



Masteroppgave

ADM755 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

Omorganisering i offentlig sektor.

Case: Helsestasjonen i Molde

Camilla Lødøen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 99 + vedlegg 52

Molde, 15.mai 2014



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Beinta í Jákupsstovu

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 15.05.2014

Forord

Denne mastergradsoppgaven markerer avslutningen på siviløkonomstudiet mitt ved Høgskolen i Molde, og er en del av master i samfunnsendring, organisasjon og ledelse. Fra før av har jeg en bachelor i økonomi og administrasjon, derfor har arbeidet med denne oppgaven om helsestasjonen for meg vært et helt nytt felt.

Arbeidsprosessen har både vært utfordrende og lærerikt. Ikke minst har jeg fått innblikk i en endringsprosess i en offentlig organisasjon, som har vært veldig interessant. Samtidig har oppgaven gitt meg et nytt perspektiv på hvor godt vi har det i Norge, i forhold til tryggheten foreldrene møter hos helsestasjonen og ved helsepersonellet.

Først og fremst vil jeg takke min veileder, Beinta í Jákupsstovu, som har vært en god støtte og har gitt meg utrolig mye hjelp gjennom denne oppgaven. Tusen takk for at du alltid besvarer mine spørsmål, og har tid til å snakke med meg.

Jeg vil også takke helsestasjonen i Molde som gav meg lov til å undersøke dere. En spesiell takk til Anne Reidun Rottem og Janne Vindenes Loe som tok seg tid, og som gjorde det mulig å gjennomføre spørreundersøkelsen. Takk til alle foreldrene ved helsestasjonen som flittig besvarte spørreskjemaene. Jeg vil også takke tidligere virksomhetsleder ved helsestasjonen i Molde, Jorunn Hurlen, som gav meg mye nyttig informasjon om omorganiseringsprosessen.

Min arbeidsgiver, BDO AS, fortjener også en takk, som hadde tro på meg og min oppgave, og gav meg studiepermisjon slik at jeg kunne fullføre den. Jeg vil takke min samboer, som har måtte bo i et hus uten kjøkkenbord det siste halvåret, for hjelp og støtte når jeg har trengt det. Takk til familien min for oppmuntring og støtte gjennom hele masterstudiet.

Bud, 15.mai 2014

Camilla Lødøen

Sammendrag

Offentlig sektor har de siste tjue årene vært igjennom flere reformer, som har ført til mange endringer. Denne oppgaven her tar for seg omorganiseringen av helsestasjonen i Molde i 2009. Helsestasjonen i Molde gikk fra seks helsestasjoner til en helsestasjon, noe som førte til store endringer både for de ansatte og brukerne av helsestasjonen. Formålet med denne oppgaven er å se på hvilke drivkrefter som førte til omorganiseringen i 2009, og om foreldrenes syn på tjenestene er endret som følge av endringer i virksomheten etter omorganiseringen.

Oppgaven er en casestudie med bruk av metodetriangulering, både kvalitativ og kvantitativ metode. Dokumentgjennomganger, intervjuer og en spørreskjemaundersøkelse har gitt et innblikk i omorganiseringsprosessen i 2009, og foreldrenes syn på dagens helsestasjonstjenester. I 1992 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant brukerne ved helsestasjonen i Molde. Spørreundersøkelsen i oppgaven her er utformet slik at flere av spørsmålene er de samme som spørsmålene fra undersøkelsen i 1992.

Først presenteres helsestasjonen i Molde, både med hvilke tjenester de er påbudt å ha i forhold til lovverket, og hvordan tjenestetilbudet er hos helsestasjonen i dag. Deretter legges frem relevant endringsteori, basert på Jacobsen (2012) sin konseptuelle modell for organisasjonsendring. For å få et innblikk i omorganisasjonsprosessen er det så en gjennomgang av dokumentene og intervjuene. Denne gjennomgangen avsluttes med en analyse av omorganiseringsprosessen. Drivkreftene bak omorganiseringen blir avdekket, og knyttes opp mot en av Andrew van Ven og Marshall Scott Poole sine hovedtyper for endringsperspektiv slik Jacobsen (2012) presenterer dem i sitt arbeid. Det blir også sett på hvilke endringer omorganiseringen har hatt for helsestasjonen som organisasjon, brukerne og de ansatte. I analysen ser jeg om omorganiseringen førte til motstand fra de ansatte, og om omorganiseringen oppleves som vellykket i dag. For å avdekke om foreldrene er mer fornøyd med helsestasjonen i dag enn tidligere, så blir spørreundersøkelsen fra 1992 sammenlignet med spørreundersøkelsen fra 2014. Resultatene fra sammenligningen viser at foreldrene er mye mer fornøyd i dag enn i 1992, men det er vanskelig å si om dette er et resultat av omorganiseringen i 2009. Det er allikevel mye som kan tyde på det.

INNHold

1	TEMA OG PROBLEMSTILLING	1
1.1	Bakgrunn og tema for oppgaven	1
1.2	Problemstilling	1
2	HELSESTASJONEN I MOLDE	5
2.1	Innledning	5
2.2	Om helsestasjonen	5
2.3	Tidligere undersøkelser av helsestasjonen i Molde	10
2.4	Tilbudet til småbarnsforeldre ved helsestasjonen i Molde	12
3	TEORETISK TILNÆRMING	15
3.1	Organisasjonsendringer	15
3.1.1	Innledning	15
3.1.2	Endringens drivkrefter	17
3.1.3	Endringens innhold og omfang	20
3.1.4	Endringskontekst	23
3.1.5	Endringsprosessen	26
3.2	Fra teori til empiri	29
4	METODE	31
4.1	Valg av metode	31
4.2	Casestudier	31
4.3	Metodetriangulering	33
4.3.1	Kvalitativ metode	33
4.3.2	Kvantitativ metode	34
4.4	Kilder som beretninger og levninger	35
4.5	Valg av respondenter	36
4.6	Praktisk gjennomføring av undersøkelsen	37
4.7	Dataanalyse	38
4.8	Kvaliteten til undersøkelsen	39
4.8.1	Validitet og reliabilitet	39
4.9	Selvrefleksjon	42
5	OMORGANISERINGSPROSESSEN	43
5.1	Innledning	43
5.2	Dokumenter	43
5.2.1	Innledning	43
5.2.2	Saksframlegg	44
5.2.3	”Prosjekt stifinneren – Molde kommune i omstilling”	46
5.3	Intervjuer	50
5.3.1	Innledning	50
5.3.2	Intervju med Jorunn Hurlen	50
5.3.3	Intervju med Anne Reidun Rottem	57
5.3.4	Intervju med Janne Vindenes Loe	60
5.4	Analyse av omorganiseringsprosessen	63
6	BRUKERNES VURDERING AV TJENESTEN. EN SAMMENLIGNING AV SITUASJONEN I 1992 OG 2014	69
6.1	Innledning	69
6.2	Undersøkelse fra 1992	69
6.3	Sammenligning av resultatene	70
6.3.1	Hjemmebesøk av helsesøster	70
6.3.2	Helsestasjonens lokaler og ventetid	73

6.3.3	Helsestasjonens personell	77
6.3.4	Foreldrene til småbarna ved helsestasjonen	79
6.4	Oppsummering	83
7	PERSPEKTIVERING	88
7.1	Innledning.....	88
7.2	Hva kunne vært gjort annerledes?	88
7.2.1	Dokumenter.....	88
7.2.2	Intervjuer	89
7.2.3	Spørreskjema.....	89
8	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	90
9	LITTERATUR	92

VEDLEGG MASTEROPPGAVE:

- Vedlegg 1: Velkommen til Molde helsestasjon. (Brosjyre)
- Vedlegg 2: Tilbakemelding fra NSD angående spørreundersøkelsen.
- Vedlegg 3: Svar på innsynforespørsel Molde Kommune.
- Vedlegg 4: Skjema spørreundersøkelse blant brukere av helsestasjonen i Molde.
- Vedlegg 5: Skjema spørreundersøkelse blant brukere av helsestasjonen i Molde, med resultater.
- Vedlegg 6: Resultater fra spørreundersøkelsen blant brukere av helsestasjonen i Molde.
- Vedlegg 7: Intervjuspørsmål Jorunn Hurlen.
- Vedlegg 8: Intervjuspørsmål Anne Reidun Rottem.
- Vedlegg 9: Intervjuspørsmål Janne Vindenes Loe.

1 TEMA OG PROBLEMSTILLING

1.1 Bakgrunn og tema for oppgaven

Temaet for oppgaven er helsestasjonen i Molde kommune, og spesielt det forebyggende arbeidet for spedbarn. Tidligere var det seks helsestasjoner som var spredt lokalt rundt i Molde kommune. I 2009 ble det foretatt en stor omorganisering av helsestasjonsvirksomheten. I dag er det bare en stasjon i sentrum av Molde. Målet med denne oppgaven er å se på omorganiseringen som ble foretatt ved helsestasjonen i Molde i 2009, og undersøke hvilke endringer dette har ført til for de minste barna og deres foreldre.

Det som er så spennende med helsestasjonsvirksomheten er at det er en institusjon som vi alle en eller annen gang i livet vil være innom en eller flere ganger. Vi ble alle tatt med dit for vaksinasjoner og undersøkelser da vi var små, og de som igjen velger å få barn i det voksne livet, vil ta med sine barn dit. Helsestasjonen er altså en viktig institusjon i samfunnet som interesserer de aller fleste. Den har flere viktige oppgaver som forebygging av sykdom, hjelpe foreldrene og veilede/videresende barn som har spesielle behov, slik at de får den hjelpen/oppfølgingen som de trenger. Helsestasjonen er altså et tema som kan diskuteres med alle. Alle har en eller annen mening, historie eller spørsmål knyttet til helsestasjonen. Dette har jeg blant annet erfart ved at mennesker rundt meg har spurt hva jeg skal skrive masteroppgave om, og med engang jeg nevner helsestasjonen begynner de å stille spørsmål som ”Er det ingen helsestasjon på Kvam lenger?”, ”Må virkelig alle til sentrum?”.

1.2 Problemstilling

Jeg har valgt å skrive en caseoppgave, og temaet for denne oppgaven er:

- *Omorganisering i offentlig sektor. Case: Helsestasjonen i Molde.*

Problemstillingene knyttet til dette temaet er:

- *Hvilke drivkrefter førte til omorganiseringen i 2009?*
- *Hvis foreldrenes syn på tjenestene er endret, kan det tenkes å ha sammenheng med sammenslåingen?*

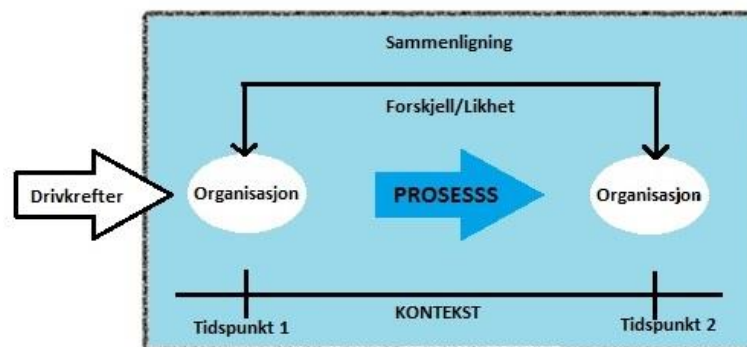
Omorganiseringen i 2009 førte til at helsestasjonen ble samlet i samme lokaler som PPT og barnevernet. Helsestasjonen i Molde har flere tilbud både for spedbarn, småbarn, ungdommer og asylsøkere. I denne oppgaven fokuseres det på endringene i organiseringen av tjenestene for spedbarna ved helsestasjonen i Molde for de etnisk-norske brukerne.

Hovedhensikten med oppgaven min er å se på omorganiseringsprosessen, og deretter ta for meg følgende forskningsspørsmål:

- *Hva var målsetningen fra de helsefagskynndiges side med sammenslåingen av helsestasjonene i Molde kommune?*
- *Har sammenslåingen av helsestasjonene i Molde kommune ført til endringer i tjenestetilbudet til foreldre og spedbarn?*

For å kunne operasjonalisere problemstillingen, og svare på forskningsspørsmålene må jeg ta i bruk både kvalitativ og kvantitativ metode. I kapittel 4 forklares metodene som jeg har brukt, og hvordan de er tatt i bruk. Formålet med å se på omorganiseringsprosessen er å finne ut hvilke drivkrefter som har påvirket denne omorganiseringen, og hvilke endringer omorganiseringen har ført til. Modellen ”*Drivkrefter som starter endringsprosesser*” (Jacobsen 2012) kan brukes for å forklare hva jeg er ute etter med denne studien.

Figur 1: ”Drivkrefter som starter endringsprosessen.”



Kilde: (Jacobsen 2012, figur 1.4 s. 26.)

Modellen illustrerer hvordan ulike drivkrefter påvirker organisasjoner, og hvordan indre og ytre drivkrefter kan få de til å gjennomgå en omorganiseringsprosess. Indre drivkrefter handler om drivkrefter knyttet til interne forhold i organisasjonen, mens ytre drivkrefter er

knyttet til forhold i omgivelsene. Det kan være vanskelig å sette et klart skille mellom indre og ytre drivkrefter. Endringer trenger ikke å ramme hele organisasjonen, men kan omfatte bare deler av den. Modellen viser at når en organisasjon går gjennom en endringsprosess, så går den fra en stabil tilstand til en ny/annen stabil tilstand. Etter en endt endringsprosess vil man i følge Jacobsen (2012) kunne trekke ut klare forskjeller/likheter mellom de to ulike tilstandene til organisasjonen. Det er disse to ulike tilstandene jeg ønsker å finne hos helsestasjonen. På den måten vil jeg finne ut mer om betydningen av omorganiseringen.

For å gjøre dette må man starte med å se på omorganiseringen i 2009. Utgangspunktet tas i tidspunkt 1 (2009) da det var seks helsestasjoner, mens tidspunkt 2 er i dag (2014). På den måten vil det være mulig å finne ut hvilke endringer som har skjedd i organisasjonen. Ved å sammenligne de to ulike tidspunktene er målet å finne ut mer om tre områder. Disse områdene er *omorganiseringsprosessen i 2009, tjenester for spedbarn og det tverrfaglige samarbeidet*.

I forhold til omorganiseringsprosessen i 2009 er det ønskelig å finne ut hvilke drivkrefter som påvirket helsestasjonene i Molde til å slå seg sammen til en helsestasjon. Dette er knyttet til den første problemstillingen og det første forskningsspørsmålet, og er undersøkt ved hjelp av dokumenter knyttet til omorganiseringen og intervjuer. Formålet med dette forskningsmålet er å finne ut årsaken til den store omorganiseringsprosessen: Hva ønsket de helsefagkyndige å oppnå, og har de oppnådd dette nå? Det vil også være viktig å se på hvorfor helsestasjonen eller kommuneledelsen ønsket å gjennomgå denne prosessen, og om de ansatte var enige i omorganiseringen.

Når det kommer til tjenester for spedbarn så er dette knyttet til det andre forskningsspørsmålet. Dette handler om at å finne ut om tjenestene ble forandret som følge av omorganiseringen. For å undersøke dette forskningsmålet har jeg gjennomgått dokumenter knyttet til prosessen og foretatt intervjuer av ansatte ved helsestasjonen. Formålet med å sammenligne helsestasjonen i dag med helsestasjonene før omorganiseringen er å finne likheter og forskjeller knyttet til tjenestetilbudet til spedbarna, og om omorganiseringen førte til forandringer i tjenestetilbudet.

Det siste området er det tverrfaglige samarbeidet. Siden omorganiseringen har helsestasjonen delt lokaler med PPT og barnevernet. Ble omorganiseringen gjort for å bedre samarbeidsforholdet med PPT og barnevernet? Fungerer det tverrfaglige samarbeidet i dag? Det tverrfaglige samarbeidet er tett knyttet til tjenestetilbudet til spedbarn, og handler derfor om det andre forskningsspørsmålet. Det kommer av at et tett tverrfaglig samarbeid, tror man vil gi spedbarna bedre tjenester.

Men for å kunne svare på den andre problemstillingen, om foreldrene er mer fornøyd nå enn tidligere, så må det settes inn to nye tidspunkt i modellen. Tidspunkt 1 blir 1992, mens tidspunkt 2 blir 2014. I 1992 ble det gjennomført en stor brukerundersøkelse ved helsestasjonen i Molde, Frei og Tingvoll (Hustad og Gravseth 1992). I oppgaven har jeg gjennomført en mindre spørreundersøkelse blant brukerne i Molde, hvor flere av spørsmålene er de samme som i undersøkelsen fra 1992. For å finne svar på dette forskningsspørsmålet må helsestasjonsvirksomheten i 1992 sammenlignes med helsestasjonsvirksomheten i dag 2014. Dette gjøres ved å se på svarene fra de to spørreundersøkelsene, og deretter se om resultatene kan ha noe med omorganiseringen å gjøre.

Tabell 1: Oppgavens disposisjon

Kapittel	Tema
2	Helsestasjonen i Molde presenteres i dette kapitlet.
3	Teorien som er tatt i bruk blir gjennomgått, og hovedfokuset er lagt mot organisasjonsendringer og endringsprosesser.
4	I dette kapitlet er det en gjennomgang av metodene som er tatt i bruk i oppgaven, og hvilke vurderinger som ble gjort underveis.
5	Dette kapitlet tar for seg omorganiseringsprosessen ved helsestasjonen i 2009, og inneholder både intervjuer og dokumentgjennomganger.
6	Spørreundersøkelsen fra 2014 blir sammenlignet med spørreundersøkelsen fra 1992.
7	I dette kapitlet ser man på hva som kunne vært gjort annerledes i denne oppgaven i forhold til undersøkelsene som er gjort.
8	Dette er et oppsummeringskapittel hvor det trekkes en konklusjon basert på undersøkelsene som er gjort i oppgaven.

2 HELSESTASJONEN I MOLDE

2.1 Innledning

I dette kapitlet skal jeg ta for meg virksomheten ved helsestasjonen i Molde, dens funksjoner og hvilke lover og regler den må forholde seg til. Jeg skal også se på tidligere undersøkelser som har blitt foretatt ved helsestasjonene i Molde kommune. Kapitlet avsluttes med å se på hvilke tilbud helsestasjonen i Molde har til spedbarnsforeldrene i dag.

2.2 Om helsestasjonen

Helsestasjonen er en offentlig organisasjon hvor rammebetingelsene settes av politikerne. Noen mener at offentlige organisasjoner er så spesielle at det er behov for at de har en egen organisasjonsteori (Fottler 1981, her i Jacobsen og Thorsvik 2013, 29). Argumenter som brukes for dette er at offentlige organisasjoner er spesielle fordi de må forholde seg til demokratisk valgte ledelser. Offentlige organisasjoner skal både være effektive i sin produksjon, samtidig som de må ivareta sentrale samfunnsverdier. Helsestasjonen operer ikke i et marked på samme måte som en privat tjenesteorganisasjon, men helsestasjonen er avhengig av et godt omdømme slik at kommunens innbyggere vil bruke stasjonen. Helsestasjonen konkurrerer også med de andre institusjonene i kommunen om tildeling av mest mulig ressurser/penger. Et godt omdømme er derfor viktig for at kommunen skal bruke penger på helsestasjonen. Kommunen har gjennom lovgivning et minimumskrav til tjenester som helsestasjonen skal tilby, men mer ressurser gir den faglige ledelsen på helsestasjonen mulighet til å utvide tilbudet av tjenester.

Offentlig virksomhet har de siste 20 årene vært gjennom flere reformer som har bidratt til at de blir mer lik privat sektor. Disse reformene har gitt de offentlige organisasjonene strengere krav til effektivitet, og noen av dem har blitt utsatt for konkurranse fra privat sektor. Et kjennetegn ved offentlige organisasjoner er at de er mer byråkratiske enn private organisasjoner, med flere regler og rutiner. De har også ofte mer komplekse mål, som f. eks *”sikre et verdig liv”* (Jacobsen og Thorsvik 2013).

