ulykkesskader-i-oslo/)

Folkehelseinstituttet (2017b) *Folkehelserapporten
2014: Helsetilstanden i Norge*, FHI-rapport 2014:4
med oppdaterte kapitler sist i 2017.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

Helsedirektoratet (2012) *Personskadedata 2011*.
Rapport: IS-2001. Oslo: Helsedirektoratet.

Hulland E, Chowdhury R., Sarnat S., & Chang H.H.
(2017) *Socioeconomic Status and Non-Fatal Adult
Injuries in Selected Atlanta (Georgia USA) Hospitals*.
Prehosp Disaster Med, 32(4):403–413.

Kravdal Ø., Alver K., Bævre K., Kinge J.M.,
Meisfjord J.R., Steingrimsdottir Ó.A., & Strand B.H.
(2015) *How much of the variation in mortality across
Norwegian municipalities is explained by socio-de-
mographic characteristics of the population?* Health
and Place, 33:148–158.

Lund J., Bjerkedal T., Gravseth H.M., Vilimas K., &
Wergeland E. (2004) *A two-step medically based
injury surveillance system – experiences from the
Oslo injury register*. Accident Analysis and
Prevention, 36: 1003–1017.

NOMESCO (2007) NOMESCO Classification of
External Causes of Injuries. Fourth revised edition.
København: Nordic Medico Statistical Committee,
2007.

Oslo kommune (2016) *Oslohelse – Oversikt over
helsetilstanden og påvirkningsfaktorene*. Oslo
kommune, Helseetaten, Seksjon for kvalitets-
måling og epidemiologi.

Potter B.K., Speechley K.N., Koval J.J., Gutmanis
I.A., Campbell M.K., & Manuel D. (2005)
*Socioeconomic status and non-fatal injuries among
Canadian adolescent: variation across SES and injury
measures*. BMC Public Health, 5: 132.

Reading R., Langford I.H., Haynes R., & Lovett A.
(1999) *Accidents to preschool children: comparing
family and neighborhood risk factors*. Soc Sci Med,
48:321–330.

Rivera F.P. (1995) *Developmental and behavioural
issues in childhood injury prevention*. J Dev Behav
Pediatr, 16:362–370.

Simpson K., Janssen I., Craig W.M., & Pickett W.
(2005) *Multilevel analysis of associations between
socioeconomic status and injury among Canadian
adolescents*. J Epidemiol Community Health,
59:1072–1077.

Statistisk sentralbyrå (2015) *Fritidsaktiviteter
1997–2014. Barn og voksnes idrettsaktiviteter,
friluftsliv og kulturaktiviteter. Resultater fra
Levekårsundersøkelsene*. Rapport 25/2015,
Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (2017) *Idrett og friluftsliv,
levekårsundersøkelsen*. Tabell 09117 og 09120 i
Statistikkbanken (<https://www.ssb.no>).



UTSKREVET FRA SYKEHUS TIL KOMMUNEN

Utviklingen i tilbudet til utskrivningsklare pasienter i Oslo 2007–2016 og effekten av samhandlingsreformen

Fra 2007 til 2016 har liggetiden etter melding om utskrivningsklar pasient blitt kraftig redusert og antall pasienter som blir meldt utskrivningsklar er fordoblet. Den store forandringen kom i årsskiftet 2011–2012 etter innføring av nytt regelverk om utskrivningsklare pasienter i forbindelse med samhandlingsreformen. Andelen av pasientene som skrives ut til eget hjem har økt, og andelen som skrives ut til korttids plass i sykehjem har gått ned.

Oslo kommune har siden 1.1.2007 gjennomført en systematisk registrering av data om pasienter som blir meldt som utskrivningsklar fra sykehus. Med utgangspunkt i disse dataene beskriver artikkelen utviklingen i Oslo kommunes håndtering av utskrivningsklare pasienter (se faktaboks 1) over tiårsperioden 2007 til 2016, og belyser hvordan denne utviklingen ble påvirket av endringer i regelverket i forbindelse med samhandlingsreformen (se faktaboks 2).

1. Utskrivningsklare pasienter er pasienter som er ferdig med behandling på sykehus, men som har behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen etter utskrivning. Sykehuset gir en melding til kommunen når en pasient er klar til utskrivning og kommunen må sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. I Oslo ligger dette ansvaret hos bydelene.

2. Samhandlingsreformen var en nasjonal helsereform, iverksatt 1.1.2012. Et hovedgrep i reformen var overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare sykehuspasienter til kommunene. *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* gir kommunen betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første døgn, forutsatt at de forskriftsfestede vilkårene er oppfylt.

SAMMENDRAG

”

I 2007 måtte sykehuspasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester ofte vente i flere dager etter ferdig behandling før de kunne skrives ut til egnet tilbud i kommunen. Rundt 60 prosent av disse pasientene ble utskrevet til korttids plass på sykehjem. Ti år senere kunne de fleste tas imot av kommunen samme dag som de ble meldt utskrivningsklar, og to tredjedeler ble utskrevet til eget hjem. I desember 2016 var gjennomsnittlig ventetid 0,2 døgn. Samtidig ble antall pasienter som var meldt utskrivningsklar fra sykehus fordoblet. Den store endringen skjedde i overgangen 2011–2012 da nytt regelverk for håndtering av utskrivningsklare pasienter trådte i kraft i forbindelse med samhandlingsreformen. Det ble et stort fremskritt i en langsiktig utvikling mot kortere liggetid for utskrivningsklare pasienter og økt tilbud av kommunale helse- og omsorgstjenester i pasientens hjem heller enn i institusjon.

Data fra sykehusene om pasienter som er meldt utskrivningsklar ble innhentet fra bydelene ved bruk av et eget manuelt registreringsskjema frem til 1.1.2011. Etter det gikk man over til automatisk registrering i kommunens fagsystem for pleie-, rehabilitering- og omsorgsområdet (Geric). Denne registreringen er hovedkilden for denne artikkelen, som omhandler utviklingen over tiårsperioden 2007–2016. Videre i artikkelen er disse dataene (se faktaboks 3) referert til som Oslo kommunes tall.

3. Grunnlagsdata ble registrert månedlig per bydel og per sykehus for somatiske opphold for oslopatienter som ble meldt utskrivningsklar, i all hovedsak fra Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus eller Diakonhjemmet sykehus. De viktigste parameterne som ble registrert var antall utskrivningsklare pasienter og hvor mange av disse som ble utskrevet til henholdsvis langtidsplass i sykehjem, korttids-plass eller eget hjem. Det ble også registrert antall meldinger som ble trukket av sykehuset og eventuelle dødsfall før utskrivning.

I tillegg til grunnlagsdataene som er hentet inn i hele perioden, ble det fra 2011 mulig å beregne antall overliggedøgn (se faktaboks 4) gjennom automatisk uttak fra Geric.

4. Overliggedøgn er et uttrykk for antall døgn en pasient ligger på sykehus etter datoen for melding til kommunen om at vedkommende er klar for å skrives ut. Det registreres ingen overliggedøgn dersom pasienten tas imot av kommunen samme dag som meldingen mottas.

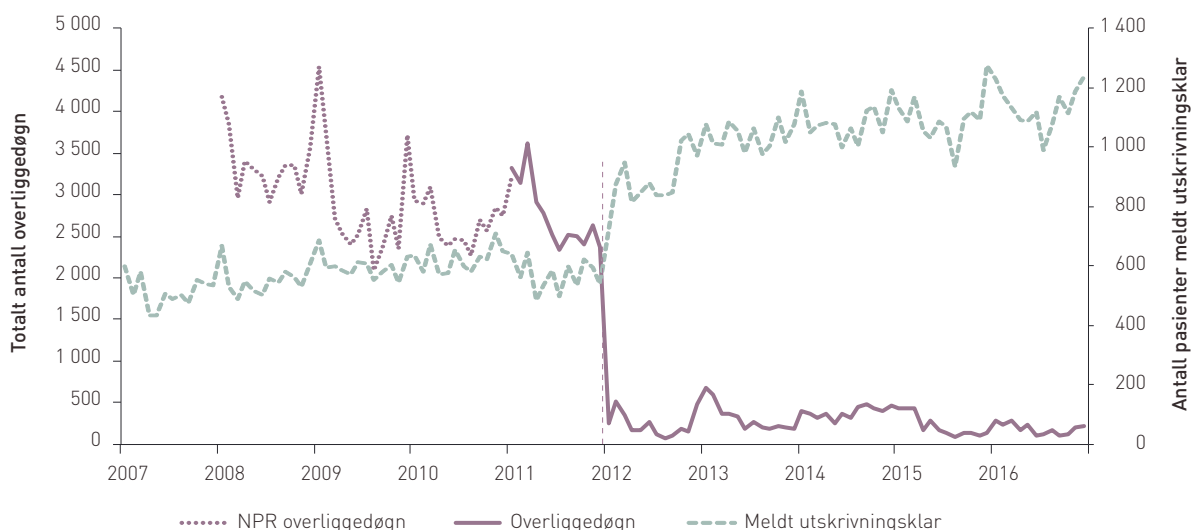
Ved utgangen av 2016 hadde man en sammenhengende oversikt over tilbudet til utskrivningsklare pasienter i Oslo over en tiårsperiode og antall overliggedøgn fra 2011, året før samhandlingsreformen, til og med 2016. For perioden 2008–2010 er det innhentet tilsvarende data fra Norsk Pasientregister (NPR). Disse er basert på sykehusenes rapportering og kan således ikke sammenlignes direkte med kommunens data fra 2011.