Helsestasjonen har flere byråkratiske trekk enn de fleste private organisasjoner, da den må forholde seg til mange lover og regler. I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1(1) står det at kommunen har ansvar for at menneskene i kommunen blir tilbud nødvendige helse- og omsorgstjenester. Videre i fjerde ledd står det at kommunens helse- og omsorgstjenester omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester. Det er altså kommunen som har ansvar for at brukerne av helsestasjonen i Molde skal bli tilbud de tjenestene som de har krav på. I Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2(1) er det presisert at kommunen må opprette helsestasjonstjeneste for å oppfylle kravet fra § 3-1. I lovverket er det et krav at alle kommuner skal ha helsestasjonstjenester. Kommunen må derfor sette av ressurser slik at dette tilbudet blir oppfylt. Det finnes også en egen forskrift for helsestasjonstjenesten: *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Formålet med denne forskriften er etter § 1-1 å *fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader*. I § 2-1 i forskriftene er kommunens ansvar spesifisert. Her står det at barn og ungdom mellom 0-20 år **skal ha** tilgang til helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Det er kommunen som skal dekke alle utgiftene knyttet til dette. Det står at kommunen må sørge for rett personell til helsestasjonene. Det skal også være et samarbeid mellom helsestasjonsansatte, fastleger og tannleger i kommunen. Kommunen er pålagt å sørge for at disse kravene blir dekket gjennom helsestasjonsvirksomheten. I denne oppgaven ønsker jeg å finne ut mer om helsestasjonstjenestene for spedbarn, og har derfor valgt å se vekk fra punkter i paragrafene som omfatter tilbud for gravide og skolehelsetjenesten. I § 2-3 står kravene til hvilke tjenester som skal tilbys i helsestasjonsvirksomheten. Disse er:

- *Helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov*
- *Forebyggende psykososialt arbeid*
- *Opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper*
- *Hjemmebesøk/oppsøkende virksomhet*
- *Samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede*
- *Informasjon om og tilbud om Barnevaksinasjonsprogrammet*

Som vi ser av paragrafen over er det mange ulike tilbud som helsestasjonen må tilby brukerne. Det er undersøkelser, forebyggende psykososialt arbeid, gruppekonsultasjoner, individuelle konsultasjoner, hjemmebesøk, tiltak for barn med spesielle behov og vaksinasjoner. Når det kommer til Barnevaksinasjonsprogrammet så er dette nærmere

beskrevet i *Forskriften om nasjonalt vaksinasjonsprogram* § 4 a og b. Her er de ulike typene vaksiner som skal tilbys listet opp. Disse vaksinene skal tilbys fra en alder av 3 mnd til 16 år. Når barna har nådd skolealder er det helsesøstre ved skolene som skal gi disse vaksinene. Helsestasjonen skal i følge Folkehelseinstituttet tilby følgende vaksiner for spedbarn (Folkehelseinstituttet 2014):

Tabell 2: Vaksinasjonsprogram

Alder	Vaksine
3 mnd	Difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, Hib-infeksjon og pneumokokksykdom.
5 mnd	Difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, Hib-infeksjon og pneumokokksykdom.
12 mnd	Difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, Hib-infeksjon og pneumokokksykdom.
15 mnd	Meslinger, kuma og røde hunder

Kilde: (Folkehelseinstituttet 2014)

Det er vaksiner som foreldrene skal tilbys for barna sine, og som helsestasjonen må sørge for at de får. Helsestasjonen driver forebyggende arbeid som kan være vanskelig å forklare og å synliggjøre da det innebærer så utrolig mye, og kan være forskjellig fra bruker til bruker. De ulike brukerne kan ha helt ulike behov som må dekkes, noe som kan gjøre det komplisert. Det er vanskelig å forutse hvor store ressurser man må bruke på forebyggende arbeid i fremtiden da det er umulig å forutse hvilke behov fremtidige brukere vil ha. Forebyggende arbeid er ofte basert på taus kunnskap, det vil si basert på erfaringer som helsesøstre tilegner seg over tid og som det er vanskelig å sette ord på (Jacobsen og Thorsvik 2013). Disse erfaringene har resultert i metoder som helsesøstre bruker i det forebyggende arbeidet når de skal løse ulike utfordringene de møter. Når man ser på *Merknader til forskriften om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* § 1-2(2) er forebyggende arbeid beskrevet slik:

Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død.

I følge loven er altså forebyggende arbeid tiltak som helsestasjonen må sette i gang. Det forebyggende arbeidet kan i følge *veilederen til kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* deles inn i tre (Sosial- og helsedirektoratet 2004):

- Primærforebyggende arbeid: Dette er rettet mot alle barna. Eks: Vaksinasjoner, kostholdsveiledning, kunnskapsoverføring og ulykkeforebyggende arbeid.
- Sekundærforebyggende arbeid: Dette er forebyggende arbeid rettet mot grupper hvor det er risiko og sårbarhet for at problemer kan oppstå. Formålet er å oppdage problemene tidlig nok, slik at de kan holdes under kontroll.
- Tertiærforebyggende arbeid: Denne typen forebyggende arbeid er rettet mot grupper hvor det er stor risiko for problemer, påvist sykdommer eller som allerede er inne i barnevernsapparatet. Dette kan også være barn med psykiske eller fysiske handikap.

Det har vært ulike tradisjoner i det forebyggende helsearbeidet. Noen oppgaver krever massemobilisering, mens andre oppgaver kan kreve diskresjon. Enkelte oppgaver som trafikksikkerhet kan utføres i full offentlighet, eller gjennom media. Når det kommer til forebyggende arbeid mot mentale lidelser og miljøskapte omgivelser så blir ofte disse foretatt i stillhet da de utfordrer privatsfæren. Dette kommer av en forventning om at det forebyggende arbeidet vil fungere best når det gjøres i stillhet. For å nå igjennom med slike tiltak vil helsesøstrene ofte være avhengige av aksept fra de voksne som har den daglige omsorgen for barnet (Jákupsstovu og Aarseth 1996). Den voksne har en stor del av ansvaret for at tiltaket skal fungere. I verste fall kan man risikere at den voksne arbeider imot tiltaket. Man kan få et dårlig forhold mellom helsestasjonen og foreldrene til barnet, preget av gjensidig manglende tillit.

Helsestasjonsvirksomheten er i stadig forandring, og den har gjennom den historiske utviklingen møtt ulike forventinger, som kan beskrives gjennom tre-fire modeller for forventninger til tjenestene:

Helsestasjonen som servicestasjon er den første modellen. Den frivillige organisasjonen Norske Kvinners Sanitetsforbund drev helsestasjonene i starten. De var da brukerstyrte og tilpasset mødre med små barn. Helsestasjonene arbeidet i nærmiljøet og var et sosialt samlingssted med god service, lett tilgang på kontroller og folkehelseopplysninger. Helsestasjonen ble et sted hvor mødrene fikk hjelp og opplysninger om barnet (Jákupsstovu og Aarseth 1996). Er oppfølgingen hos helsestasjonen i dag like god som før omorganiseringen? Siden dagens helsestasjon i Molde tar i mot alle brukerne som tidligere var fordelt mellom de seks helsestasjonene, så har de mange brukere å forholde seg til. Har

dette resulterte i mindre tid med hver enkelt forelder, som igjen fører til at de ikke får stilt alle spørsmålene som de har?

Helsestasjonen som overvåkningsstasjon er den andre modellen. Denne modellen beskriver helsesøstrenes rolle som overvåkere av mødre og barn. De skal altså søke etter mødre og barn som trenger ekstra oppfølging. Det må opparbeides et tillitsbånd mellom helsesøster og mødre for at de skal kunne påvirke mødre. Grunnen til at de skulle være overvåkere var at de skulle kunne veilede og hjelpe de som trenger det (Jákupsstovu og Aarseth 1996). I en analyse av bruk av helsesøstertjenesten fra 1990 (Paulsen 1990), ble det blant annet funnet ut at 70 % av problemer ved spedbarn som blir tatt opp med helsestasjonen dreier seg om dagligdagse problemer som søvn, ernæring osv. Blant førskolebarn (2-6 år) er det ca 40 % som er dagligdagse problemer, mens hele 32,2 % er utviklingsproblemer. Hverdagsproblemer ved småbarn er som oftest enkle og går over etter en tid. Men det er også familier med spedbarn hvor helsepersonellet er kjent med at familien har problemer med alkohol, stoff eller mentale lidelser. Slike problemer krever andre behandlingsmåter. Helsesøster er omtalt som ”overvåker”, og kan gjennom samtaler og hjemmebesøk få en port inn til barnet eller familiens situasjon. Noen problemer kan løses, mens andre kan være vanskeligere å løse. I en undersøkelse fra 2009 (Neumann 2009) diskuteres det når det er rett at helsesøster skal ta en sak videre til barnevernet. Det kommer blant annet frem at de helsesøstre som er undersøkt, har problemer med å samarbeide med barnevernet, da de ikke får tilbakemelding fra barnevernet på hva de har gjort med en sak. Dette kan ha ført til at de ikke kontakter barnevernet fordi de har skapt seg en forestilling om at dette ikke fungerer. Det kommer også frem at helsesøstre heller vil få de foresatte til barnet til selv å ta kontakt med barnevernet. I denne studien er det påpekt at helsesøster opplevde mistro til barnevernet som kommer av at det skal mye til for at barnevernet skal sette inn ”snille” tiltak som støttekontakt, barnepasser, barnehage osv. Mistroen fra helsesøsters side preges av forestillingen ”*Enten gjør barnevernet ingenting, eller så tar de barna fra folk*” (Neumann 2009). Det er da interessant å spørre om samarbeidet med barnevernet fungerer godt hos helsestasjonen i Molde i dag? Molde kommune satset gjennom omorganiseringen i 2009 på tverrfaglig samarbeid, kan dette vært gjort for å bedre tidligere samarbeidsforhold? Det Neumann beskriver, er et skrekkeeksempel på hvordan samarbeidet mellom helsesøster og barnevernet har fungert i det området som hun har undersøkt. I stedet for et tett samarbeid mellom helsesøster og barnevernet der de sammen setter inn tiltak for barnets beste, har barnevernet blitt en ”siste

løsning”, hvor helsesøster tar kontakt når hun selv gir opp og ikke vet hva hun skal gjøre. Det som er håpløst her er at barnevernet har den kunnskapen som muligens kan hjelpe familien uten at barnet tas i fra dem.

Helsestasjonen som medisinsk kontrollstasjon er en tredje modell. Denne modellen handler om medisinske diagnoser på spedbarn/småbarn som blir stilt av profesjoner/eksperter basert på medisinske kontroller. Kontrollene er viktige for å sikre folkehelsen (Jákupsstovu og Aarseth 1996). Etter omorganiseringen av helsestasjonen i Molde i 2009 oppnådde man at profesjoner som PPT, barnevernet og fysioterapeuter ble lettere tilgjengelig på helsestasjonen. Når avgjørelsen om sammenslåingen ble tatt, kan lettere tilgang på disse profesjonene ha veid tyngre enn hensynet til at stasjonene skal ligge lokalt?

Helsestasjonen har gjennom den historiske utviklingen møtt helt ulike forventninger fra brukerne og kommunen. En viktig grunn til at forventningene har forandret seg i forhold til tidligere er at det dominerende sykdomsproblemet blant spedbarn og barn ikke er slik det var før. I starten var det ernæringsproblemer og infeksjonssykdommer som dominerte. Foreldrene i dag vet det meste om disse områdene, og barns mønster for plager og sykdommer har på samme linje som for voksne dreid mot psykosomatiske og atferdsmessige forstyrrelser. Foreldre i dag søker mer etter problemer som psykosomatiske reaksjoner (søvn, mat, renslighet) og uønsket atferd (Bogen et al. 1982). Dette har ført til at helsestasjonene må tenke nytt i forhold til hvordan de skal nå ut til foreldrene, og i dag må man i noen tilfeller innhente hjelp fra eksperter for å løse problemer knyttet til psykologi. I dag kan det kanskje tenkes at det har oppstått en ny type modell, med helt andre forventninger til helsestasjonen?

2.3 Tidligere undersøkelser av helsestasjonen i Molde

I 1992 ble det skrevet en prosjektoppgave av Anne Karin Hustad og Sølvi Gravseth, som heter ”Helsestasjonen, et trygghetsbyråkrati og/eller en husmorkafe”. Oppgaven var skrevet som en del av deres studium i organisasjon og ledelse ved Møre og Romsdal distrikthøgskole Molde (i dag, Høgskolen i Molde). De foretok en spørreundersøkelse hos helsestasjonene i tre kommuner, Molde, Frei og Tingvoll. For min del er det undersøkelsen som de foretok på helsestasjonene i Molde kommune som er interessant. Når jeg laget spørreskjema til brukerne ved helsestasjonen i Molde tok jeg utgangspunkt i

spørreskjemaet som var brukt i 1992. Formålet med å bruke flere av de samme spørsmålene er å kunne sammenligne resultatene med hverandre, og forhåpentligvis få se forskjeller som kan være knyttet til omorganiseringen.

Hensikten med prosjektoppgaven som ble skrevet i 1992 var å se på helsestasjonene i de tre kommunene som den gang deltok i et forsøksprosjekt med navnet ”Barn, helse og miljø”. Målet var å kartlegge de sterke og svake sidene ved helsestasjonene, og gjøre komparative studier av helsestasjonene. Formålet med prosjektet ”Barn, helse og miljø” var å øke kunnskap og bevissthet blant helsestasjonspersonalet om hva som kan skape et helsefremmende oppvekstmiljø. Siden helsestasjonene er spesielt sentrale i forhold til forebyggende arbeid, så gikk prosjektet ut på å prøve ut nye arbeidsmetoder på helsestasjonene. Målet med prosjektoppgaven til Hustad og Gravseth var å undersøke hvordan helsestasjonene fungerte før det ble satt i gang tiltak. De gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse blant brukerne.

Helsestasjonsvirksomheten i Molde kommune i 1991 er beskrevet slik i oppgaven: Fordelt på seks helsestasjoner i Molde kommune arbeidet det en sjefshelsesøster, 6 heltids helsesøstere, 4 helsestasjonsassistenter, 0,5 årsverk legetjeneste og 3 timer pr mnd med fysioterapitjeneste. Det er også opplyst at i 1993 ville helsestasjonsvirksomheten i Molde kommune få en jordmorstilling. Enen helsestasjon er beskrevet nærmere i oppgaven. Den var en stor stasjon med hele 450-500 barn i alderen 0-4 år. Denne helsestasjonen hadde også nettopp satt i gang en prøveordning med gruppetimer, der barna ble satt sammen ut i fra alder (Hustad og Gravseth 1992).

Spørreundersøkelsen som de laget, var rettet mot foreldrene til barna og inneholdt spørsmål om hjemmebesøk, helsestasjonen (lokaler, personell, ventetid, antall kontroller), spørsmål knyttet til temaer som helsestasjonen informerer om (kosthold, søvn, samspill foreldre og barn osv) og til slutt noen åpne spørsmål og bakgrunnsinformasjon av familiære forhold (om barnet har sykdommer, foreldrenes sivilstand, om man får hjelp fra familie osv.)

Det er også gjort en annen tidligere undersøkelse av helsestasjonsvirksomheten ved Molde. Det resulterte i boken ”*Norsk helsestasjonsvirksomhet*” som i 1996 ble skrevet av Beinta í Jákupsstovu og Turid Aarseth, og er en rapport i forbindelse med ”Barn, helse og miljø”-

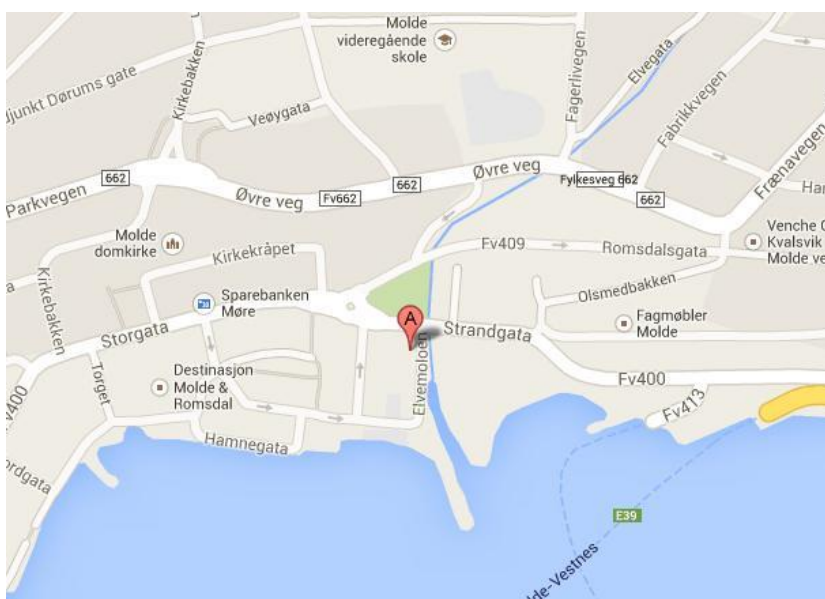
prosjektet. De tok utgangspunkt i de samme kommunene som Hustad og Gravseth, og gjennomførte 34 intervju blant personer som var knyttet til det forebyggende arbeidet i disse kommunene. I Molde kommune valgte de å legge vekt på helsestasjonen på Enen.

Jeg har valgt å legge vekt på spørreundersøkelsen som ble foretatt i Molde kommune av Hustad og Gravseth. Boken til Jákupsstovu og Aarseth har jeg brukt som et supplement for å lære mer om helsestasjonsvirksomhet, men den er ikke brukt aktivt i forhold til undersøkelsene som jeg har gjort. I kapittel 6 vil jeg gå nærmere inn på hvilke spørsmål som er relevante fra spørreundersøkelsen i 1992, og sammenligne disse mot svarene fra spørreundersøkelsen min.

2.4 Tilbudet til småbarnsforeldre ved helsestasjonen i Molde

Helsestasjonen i Molde holder til ved Gotfred Lies plass 4 som ligger i sentrum av Molde. Stasjonen er sentralt plassert i forhold til både trafikkterminalen og fergekaien. Selve helsestasjonen ligger i 2.etasje, mens PPT og barnevernet har mesteparten av 3.etasje. Inne i helsestasjonens lokaler er det en trapp som går opp til 3.etasje, slik at PPT og barnevernet er lett tilgjengelig for brukerne. Helsestasjonen holder åpent fire dager i uken, mandag til torsdag, mellom kl 08.30- 15.00. Den fagansvarlige for helsestasjonen i Molde er Anne Reidun Rottem.

Figur 2: Kart over Molde, hvor helsestasjonen er punkt A.



Kilde: (GoogleMaps 2014)

Via Molde kommunes hjemmeside www.molde.kommune.no, kan man lett finne frem til helsestasjonens egen side som inneholder informasjon om stasjonen og om tjenestene som den tilbyr. Helsestasjonen har også utarbeidet en egen brosjyre som inneholder informasjon om arbeidsområdene og programmet de tilbyr for barna ved helsestasjonen. Brosjyren er vedlagt i oppgaven etter tillatelse fra Anne Reidun Rottem, se vedlegg 1.

Helsestasjonen er et tilbud for familier med barn mellom 0-5 år og for familier som venter barn. På helsestasjonen i Molde er det ansatt seks helsesøstre, seks leger, to jordmødre, en familieveileder og to helsesekretærer. Det har vært forsøkt flere ulike arbeidsmetoder på helsestasjonen i Molde siden omorganiseringen i 2009. I en periode var de delt inn i team hvor man blandet personell fra alle avdelingene (PPT, barnevernet og helsestasjonen), men i dag sitter de på hver sin avdeling.

Tabell 3: Programmet ved helsestasjonen i Molde for barn mellom 0-5 år

Alder	Tilbud
1-2 uker	Hjemmebesøk helsesøster
6 uker	Helsesøster og lege
2 mnd	Helsesøster (gruppekonsultasjon)
3 mnd	Helsesøster (vaksinasjon)
4 mnd	Fysioterapeut (gruppekonsultasjon)
5 mnd	Helsesøster (vaksinasjon)
6 mnd	Lege
7/8 mnd	Helsesøster (gruppekonsultasjon)
11 mnd	Helsesøster (vaksinasjon)
12 mnd	Lege
15 mnd	Helsesøster (vaksinasjon)
2 år	Lege
4 år	Helsesøster

Kilde: (se vedlegg 1)

Programmet viser en tett oppfølging av spedbarna, og inneholder variasjoner mellom gruppekonsultasjoner og individuelle konsultasjoner, noe som er i henhold til *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og*

skolehelsetjenesten § 2-3. Der står det at helsestasjoner skal drive opplysningsvirksomhet individuelt og i grupper. Gjennom gruppekonsultasjonene møter foreldrene og barna andre foreldre og barn, noe som kan skape nye vennskap. Foreldrene har også tilbud om fysioterapitime når barna er 4 mnd. Dette er et tilbud hvor man samles i gruppe sammen med en fysioterapeut. Når det kommer til vaksinasjonsprogrammet til helsestasjonen i Molde, så følger det Folkehelseinstituttets barnevaksinasjonsprogram som er omtalt i kapittel 2.2.