I Oslo var den umiddelbare effekten av endringen i regelverket for utskrivningsklare pasienter i forbindelse med samhandlingsreformen en stor nedgang i overliggedøgn og en betydelig økning i antall pasienter som ble meldt fra sykehusene. Figur 1 viser månedlige registreringer av antall meldt utskrivningsklar fra 1.1.2007 til 31.12.2016 og antall overliggedøgn fra 2011–2016 supplert med NPR-data for perioden 2008–2010.

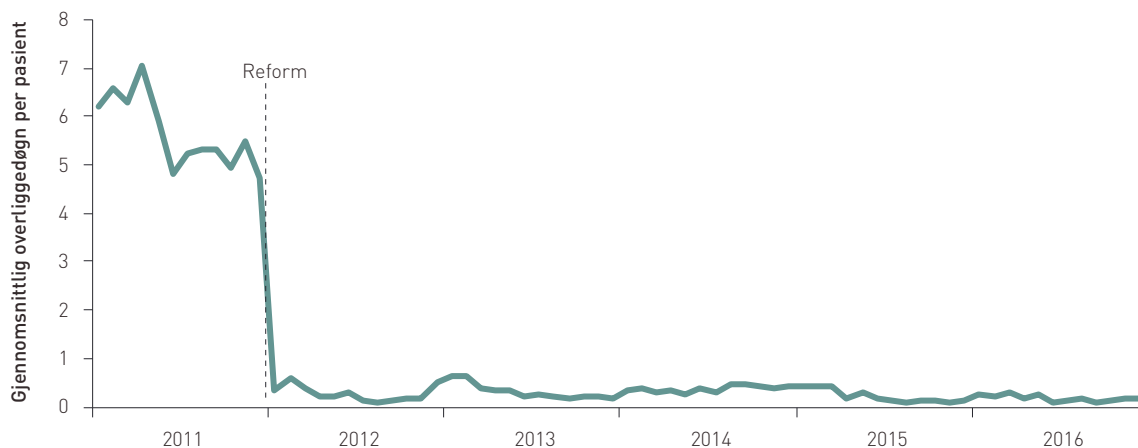
Økning i antall meldt utskrivningsklar

Antall pasienter som ble meldt utskrivningsklar var relativt stabilt i perioden 2007 til 2011 og lå på mellom ca. 5 500 og 6 500 per år. Antallet økte

Figur 1. Overliggedøgn 2008–2016 [NPR-tall 2008–2010, Oslo kommunes tall 2011–2016]. Oslopatienter meldt utskrivningsklar 2007–2016. Somatiske sykehus. Antall per måned.



Kilder: Oslo kommune, særskilt rapportering fra bydelene 2007–2010 og uttrekk fra Geric 2011–2016. NPR, overliggedøgn 2008–2010

Figur 2. Gjennomsnittlig overliggedøgn per pasient per måned for 2011–2016.

Kilder: Oslo kommune, egen rapportering fra bydelene 2007–2010 og uttrekk fra Gerica 2011–2016

raskt i 2012 og gjennomsnittlig antall pasienter per måned ble nesten fordoblet fra 570 i 2011 til 1 038 i 2013 (ca. 13 000 per år). Det tilsvarer en økning fra åtte prosent til 15 prosent av alle innleggelser av oslopasienter på somatisk sykehus per år¹. Økningen gjenspeiler endringer i regelverket (pasienter med uendret behov for kommunale helse- og omsorgstjenester skulle også nå meldes) etter den nye forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter² og økt oppmerksomhet fra sykehusenes side for å melde alle utskrivningsklare pasienter. Det er ingenting som tyder på at antall pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning har endret seg vesentlig i perioden.

Nedgang i overliggedøgn

Oslo kommune har tall for overliggedøgn fra og med 2011. NPR-data fram til og med 2011 viser en gradvis nedgang i antall overliggedøgn per år fra litt over 40 000 døgn i 2008, til 29 000 døgn i 2011. Månedlige data viser høyere verdier i vintermånedene. Oslo kommunes tall for overliggedøgn per år viser 33 019 døgn i 2011. Det er litt høyere enn tallene fra NPR, men Oslo kommunes tall og NPR-tallene har sterkt sammenfallende utviklingsmønstre i overgangen 2011–2012. Antall overliggedøgn falt til 2 869 [Oslo kommunes tall] i 2012,

det vil si en reduksjon på 90 prosent. Reduksjonen skjedde umiddelbart ved årsskiftet, med en nedgang fra desember 2011 til januar 2012 på 90 prosent. Antall overliggedøgn har vært relativt stabilt siden, men med en tendens til en viss økning om vinteren, noe som er særlig synlig for vinteren 2012–2013. Den gjennomsnittlige liggetiden etter den enkelte pasienten ble meldt utskrivningsklar gikk ned fra 4,7 døgn i desember 2011 til 0,3 døgn i januar 2012 (Figur 2). Den høyeste verdien etter dette var 0,7 døgn i januar 2013. Gjennomsnittet for desember 2016 var 0,2 døgn. Liggetiden for den enkelte pasienten måles i hele døgn. Når gjennomsnittet ligger på et så lavt nivå, betyr det at flertallet av pasienter blir utskrevet samme dag som de blir meldt utskrivningsklar (null overliggedøgn).

Meldinger som blir trukket

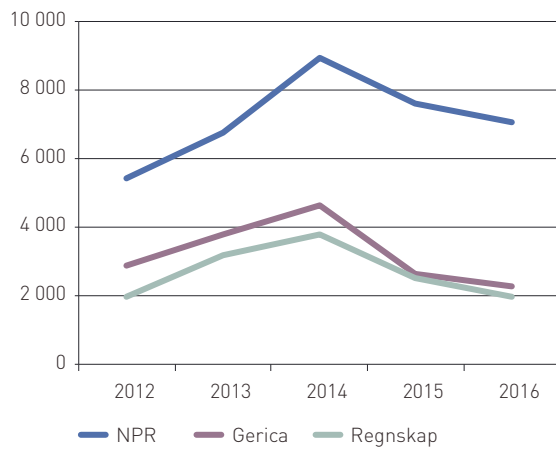
Meldingen fra sykehuset til kommunen om at en pasient er utskrivningsklar er basert på en faglig vurdering, men kan likevel i enkelte tilfeller vise seg ikke å være riktig. Det kan være fordi pasientens behandlingsbehov er undervurdert, eller fordi pasientens tilstand endrer seg etter meldingen er gitt. I perioden fra 2007 til og med 2011 ble ca. 11 prosent av alle meldinger for oslopasienter trukket tilbake. Andelen falt til ca. fire prosent i 2012, men har siden økt til syv prosent i 2015–2016.

¹ Beregnet ut fra antall innleggelser av oslopasienter i somatikk i Norsk pasientregister (NPR).

² Forskrift av 18112011 nr. 1115 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115?q=kommunal%20betaling%20for%20utskrivningsklare%20pasienter>.

I beregningen av overliggedøgn er det viktig å ta hensyn til meldinger som blir trukket. Dersom en ikke tar høyde for dette, vil det se ut som pasienter ligger lengre på sykehus i påvente av et tilbud fra kommunen enn det som faktisk er tilfelle. Når en melding blir trukket, blir det i utgangspunktet

Figur 3. Beregnet antall overliggedøgn, oslopasienter, somatikk 2012–2016.



* NPR endret sin beregningsmetode fra og med 1.1.2018 og kan komme til å endre historiske tall på grunnlag av en ny beregning.

Kilder: Norsk pasientregister (NPR)*, Oslo kommune (Gerica) og regnskapstall (bydelstatistikken)

registrert to meldinger i løpet av ett sykehusopphold. NPR har etter samhandlingsreformen lagt den første meldingen til grunn for beregningen, noe som har ført til for høye tall for overliggedøgn (Figur 3).

Kommunen må betale sykehusene for overliggedøgn. Antall overliggedøgn kan derfor også beregnes fra regnskapstall. Noen få overliggedøgn kan ha andre årsaker enn manglende kommunalt tilbud, og derfor vil regnskapstall alltid ligge litt lavere enn registertall. Som det fremgår i figur 3, er det mye bedre overenstemmelse mellom regnskapstall og Oslo kommunes tall i perioden 2012–2016 enn det er for historiske tall fra NPR. Med bakgrunn i Oslo kommunes data har NPR endret sin beregningsmetode for overliggedøgn fra og med 1.1.2018.

Helse- og omsorgstjenester til pasienter meldt utskrivningsklar i Oslo 2007–2016

Kommunale helse- og omsorgstjenester omfatter sykehjem eller helsehus, og tjenester gitt i hjemmet. For pasienter som er meldt utskrivningsklare dreier tjenester gitt i hjemmet seg nesten utelukkende om hjemmesykepleie (et eventuelt behov for praktisk bistand eller andre kommunale tjenester vil være i tillegg til hjemmesykepleie). Det skilles mellom langtidsplasser i sykehjem der pleietrengende bor fast, og korttidsplasser der pasienter oppholder seg i en begrenset periode før de flytter hjem, eventuelt får en langtidsplass på sykehjem.