Arbeidsområdene til helsestasjonen når det gjelder spedbarna, er rettet mot svangerskapsomsorg, hjemmebesøk, undersøkelse av barn og henvisninger ved behov til spesialistundersøkelser, vaksinasjon og samtale og veiledning om sentrale temaer. Disse temaene er helse, søvn, kosthold, foreldrerollen, samspill, barneulykker, språk og tannhelse. I brosjyren fra helsestasjonen i Molde (vedlegg 1) står det at familieveileder er et utvidet tilbud som helsestasjonen har til familier i dag, og de veileder i forhold til oppdragelsesspørsmål, eller hjelp og støtte i vanskelige situasjoner. Når det gjelder spedbarna så er de for små i forhold til oppdragelsesspørsmål, men familier med spedbarn kan oppleve vanskelige situasjoner hvor det kan hjelpe å få snakket med familieveilederen. Dette er altså en tjeneste som helsestasjonen i Molde tilbyr utenom *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* § 2-3. Dette kan tyde på at helsestasjonen har mottatt noe ekstra ressurser fra kommunen slik at de kan tilby denne tjenesten. Helsestasjonen i Molde har altså et tilbud til spedbarnsforeldre som ikke bare er et minimumstilbud i forhold til hva som er lovpålagt.

3 TEORETISK TILNÆRMING

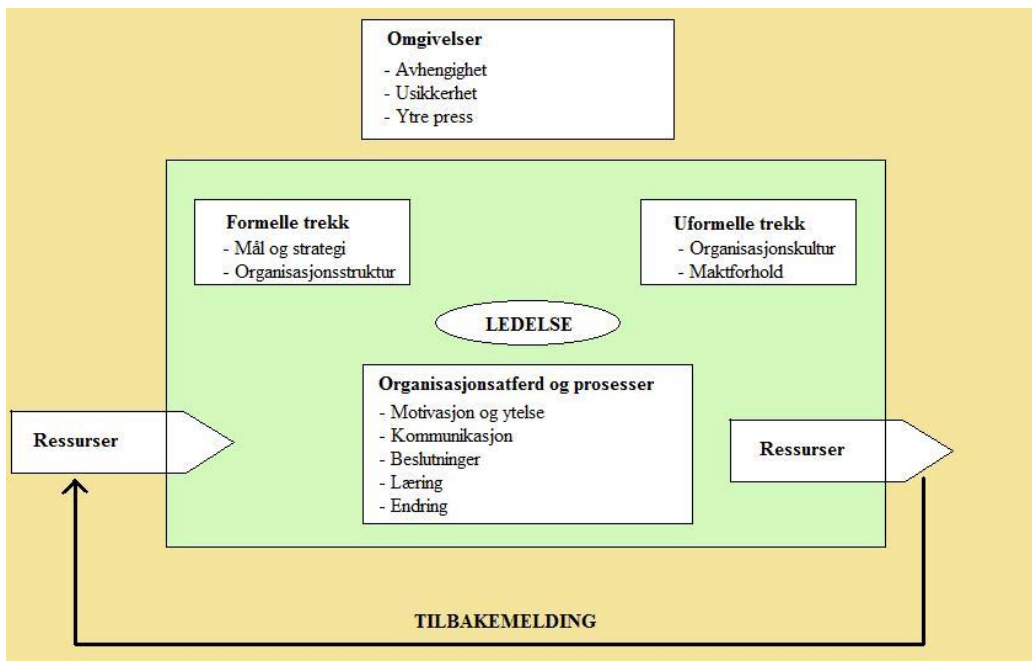
3.1 Organisasjonsendringer

3.1.1 Innledning

Modellen nedenfor viser forhold som påvirker organisasjoner. Den tar utgangspunkt i at alle virksomheter kan forstås som organisasjoner som produserer noe. En organisasjon er en gruppe der deltakerne har felles oppgaver og mål, som på den måten knytter dem sammen (Jacobsen og Thorsvik 2013). En tradisjonell definisjon på en organisasjon er:

Et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål (Etzioni 1982, sitert i Jacobsen og Thorsvik 2013, 18).

Figur 3: "Modell som viser hvordan organisasjoner fungerer"



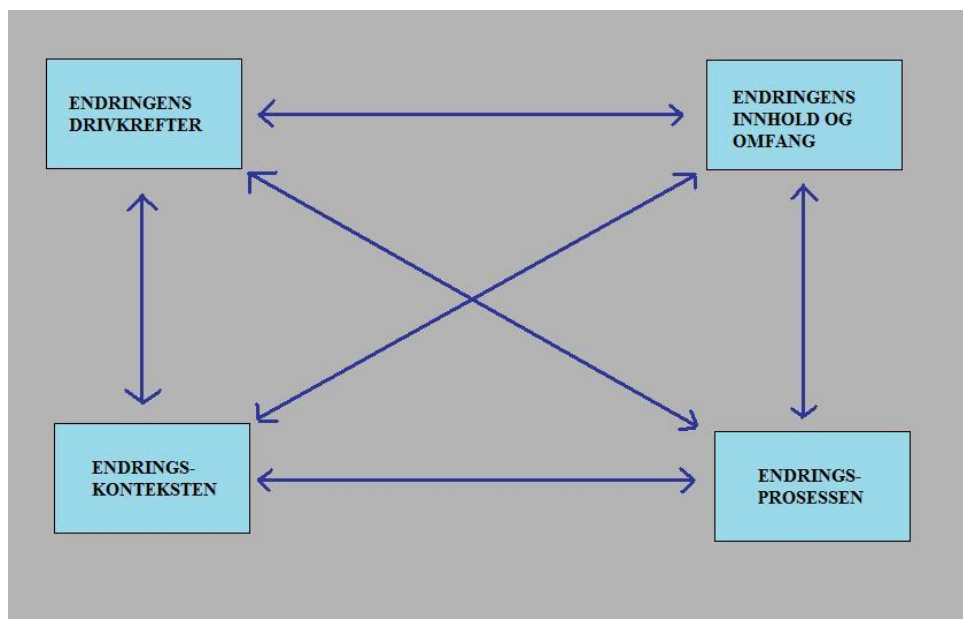
Kilde: (Jacobsen og Thorsvik 2013, figur 1.2, s 25.)

Alle organisasjoner har både formelle trekk og uformelle trekk, og de inngår i ulike omgivelser. Organisasjoner er forskjellige, og man kan skille mellom de på mange ulike måter. Noen av hovedskillene finner man mellom de som produserer varer, og de som produserer tjenester, og ikke minst kan man skille mellom private organisasjoner og offentlige organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik 2013).

Blant de store endringene som har skjedd i norsk offentlig sektor de siste 20 årene er at forvaltningsorganene har blitt redusert fra hele 360 til 240. Jacobsen (2012) påpeker at den viktigste grunnen til disse endringene har vært en rekke sammenslåinger av ulike enheter. Dette er det samme som hendte på lavere nivå ved helsestasjonene i Molde. De var seks stasjoner som ble slått sammen til en stasjon. I dette kapittelet vil det sees nærmere på de ulike mekanismene som påvirker organisasjoner til å endre seg. Hvorfor ønsket helsestasjonen i Molde å gjennomføre denne endringen? Hva har endringen gitt organisasjonen?

Jacobsen (2012) har laget en konseptuell modell for organisasjonsendring. Denne modellen forklares nedenfor.

Figur 4: "De sentrale elementer i en teori om planlagt endring."



Kilde: (Jacobsen 2012, figur 1.6, s 32.)

Modellen i figur 4 viser at endringer ikke bare er et enkelt og entydig fenomen, men endringer kan variere langs flere dimensjoner. Endringer kan både være strukturelle, kulturelle, det kan være raske endringer og langsomme endringer. Endringer i organisasjoner er som oftest svært komplekse da en endring kan påvirke flere andre forhold i organisasjonen. F. eks hvis man velger å endre organisasjonsstruktur, så kan dette igjen påvirke kulturen i organisasjonen (Jacobsen 2012). Som modellen viser kan de ulike komponentene påvirke hverandre.

I de neste delkapitlene skal hvert av de fire komponentene i modellen bli forklart nærmere, slik at det blir lettere å forstå hva som fører til at organisasjoner endres, og hvordan endringene skjer. I denne studien gjelder det den endringsprosessen som helsestasjonen i Molde har vært igjennom, og prosessens utfall.

3.1.2 Endringens drivkrefter

Drivkrefter er ideer med ulike grader av klarhet. Noen er svært tvetydige, mens andre er lettere å fortolke. Styrken til drivkreftene er knyttet til klarheten og til hvilke konsekvens drivkreftene oppleves å ha. Drivkreftenes klarhet og styrke vil avgjøre om det er mulig å gjennomføre en endringsprosess, da de enten vil skape stor enighet eller uenighet i endringsprosessen (Jacobsen 2012).

Andrew Van de Ven og Marshall Scott Poole har laget fire hovedtyper for endringsperspektiver (sitert i Jacobsen 2012, 37-50). Det som er spesielt med disse hovedtypene, er at hver enkelt av dem forklarer hvordan og hvorfor endringen skjer.

1) Planlagt endring – der drivkraften er intensjoner

Denne typen endring oppstår fordi noen mennesker i organisasjoner ser problemer som de mener kan løses gjennom å gjøre endringer. Ved å løse disse problemene kan organisasjonen nå mål som den tidligere ikke ville ha nådd. Når organisasjonen går inn for å gjøre disse endringene ligger det gitte intensjoner bak. En slik planlagt endringsprosess kan deles i fire faser. Disse er:

- Fase 1: Man finner ut at det er behov for endring. I nåværende situasjon ser man problemer som man ønsker å løse.
- Fase 2: Man lager en beskrivelse av hvordan man ønsker å løse problemene og legger en plan for å komme til ønsket mål.
- Fase 3: I gjennomføringsfasen setter organisasjonen i kraft de nye endringene.
- Fase 4: I evalueringsfasen ser man om de nye tiltakene/endingene virker som de skal, og om det har medført positive sider for organisasjonen.

Det er ikke alltid planlagt endring medfører det man ønsker å oppnå. Organisasjoner er sosiale systemer, og de består av mennesker som handler og samhandler. Et grunnleggende trekk ved sosiale systemer er at det er umulig å være helt sikker på hva som kommer til å

skje i fremtiden. Derfor vil ikke alltid planlagte endringer gi de resultatene som man ønsker (Jacobsen 2012).

2) Endring som livssykluser – der drivkraften er vekst

Endring som livssyklus er organisasjoner som beveger seg gjennom ulike faser i "livssyklusen" sin (Jacobsen 2012). Endringene er en del av et spesielt utviklingsmønster, som forandrer seg med årene. Tankegangen her er at endringene kommer av at organisasjonene beveger seg over til nye faser. I startfasen har organisasjoner ofte en enkel og en lite formalisert struktur, med få personer/medarbeidere. Etter hvert utvikler organisasjonene seg til større organisasjoner med flere personer og det er da behov for andre strukturer og systemer. Organisasjonene går over i en endringsfase hvor de innfører mer sofistikerte systemer med mer overvåking og kontroll. Dette skjer som oftest først ved at det innføres hierarkier. Når organisasjonene blir enda større vil de trenge å dele seg opp for å kunne fordele ansvaret mellom flere mindre enheter. Dette gjøres for å skape system og oversiktighet (Mintzberg 1979, her i Jacobsen 2012, 40-44).

3) Endring som evolusjon – der drivkraften er konkurranse om knappe ressurser

Organisasjoner konkurrerer på et marked med begrensede ressurser. Disse ressursene kan være kunder, råvarer eller andre produkter. Alle organisasjoner vil i følge Jacobsen (2012) inneholde sterke krefter som vil unngå endringer, og som ønsker stabilitet. Det er derfor ikke alle organisasjoner som klarer å endre seg selv om de egentlig ønsker det. Innenfor samme felt vil man alltid kunne finne organisasjoner som har valgt ulike organisasjonsformer. De organisasjonene som driver minst effektivt, vil forsøke å endre organisasjonsformen sin, ved å etterligne organisasjonsformene til de som gjør det godt. De aller fleste forsøk på dette vil mislykkes, og flere organisasjoner som forsøker å etterligne de beste vil forsvinne. Endringsprosessen er en form for naturlig utvelgelse, hvor omgivelsene bestemmer hvem som overlever. Endringene kan også brukes på enkeltorganisasjonsnivå. Det kan komme endringer uten at organisasjonen har bestemt det. Et eksempel på dette er sykehus hvor ny forskning kan bringe nye metoder å gjennomføre ting på. Dette kan igjen resultere i at organisasjonen må endre seg. Ny kunnskap kan altså føre til endringer i organisasjoner (Jacobsen 2012).

4) Endring som dialektisk prosess – der drivkraften er interessekonflikt

I følge dette perspektivet skjer endringer som et resultat av en maktkamp mellom ulike interesser. På organisasjonsnivå vil en slik endring finne sted ved at det oppstår konfrontasjoner mellom ulike interesser i organisasjonen. Dette fører til konflikt og maktkamp mellom de ulike gruppene som igjen gjør at den ene parten vinner. Den parten som vinner, vil endre organisasjonen etter sine interesser. De viktigste drivkreftene i denne typen endringer er maktkamp og politikk. I noen organisasjoner kan maktkonsentrasjonen være ganske sterk, og dette fører til at de med makt vil dominere og gjennomføre de endringene som de selv ønsker. De ulike maktbasene kan påvirkes av både endringer innenfra og utenfra organisasjonen. Slike maktbaser kan også oppstå innenfor et organisasjonsfelt, altså mellom organisasjoner som er i konkurranse med hverandre. Dette fører til at de organisasjonene som best klarer å tilpasse seg, vil ha størst muligheter for å overleve, mens de andre vil forsvinne (Jacobsen 2012).

Når man ser på de fire hovedtypene for endringsperspektiv i forhold til omorganiseringprosessen som ble foretatt ved helsestasjonen i Molde, vil man se at den første hovedtypen, planlagt endring, kan passe bra, da det kan tenkes at omorganiseringen ble gjort for å løse problemer i organisasjonen. Det kan også være at de hadde spesielle ønsker som de håpte å oppnå ved å omorganisere organisasjonen. Kan det ha vært enkelte personer hos helsestasjonen eller i ledelsen som har ønsket og kjempet frem endringen av organisasjonen? Hvis det var slik, vil det være spennende å se om de ansatte var positive til denne endringsprosessen eller om de motsatte seg endringene. Ikke minst om endringen førte til løsning av det opprinnelige problemet eller om det oppstod nye problemer. Den andre hovedtypen, endring som livssyklus, passer dårlig i forhold til omorganiseringen ved helsestasjonen, da denne typen handler om en organisasjon som vokser seg større og større, og dermed må dele organisasjonen inn i flere underenheter. Omorganiseringen ved helsestasjonene i Molde var motsatt, de gikk fra flere underenheter til en stor enhet. Den tredje hovedtypen, endring som evolusjon, passer trolig delvis i forhold til helsestasjonens omorganisering. Denne hovedtypen handler om organisasjoner som konkurrerer i et marked, og må tilpasse seg markedsendringene for å overleve. Helsestasjonen i Molde konkurrerer mot de andre etatene i kommunen om mest mulig ressurser/penger. For å få bevilget penger/ressurser er de avhengig av et godt omdømme. Det vil si at de må ha fornøyde brukere. Helsestasjonen tilhører et felt, det finnes flere helsestasjoner i Norge, som kan ha påvirket omorganiseringen. Omorganiseringen kan ha vært et resultat av at

man prøvde å etterligne organisasjonsformen hos en annen helsestasjon i Norge. Kan det ha vært en ”suksess-modell” som de ønsket å innføre hos helsestasjonen? Eller kan omorganiseringen vært knyttet til ny kunnskap? Kanskje man ved å samle stasjonene vil kunne tilby flere tjenester, eller annerledes tjenester? Den siste hovedtypen, endring som dialektisk prosess, handler om maktkamper mellom ulike interesser i organisasjon. Kan dette vært tilfelle blant helsestasjonene i Molde? Kanskje det var enkelte i maktposisjoner som ønsket omorganiseringen?

Det er altså mange ulike drivkrefter som kan ha resultert i endringsprosessen hos helsestasjonen i Molde. Endringene ved helsestasjonene var såpass drastiske at det kan tenkes at de fleste i organisasjonen måtte være enig for å kunne gjennomføre endringsprosessen.

3.1.3 Endringens innhold og omfang

Endringens innhold

Organisasjoner kan ha ulikt fokus på sine endringer, dette fører til at innholdet i endringene blir forskjellige. Jacobsen (2012) har omtalt tre ulike fokus på endring:

Det første fokuset er på *endring i produksjon og resultat*. Denne måten er blant de mest vanlige, da de fleste organisasjoner ønsker å gjøre endringer slik at de får bedret sine resultater. Endringer i produksjonen kan være å starte en ny produksjon/tilby en ny tjeneste, legge ned eksisterende produksjon/ikke tilby en tjeneste lengre eller skifte marked. Man trenger ikke gjennomføre slike drastiske endringer for å endre produksjonen sin. Organisasjoner kan også gjøre mindre justeringer på allerede eksisterende produkter/tjenester for å oppnå et bedre resultat.

Det andre fokuset er på *endring i organisasjonens formelle elementer*. Mintzberg (1979) har laget en oversikt over hvordan man kan beskrive en organisasjons formelle, normative struktur. For å beskrive organisasjoner må man se på disse tre dimensjoner (her i Jacobsen 2012, 70-71):

- *Individuelle stillinger*: Organisasjonens oppgaver/jobb. Her ser man på spesialisering, kompetansekrav og standardisering.

- *Gruppering*: Dette er hvordan organisasjonen kan deles inn i enheter, avdelinger eller kontorer.
- *Beslutningssystem*: Hvem i hierarkiet er det som kan ta beslutninger? Hvordan er hierarkiet oppbygd?

Ved hjelp av disse tre dimensjonene har Mintzberg (1979) definert fem ulike typer organisasjoner. Dette er *den enkle struktur*, *maskinbyråkratiet*, *det profesjonelle byråkratiet*, *den divisjonaliserte formen* og *ad-hoc-kratiet*. I denne teoretiske tilnærmingen vil fokuset være rettet mot det profesjonelle byråkratiet. Dette kommer av at helsestasjonen er en slik organisasjon, som består av ulike fagfolk med ulike syn og meninger.

Profesjonelle byråkratiet beskrives slik (Lam 2011):

Profesjonelle byråkratiet: Dette er store organisasjoner med komplekse oppgaver. Oppgavene krever at de ansatte har høy utdanning. De som utfører beslutninger i organisasjonen er de som gjennomfører oppgavene. Det er derfor begrenset beslutningsmyndighet blant staben og ledelsen. I slike organisasjoner kan det være vanskelig å skape samhandling på tvers av organisasjonen. Typiske eksempler på slike organisasjoner: Sykehus, universitet, revisjonsbedrifter osv.

Det tredje og siste fokuset er på *endring i organisasjonens uformelle elementer*. Kultur består av flere ulike nivåer, og hver enkelt kultur består av et sett med grunnleggende antakelser. Verdier er noe vi synes er bra, og som vi arbeider mot gjennom handlingene våre. Normer er knyttet opp mot atferd, og de sier noe om hva som er bra og hva som er dårlig atferd (Schein 1985, her i Jacobsen 2012, 72-73).

Jacobsen (2012) skiller mellom tre ulike kulturelle dimensjoner som kan brukes for å beskrive organisasjoner. Disse er:

- *Hva gjør organisasjonen?* Denne dimensjonen handler om hvilke oppfatninger man har rundt det organisasjonen driver med. Hvorfor eksisterer organisasjonen?
- *Hvordan bør oppgavene utføres?* Hva er den riktige metoden å utføre oppgaver på? Denne dimensjonen handler også om hvorvidt man aksepterer sentral styring, og hvem som betraktes som legitime beslutningstakere.
- *Hvilke kriterier for evaluering er legitime?* Denne dimensjonen er knyttet til å skille mellom belønning av selve arbeidet og belønning av resultatet til virksomheten.