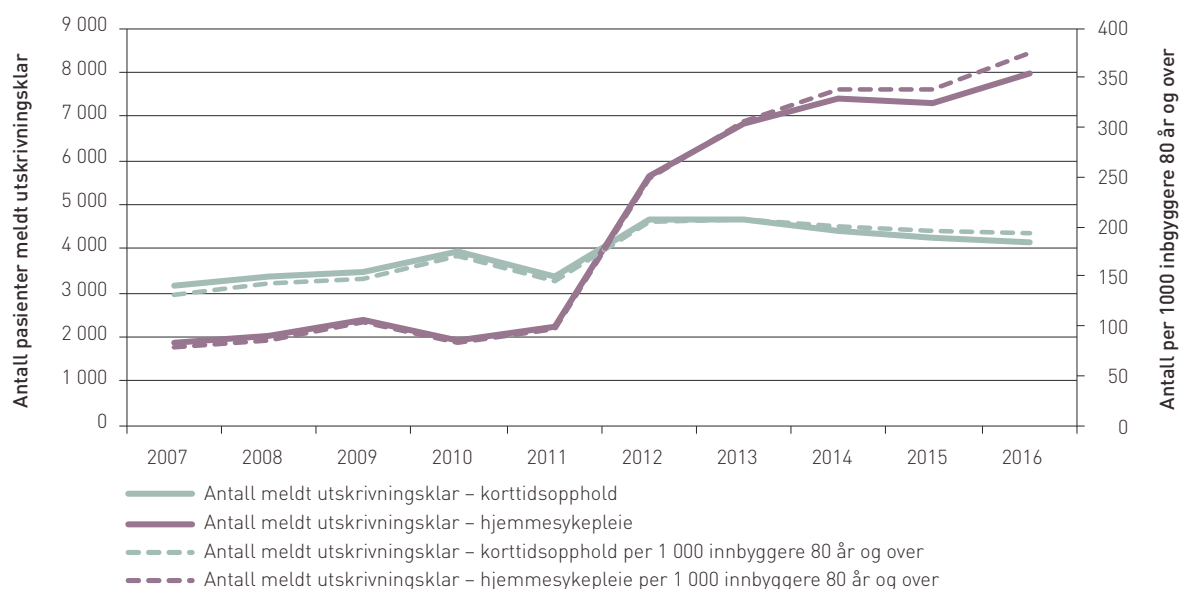
Foto: Colourbox

Det finnes ulike typer korttidsplasser og det har vært visse endringer i organiseringen og en rekke ulike betegnelser i tiårsperioden. Den generelle utviklingen har vært i retning av flere plasser med aktiv rehabilitering og tjenester som er bedre tilpasset den enkelte pasientens behov. I 2015 ble korttidsplassene i Oslo samlet i fire helsehus. I denne oversikten brukes betegnelsen «korttidsplass» for alle typer plasser i kategorien, «langtidsplass» for faste plasser på sykehjem (eventuelt aldershjem) og «hjem» for alle som utskrives til eget hjem.

Det kunne være naturlig å forvente at overføring av ansvar for utskrivningsklare pasienter til kommunen fra første dag ville føre til et behov for flere korttidsplasser på sykehjem. I Oslo har en imidlertid sett at dette i stor grad har blitt håndtert gjennom en økning i hjemmetjenester. Det er kun en begrenset økning i antallet som blir utskrevet til korttidsopphold.

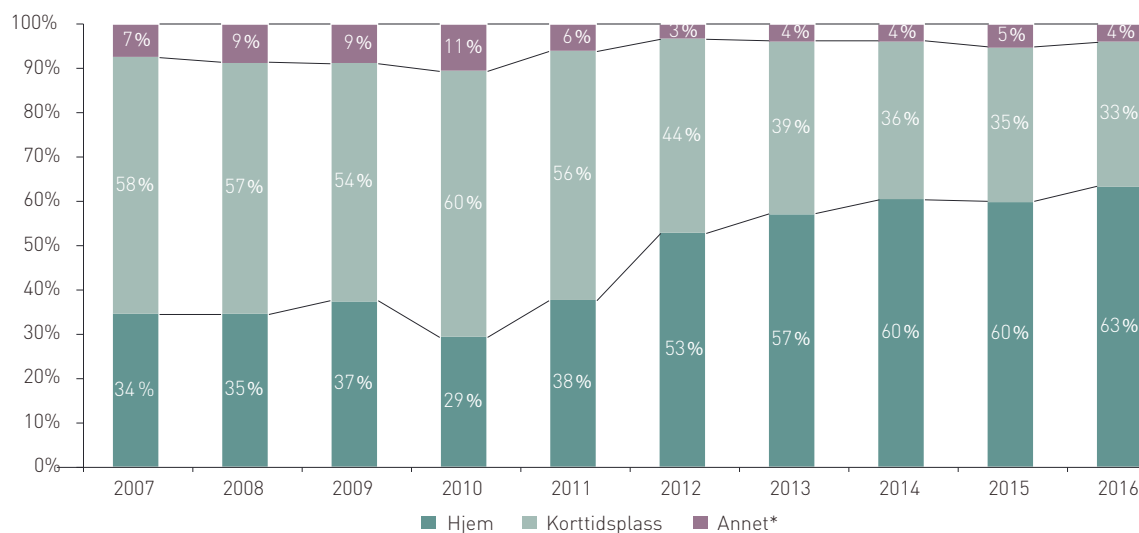
I 2011, året før samhandlingsreformen, var det en viss reduksjon i antall pasienter som var meldt utskrivningsklar, som ble utskrevet til korttidsplass. I januar 2012 kom det en umiddelbar økning i antallet, noe som fortsatte gradvis gjennom året frem til januar 2013. Etter det har nivået holdt seg ganske stabilt med en liten nedgang frem til 2016. Økningen i antall pasienter utskrevet til eget hjem ble imidlertid mye større enn for korttidsopphold og fortsatte i årene etter, slik at ved utgangen av 2016 var det nesten dobbelt så mange pasienter

Figur 4. Antall utskrivningsklare pasienter utskrevet til korttidsopphold eller hjemmesykepleie per år og antall per 1 000 innbyggere 80 år og over. Oslo 2007–2016.



Kilder: Oslo kommune, egen rapportering fra bydelene 2007–2010 og uttrekk fra Gerica 2011–2016, befolkningstall fra Statistisk sentral byrå

Figur 5. Andel utskrivningsklare pasienter, ospasienter som er skrevet ut til korttidsplass, hjemmet eller annet. 2007–2016.



* Sum langtidsplass, død og annet.

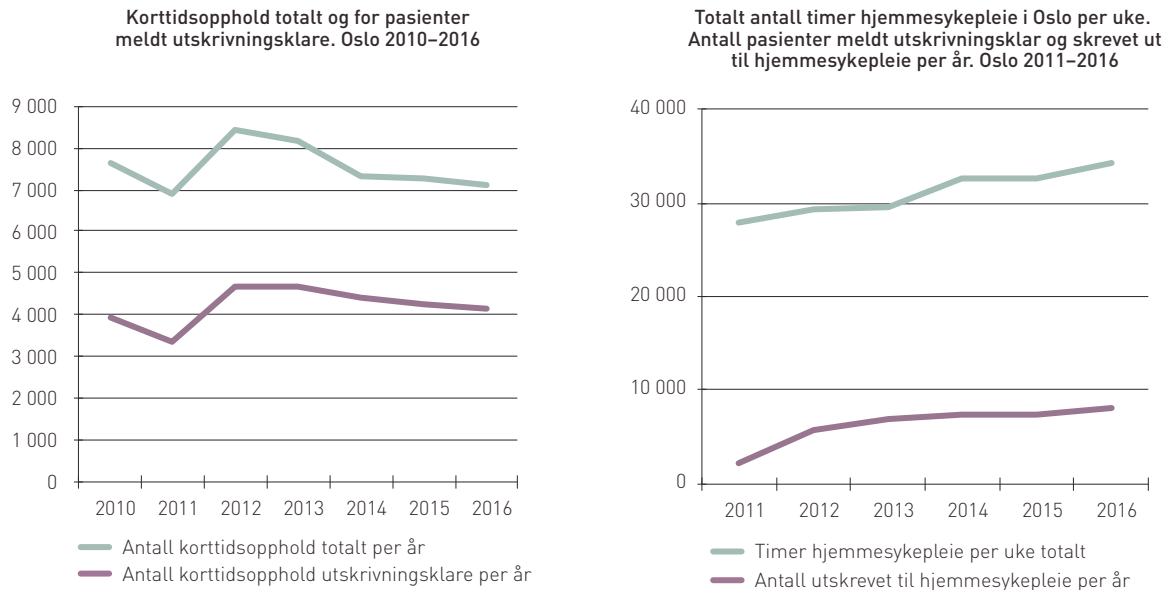
Kilder: Oslo kommune, egen rapportering fra bydelene 2007–2010 og uttrekk fra Gerica 2011–2016

som ble utskrevet til eget hjem som det var til korttidsopphold (Figur 4).

En stor andel av pasientene som blir meldt utskrivningsklar er 80 år eller eldre. Det er derfor verdt å merke seg de demografiske endringene i perioden, med et fall i antall innbyggere i denne gruppen. Det fremgår av figur 4 at både for pasienter utskrevet til korttidsplass og pasienter

utskrevet til hjemmet, har det relative antall (antall per 1 000 innbyggere, 80 år og over) økt litt mer enn de absolutte tallene.

Utviklingen førte til at andelen utskrevet til eget hjem, som tidligere var vesentlig lavere enn for korttidsopphold, ble tilsvarende høyere etter januar 2012 (Figur 5).

Figur 6. Utvikling i bruk av korttidsplasser og hjemmesykepleie for utskrivningsklare pasienter.

Kilde: Oslo kommune, særskilt rapportering fra bydelene 2007–2010 og uttrekk fra Gerica 2011–2016 (lilla linje). Oslo kommune, bydelssstatistikken (grønn linje)

For pasienter som er meldt utskrivningsklar, viser utviklingen i antall utskrevet til eget hjem og antall utskrevet til korttidsopphold fra 2011 samme tendens som man ser i den generelle utviklingen i helse- og omsorgstjenester i Oslo (Figur 6). Pasienter som er meldt utskrivningsklar står for mellom 55 og 60 prosent av alle korttidsopphold fra og med 2012³ og har en utvikling i denne perioden som er svært lik totalen. Figur 6 viser totalt antall timer med hjemmesykepleie i Oslo og antall personer som ble meldt utskrivningsklar og skrevet ut til eget hjem. Tallene er dermed ikke sammenlignbare, men utviklingen går i samme retning.