Når man ser på innholdet av endringene hos helsestasjonen i Molde, så kan de hatt et fokus mot å *endre produksjon og resultat*. Helsestasjonen produserer tjenester, og målet med omorganiseringen kan ha vært et ønske om bedre resultat/øke effektivitet. Det kan tenkes at en intensjon bak omorganiseringen var at ved å samle stasjonene ville de få mulighet til å produsere andre og bedre tjenester til brukerne. Lovverket, deriblant *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* setter et minimumskrav til hva helsestasjonsvirksomheten skal inneholde. Kan det være at de måtte samle stasjonene for å kunne overholde dette minimumskravet? Eller kan det tenkes at de kunne spare ressurser ved å samle helsestasjonene, slik at de kunne bruke disse ressursene på nye attraktive tjenester? Gjennom endringsprosessen gikk helsestasjonen gjennom en *endring av organisasjonens formelle elementer*. Det kan tenkes at noen av de ansatte fikk andre stillingsbeskrivelser, kanskje de gikk fra leder ved en stasjon til medarbeider ved den nye? Det som er helt klart er jo at det ble foretatt en endring av grupperingen i organisasjonen. Det var ikke lengre avdelinger, men én stasjon. Som en følge av dette, er det mulig at hierarkiet innad i organisasjonen ble endret. Et viktig punkt her er at helsestasjonen er et profesjonsbyråkrati. Helsestasjonen består av ulike fagpersoner med ulike ønsker. Kan dette ha ført til vanskeligheter i prosessen? Kanskje det var et ønske om å endre kulturen? Siden helsestasjonene tidligere hadde vært delt i seks enheter/stasjoner kan det tenkes at det var ulike kulturer på disse stasjonene. Hvordan ble det da å skulle samle disse kulturene til en felles kultur? Førte dette til motstand blant de ansatte?

Endringens omfang

Noen organisasjoner velger å foreta drastiske og store endringer, mens andre velger å foreta små justeringer/endringer. Organisasjoner går gjennom ulike faser hvor de vil oppleve stabilitet og inkrementell utvikling, og faser med ustabilitet og store endringer. Jacobsen (2012) tar for seg tre ulike endringsomfang:

Den første er endringer av *produkt/tjeneste og marked*. Disse endringene kan skje ved at organisasjoner finner opp nye produkter, eller velger å etablere seg på andre markeder. For å etablere seg i nye markeder trenger man ikke nye produkter, man kan innføre et allerede godt utprøvd produkt i et helt nytt marked. Nye produkter som organisasjonen har, kan både bli innført i eksisterende markeder eller i nye markeder (Jacobsen 2012). Det er altså flere ulike måter organisasjoner kan gjøre endringer i produkter/tjenester og markeder.

Den andre endringen som Jacobsen tar opp, er endringer av *teknologi og produksjon*. Endring av teknologi kan være utskifting av utstyr eller innføring av nytt utstyr. Ved å innføre ny teknologi kan personalet trenge ny opplæring og kunnskap. I forhold til helsevirksomhet kan endring i teknologi være knyttet til f. eks nye medisiner. Noen medisiner kan føre til drastiske endringer, da de kan bekjempe plagsomme sykdommer.

Den siste typen endringer er endring av *konfigurasjon eller arketyt*. Dette kan f. eks være endringer av organisasjoner slik at de går fra å være et profesjonsbyråkrati til å nærme seg et maskinbyråkrati. Man foretar altså endringer i strukturen til organisasjonen. Når organisasjonen endrer strukturen ved å bytte arketype, vil det sees på som en revolusjon/drastisk endring. Andre typer endringer organisasjoner kan foreta er kulturelle endringer. Kulturelle endringer kan gjøres ved å f. eks. endre kjerneverdiene til organisasjonen. Hvor drastiske slike endringer er, er avhengig av i hvor stor grad den nye kulturen er forskjellig fra den gamle (Jacobsen 2012).

Ved omorganiseringen av helsestasjonen i Molde gjennomførte de endring i organisasjonens struktur. De gikk fra seks stasjoner til en stasjon. Kan det være at denne endringen ble gjort for å kunne tilby nye tjenester? I så fall vil det være spennende å finne ut hvilke tjenester dette var, og om de fortsatt tilbys. Det kan også tenkes at helsestasjonen ønsket å ta i bruk nytt dyrt utstyr, som de ikke hadde råd til å ha på alle de seks stasjonene. Ved å samle stasjonene til én kunne man kanskje spare disse kostnadene. Eller kanskje det var kompetanse på enkelte av stasjonene som manglet på de andre? Ved å samle stasjonene kunne alle brukerne få det samme tilbudet. Det som er ganske klart med denne omorganiseringen, er at det må ha skjedd en endring i strukturen til organisasjonen, altså en *endring i konfigurasjon eller arketyt*. Kan dette ha ført til en endring av helsestasjonens kultur?

3.1.4 Endringskontekst

Indre kontekst

Strukturen til en organisasjon har mye å si i forhold til hvor fleksibel en organisasjon er i forhold til endringer. Profesjonelle byråkrati består av fagpersoner med ulike syn og meninger. Dette kan gjøre det vanskelig å foreta endringer, da alle i organisasjonen har ulike meninger om behovet for endringen. Det kan rett og slett bli vanskelig å komme til enighet (Jacobsen 2012).

Organisasjoners uformelle elementer

Kulturens styrke har mye å si for endringer i organisasjoner, jo sterkere en kultur er, jo vanskeligere kan det være å gjøre endringer. Hvis man prøver å endre en sterk kultur, kan dette oppleves som et angrep mot fellesskapet i organisasjonen. For aktørene i organisasjonen kan et forsøk på endring føre til at de opplever en trussel mot fellesskapets eksistens. Dette kan igjen føre til at de vil motarbeide forsøket på endring. Organisasjoner med flere kulturer eller en svak kultur vil være lettere å endre enn de med en sterk felles kultur. I profesjonelle byråkratier har den operative kjernen mye av makten. De har både den formelle makten og mye av den uformelle makten. Oppgavene som utføres, må utføres av spesialister innenfor det gitte fagfeltet, og er derfor avhengig av rett personell. En leder av en slik organisasjon vil ha vanskeligheter for å se om endringer har funnet sted i organisasjonen, da de ikke vil kunne sette seg inn i oppgavene på samme måte som spesialistene. Et annet kjennetegn for denne typen organisasjoner er at kunnskapen/kompetansen er en knapp faktor, og man er avhengig av at de ansatte fortsetter i organisasjonen. I profesjonsbyråkratier vil ikke ledelsen ha mulighet til å gjennomføre endringer uten at de får profesjonene med seg. De må altså ha støtte fra de ansatte (Jacobsen 2012).

Organisasjonens omgivelser

Organisasjoner vil befinne seg i flere ulike omgivelser. I enkelte omgivelser vil det være lettere å gjøre endringer enn i andre omgivelser. Jacobsen (2012) tar for seg fire ulike typer omgivelser; 1) tekniske omgivelser, 2) institusjonelle omgivelser – regulative forhold, 3) institusjonelle omgivelser – normative forhold og 4) institusjonelle omgivelser – kognitive forhold. Nedenfor forklares disse typene nærmere.

1) Tekniske omgivelser

De tekniske omgivelsene er de delene som direkte vil påvirke oppgaveløsningen i en organisasjon og hvor stor tilgang de har på ressurser. En viktig faktor her er grad av stabilitet. Organisasjoner kan klassifiseres langs to dimensjoner: kompleksitet og stabilitet (Thompson 1967, her i Jacobsen 2012, 109). Kompleksitet handler om de ulike kundene, samarbeidspartnere osv. som organisasjonen må forholde seg til. Denne typen dimensjon har mindre betydning i forhold til endring. Stabilitet derimot har mer å si forhold til endring, da denne dimensjonen handler om hvor forutsigbare omgivelsene er. Altså er denne dimensjonen knyttet til usikkerheten rundt organisasjonen. I forhold til stabilitet vil

man også se på konkurransen som organisasjonen vil oppleve fra andre aktører i markedet. Noen organisasjoner vil oppleve sterk konkurranse fra andre, mens andre organisasjoner kan oppleve mindre grad av konkurranse (Jacobsen 2012).

2) Institusjonelle omgivelser – regulative forhold

Institusjonelle omgivelser blir ofte sett på som omgivelser som vil motarbeide endringer og opprettholde stabilitet. Når vi snakker om de regulative forholdene, er det snakk om i hvilken grad de institusjonelle omgivelsene er regulert. Et viktig element er i hvilken grad de offentlige myndighetene/andre regulative organer regulerer det organisasjonen driver med. Myndighetene i Norge kan regulere organisasjoner gjennom omfattende lov- og regelverker, som igjen kan gi en pekepinn på hvilke endringer som er mulige. Organisasjoner som overvåkes av offentlige myndigheter, vil ha vanskeligere for å gjøre store endringer enn de som ikke blir overvåket. Profesjonsorganer kan også være med å regulere organisasjoner ved at de kontrollerer at oppgaver blir utført faglig korrekt (Jacobsen 2012).

3) Institusjonelle omgivelser – normative forhold

Alle organisasjoner er integrert i det som kalles en kulturkrets/nasjonal kultur. Dette er en oppsamling av et større sett med verdier, normer og antakelser som er felles for en kultur. Dette fører til at organisasjoner som befinner seg i samme kulturkrets vil bli relativt lik hverandre ved enkelte trekk – uansett hva de driver med og deres struktur. Ledelsen, de ansatte og interessenter i en organisasjon vil høyst sannsynlig legge vekt på de samme kulturelle verdiene som de dominerende i landet. Det har vært liten forskning rundt hvordan dette kan påvirke organisasjoners evner til å endre seg. Det er derfor vanskelig å si hvilken innvirkning den nasjonale kulturen har på organisasjoners endringsprosesser (Jacobsen 2012).

4) Institusjonelle omgivelser – kognitive forhold

Kognitive forhold handler om det som blir sett på som ”institusjonelle standarder”. Dette er standarder som sier noe om hvordan organisasjoner i et gitt felt/bransje bør være organisert. Slike standarder sier også noe om teknikker som bør anvendes, type personell som bør ansettes og hva slags systemer organisasjonene bør bruke. Det er derfor vanskeligere å endre en organisasjon som har sterke institusjonelle standarder å forholde

seg til enn organisasjoner som ikke har det. Endringer som er vanskeligere å gjennomføre, er de som avviker fra standarden som organisasjonen forholder seg til (Jacobsen 2012).

Helsestasjonen er et profesjonsbyråkrati, som er en organisasjonstype som har vanskelig for å gjøre endringer da den består av fagfolk med ulike meninger og holdninger. Det er også nevnt at størrelsen til en organisasjon kan påvirke hvor lett den kan endres. Når det gjelder de uformelle elementene, som kultur, vil det også som sagt tidligere, tenkes at hver av de seks stasjonene hadde utviklet sin egen kultur. Dette kan ha ført til at det ble lettere å gjennomføre endringen, enn om det hadde vært en sterk felles kultur. Allikevel kan det også ha ført til utfordringer knyttet til å etablere en felles kultur i den nye helsestasjonen. Det er ikke sikkert de ansatte klarte å bli enig om hvilke verdier som skulle prege den nye helsestasjonen. Siden helsestasjonen er et profesjonsbyråkrati så er det den operative kjernen som har det meste av makten. I følge Jacobsen (2012) må en leder av en slik organisasjon ha profesjonen med seg for å kunne gjennomføre en endring. Kan det være at helsestasjonen hadde en sterk leder som ønsket denne omorganiseringen mer enn de ansatte? Helsestasjonen er sterkt knyttet til institusjonelle omgivelser da de må følge mange lover og regler i forhold til arbeidet de utfører. Kan lovene ha satt rammer for helsestasjonene slik at de måtte endre seg for å tilfredsstille lovverket? Når det gjelder institusjonelle omgivelser så kan det være at dette var en grunn til at de ønsket å utføre en endring. Kanskje man prøvde å bli mer lik en annen organisasjon i samme felt? Eller kan omorganiseringen ha vært et ønske fra kommunens side? Kanskje de hadde hørt om andre kommuner som hadde gjennomført tilsvarende omorganiseringer av helsestasjonene?

3.1.5 Endringsprosessen

Når en organisasjon gjennomfører en planlagt endring må de først starte med en endringsprosess. I denne prosessen settes i gang en del aktiviteter for å oppnå ønsket endring. Dette kan være endringer av atferd, strukturer eller kulturer (Jacobsen 2012). Jeg skal nå se på de ulike delene av en endringsprosess som Jacobsen (2012) tar for seg. Disse delene er *tid*, *oppslutning/motstand knyttet til endringen* og *endringsprosess/utfall*. Målet med dette delkapittelet er å forstå endringsprosessen som ble foretatt ved helsestasjonen i Molde i 2009.

Tid

Endringene som man gjør i organisasjonen tidlig i en endringsprosess vil påvirke hvilke valgmuligheter organisasjonen har i senere faser av prosessen. Endringsprosessen vil påvirkes av rekkefølgen man velger å iverksette de ulike endringstiltakene. I starten av en endringsprosess har man mange valgmuligheter, etter hvert som man har tatt valg vil de ulike valgmulighetene snevres inn. Jo senere man kommer i prosessen, jo færre valgmuligheter vil man ha. Timing er også viktig i forhold til endringer. Noe som er vellykket på et tidspunkt i en organisasjon, trenger ikke nødvendigvis å være vellykket på et annet tidspunkt (Jacobsen 2012). Med denne forståelsen om at tid er viktig for endringsutfallet vil jeg kunne se prosessen ved helsestasjonen på en annen måte. Var det endringer som ble gjort ved helsestasjonene før den store omorganiseringen i 2009? Eller var omorganiseringen i 2009 en del av en større omorganiseringsprosess i Molde kommune?

Oppslutning og motstand knyttet til endring

De fleste organisasjoner vil ved en endringsprosess oppleve både oppslutning og motstand mot endringene som skal settes i verk. Det er i følge Jacobsen (2012) ti ulike årsaker til at det oppstår oppslutninger og motstand mot endringer i organisasjoner. Disse årsakene er:

- 1) *Faglig enighet/uenighet*: En grunn til at det kan oppstå motstand er at det ved selve endringen er faglig uenighet. Uenigheten kan være knyttet opp til om det er et virkelig behov for å gjennomføre en endring. Hvis det er faglig enighet om å gjennomføre en endringsprosess, kan oppslutningen om tiltaket oppleves som fornuftig og troverdig for menneskene i organisasjonen.
- 2) *Frykt for det ukjente*: Motstand som kan oppstå i en organisasjon kan være knyttet til at menneskene i organisasjonen er redd for det ukjente. Altså, hva vil endringene medføre for dem. Det er også slik at de eldre arbeidstakerne gjerne vil ha en større grad av frykt enn hva de yngre vil ha. Dette kan være knyttet til problemer ved å skulle tilpasse seg nye arbeidsoppgaver, og å eventuelt skulle finne seg en ny arbeidsplass.
- 3) *Tap/gevinst av personlige goder*: Når man gjennomfører endringer i organisasjoner vil dette ofte påvirke fordelingen av goder og onder. En grunn til at mennesker i organisasjoner kan vise motstand til endringer er at de kan se på endringene som å miste goder. F. eks kan en endring føre til at en ansatt mister sin kontorplass. Dette kan føre til at den ansatte stiller seg negativt til endringen. Hvis de ansatte i

- organisasjonen ser at endringene kan føre til at de vil få det bedre, kan dette være en grunn til oppslutning om endringen.
- 4) *Tap av identitet:* Når det skjer store organisasjonsendringer kan disse medføre at menneskene i organisasjonen blir tildelt andre arbeidsoppgaver, og noen må bytte kontorlokaler osv. Organisatoriske endringer kan oppleves som en trussel mot den identiteten man har opprettet rundt arbeidsoppgavene og kontorlokalene. Dette kan føre til at de ytrer motstand mot endringene.
 - 5) *Ekstraarbeid:* Når man går gjennom en endringsprosess vil man bruke lengre tid enn vanlig på å gjennomføre oppgavene, da alt er nytt. Dette kan føre til at det i starten vil bli mye dobbeltarbeid. Ved endringer er det ofte slik at menneskene i organisasjonen må gjennom nye kurs for å lære mer om de nye oppgavene. Dette kan føre til negativ stemning blant de ansatte i organisasjonen, da de ikke alltid er like villig til å lære noe nytt.
 - 6) *Sosiale relasjoner:* Hvis man gjennom endringen vil oppleve at man mister kontakt med de tidligere kollegaene kan dette føre til motstand. Hvor sterk motstanden vil være er avhengig av hvor gode de sosiale relasjonene mellom menneskene i organisasjonen er.
 - 7) *Psykologiske kontrakter:* Mennesker som har jobbet en stund i en organisasjon vil opprette det som kalles psykologiske kontrakter. Dette er en uformell og ikke skriftlig avtale mellom de menneskene som jobber sammen. Kontrakten utarbeides gjennom interaksjon mellom menneskene, og man lærer seg hvordan man skal forholde seg til kollegaer og ledelse, hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres osv. Endring kan føre til at man må jobbe med nye mennesker, og dermed må man bygge opp de psykologiske kontraktene på nytt. Dette kan føre til motstand, da en slik prosess vil kreve tid og det kan føles tungt å måtte gå gjennom dette på nytt.
 - 8) *Endrede maktforhold:* En endring i en organisasjon kan gi en endring av maktforholdene. Nye ledere, eller nedleggelse av mellomledernivå kan oppleves som en trussel blant de ansatte. Dette kan gi motstand mot endringene. Hvis en endring er positiv i forhold til maktposisjon, kan dette gi en oppslutning til endringen.
 - 9) *Symbolsk orden:* Symbolsk orden er et system av symboler, og ved et slikt perspektiv mener man at ”ting ikke bare er slik man ser”. Symbolsk orden er tett knyttet til status, altså hvor man er plassert i organisasjonen, hvilket kontor man

har, uniform/klær osv. Endringer knyttet til slike forhold kan skape motstand blant menneskene i organisasjonen.

- 10) *Aktører i omgivelsene*: Menneskene som jobber i organisasjoner er tett knyttet til lokalsamfunnet, da de både bor der og har barn der. Endringer knyttet til flytting av arbeidslokaler kan skape motstand blant menneskene, da dette kan medføre at de selv må flytte fra lokalsamfunnet (Jacobsen 2012).

Det vil være interessant å finne ut om omorganiseringsprosessen ved helsestasjonen førte til motstand blant de ansatte. I så fall, hvis det var slik, kan det være at noen av disse punktene samsvarer med grunner til at motstanden oppstod? Det kan tenkes at hvis slik motstand oppstod, kan det vært følge av f. eks faglig uenighet, frykt for det ukjente, psykologiske kontrakter eller sosiale relasjoner. Motstanden kan også ha avtatt etter tid. Kanskje de ansatte gjorde motstand i starten, men likte endringene bedre etter hvert?

Endringsprosessen og utfall

Ved å forstå en endringsprosess vil man lettere kunne skjønne hvorfor resultatet ble som det ble. Det er ikke alltid resultatet blir slik man først har tenkt. Jacobsen (2012) viser til fire ulike endringsprosesser og utfall der endringene ikke ble slik man opprinnelig ønsket:

- 1) *Endret produksjon – ingen endring i resultat*
- 2) *Kulturendring uten atferdsendring*
- 3) *Strukturendring uten atferdsendring*
- 4) *Ingen endring*

Det vil være spennende å finne ut om omorganiseringen ved helsestasjonen fikk et bra utfall eller ikke. Hvis endringene ikke ble som ønsket, så kan disse fire endringsutfallene til Jacobsen (2012) være en forklaring på hvorfor det ble som det ble. Kan det være at endringsutfallet oppleves som forskjellig mellom de ansatte og ledelsen ved helsestasjonen? Kanskje ledelsen er fornøyd, men ikke de ansatte?

3.2 Fra teori til empiri

I dette kapitlet har fokuset vært mot endringer i organisasjoner. Jacobsen (2012) sin konseptuelle modell for organisasjonsendring har pekt på de ulike elementene som kan påvirke endringer. Kapitlet har tatt for seg drivkreftene bak en endringsprosess, innholdet

og omfanget av en endringsprosess, kulturens betydning og omgivelsene rundt organisasjoner. Til slutt i kapittelet er det sett nærmere på motstand og oppslutning rundt en endringsprosess. Det er ikke alltid utfallet blir som man ønsker, fordi menneskene i organisasjonen kan påvirke prosessen både positivt og negativt.

Det første målet med denne oppgaven er å finne drivkreftene bak omorganiseringen ved helsestasjonen i Molde i 2009: Hvorfor valgte de å gjennomføre omorganiseringen? Hadde de planlagt denne endringen? Ved hjelp av intervjuene og dokumentene vil ønsket være å prøve å komme til bunns i hvilke drivkrefter som lå bak denne omorganiseringsprosessen. Teorien i dette kapittelet vil gi en større forståelse for det som hendte hos helsestasjonen. Det andre målet med denne oppgaven er å se hvilke effekt omorganiseringsprosessen ved helsestasjonen i Molde har hatt for brukerne/foreldrene til spedbarna. Har tjenestetilbudet endret karakter? Var omorganiseringen vellykket for brukerne? Også for å forstå virkningene av denne prosessen trenger man innblikk i endringsteorien som er beskrevet i dette kapittelet.