En liten gruppe pasienter som meldes utskrivningsklar skrives ut til langtidsopphold, det vil si fast plass på sykehjem eller aldershjem. Det er store variasjoner i antallet fra måned til måned med lavest (tre pasienter) i september 2012 og høyest antall (47 pasienter) i januar 2016. I Oslo kommunes data utgjør pasienter utskrevet til langtidsplass kun 2,8 prosent av utskrivningsklare pasienter i tiårsperioden, og man antar at de fleste av disse hadde langtidsplass før sykehusinnleggelsen.

Pasienter som er meldt utskrivningsklar men dør på sykehus

Pasienter som blir meldt utskrivningsklar har til felles at de har behov for pleie- og omsorg. Noen trenger en periode med rehabilitering eller opp trening, mens andre har behov for pleie over lengere tid. Noen er svært gamle, har langt-kommet sykdom eller er i terminalfasen av livet. Det medfører at enkelte kan dø på sykehuset etter de er meldt utskrivningsklar, men før de kan bli utskrevet. I femårsperioden 2007–2011 var det i gjennomsnitt 2,7 prosent av pasienter meldt utskrivningsklare som døde på sykehuset. I perioden 2012–2016 var andelen redusert til mindre enn 0,4 prosent med lavest andel registrert hittil i 2016 (0,3 prosent). Det er ikke noe som tyder på at pasientgrunnlaget har endret seg vesentlig. Reduksjonen i antall pasienter som dør på sykehus etter at de er meldt utskrivningsklar antas primært å gjenspeile den store reduksjonen i overliggedøgn etter samhandlingsreformen.

Effekten av regelverksendringen i forbindelse med samhandlingsreformen i Oslo

Som det fremgår over viser Oslo kommunes data store endringer fra 1.1.2012, både i antall pasienter som er meldt utskrivningsklar og antall overliggedøgn. Statistikken viser også at antall pasienter som skrives ut til eget hjem har økt mer enn antall med korttidsopphold. For å vurdere

³ Beregnet ut fra antall opphold i korttidsplass i bydelssstatistikken.

sannsynligheten for at endringene kan være forårsaket av regelverksendringen i forbindelse med samhandlingsreformen er det gjennomført en enkel regresjonsanalyse⁴, se omtale i faktaboks 5.

5. Regresjonsanalyse er benyttet for å estimere om endringer i resultater før og etter samhandlingsreformen har en sammenheng med endringen i regelverket og ikke skyldes tilfeldig variasjon. Signifikansnivået måles som en «p-verdi» der en lav verdi tilsier at det er lite sannsynlig at et resultat skyldes tilfeldighet.

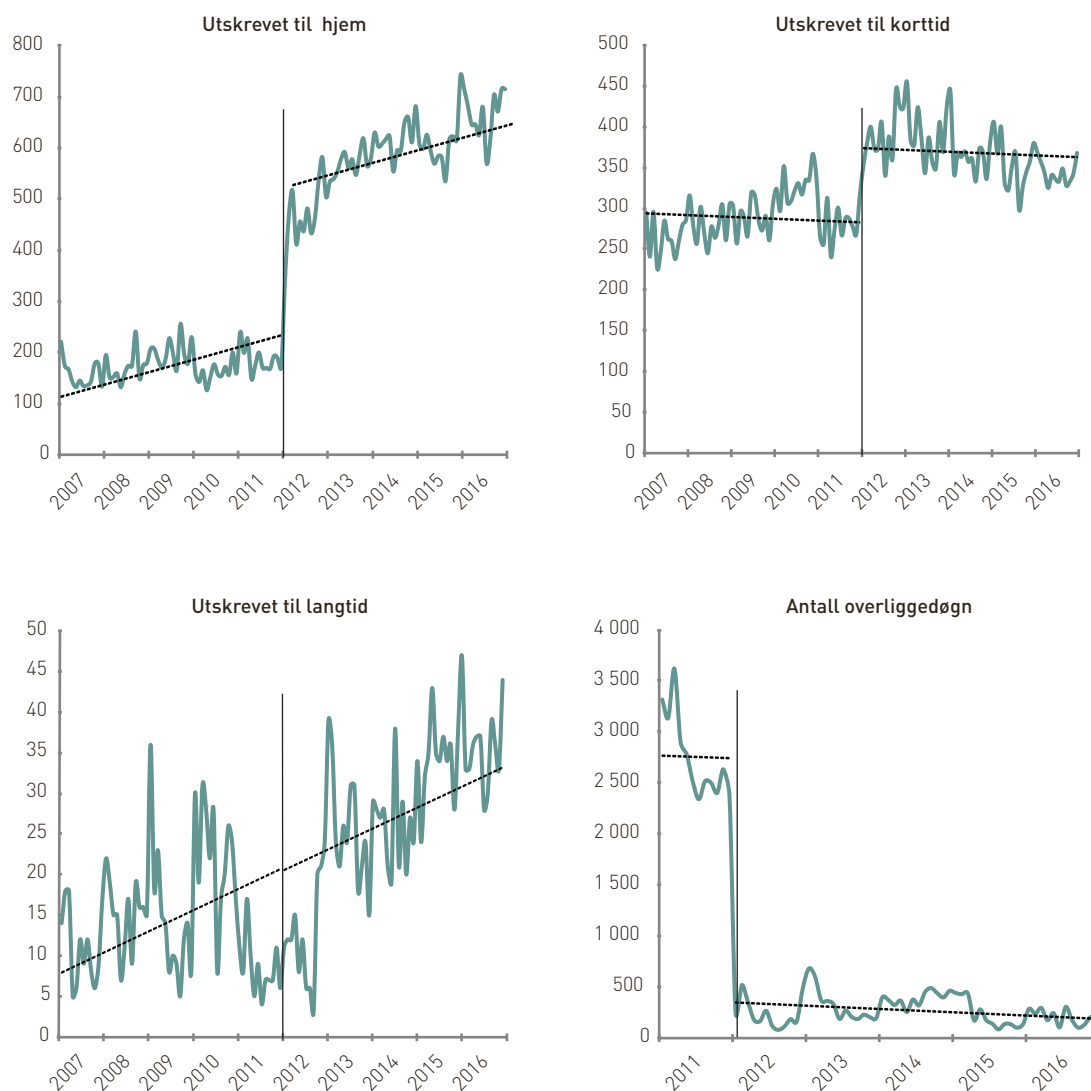
4 «Interrupted time series design» (ITS) er benyttet.

Resultatene vises i figur 7. Der hvor regresjonslinjen (den stiplede linjen) brytes ved datoen for regelverksendringen er det en signifikant sammenheng. Når det gjelder antall utskrevet til eget hjem, antall utskrevet til korttids plass og antall overliggedøgn, er det et klart brudd i linjen og signifikant resultat ($p\text{-verdi} < 0,001$). Det er imidlertid ingen tegn til at regelverksendringen har påvirket antall utskrevet til langtids plass ($p\text{-verdi} > 0,9$).

Oppsummering

Regelverksendringen i forbindelse med samhandlingsreformen medførte en vesentlig reduksjon i tiden utskrivningsklare sykehuspasienter med

Figur 7. Regresjonsanalyse for endringer i totalt antall pasienter meldt utskrivningsklar og utskrevet til hjem, korttid og langtid, og totalt antall overliggedøgn.



behov for helse- og omsorgstjenester i Oslo måtte vente for å få et kommunalt tilbud. Flere pasienter meldes utskrivningsklar fra sykehus enn tidligere og andelen som får tilbud i eget hjem har økt. Utviklingen mot kortere ventetid på sykehus og flere som får tilbud i eget hjem heller enn i institusjon har foregått gjennom hele tiårsperioden fra 2007 til 2016, men den store endringen skjedde på veldig kort tid mellom desember 2011 og januar 2012. Etter de første fem årene med det nye regelverket har reduksjonen i ventetiden vedvart og det tyder på at det i Oslo har forekommet en varig forbedring i systemet for overføring mellom tjenestnivåene av pasienter med pleiebehov som skal skrives ut fra sykehus.

Forfattere:

Peter Martin, engasjement i Helseetaten, tidligere medisinsk fagsjef i Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester.

Svenn Alexander Hansen, helseøkonom i Roche Norge, tidligere engasjement i Helseetaten.

Martin Fjordholm, spesialrådgiver KS, tidligere spesialrådgiver i Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester.

Statistiske kilder:

Oslo kommune, særskilt rapportering fra bydelene 2007–2010.

Oslo kommunes fagsystem for pleie-, rehabilitering- og omsorgsområdet (Geric) 2011–2016.

Norsk pasientregister (NPR).

Oslo kommune, bydelsstatistikken.

Statistisk sentralbyrå (SSB).

Fraskrivelse: Publikasjonen har benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. Registerforvalter for NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.





OSLOSPEILET



MER INFORMASJON:

Oslostatistikken: www.oslo.kommune.no/statistikk

Abonner på oppdatert statistikk om miljø, helse, befolkningsutvikling og utdanning ved å sende en mail til oslostatistikken@byr.oslo.kommune.no



Oslo kommune

RETURADRESSE:

Oslo kommune,
Byrådsavdeling for finans
Rådhuset, 0037 OSLO