Helsestasjonen i Molde er en offentlig organisasjon, og det kan tenkes at avgjørelsen om endring kom fra høyere hold (kommunen) eller fra ledelsen av helsestasjonen? Kan denne endringsprosessen vært et resultat av et ønske om å gjøre virksomheten mer effektiv? Det som er viktig å tenke på er at helsestasjonen i Molde etter Mintzbergs (1979) organisasjonstypologi er et profesjonelt byråkrati. Disse typene organisasjoner kjennetegnes ved at det er vanskelig å skape samhandling på tvers av organisasjonen da de består av ulike profesjoner. Disse profesjonene har ulike syn og derfor ulike løsninger på problemer. Det vil være interessant å finne ut om dette har virket inn på omorganiseringen ved helsestasjonen i Molde? Intervjuer og dokumentanalyse skal brukes for å finne ut mer angående disse spørsmålene. Et annet spørsmål er om endringsprosessen møtte noe motstand fra de ansatte? Her vil det være aktuelt å se på Jacobsens (2012) årsaker til at det oppstår motstand og oppslutning, og knytte disse mot de eventuelle hendelsene ved helsestasjonen i Molde. Jacobsens (2012) teori om endringsprosesser vil gi innblikk i hvorfor endringene ble som de ble ved helsestasjonen i Molde, og om utfallet kunne blitt annerledes.

4 METODE

4.1 Valg av metode

I denne casestudien av helsestasjonen i Molde tas i bruk metodetriangulering, både kvalitativ og kvantitativ metode. Ved å kombinere ulike metoder vil man kunne få et bredere datagrunnlag og en sikrere basis for tolkning (Repstad 2009). Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å se på omorganiseringsprosessen som ble foretatt i 2009 hos helsestasjonen i Molde, og hvilke endringer i tjenestene til spedbarna omorganiseringen har ført til. Hovedtyngden av oppgaven er rettet mot kvantitativ metode, nærmere bestemt en spørreskjemaundersøkelse blant foreldrene til spedbarna ved helsestasjonen i Molde. Kvalitativ metode er brukt i undersøkelsen av dokumenter som ble skrevet i forbindelse med omorganiseringen, og i intervjuer av personer knyttet til omorganiseringen.

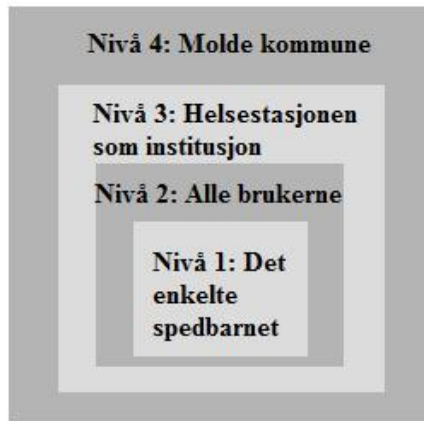
Jeg vil bruke dette kapittelet til å presentere og drøfte de metodiske tilnærminger som har blitt brukt for å samle inn informasjon. I kapittelet skal jeg gjøre greie for de ulike vurderingene som ble tatt før gjennomføringen av undersøkelsen. Det skal gi en beskrivelse av hvordan undersøkelsen og dataanalysen ble gjennomført. Deretter vil undersøkelsens kvalitet diskuteres med utgangspunkt i validitet og reliabilitet. Kapittelet avsluttes med en selvrefleksjon, der jeg ser på min rolle i forhold til studien.

4.2 Casestudier

Når man tar i bruk casestudier fokuserer man på en spesiell enhet som man er interessert i å undersøke. Gjennom casestudiet kan man også undersøke ulike nivåer av en enhet, men avgrense dem i forhold til tid og rom (Jacobsen 2000). Et eksempel på dette kan være i forhold til helsestasjonen i Molde, se figur 5. Der vil man på nivå 1 finne den enkelte brukeren av helsestasjonen, som f. eks er et spedbarn. Ved å undersøke det enkelte spedbarnet vil man se på det offentlige ansvar til å fange opp individuelle behov hos hvert enkelt barn og deres omsorgspersoner. Går man et nivå opp, til nivå 2, er det alle brukerne på helsestasjonen som undersøkes. Dette vil være både barna og foreldrene, og fokuset i undersøkelsen vil da ligge på den norske folkehelsen. På nivå 3 er det helsestasjonen som institusjon som undersøkes. Det vil da være naturlig å se på helsestasjonen som en profesjonell organisasjon. Det siste nivået her er: Molde kommune, da de er den

overordnede enheten over helsestasjonen. På dette nivået kan Molde kommune undersøkes geografisk, politisk og som forvaltningsenhet for helsestasjonen i Molde. Et 5. nivå kunne vært statlig politikk.

Figur 5: "Fire ulike nivå for studier av helsestasjonen i Molde"



Kilde: (Inspirert av Jacobsen 2000, figur 5.2 s 77.)

I forhold til samfunnsvitenskapen vil man gjennom casestudier gjerne velge å undersøke det som kalles et mellomnivå. Det er sjeldent man bare ser på enkeltindivider. Hvis et case blir alt for omfattende, slik at det kommer på et enda høyere nivå, vil man ikke kunne kalle det et case lengre.

Når man tar i bruk casestudier kan man enten velge å bare bruke en metode eller man kan foreta en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Casestudier brukes når man ønsker en dypere forståelse av en spesiell hendelse eller hvis man ønsker å beskrive hva som er spesielt med f. eks en organisasjon. Casestudier er også mye brukt i forhold til teoriutvikling, da man ved å gå i dybden av et tema kan finne ut nye ting. Når man tar i bruk casestudier samler man inn mye informasjon om den enheten som man ønsker å studere (Jacobsen 2000). I denne undersøkelsen har jeg valgt å legge undersøkelsen på nivå 2 *alle brukerne* og nivå 3 *helsestasjonen som institusjon*, (se figur 5). Dette er på mellomnivå, og formålet er å finne ut mest mulig om omorganiseringen i 2009, og drivkreftene bak den. Undersøkelsen på nivå 2, *alle brukerne*, har som mål å finne ut om brukerne er fornøyd med endringene etter omorganiseringen, mens nivå 3, *helsestasjonen som institusjon*, blir undersøkt for å finne ut mer om drivkreftene bak omorganiseringen, og om det oppstod motstand blant de ansatte.

4.3 Metodetriangulering

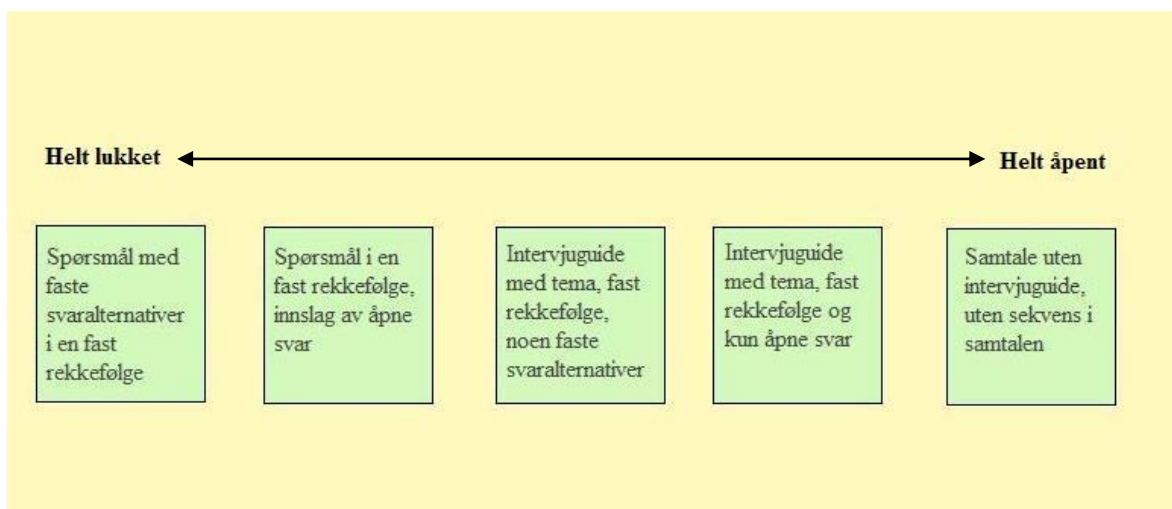
I dette avsnittet skal jeg forklare hvilke kvalitative og kvantitative metodene som har blitt brukt i denne undersøkelsen.

4.3.1 Kvalitativ metode

Når man bruker kvalitativ metode undersøker man et mindre utvalg, og bruker ord istedenfor tall. Informasjonen som man får inn, blir bestemt av situasjoner som observeres eller av menneskene som intervjues. Det finnes flere måter å ta i bruk kvalitativ metode på: intervju, gruppeintervju, observasjon og dokumentundersøkelser (Jacobsen 2000).

En av de kvalitative metodene som har blitt brukt i denne undersøkelsen, er *det åpne intervjuet*. Slike intervjuer er tidskrevende, da man på forhånd må ha utarbeidet en god intervjuguide, og ikke minst tar det tid å gå gjennom dataene etter intervjuet. Før man intervjuer må man bestemme seg for hvordan intervjuet skal være. Et intervju kan ha ulike grader av åpenhet og struktur (Jacobsen 2000). I denne undersøkelsen har det blitt foretatt tre intervjuer av personer som har kjennskap til helsestasjonen både i dag og før omorganiseringen. Intervjuene har vært basert på en intervjuguide med forhåndsdefinerte spørsmål, men med kun åpne svar. Formålet med intervjuene har vært å innhente opplysninger om drivkreftene bak omorganiseringen i 2009, og om det oppstod motstand blant de ansatte. Intervjuene vil også kunne gi svar knyttet til det tverrfaglige samarbeidet, og om dette fungerer optimalt nå etter omorganiseringen.

Figur 6: ”Grader av strukturering av et intervju”



Kilde: (Jacobsen 2012, figur 7.1 s 33.)

En annen type kvalitativ metode som jeg bruker i denne studien er *dokumentundersøkelser*. De dokumentene som jeg har undersøkt er et saksfremlegg og en rapport fra helsestasjonen. Dokumentanalyser kan brukes når man ønsker å se på hvordan andre har tolket en viss situasjon eller hendelse, eller hvis man ønsker å se på hva mennesker har gjort og sagt (Jacobsen 2000). Nedskrevne dokumenter er ofte mer pålitelige enn intervjuer, da intervjuobjektet kan bearbeide historien sin over tid. Et nedskrevet dokument endres ikke over tid, innholdet er det samme hele tiden. Dokumentene som jeg har valgt å se på er knyttet til omorganiseringen i 2009. Formålet med å se på disse dokumentene er å finne drivkreftene/intensjonene bak omorganiseringen.

4.3.2 Kvantitativ metode

Når man bruker kvantitativ metode samler man inn måledata som kan kvantifiseres. Metodene for kvantitativ metode er ekstensive og relativt lukkede. Ekstensive vil si at man tar for seg mange enheter, mens relativt lukkede betyr at den informasjonen som samles inn er predefinert av forskeren. Kvantitative data er tall, og formålet er å få inn lett systematiserbar informasjon som kan legges inn på datamaskiner. På den måten vil man kunne analysere mange enheter samlet. Det er én metode som dominerer innsamlingen av primærdata i kvantitative metoder, og det er spørreskjema med lukkede svaralternativer (Jacobsen 2000).

I denne undersøkelsen har jeg valgt å ta i bruk *spørreundersøkelse*, fordi det vil gi svar fra flere brukere av helsestasjonen i Molde. På den måten får man et overordnet blikk over hva de fleste mener om helsestasjonen. Gjennom spørreskjemaet er spørsmål som er stilt, knyttet til tjenestetilbudet som helsestasjonen tilbyr. Mange av spørsmålene er de samme som ble stilt i en undersøkelse i 1992. Formålet med å benytte de samme spørsmålene er å kunne sammenligne svarene, og forhåpentligvis finne endringer som kan ha noe med omorganiseringen å gjøre. Alle spørsmålene er utformet som lukkede spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativer. Avslutningsvis i spørreskjemaet er det lagt inn et kommentarfelt. Dette feltet er åpent slik at foreldrene har mulighet til å skrive det de ønsker. Grunnen til valg av lukkede spørsmål i skjemaet var et ønske om et lett utfyllbart skjema slik at foreldrene skulle være villige til å fylle de ut uten å bli heftet med tid. Formålet var å få inn så mange svar som mulig, og da var det viktig med et enkelt skjema som var lett å utfylle.

Fordelen med kvantitativ metode er at man har mulighet til å undersøke store utvalg samtidig, og på den måten i større grad kunne generalisere funnene av undersøkelsen. Å generalisere vil si at man ved å se på svarene fra et mindre utvalg kan uttale seg om mange flere enn de som var med. Det er bare mulig å gjøre dette hvis utvalget er representativt for de som det generaliseres til. En svakhet ved kvantitativ metode er at den kan gi inntrykk av å være presis og nøyaktig, selv om det kan være knyttet sterk usikkerhet til det man har målt. Ved at svarene er lukkede kan det være vanskelig for forsker å fange opp nyanser i synspunktene til respondenten (Jacobsen 2000).

Omorganiseringen i 2009 førte til store endringer for helsestasjonen, og ved hjelp av den kvantitative spørreundersøkelsen kan man se om foreldrene er mer fornøyd med tjenestene til helsestasjonen i dag enn hva de var i 1992. Slik kan en forhåpentligvis se om dette kan ha noe med omorganiseringen å gjøre. Dette kan kanskje være med på si noe om selve omorganiseringen var vellykket.

4.4 Kilder som beretninger og levninger

Ved innsamling av empiri må man også finne ut hvordan man ønsker å bruke kildene. Det er to hovedmåter man kan velge å bruke kilder på. Disse er *å bruke som levning* og *å bruke som beretning*. Når man velger å bruke kilder som *levning* vil det si at man ser etter verdier og holdninger fra da de var nedskrevet. Man tolker teksten og prøver å finne ut tankegangen til den som skrev den. Når man bruker en tekst som en levning er det den som foretar analysen, som trekker slutninger om hvordan det var. Dette kan føre til at tolkningene blir feil i forhold til sannheten, men fordelen er at man selv analyser og ikke er avhengig av andres analyser. Når man velger å bruke kilder som *beretning* så betrakter forskeren kildene som fakta. Kilder som egner seg å bruke som beretning, er kilder som er beskrivende og handler om fortida. Å bruke en kilde som en beretning handler rett og slett om å forklare/gjenfortelle historien som ligger i kilden. Beretninger kan også gi en oversikt over hva som har skjedd, altså en kronologi (Kjeldstadli 1994).

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke noen av mine kilder som levning og andre som beretning. I forhold til dokumentene så har jeg valgt å bruke de som beretning, og grunnen til dette er både knyttet til tidsressurser og til formålet bak dokumentene. Det er historien til omorganiseringen som er interessant ved dokumentene, ikke enkeltpersoners meninger

og holdninger. Istedenfor å gå i dybden for å tolke dokumentene har jeg valgt å se på de faktiske omstendighetene som disse dokumentene forteller om. Når det kommer til intervjuene så har jeg brukt disse både som levning og beretning. Her har jeg ikke bare sett på hva intervjuobjektene mener, men også innhentet opplysninger om omorganiseringen. Formålet med å bruke intervjuene både som levninger og beretninger har vært å finne ut mest mulig om omorganiseringen. I forhold til dataene fra spørreundersøkelsen så har de hovedsakelig blitt analysert og brukt som levning. Svarene fra foreldrene er analysert i forhold til ulike bakgrunnsopplysninger, som barnets alder, om de har et eller flere barn, og hvilken skolekrets de kommer fra.

4.5 Valg av respondenter

Det ble i spørreundersøkelsen delt ut 150 skjemaer, hvor 131 skjemaer kom tilbake utfylt fra brukerne ved helsestasjonen i Molde. Spørreundersøkelsen var først og fremst rettet mot foreldrene til spedbarna ved helsestasjonen i Molde, og skjemaene skulle hovedsakelig deles ut ved gruppekonsultasjoner. Jeg innså fort at det er ganske mange barn knyttet til de individuelle konsultasjonene, og at det da ville være bedre å få inn flest mulig svar med tanke på tidsskjemaet som måtte følges i forhold til oppgaveskrivingen. Skjemaene ble derfor tilgjengelige for alle foreldre med barn mellom 0-5 år som var innom helsestasjonen i tidsperioden hvor undersøkelsen foregikk. I telefonintervjuet med helsesøster/koordinator Janne Vindenes Loe, 6.mai 2014, ble hun spurt om noen av foreldrene ikke ville delta på spørreundersøkelsen. Hun hadde ikke hørt om noen som ikke ville delta. Svarprosenten fra spørreundersøkelsen (87 %) er relativt høy, og svarene kan derfor betraktes som representative for brukerne av helsestasjonen i Molde.

Når det kommer til intervjuene så fant jeg ut at jeg pga stramt tidsskjema ikke ville ha mulighet til å intervju alle som arbeider hos helsestasjonen i dag. Det mest interessante ville da være å snakke med de som har god kjennskap til omorganiseringsprosessen og endringene knyttet til denne. Valget endte derfor med å foreta tre intervjuer. Et intervju er med virksomhetsleder ved helsestasjonen i dag, et annet med helsesøster/koordinator ved helsestasjonen i dag. Grunnen til at det var disse som ble valgte var at de sammen kan gi informasjon knyttet til endringer av omorganiseringen, hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerer og hvordan tjenestene hos helsestasjonen er i dag. Det tredje intervjuet ble med virksomhetsleder under omorganiseringen i 2009. Grunnen til at hun ble

valgt var at hun kunne gi mer informasjon om selve omorganiseringsprosessen, hvordan tjenestene var før omorganiseringen og eventuelt om det oppstod noen motstand blant de ansatte.

4.6 Praktisk gjennomføring av undersøkelsen

Før jeg startet selve undersøkelsen hadde jeg sammen med veileder en samtale med virksomhetsleder og helsesøster/koordinator ved helsestasjonen. På møtet diskuterte vi temaet for oppgaven min, og de ga et innblikk i noen av endringene som har blitt foretatt hos helsestasjonen både før og etter omorganiseringen i 2009. Vi ble enige om at jeg skulle utforme et spørreskjema som skulle godkjennes av veileder, deretter ville de ha en diskusjon om opplegget sammen med de andre helsesøstrene. I november 2013 var spørreskjema utformet basert på spørreundersøkelsen fra 1992. Etter at veileder hadde godkjent dette tok jeg kontakt med helsestasjonen. De inviterte meg på et møte med helsesøstrene. Vi gikk gjennom spørsmålene, og de fikk mulighet til å komme med tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene fra dem var veldig nyttig, og resulterte i at noen av spørsmålene ble endret. Etter at spørreskjemaet var godkjent fra helsestasjonen og veileder, ble spørreskjemaet sendt inn til NSD til godkjenning, (se vedlegg 2). Onsdag 11. desember ble spørreundersøkelsen satt i gang på helsestasjonen i Molde. Måten dette ble gjennomført på, var at det ble satt opp en låst postkasse i resepsjonen hos helsestasjonen. Skjemaene ble fordelt både i lokalene, og inne hos helsesøstrene og legene. Ved individuelle konsultasjoner ble det avtalt at helsesøster/lege skulle dele ut skjemaet på slutten av konsultasjonen med oppfordring om å fylle ut før man forlater helsestasjonen. Når det kom til gruppekonsultasjonene fikk jeg tildelt en liste over når det var konsultasjoner. Formålet med listen var at jeg skulle komme til helsestasjonen for å dele ut skjemaer direkte til de som var på gruppetimene, og ikke minst tømme postkassen etter hvert som den fyltes opp. Torsdag 6. februar ble spørreundersøkelsen avsluttet, og totalt 131 spørreskjemaer hadde blitt besvart og samlet inn.

Ved å kontakte Molde kommune fikk jeg innblikk i dokumentene som var knyttet til omorganiseringsprosessen ved helsestasjonen i Molde i 2009 (se vedlegg 3). Det var to dokumenter, et saksfremlegg fra 2009 og en rapport som var skrevet av Henriette Schou i 2006. Formålet med å se på disse var å få et innblikk i historien bak omorganiseringen.

I forhold til intervjuene har jeg valgt å gjennomføre tre intervjuer. Det ene er et åpent intervju med virksomhetsleder ved helsestasjonen i dag, mens det andre intervjuet er et telefonintervju med helsesøster/koordinator ved helsestasjonen i dag. Det tredje intervjuet er et åpent intervju med virksomhetsleder fra omorganiseringsprosessen i 2009. Måten jeg har valgt å gjennomføre intervjuene på, er ved forhåndsdefinerte spørsmål knyttet til omorganiseringen, der svarene er åpne. Intervjuene er relativt korte, med 15-20 spørsmål pr intervju, se vedlegg 7, 8 og 9. I forskningsprosessen har jeg valgt å først gå grundig gjennom dokumentene før jeg laget intervju spørsmål. På den måten forsøker jeg å unngå å gå glipp av viktige spørsmål som kunne ha dukket opp i etterkant av gjennomgangen.

Den første som ble intervjuet var Jorunn Hurlen torsdag 3.april 2014. Intervjuet ble foretatt hjemme hos Jorunn, og ble etter godkjenning fra henne tatt opp på tape. Jorunn var virksomhetsleder ved helsestasjonen før omorganiseringen i 2009 og frem til 2012. Gjennom intervjuet ble hun stilt 23 åpne spørsmål, som er gjengitt i vedlegg 7. Etter at intervjuet var nedskrevet ble det oversendt til Jorunn på mail for godkjenning. Hun godkjente teksten, og den er gjengitt i kapittel 5.3.2. Det andre intervjuet som ble foretatt, var av virksomhetsleder ved helsestasjonen i dag, Anne Reidun Rottem. Intervjuet ble foretatt torsdag 24.april 2014 på helsestasjonen i Molde. Anne Reidun ble stilt 16 spørsmål, som er vedlagt i vedlegg 8. Intervjuet ble nedskrevet og oversendt på mail til Anne Reidun slik at hun fikk mulighet til å endre teksten. Teksten er gjengitt i kapittel 5.3.3. Det siste intervjuet var et telefonintervju med helsesøster/koordinator ved helsestasjonen i Molde i dag, Janne Vindenes Loe. De 19 intervju spørsmålene ble på forhånd oversendt på mail til Janne, se vedlegg 9. Telefonintervjuet ble gjennomført tirsdag 6.mai 2014. Intervjuet ble nedskrevet, og teksten ble oversendt til Janne for godkjenning. Hun godkjente teksten, og den er gjengitt i kapittel 5.3.4.

4.7 Dataanalyse

Etter at alle spørreskjemaene var samlet inn, ble de lagt inn i dataprogrammet SPSS. For å analysere dataene ble det foretatt krysstabellanalyser mellom de ulike spørsmålene for å se om det finnes variasjoner i svarene basert på blant annet bosted/skolekrets, førstegangsførelde/foreldre med flere barn osv. Resultatene fra disse krysstabellanalysene finnes i vedlegg 6. Deretter ble spørsmålene i undersøkelsen som er identisk med spørsmålene i undersøkelsen fra 1992, sammenlignet med hverandre. Disse

sammenligningene finnes i kapittel 6, og formålet er å se om foreldrene er mer fornøyd i dag enn hva de var i 1992.

Når det kommer til dokumentene så ble de først gjennomgått hver for seg som beretning hvor fokuset ligger på å få frem historien bak omorganiseringen. Intervjuene ble nedskrevet og delt opp i deler: Før omorganiseringen, omorganiseringsprosessen, etter omorganiseringen og helsestasjonen i dag. For å få frem hele historien til omorganiseringen ved helsestasjonen, så ble intervjuene og dokumentene til slutt analysert som en helhet i kapittel 5.4.

4.8 Kvaliteten til undersøkelsen

Formålet med dette avsnittet er å se på kvaliteten til den undersøkelsen som jeg har gjennomført, og spesielt med tanke på kvaliteten på de dataene som jeg har samlet inn. For å vurdere datamaterialets kvalitet har jeg valgt å se på validitet og reliabilitet.

4.8.1 Validitet og reliabilitet

I denne oppgaven har jeg brukt metodetriangulering for å samle inn både kvalitative og kvantitative data. Det har blitt gjennomført en spørreundersøkelse blant brukerne av helsestasjonen, intervjuer av personer med kunnskap om omorganiseringen og en gjennomgang av dokumenter knyttet til omorganiseringen. Resultatene fra spørreundersøkelsen har også blitt sammenlignet med resultatene fra en spørreundersøkelse fra 1992.

Spørreundersøkelsen

I forhold til spørreundersøkelsen, så ble den gjennomført i løpet av en to måneders periode, og det kom inn 131 svar fra foreldrene til småbarna. Når det kommer til utformingen av spørreskjemaet så var de fleste av spørsmålene hentet fra undersøkelsen i 1992, mens de andre spørsmålene var nye. Spørsmålene var godt gjennomtenkt og flere personer fikk si sin mening før undersøkelsen startet. I forhold til om spørsmålene er gyldige og fornuftige så har både jeg, veileder og helsesøstre ved helsestasjonen gjennomgått spørsmålene og diskutert dem. Det var altså flere personer som vurderte spørsmålene, og som var med på å sikre at det ikke var mulig å misforstå dem. Responsen

fra foreldrene var stor, og skjemaene var bra utfylte. Det var få spørsmål som ble levert uten svar fra foreldrene. I etterkant av spørreundersøkelsen har jeg sett at det var ett spørsmål som egentlig ikke burde vært med. Dette er punktet ”grensesetting” i spørsmål 12. Grunnen til at det ikke burde vært med, er at de fleste barna som er innom helsestasjonen er spedbarn, og grensesetting er nok ikke et tema som er aktuelt når barna er så små.

Deltakelsen for foreldrene var frivillig og anonym. Det var ingen som ble tvunget til å svare. Utfordringene knyttet til spørreundersøkelsen var hvordan foreldrene skulle få utdelt skjemaet. Det mest optimale ville være om jeg som forsker selv hadde delt ut alle skjemaene, men pga tidsbegrensninger knyttet til oppgaven så ble dette umulig. De fleste som besøker helsestasjonen, skal på individuelle konsultasjoner, og den beste løsningen ble da at helsepersonellet skulle dele ut skjemaet til foreldrene på slutten av konsultasjonen. Ulempen med at helsepersonellet skulle dele ut skjemaet, var at brukerne da kunne føle seg presset til å svare slik helsepersonellet forventer at de skal gjøre, altså så positivt som mulig. For å sikre ærlige svar fra brukerne ble det satt opp en låst postkasse i resepsjonen hos helsestasjonen. Den var det bare jeg som hadde nøkkelen til, og brukerne skulle få beskjed om at de selv skulle levere skjemaet i postkassen når det var ferdig utfylt. Det som er vanskelig å vite sikkert er om avtalen om spørreskjema ble overholdt mht postkassen og utdelingen. Hvis det er slik at foreldrene ikke turte å svare ærlig på spørreskjemaet så vil ikke resultatene være pålitelige eller gyldige. Med tanke på at det totalt var lagt frem 150 spørreskjema ved helsestasjonen, og 131 ble levert utfylt i postkassen, så skulle man tro at avtalen mht postkassen og utdelingen ble overholdt.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at foreldrene er ganske samstemte i svargivningen. Siden det er stor enighet i svarene, og at det har kommet inn såpass mange svar, kan det tenkes at de representerer de aller fleste brukerne ved helsestasjonen i Molde. Siden helsestasjonene i Norge kan være svært ulike både i tjenester og lokaler så vil nok ikke svarene fra denne undersøkelsen kunne representere noe annet enn helsestasjonen i Molde. I forhold til krav om indre reliabilitet, så ville andre forskere fått de samme svarene ved å analysere datamaterialet fra spørreundersøkelsen. Utfordringen knyttet til sammenligningen av spørreskjemaene fra 1992 og 2014 var at noen av spørsmålene ikke var helt likens formulert. Dette gjorde at det ble vanskelig å kunne sammenligne alle funnene med hverandre. En annen utfordring med sammenligningen var å skulle trekke en

konklusjon på om forskjellene mellom resultatene fra undersøkelsene skyldes omorganiseringen i 2009 eller ikke.

Dokumentene

Når det kommer til dokumentene så fantes det få dokumenter om omorganiseringen.

Måten jeg valgte å bruke dokumentene på var først og fremst som beretning. At dokumentene ble analysert som beretning, vil si at historien i dokumentene ble hentet ut. Andre forskere som ser på disse dokumentene vil derfor kunne hentet ut akkurat den samme historien. Det ene dokumentet er et saksfremlegg, og er et kommunalt dokument som er svært troverdig da det ikke er skrevet for å fremme noen sitt syn på en sak.

Formålet med dokumentet er rett og slett et referat fra en politisk gjennomgang. Det andre dokumentet er skrevet av en tidligere leder ved helsestasjonen i Molde. I denne oppgaven har fokuset vært å hente ut historien bak omorganiseringen. Dette dokumentet inneholder også en spørreundersøkelse blant de ansatte ved helsestasjonen. Det optimale hadde vært å ta i bruk resultatene fra denne undersøkelsen og foretatt en ny undersøkelse blant de ansatte i dag. Dette har ikke vært mulig pga at det hadde blitt altfor omfattende med tanke på tiden som jeg har tilrådighet. For å finne ut mer om omorganiseringen, og bekrefte funnene fra dokumentene ble det nødvendig å foreta intervjuer. Spørsmålene til intervjuene ble nedskrevet etter at dokumentene var gjennomgått. Dette ble gjort for å ikke gå glipp av viktige spørsmål som kunne ha dukket opp underveis i gjennomgangen.

Intervjuene

For å velge ut hvem som skulle intervjues var det viktig å både ha noen som kan mye om selve omorganiseringen og noen som vet hvordan helsestasjonen fungerer i dag.

Virksomhetslederen fra tiden før og rett etter omorganiseringen var den første som ble intervjuet. Hun fikk først tilsendt spørsmålene på mail slik at hun kunne forberede seg til intervjuet. Dette ble gjort med hensikt å få gode og gjennomtenkte svar. Ulempen med dette kan være at man ikke får høre det første respondenten tenker, men et forhåndsdefinert svar. En annen ulempe er at en leder kan ha et helt annet syn på en endringsprosess enn hva de andre ansatte har. Det optimale ville vært å intervjuet flere av de ansatte som var med på omorganiseringsprosessen. Slik ville man fått flere sider av saken. De to andre som ble intervjuet, var virksomhetsleder og en helsesøster/koordinator ved helsestasjonen i dag. Formålet med å intervju disse var å få kunnskap om hvilke endringer som har skjedd hos helsestasjonen etter omorganiseringen, og få høre om de opplevde at omorganiseringen var

vellykket på sikt. Spørsmålene som ble stilt til respondentene var åpne og gått igjennom både av meg og veileder. De var derfor nøye gjennomtenkt. Etter at intervjuene var nedskrevet ble de oversendt til respondentene. Slik fikk de mulighet til å komme med nye forklaringer eller påpeke om noe var misforstått. Dette gjør at dataene som er samlet inn fra intervjuene må kunne regnes som gyldige, og de er bekreftet fra de som ble intervjuet.

I kapittel 5.4 er det foretatt en analyse av intervjuene og dokumentene sett under ett. Formålet med denne analysen er å se om intervjudataene stemmer med hverandre og med dokumentene som ble skrevet. Analysen som er foretatt baserer seg på fakta fra intervjuene og dokumentene. Det er derfor tenkelig at andre forskere med utgangspunkt i de samme dataene ville kommet frem til det samme resultatet.

4.9 Selvrefleksjon

Helsestasjonen i Molde er et offentlig tilbud til alle barn i Molde kommune. Dette er en organisasjon som er interessant fordi alle har kjennskap til den. Undersøkelsene som jeg har foretatt har vært rettet både mot brukerne og organisasjonen. Det har derfor vært en interessant oppgave med flere spennende vinkler. utfordringene mine har både vært at jeg ikke har noen helsefaglig bakgrunn og at jeg selv ikke har noen barn. Jeg har derfor ingen tilknytting til helsestasjonen i mitt voksne liv, men både min søster og jeg ble som liten tatt med på datidens helsestasjon på Kvam. Dette gjør at jeg stiller ganske nøytralt i forhold til synspunkt knyttet til helsestasjonen i Molde. All informasjon om helsestasjonen har vært helt ny for meg. Dette har også vært min største fordel. Jeg synes det har vært utrolig interessant å kunne utforske dette temaet. Ikke minst vil jeg stille mer ”rustet” i forhold til hva jeg selv kan forvente fra helsestasjonen når jeg engang i fremtiden får egne barn.

Det har også vært artig å kunne hjelpe helsestasjonen med en stor brukerundersøkelse slik at de får tilbakemeldinger fra brukerne sine. Dette var noe de var svært glade for, og det var godt å se at brukerne er fornøyde med dagens helsestasjon. I forhold til omorganiseringsprosessen i 2009 så finnes det ingen dokumentasjon som tar for seg hele prosessen. Jeg har derfor følt et ansvar for å lage en solid oppgave med flere perspektiv slik at den kan brukes av andre. Jeg har hele tiden prøvd å gå inn i de ulike delene av forskningsprosessen med et nøytralt syn, hvor jeg har stilt kritiske spørsmål for å finne ut mest mulig om omorganiseringen.

5 OMORGANISERINGSPROSESSEN

5.1 Innledning

I dette kapitlet er det omorganiseringsprosessen som ble foretatt ved helsestasjonen i Molde i 2009 som står i fokus. Denne omorganiseringsprosessen førte til at det gikk fra seks stasjoner spredt i Molde kommune til en stasjon i sentrum av Molde. Formålet med dette kapitlet er å få en større forståelse av hvorfor denne prosessen ble satt i gang, og finne ut hva de ønsket å oppnå med denne omorganiseringen. Et annet viktig spørsmål er om denne omorganiseringen var vellykket? Altså oppnådde de det de ønsket? Kapitlet skal brukes for å finne ut hvilke endringer denne omorganiseringsprosessen har ført til for de minste barna og deres foreldre. Opplevde de en endring i tilbudet av tjenester? Eller har de det samme tilbudet i dag som før denne omorganiseringsprosessen?

Kapitlet er inndelt i tre deler. I den første delen er det en gjennomgang av dokumentene som er skrevet i forbindelse med omorganiseringsprosessene. Deretter er det i del to sammendrag fra tre intervjuer knyttet til omorganiseringsprosessen i 2009. Kapitlet avsluttes med å se dokumentene og intervjuene under ett.

5.2 Dokumenter

5.2.1 Innledning

I dette underkapitlet gjennomgås dokumentene som ble skrevet i forbindelse med omorganiseringsprosessene ved helsestasjonen i Molde. Etter å ha vært i kontakt med Molde kommune kom det frem at det kun var to dokumenter i kommunens arkiver som var knyttet til omorganiseringen, (se vedlegg 3). Det ene er rapport fra den politiske drøftingen, datert 23.3.2009, og det andre er rapporten fra delprosjektet ”Utvikling av Barne- og familieavdelingen” - ”Prosjekt stifinner – Molde kommune i omstilling”. Denne rapporten ble skrevet av Henriette Schou i 2006, og handler om planene rundt ”Utviklingen av Barne- og familieavdelingen”.

5.2.2 Saksframlegg

Saksfremlegget er fra Molde kommune, og er datert 23.3.2009. Saken som ble tatt opp er: *Drøfting av effektene vedrørende omorganiseringen av Barne- og familietjenesten samt effektene av ekstra stillingshjæmnel for forebyggende barnevern tas til orientering.*

Saken var den 1.4.2009 først oppe i ”Drifts- og forvaltningsutvalget”. Grunnen til at saken ble tatt opp, var at kommunestyret hadde bedt om dette etter kommunestyremøtet 18.9.2008. Drifts- og forvaltningsutvalget startet med å drøfte effektene av omorganiseringen av Barne- og familietjenesten. Her kommer det frem at omorganiseringen har ført til et tverrfaglig samarbeid på flere nivåer der formålet er å sikre et godt tilbud til barn og familier i kommunen. Hovedmålet til PPT, Forebyggende helseiltak og barnevern er *rett hjelp til rett tid, til barnets beste*. Man ønsker å løse fleste mulige saker på lavest mulig nivå, der helsestasjonen, barnehagene, og barne- og ungdomsskoler tilhører nivå 1, mens tverrfaglige ressursteam tilhører nivå 2. Det kommer også frem at omorganiseringen førte til at det ble etablert tverrfaglige ressursteam som består av både interne virksomheter og eksterne samarbeidspartnere. Formålet med dette var å kunne belyse problemstillinger i flere perspektiv slik at man kan finne den beste løsningen for familier/barn som befinner seg i en vanskelig situasjon. Ved at de satte i gang et tverrfaglig samarbeid har dette i følge saksfremlegget resultert i bedre tjenester både for barn og familier samt at ressursene har blitt bedre utnyttet. Det er også blitt opprettet et konsultasjonsteam, Tidlig tverrfaglig tilbud (TTT) som er beregnet for de minste barna med en alder fra 0-3 år. Formålet med tidlig identifisering av problemer er at det i en forebyggende sammenheng er viktig at brukeren får rask tilgang til relevante og virksomme tiltak. Deretter har de diskutert om det er behov for en ekstra 100 % stilling til forebyggende barnevern. Argumentene for dette er at en ekstra stilling vil føre til at barnevernet kan delta mer i det forebyggende arbeidet som blir gjort på nivå 1, altså helsestasjonen, barnehagene og barne- og ungdomsskoler. Til slutt kommer det frem at Barne- og familietjenesten i Molde kommune står ovenfor nye oppgaver ved etterspørsel om etablering av tjenester i forbindelse med asylmottak i kommunen. Rådmannens forslag til innstilling ble ved votering enstemmig vedtatt. Deretter ble saken den 14.4.2009 tatt opp i Molde formannskap. Der ble innstillingen enstemmig vedtatt. Til slutt var saken oppe i Molde kommunestyre den 23.4.2009. Her ble også innstillingen enstemmig vedtatt.

Ut fra dette dokumentet ser man at omorganiseringen av Barne- og familietjenesten førte til disse tjenestene:

- Tverrfaglig samarbeid på flere nivåer
- Opprettelse av tverrfaglige ressursteam som består av både interne virksomheter og eksterne samarbeidspartnere
- Opprettelse av Tidlig tverrfaglig tilbud (TTT) for barn mellom 0-3 år

Formålet med disse tjenestene var:

- Sikre et godt tilbud til barn og familier i Molde kommune
- Belyse problemer i flere perspektiv for å finne den beste løsningen
- Løse problemer i tidligst mulig alder

Man ønsket å:

- Løse problemer på lavest mulig nivå, der helsestasjonen, barnehager, og barne- og ungdomsskoler er nivå 1, mens tverrfaglige ressursteam er nivå 2

Saksfremlegget gir informasjon om hva som var formålet med omorganiseringen av Barne- og familietjenesten, og hvilke nye tjenester som ble opprettet i forbindelse med denne omorganiseringen. Omorganiseringen av Barne- og familietjenesten ble i følge Henriette Schou sin rapport foretatt i 2005, se kapittel 5.2.3. Så dette er ikke del av omorganiseringsprosessen i 2009, men det er forløperen for denne omorganiseringen. Det kan derfor tenkes at omorganiseringen i 2009 var et resultat av at det tverrfaglige samarbeidet hadde blitt bedre etter omorganiseringen i 2005. Det vil nå være spennende gjennom intervjuer å høre om det tverrfaglige samarbeidet fremdeles fungerer bra i dag, 2014, eller om de har gjort endringer. Ikke minst vil det være interessant å finne ut hvordan TTT har fungert, og om det brukes mye i dag. Med tanke på Mintzberg (1979) profesjonelle byråkrati vil det være spennende å se på hvordan det tverrfaglige samarbeidet har fungert da de består av mange ulike fagpersonell med ulik kompetanse og meninger. Klarer disse å samarbeide optimalt? Eller har dette vært en utfordring? Men i følge saksfremlegget hadde det tverrfaglige samarbeidet i 2009 som følge av omorganiseringen av Barne- og familietjenesten resultert i bedre tjenester, så mye kan tyde på at samarbeidet fungerte godt.

5.2.3 "Prosjekt stifinneren – Molde kommune i omstilling"

"Prosjekt stifinneren – Molde kommune i omstilling, rapport fra delprosjektet Utviklingen av Barne- og familietjenesten" er skrevet av Henriette Schou i 2006. Hun var jordmor, og jobbet ved helsestasjonen i 4-5 år. Formålet med rapporten var å evaluere de ansattes opplevelse av omorganiseringsprosessen som ble foretatt i 2005, samt se på hvordan de opplevde de nye samarbeidsforholdene etter prosessen. Rapporten beskriver omorganiseringsprosessen som ble foretatt, erfaringene rundt den, og resultatene. Problemstillingen til rapporten er *Har Barne- og familieavdelingen nådd intensjonene med omorganiseringen?*

Helsestasjonene i Molde kommune har vært gjennom flere omorganiseringsprosesser før prosessen som i 2009 slo helsestasjonene sammen til en stasjon. Omorganiseringen som ble foretatt i 2005 førte til opprettelse av Barne- og familieavdelingen. Grunnen til at jeg ser på dette dokumentet er at det vil gi meg innblikk i intensjonene bak Barne- og familieavdelingen, som igjen kan være en forklarende faktor til omorganiseringen i 2009, der formålet var "Familiens hus". Barne- og familieavdelingen blir derfor en forløper for det som hendte i 2009. På de neste sidene blir det en gjennomgang av hovedinnholdet fra denne rapporten som er relevant iht. omorganisering og helsestasjonene.

Barne- og familieavdelingen var et resultat av omstillingsprosessen MIO (Molde i omstilling) med forslag om 12 resultatenheter, hvor barn/familie ble et nytt område. MIO ble etter hvert koblet til det nasjonale prosjektet Stifinneren, og derifra kommer navnet *Prosjekt Stifinneren – Molde kommune i omstilling*. I 2005 ble forebyggende helsetiltak for barn og unge, barnevern og PP-tjenesten samlet i en avdeling, Barne- og familieavdelingen, med en felles målsetning. Den viktigste grunnen til dette var at brukerne skulle få dekket sine behov fra en enhet i kommunen.

Selve prosessen med å sette sammen den nye Barne- og familieavdelingen startes hos lederne. De ulike seksjonslederne var opptatt av sine egne fagfelt, men de måtte sammen med avdelingssjefen på best mulig måte samordne seksjonene til en enhet/en avdeling. For å klare dette måtte de bli kjent med hverandres arbeidsområder. Utfordringene de møtte var ved å finne ut hvordan de skulle sette en felles målsetning for den nye avdelingen. En

felles utfordring som alle de tre avdelingene møtte var i forhold til kapasitet, og hva de måtte nedprioritere for å få tid til de nye oppgavene.

Målsetningene til Barne- og familieavdelingen ble:

- Bedre kvalitet til brukerne
- Bedre arbeidsforhold for fagfolk
- Utvikling av nye arbeidsmåter og tilbud

Det ble opprettet en visjon for Barne- og familieavdelingen: *Brukerne av barne- og familieavdelingen skal oppleves at det ytes riktig hjelp til rett tid, basert på samlet kompetanse og ressurser.*

Målene knyttet til visjonen ble:

- Bedre tilbud til brukerne
- Bedre utnyttelse av fagkompetansen
- Skal være et tverrfaglig lavterskeltilbud
- Komme tidlig inn/forebygge problemutvikling
- Nå de mest utsatte barna
- Bedre tilbud til ungdomsgruppa

Personalet på tvers av fagseksjonene møttes gjennom samlinger i 2003 og 2004 for å bli bedre kjent, og for å finne ut hva Barne- og familieavdelingen skulle inneholde og hvordan den skulle utformes. De ble allerede fra den første samlingen satt sammen på tvers av avdelingene ut fra hvilke aldersgrupper de arbeider mot. Dette ble gjort for å skape et tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjonene.

Barne- og familieavdelingen ble etter hvert samlokalisert i lokaler i Gotfred Liesplass 4, der hadde barnevernet sine kontorer fra før, og helsesøstrene fikk en base der når de ikke var ute på oppdrag. For at det skulle bli plass til alle måtte man benytte to etasjer, og man delte inn kontorene etter funksjonsområde. Dette førte til en splittelse av seksjonene, og fagfolkene ble plassert i nærheten av samarbeidspartnerne fra de ulike seksjonene. Alle med unntak av forebyggende helsetiltak fikk egne kontorer. Kontororganiseringen førte ikke til større samlokalisering for forebyggende helsetiltak, da de fortsatte å ha sin

arbeidsplass på helsestasjonene og skolene. De brukte bare avdelingene i Gotfred Liesplass ved møter, og PPT hadde også mye arbeidstid utenfor disse lokalene.

Oppgavene knyttet til Barne- og familieavdelingen er å yte hjelp, gi råd og veiledning til barn, ungdom og deres familier, samt gi råd og veiledning til samarbeidspartnere. Det er også påpekt at tverrfagligheten bør prege arbeidet med barn, unge og foreldre. På den måten bruker man kompetansen til barnets beste. Arbeidsmetoden som ble tatt i bruk etter omorganiseringen var tverrfaglig samarbeid. Det ble opprettet lokalteam som fagfolkene ble fordelt på hvor hvert team hadde ansvar for et geografisk område. Innenfor prioriterte områder ble det opprettet ressursteam med fagpersonell. Ressursteamet arbeidet mot disse tre områdene: *Tidlig identifisering/tidlig intervensjon. Barn av psykiske syke foreldre og foreldre med rusproblematikk. Ungdom som har utviklet, eller står i fare for å utvikle alvorlig rus- eller atferdsproblematikk.*

En endring som hendte på helsestasjonene var at man etter omorganiseringen fikk innført et fast samarbeid med fysioterapeut slik at alle brukere ved en alder av 4 mnd gjennom gruppekonsultasjoner fikk mulighet til å møte fysioterapeuten.

Gjennom en spørreundersøkelse har Henriette Schou stilt spørsmål til de ansatte i Barne- og familieavdelingen hvordan de opplevde omorganiseringsprosessen og samarbeidet etter denne omorganiseringen. Hun samlet inn totalt 36 svar, med en svarprosent på 83,6 %. Ut fra spørreundersøkelsen fant hun ut at mange av de ansatte var positive til omorganiseringen, og at aldersgruppen 41-50 år var de som var mest positive. Flere av de ansatte svarte også at de i svært liten grad hadde hatt noen innflytelse underveis i selve prosessen. Det er også flere som opplever den nye organiseringen som nyttig og berikende for sin seksjon. Et problem som oppstod i starten av omorganiseringsprosessen, var at flere av fagfolkene følte at de ikke kjente de andres arbeidsfelter. Dette har vært et tema som har blitt tatt opp i etterkant av spørreundersøkelsen til Schou. En annen positiv ting er at man fant ut at flere av de ansatte liker å jobbe tverrfaglig/samarbeid på tvers av avdelingen.

I slutten av rapporten tar Schou opp hvordan arbeidet med utviklingen av Barne- og familieavdelingen skal fortsette fremover. Her kommer følgende frem:

Målsettingen om å ha en dør for brukerne inn til Barne- og familieavdelingen fungerer i dag i forhold til henviste saker i lokalteamene. Skal dette fungere fullt ut

må brukerne ha mulighet til å møte de ulike fagpersonene på et sted. Sverige har god erfaring med å omorganisere tjenestene i familiesentraler. Det har også vært forsøkt i Norge med god erfaring. Det er en stor fordel for brukerne, men også for mulighetene til samarbeid mellom fagseksjonene... I dag har seksjonene barnevern og PPT mulighet til en slik kontakt, men seksjon forebyggende helsetiltak har sin virksomhet ute på helsestasjonene og skolene. Ved å etablere to geografiske enheter der en samler de ulike fagpersonene vil en også oppnå en bedre utnyttelse av ressurser ved at helsestasjonene blir samlet på to steder i stedet for å ha full drift fire steder. Mulighetene for en slik løsning må utredes. (Schou 2006)

Rapporten avsluttes med et ønske om at den har belyst omorganiseringen og samarbeidsforholdene slik at den kan brukes til videre prosess mot å finne gode løsninger slik at man når de målene som er satt for omorganiseringen.

Gjennomgang av rapporten:

Formålet med opprettelse av Barne- og familieavdelingen var en enhet som skal dekke brukernes behov. Kan omorganiseringsprosessen i 2009 vært en videreføring av dette, der de ønsket å samle alt under ett tak? Rett og slett for å gi brukerne et bredere tilbud, der det er lettere å få hjelp og behandle problemer tidligere? Som man ser av rapporten til Henriette Schou så flyttet tjenestene inn i Gotfred Lies plass 4 allerede i 2005/2006. Dette er de samme lokalene som helsestasjonen ble flyttet til i 2009. Det kan også tenkes at det tverrfaglige samarbeidet fungerte såpass godt at det å flytte helsestasjonene til samme lokale ville føre til et enda tettere/bedre samarbeid. Ved hjelp av intervjuene vil det være interessant å prøve å få svar på intensjonene bak det å flytte helsestasjonen inn i de lokalene. Spørreundersøkelsen som ble foretatt blant de ansatte viste at de fleste både var positive til omorganiseringen, og at de likte godt å arbeide på tvers av område/tverrfaglig samarbeid. Det kan tenkes at suksessen knyttet til det tverrfaglige samarbeidet førte til at de ønsket å få det forebyggende arbeidet/helsestasjonene under samme tak. På den måten ville hver enkelt bruker få mulighet til en tettere kontakt med Barne- og familieavdelingen. En annen spennende sak er den knyttet til fysioterapeut for 4 mnd barna. Dette er en ordning som helsestasjonen i Molde fortsatt praktiserer i dag. Alle ved 4 mnd får tilbud om gruppekonsultasjon med fysioterapeut. Et interessant funn ved spørreundersøkelsen var at til tross for liten mulighet for påvirkning underveis i omorganiseringsprosessen så var de fleste ansatte positive til endringen. Kanskje denne endringen ga de nye og spennende

utfordringer, og ikke minst ble de en relativ større gruppe med fagpersonell som kanskje lettere kunne finne gode løsninger for brukerne? Det mest interessante ved rapporten er det Schou har skrevet under ”veien videre”. Her hentyder hun et ønske om å samle Barne- og familieavdelingen enda mer enn det som ble gjort i 2006. Dette må nok ha vært en av grunnene til at helsestasjonene ble omorganisert i 2009. Hun viser også til suksesser av slike ordninger både i Norge og i Sverige, men at en slik løsning må utredes før den tas i bruk.

5.3 Intervjuer

5.3.1 Innledning

I dette underkapittelet presenteres intervjuene som ble foretatt i denne undersøkelsen. Det har blitt gjennomført tre intervjuer. Det første intervjuet er med virksomhetsleder for forebyggende helsearbeid under omorganiseringsprosessen i 2009, Jorunn Hurlen. Det andre intervjuet er av virksomhetsleder ved helsestasjonen i dag, Anne Reidun Rottem, mens det siste intervjuet er av helsesøster/koordinator ved helsestasjonen i dag, Janne Vindenes Loe. Formålet med å intervju disse personene er å få et bedre innblikk i omorganiseringsprosessen, både før, i prosessen, etter prosessen og hvordan helsestasjonsvirksomheten er organisert i dag.

5.3.2 Intervju med Jorunn Hurlen

Jorunn Hurlen jobber i dag for Aukra kommune, men var virksomhetsleder for forebyggende helsearbeid i Molde kommune før omorganiseringen i 2009 og frem til 2012. Områdene som hun hadde ansvar for som virksomhetsleder, var helsestasjonene, jordmortjenesten, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjenesten på tolv ulike skoler, studenthelse og asylhelse. Før omorganiseringsprosessen hadde Jorunn kontor på Barne- og familieavdelingen på Gotfreds Lies plass 4. Henriette Schou som skrev rapporten ”Prosjekt stifinneren – Molde kommune i omstilling, rapport fra delprosjektet Utviklingen av Barne- og familietjenesten”, var leder før Jorunn Hurlen. Hun hadde også fast arbeidsplass på Gotfred Lies plass.

Før omorganiseringen

Jorunn brukte bare å møte de ansatte fra helsestasjonene på fredager. Fredager var en møtedag hvor alle brukte å samles. Jorunn beskriver seg selv *mer som en administrator enn en leder før selve omorganiseringen*. Dette kommer av at hun sjeldent møtte de som hun var leder for som jobbet ved helsestasjonene. Etter omorganiseringsprosessen var alle samlet under samme tak, og Jorunn fikk mer kontakt med de andre ansatte i helsestasjonsvirksomheten.

Før omorganiseringen ble det opprettet en egen helsetjeneste for asylmottaket i Molde kommune. Jorunn forteller at hun jobbet iherdig med å få opprettet en egen helsesøsterstilling til asylmottaket. På grunn av pengemangel i kommunen måtte det mye arbeid til før denne stillingen ble vedtatt. Brukerne av denne helsetjenesten består av mennesker som kommer fra mange ulike nasjoner og med ulike språk. Måten man løser dette på, er ved bruk av telefontolk ved alle konsultasjoner. Jorunn forklarer at dette er et utbredt system som brukes i helsetjenesten i hele Norge, fordi det i følge lovverket er pålagt at alle skal forstå informasjonen som blir gitt.

Tidlig tverrfaglig tilbud er en annen tjeneste som ble opprettet før omorganiseringen av helsestasjonen i Molde. Jorunn forteller at denne tjenesten kom inn i systemet før Barne- og familieavdelingen ble opprettet. Tjenesten har fokus mot utvikling hos barn mellom 0-5 år. Det var opprettet et team som tok opp saker og hadde tverrfaglige konsultasjoner med foreldre og barn i saker hvor de var usikre på utviklingen til barnet. Disse teamene bestod av ei fra PPT, en fysioterapeut og ei helsesøster med marte meo utdanning /familieveileder.

Gjennom intervjuet kommer det tydelig frem hvilke problemer de hadde ved helsestasjonene før omorganiseringen. Et av de store problemene var skjørheten ved helsestasjonene. Hver av de seks stasjonene hadde få ansatte, og ble derfor ganske sårbare ved sykdom blant de ansatte. Det fantes ingen som man kunne sette inn ved sykdom, noe som gikk utover brukerne, og da særlig de sårbare barna. Det var ikke mulig å flytte brukerne mellom stasjonene, da journalene til brukerne var på papir og kun fantes på den helsestasjonen som de tilhørte. Dette var særlig et problem ved de små helsestasjonene utenfor sentrum av Molde. Et annet problem var at flere av de små helsestasjonene hadde få åpningsdager, og bare noen få timer i uken var det mulig å ringe inn til disse stasjonene.

Dette gjorde det vanskelig for brukerne å få kontakt med stasjonen, og telefonåpningstidene varierte fra stasjon til stasjon, noe som ga et ulikt tilbud til brukerne. Fra 2005 begynte man å legge inn flere av journalene på data, problemer som oppstod da var i forhold til IKT support. Siden IKT personalet holdt til i Molde sentrum, ble det en lang reise for å blant annet å hjelpe helsestasjonen på Kleive med dataproblemer. Dette førte til en del problemer, og systemet fungerte ikke optimalt. Jorunn beskriver dette som *en veldig skjør tjeneste som det faglig var vanskelig å forsvare som leder.*

Andre problemer ved de seks helsestasjonene var ulikhetene av praksisen blant fagpersonellet. Fagpersoner med sertifisering bestemmer selv hvordan man skal utføre jobben sin. Dette førte til at det oppstod mange ulike privatpraksiser ved de seks helsestasjonene. Disse fagpersonene møttes bare en gang i uken – på fredager, og de var uenige i hvordan man håndterte de ulike problemstillingene. Et annet problem var tilgangen på familieveileder. I helsestasjonsvirksomheten var det ansatt en familieveileder med marte meo utdanning. Denne familieveilederen var stasjonert på en av helsestasjonene. Dette førte til at de brukerne som brukte denne helsestasjonen, fikk mye mer hjelp enn blant annet de brukerne som brukte helsestasjonene på Kleive og Skåla. På disse stedene så var ikke familieveilederen tilgjengelig. Dette førte til en forskjell i tilbudet til brukerne innad i Molde kommune. Jorunn påpeker at det faglig sett var viktig ut fra Familiesentermodellen å få samlet fagpersonellet på et sted slik at tilbudene ble så likt som mulig for alle brukerne. Hun mener også at det var viktigere å ha tilgang på profesjoner enn at helsestasjonene skulle ligge lokalt. Dette kommer av at de lokale helsestasjonene var sårbare, og en samling av stasjonene ville gi en bedre tjeneste til brukerne.

Et av formålene med omorganiseringen var altså å få like tjenester til alle brukerne. Ved å samle helsestasjonene ville man oppnå at sykdom blant personalet ikke lenger skulle gå utover brukerne. Det ville bli lettere for de andre ved helsestasjonen å kunne ta de viktige brukerne som trengte konsultasjon, de dagene det var sykdom. I forhold til IKT-support ville dette også bli enklere ved en sammenslåing av helsestasjonene i Molde sentrum. IKT ville da bli mer tilgjengelig, og dermed ville dataføring av journal være et system som fungerte optimalt.

Når det kommer til Molde kommune, og hvorfor de ønsket omorganiseringen, så mener Jorunn at de trolig har tenkt på at de kunne spare penger ved å omorganisere

helsestasjonene. Jorunn påpeker at å spare penger overhodet ikke var hennes intensjon. Som leder tenkte hun at det som kunne spares, kunne igjen brukes på flere tjenester. Jorunn så behovet for å utvide helsestasjonsvirksomheten med flere tjenester til brukerne, og ved å rydde opp i virksomheten ville det bli lettere å argumentere for å få flere stillinger. Hun sier at *formålet er at det skal være best mulig tjenester for de pengene som man har til de som skal ha tjenesten*. Helsesøstrene hadde også en utrolig fraksjonert jobb der de skiftet mellom å være på helsestasjonene og de tolv ulike skolene. Dette førte til mye stress og en hektisk hverdag. Ikke minst ville en sammenslåing føre til at helsesøstrene kunne støtte hverandre mer i forhold til vanskelige saker.

Før omorganiseringen av helsestasjonene i 2009, så hadde Molde kommune startet et prosjekt som heter Molde i omstilling (MIO). Barne- og familieavdelingen var en del av MIO, og Jorunn mener at omorganiseringen av helsestasjonene ble en del av dette prosjektet. Men omorganiseringen av helsestasjonene var ikke noen stor politisk sak. Avgjørelsen ble vedtatt administrativt, og endte opp som en informasjonssak/orienteringssak. I forhold til lovverket så var det heller ingen problemer å skulle legge ned stasjonene. Behovet for sammenslåingen kom både fra faglig ståsted og fra brukerståsted. Ønsket var å opprette ”Familiens hus”, som bestod av PPT, barnevern og forebyggende helsearbeid. Jorunn forteller at dette er en svensk modell som det er mye litteratur om. I Norge var det Larvik som var den første kommunen som tok i bruk ”Familiens hus” modellen. I etterkant har flere kommuner valgt å følge etter.

Når det kommer til de ansattes ønsker om å slå seg sammen med de andre helsestasjonene så var det noen som ønsket dette, mens andre ønsket det ikke. Jorunn forteller at det oppstod noe motstand, men at dette ikke var noe mer enn det som er vanlig ved en omorganiseringsprosess. De ansatte fikk ingen mulighet til å bli med i drøftingen før den endelige avgjørelsen ble tatt i forhold til omorganiseringen, men hun påpeker at de var informert ganske lenge om hva som skulle skje. Internt hadde helsesøstrene og Jorunn en åpen dialog om muligheter knyttet til omorganiseringen.

Omorganiseringsprosessen

Jorunn forteller i intervjuet at det var hun som ledet omorganiseringsprosessen. For å slå sammen stasjonene så trengte man et sted hvor det var plass til alle. Dette ble en utfordring, men da sosialkontoret ble flyttet og ble en del av Nav, ble det ledige lokaler i

Gotfred Lies plass. Disse lokalene var ganske små i forhold til det man var vant til, og ikke minst var det en gammel bygning. Alle de ansatte fra de seks helsestasjonene ble tilbydd stillinger i den nye helsestasjonen, og de beholdt de samme stillingstitlene som tidligere. Ingen av de som jobbet ved de tidligere helsestasjonene hadde noen form for lederstillinger; de var helsesøstre, jordmødre og assistenter. Jorunn ser tilbake på flytteprosessen og forteller at den var rask og det oppstod mye kaos. Selv om man flyttet helsestasjonene så holdt man tjenestene i drift. Dette førte til en del komplikasjoner. Omstillingsprosessen tok tid, og det var mye følelser som igjen førte til slitasje på de ansatte. For å hjelpe de ansatte med prosessen ble det satt inn gruppeveiledning. Jorunn påpeker at det er vanskelig å gjøre en så stor endring uten affekt.

Hun forteller at det var mye motstand blant de ansatte mot å begynne å arbeide annerledes, og dette var særlig knyttet til de sakene som hadde pågått i årevis. Ikke minst var det lokale tradisjoner og kulturer ved de ulike helsestasjonene som skapte utfordringer. På den nye helsestasjonen startet man et arbeid mot å danne en felles samlet kultur. I diskusjonene som oppstod prøvde Jorunn hele tiden å rette hovedfokuset mot brukerne.

Det er fagene, oppgavene som vi skal jobbe med mot brukerne som skal være i fokus, og som skal få til en god plass å jobbe på, ut i fra det.

Hun forteller også at det var vanskelig for seg som leder å skulle blande seg i helsesøstrenes oppgaver, da de mente at hun som leder ikke hadde noe med hvordan de utfører fagene sine. Allikevel ser Jorunn tilbake på tiden som spennende og lærerik, og ikke minst hadde hun god støtte fra ledelsen over seg. De gav henne veiledning når hun trengte det.

Det første året var det mye kaos med tanke på den store endringen. Det oppstod forvirringer knyttet til konsultasjoner, ventesonene og gruppekonsultasjonene. Jorunn forklarer at det oppstod spenninger mellom de ulike fagpersonene både i forhold til personlighet og fagdiskusjoner. Det ble vanskelig for noen av helsepersonellet å se at ”naboen” utførte konsultasjoner på andre måter enn de selv gjorde. På grunn av ulikhetene måtte man igjennom mye arbeid for å lage prosedyrer og rammer for hvordan arbeidet skulle utføres. Dette skapte mange diskusjoner blant fagpersonene. Jorunn ser tilbake på den tiden og påpeker at det var tøft for alle:

Jeg må berømme det. Det var gode fagpersoner som ville det beste for brukerne, det ville de i hovedsak.

Etter omorganiseringen

Som en følge av omorganiseringen ble det et tettere samarbeid med PPT og barnevern. Dette førte til at de ansatte måtte lære seg å jobbe tverrfaglig, og ikke minst lære seg de nye lovverkene knyttet til det tverrfaglige samarbeidet. Det ble derfor satt i gang kursdager med forelesere der alle de tre virksomhetene: barnevern, PPT og forebyggende helse fikk delta. Dette førte også til at de ble bedre kjent med hverandre, og Jorunn ser tilbake på dette som svært nyttig for alle de tre virksomhetene. En av de store utfordringene knyttet til samarbeidet med barnevernet var ulikheten mellom ”forebyggende barnevern” og ”forebyggende helsearbeid”. Jorunn forklarer at når barnevernet snakket om ”forebyggende arbeid” så snakket de om tertiærforebyggende arbeid, mens helsesøstrene snakket om primærforebyggende arbeid, (begrepene er forklart i kapittel 2.2). De ulike tolkningene av samme begrep førte til mange nyttige diskusjoner, som skapte gode arenaer for samhandling. Omstillingen førte også med seg goder for helsepersonellet. Ved å få tilgang på PPT og barnevern, fikk helsesøstrene mulighet til å diskutere saker anonymt med faglig bistand. Dette skapte et godt samarbeid. Selv om barnevernet ble under samme tak som helsestasjonen, så må foreldre som ønsker å få kontakt med barnevernet enten få det via helsestasjon eller så må de ringe til vakttelefonen til barnevernet.

Ved den nye helsestasjonen ble det opprettet et tverrfaglig samarbeid mellom PPT, barnevernet og forebyggende helsearbeid. Det ble opprettet tre team:

- Helsestasjonsnivå (0-5 år): PPT, barnevern, helsesøster, fysioterapeut, en fra spesialhelsetjenesten og en lege.
- Barneteamet (6-12 år): PPT, barnevern, helsesøster, fysioterapeut, en fra spesialhelsetjenesten og en lege.
- Ungdomsnivå (13-20 år): PPT, barnevern, helsesøster, fysioterapeut, en fra spesialhelsetjenesten, en lege, politi og sosialressurstjenester.

De tre virksomhetslederne ved barnevern, PPT og forebyggende helsearbeid (Jorunn) ble leder for hvert sitt team. Disse teamene hadde møter en gang i måneden. Gjennom møtene kunne man ta opp enkeltsaker anonymt med å lage problemstillinger. Jorunn forteller at teamene ble bygd opp etter den reflekterende teammodellen. Dette går ut på at en person presenterer saken sin anonymt, og deretter får de andre i gruppen mulighet til å komme med et spørsmål hver. Så fikk hver enkelt komme med en refleksjon fra sitt faglige ståsted på saken. De fikk ikke lov til å komme med råd så lenge personen ikke hadde bedt om

dette. Hovedmålet med denne metoden er at man skal få frem refleksjonen; *Hva tenker du som fagperson?* Jorunn forklarer at dette ga en god læringskurve hvor man fikk høre vinkler fra fagpersoner utenfor det miljøet hvor man selv jobber. Hun forteller også at de fikk hjelp fra en veileder fra KS som fulgte dem gjennom de første 2-3 årene slik at man fikk bygget opp organisasjonen med tverrfaglighet etter sammenslåingen i forhold til Familiens hus-modellen.

Jorunn forteller også at det ble opprettet et nært samarbeid med barnehagene hvor man møttes på fredager etter lunsj for å diskutere saker og problemstillinger enten anonymt eller med samtykke fra foreldrene. Fagpersoner knyttet til de ulike barnehagene kunne også bistå i diskusjonene.

Omorganiseringen førte til at helsesøstrene fikk mer støtte fra hverandre da de nå hadde mulighet til å behandle vanskelige saker sammen. Dette kunne være kompliserte saker knyttet til rus og vold osv. Etter omorganiseringen hadde de mulighet til å være flere på de vanskelige konsultasjonene. Det ble også et bedre samarbeid mellom jordmødrene og helsesøstrene. Jorunn husker godt at etter et par år var det ei som sa til henne: *"Vet du, nå Jorunn er det gått seg så.. Nå begynner vi å høste av dette"*. Dette viser at det tok litt tid, men at samarbeidet og organisasjonen hadde begynt og gått seg til etter hvert.

Når det kommer til konsultasjonene, så mener Jorunn at det etter omorganiseringen i hvertfall ble like mye tid til hver forelder og barn, og kanskje til og med litt mer tid enn tidligere. Før omorganiseringen brukte helsesøstrene å reise innom sentrum for å hente utstyr før de skulle ut på helsestasjonene. Nå som helsestasjonene ble samlet, forsvant denne reisetiden. Dette førte til at man fikk mer rom/tid på helsestasjonen. Når det kommer til tilbakemeldingen fra brukerne så husker Jorunn dem som positive. Noen klager vil man ha uansett, men hun kan ikke huske at disse var angående omorganiseringen. Ved å samle helsestasjonene fikk man ett sentralbord som var åpent hele uken, ikke bare tidsbegrenset som ved de tidligere stasjonene. Dette førte til at foreldrene lettere kunne kontakte helsestasjonen når det passet dem. Jorunn mener at omorganiseringsprosessen var vellykket både ut i fra fagligståsted og fra brukerståsted. Hun påpeker at det ikke minst var vellykket fra lederståsted. Nå gikk det an å lede og følge opp de ansatte. I forhold til det tverrfaglige samarbeidet, og om dette opplevdes som vellykket så svarer Jorunn følgende:

Ja, det tror jeg det var. Jeg tror at dette var – det vi gikk i fra det var historisk fortid – og at man gikk inn i den nye tiden med alle de utfordringene som er og som kommer i fremtiden. Og at man har mye mer gjennomslag for å få øket ressurser når man vet hvilke rammer på det man har er.

5.3.3 Intervju med Anne Reidun Rottem

Anne Reidun Rottem er i dag virksomhetsleder for helsestasjonstjenesten og skoletjenesten i Molde kommune. Hun startet å jobbe ved helsestasjonen i 2012, da hun overtok som virksomhetsleder etter Jorunn Hurlen. Siden omorganiseringen av helsestasjonene i Molde fant sted i 2009, så kan Anne Reidun fortelle mest om hvordan helsestasjonen i Molde fungerer i dag.

Før omorganiseringen

Anne Reidun forteller at formålet med å sentralisere helsestasjonene var å skulle samle forebyggende helsearbeid, PPT og barnevernet slik at man oppnådde et best mulig effektivt tverrfaglig samarbeid. Ved å samle alle under samme tak ville man bryte de ulike barrierene som fantes mellom dem. Før omorganiseringen kjente ikke de ansatte i forebyggende helsearbeid de som jobbet i PPT og barnevern. Dette førte til at når de skulle samarbeide så oppstod det en formell kontakt mellom dem. Etter omorganiseringen så møttes forebyggende helsearbeid, PPT og barnevern hverandre oftere, både uformelt og formelt, noe som skapte et mer effektivt samarbeid. Anne Reidun mener at omorganiseringen var et initiativ fra administrasjonen/Molde kommune, og ikke fra de ansatte ved forebyggende helsearbeid.

Etter omorganiseringen

Som et følge av omorganiseringen oppstod det en tettere kontakt mellom forebyggende helsearbeid, PPT og barnevern. Gjennom felles møter/kurs ble de bedre kjent med hverandre, som igjen førte til at det oppstod et mer effektivt tverrfaglig samarbeid. En annen fordel for brukere som følge av omorganiseringen var at det ble avsatt mer tid til hver enkelt bruker ved konsultasjonene. Det ble også opprettet elektroniske journaler på brukerne, noe som var med på å spare inn tid.

Helsestasjonen i dag – 2014

Anne Reidun forteller at helsestasjonen har tilbud til foreldrene allerede når mødrene er gravide. De vordende foreldrene får mulighet til å delta på tematreff som finner sted på ettermiddag/kveldstid ved helsestasjonen i Molde. Der blir de delt inn i grupper hvor de får informasjon om blant annet omsorg, barsel og bekkenproblematikk. På disse tematreffene deltar både fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Tematreffene er et opplegg som har vært i drift i mange år, og er veldig populært blant foreldrene.

Etter fødselen får mødrene tilbud om hjemmebesøk. Disse hjemmebesøkene blir foretatt av helsesøster. Hvis mødrene har et sterkt ønske om å få hjemmebesøk av en helsesøster som de har hatt kontakt med tidligere, vil helsestasjonen i Molde gitt at det er mulig, prøve å få til dette. Anne Reidun forteller at det ikke er jordmor fra sykehuset som foretar hjemmebesøkene, men helsesøster fra helsestasjonen. Jordmødrene som er ansatt ved sykehuset, er bare ansatt på sykehuset og ikke ved helsestasjonen i Molde. Hun forteller at det i noen kommuner i Norge har vært ordninger hvor jordmødrene fra sykehuset foretar hjemmebesøkene. Dette har blitt gjort i blant annet Fjell kommune utenfor Bergen. Grunnen til at jordmødrene fra sykehuset har blitt satt til hjemmebesøk i Fjell kommune, har vært kort liggetid ved sykehuset. Dette har ført til at mødrene har hatt behov for å snakke med jordmødrene fra sykehuset om barselproblematikk. I Molde kommune har det alltid vært helsesøstrene fra helsestasjonen som har foretatt hjemmebesøkene. Når det kommer til spørsmålet om helsepersonellet ved helsestasjonen i Molde vurderer mødrenes helsetilstand, mentalt og fysisk, så svarer Anne Reidun at dette blir gjort allerede ved hjemmebesøket. Formålet med å vurdere mødrene er å hjelpe de som trenger det. Det er normalt å ha følelsesmessige svingninger etter en fødsel, og helsesøster snakker med mødrene, og prøver å ta opp hvordan de har det psykisk, fysisk og sosialt. Det er viktig å kartlegge det sosiale nettverket, på den måten vet man om mødrene har noen å støtte seg til den første tiden.

Anne Reidun forteller at det i løpet av 2013 ble gjennomført hele 5262 konsultasjoner ved helsestasjonen i Molde. Særlig de minste barna er gjengangere, de er innom ca. 7 ganger hvert barn. Etter konsultasjonene går foreldrene og barna til resepsjonen hvor det får ny dato og tid for neste konsultasjon. Det blir også sendt ut SMS til foreldrene når det nærmer seg ny konsultasjon. I noen tilfeller blir det sendt ut brev eller ringt med telefon. Totalt var det ca 750 telefonsamtaler ved helsestasjonen i 2013, der noen var inngående og andre

utgående. Gjennom helsestasjonsprogrammet får barna og foreldrene delta både på individuelle konsultasjoner og gruppekonsultasjoner. Når det kommer til gruppekonsultasjonen så blir gruppene oppsatt tilfeldig etter fødselstidspunkt, og Anne Reidun påpeker at det er praktisk umulig å dele barna og foreldrene inn i grupper etter hvor de bor i Molde kommune. I forhold til de individuelle konsultasjonene så blir barna og foreldrene fordelt tilfeldig på de ulike helsesøstrene og legene. Hvert barn har en fast lege og helsesøster som følger barnet i utviklingen. Hvis det er slik at foreldrene kjenner en lege eller helsesøster godt, så kan det fra starten av være mulig at foreldrene velger hvem de vil ha, men egentlig så blir helsesøstrene og legene fordelt tilfeldig. Utenfor helsestasjonen er det avsatt få parkeringsplasser med kort parkeringstid for de besøkene. Anne Reidun sier at parkeringsløsningen utenfor helsestasjonen ikke er god nok, men at Molde parkeringstunnel er et godt alternativ til de besøkende.

I rapporten til Henriette Schou står det at kontorene ble helt utnyttet i Gotfred Liesplass da PPT, barnevern og forebyggende helsearbeid flyttet inn i 2005. Anne Reidun forklarer at tjenesten har forandret seg mye siden da, men at det fremdeles er litt liten plass til alle. De som er lite på kontoret deler kontor plass med andre. Siden asyltjenesten har blitt større, så har det blitt en kamp om kontor plasser og man trenger flere kontorer. Dette har ført til at de må gjøre om noen møterom til kontor plasser. I forhold til asyltjenesten så forteller Anne Reidun at det er en egen helsetjeneste til dem. I denne tjenesten finnes det en 20 % legestilling, en 100 % sykepleierstilling og en 30 % helsesøsterstilling for de minste barna. Helsetjenesten for asylsøkerne holder til i samme bygning som voksenopplæringen i Romsdalsgården, mens tjenesten for de minste barna holder til på helsestasjonen i Gotfred Liesplass.

Når det kommer til det tverrfaglige samarbeidet mellom helsestasjonen, PPT og barnevernet så forklarer Anne Reidun at samarbeidet fungerer godt i dag, og at omorganiseringen har ført til at samarbeidet har blitt bedre. Det har vært mye forandringer innad i barnevernets organisasjon, og det har også vært nyansettelse. Når det har kommet nye ansatte i barnevernet eller PPT så har dette ført til at de ansatte i forebyggende helsearbeid må bli bedre kjent med dem for å kunne opprettholde et godt samarbeid. Det har også oppstått et nært samarbeid mellom forebyggende helsearbeid og PPT. Foreldrene som ønsker kontakt med PPT får det enten via helsesøster eller så tar foreldrene direkte kontakt med PPT via telefon. Når det kommer til "Tidlig tverrfaglig tilbud" så er dette en

tjeneste som fortsatt er i bruk hos helsestasjonen i dag, men det varierer hvor mange som benytter det.

5.3.4 Intervju med Janne Vindenes Loe

Janne Vindenes Loe er i dag helsesøster/koordinator ved helsestasjonen i Molde. Før omorganiseringen i 2009 jobbet hun ved helsestasjonen på Bergmo. Janne kan fortelle om forandringene som helsepersonellet opplevde etter omorganiseringsprosessen i 2009, og hvordan helsestasjonen fungerer i dag.

Omorganiseringsprosessen

Janne sier at hun ikke er helt sikker på hvorfor det ble bestemt at helsestasjonene skulle slå seg sammen. Hun forteller videre at da de ansatte fikk vite om denne omorganiseringen, så forholdt de seg til avgjørelsen.

Etter omorganiseringen

Janne sier at omorganiseringen førte til økte tjenester til barna. Etter omorganiseringen fikk man en helsestasjon som er åpen alle hverdager, noe som gir foreldrene mulighet til å kontakte helsepersonellet når det måtte passe dem. Dette gjør at den nye helsestasjonen er mye mer tilgjengelig, enn hva de små helsestasjonene var. Et problem ved de små helsestasjonene var at det ikke alltid var nok barn til å opprette gruppekonsultasjoner. Omorganiseringen førte til at alle foreldrene ved den nye helsestasjonen får mulighet til å delta på gruppekonsultasjoner. Janne forteller at brukerne etter omorganiseringen fikk et mye mer likeverdig tilbud enn hva de hadde hatt før omorganiseringen. Dette kommer av at det i omorganiseringen ble nedskrevet prosedyrer for hvordan konsultasjonene skulle gjennomføres, og hvilke temaer de ulike konsultasjonene skulle ta opp. På den måten kvalitetssikrer man arbeidet, og tilbudet blir mest mulig likt for alle. Etter omorganiseringen ble det avsatt mer tid til hver konsultasjon, som ble endret fra 20 min til 30 min.

For helsepersonellet ble det et større fagmiljø etter omorganiseringen, noe som er veldig positivt da de kan støtte hverandre i vanskelige situasjoner. Omorganiseringen førte også til at helsestasjonen ble mindre sårbar ved sykdom blant helsepersonellet. Ved sykdom er det andre som kan overta de viktigste konsultasjonene/hjemmebesøkene.

I forhold til samarbeidet med PPT og barnevernet, sier Janne at omorganiseringen resulterte i et bedre samarbeid. Dette kommer av at det er lettere å samarbeide når alle er i samme bygning, og det skapes et nærmere forhold mellom aktørene i de ulike organisasjonene. Janne påpeker at samarbeidet med PPT og barnevern er en kontinuerlig prosess, som hele tiden må vedlikeholdes.

Janne forteller at det nok i starten kunne oppleves som uvant for foreldrene å skulle ta i bruk den nye helsestasjonen. Dette kommer av at noen av foreldrene var knyttet til de små helsestasjonene, men Janne kan likevel ikke huske noen negative tilbakemeldinger fra foreldrene. De aller fleste som bor utenfor selve bykjernen bruker å reise til sentrum for å handle, og kombinerer derfor gjerne helsestasjonsbesøket med innkjøp.

Janne ser tilbake på omorganiseringen og forteller at prosessen var vanskelig. Grunnen til dette var at lite var planlagt i forhold til hvordan innholdet i den nye helsestasjonen skulle være, og hvordan de ansatte skulle samarbeide. I dag kan man se at alt har gått seg veldig bra til. Janne sier at det i dag er bedre oversikt over den enkelte helsesøsters arbeidsmengde og belastning, og man sørger for at det er en jevn fordeling av arbeidsoppgaver. Det har også blitt et tettere samarbeid med jordmødrene, familieveileder og PMTO-veileder¹.

Helsestasjonen i dag - 2014

Janne forteller at helsestasjonen har et tjenestetilbud til foreldrene når mødrene er gravide. Dette tilbudet er tematreff, som holdes fem ganger i året. Før omorganiseringen var det jordmødrene som drev disse tematreffene, mens i dag er helsesøstrene mer aktive og har bestemte temaer som de underviser i. Temaene som helsesøstrene underviser i, er barseltid, amming, foreldrerollen og samspill mellom foreldre og barn. Flesteparten av foreldrene som deltar på disse tematreffene er førstegangsforeldre. Foreldrene deles inn i grupper på ca. 22-23 foreldrepar per gruppe.

Etter fødselen får foreldrene tilbud om hjemmebesøk av helsesøster. Janne sier at foreldrene har mulighet til å møte helsesøster før fødselen og hjemmebesøket. Dette

¹ PMTO er en opplærings- og behandlingsmetode rettet mot familier som har barn med alvorlige atferdsvansker. Det er to ulike metoder som brukes, den ene er rettet mot barn mellom 5-12 år, mens den andre er rettet mot unge mellom 12-17 år (Forebygging.no 2010).

avtales gjennom jordmor, og foreldrene kan komme til helsestasjonen for å hilse på helsesøsteren. Hvis det er foreldre som ønsker å ha en helsesøster som de kjenner fra før, så er helsestasjonen svært fleksibel. Når det kommer til hjemmebesøket, så er dette et tilbud til alle foreldre, uansett om de er førstegangsførelde eller har flere barn. Janne forteller at det er sjeldent at foreldre takker nei til å motta hjemmebesøk. På hjemmebesøksdagen blir barna veid og hodeomkretsen målt. Hvis det oppstår sykdom blant helsepersonellet, får foreldrene avtalt et nytt hjemmebesøk eller en annen helsesøster gjennomfører besøket. I følge Janne blir hjemmebesøkene prioritert høyt i dag, og det er flere forekomster av hjemmebesøk i dag enn før omorganiseringen. I forhold til mødrenes helsetilstand, mentalt og fysisk, så forteller Janne at den er et tema allerede på hjemmebesøkene. Dette gjøres for å hjelpe de som trenger det. Problemer som mødrene kan ha er blant annet depresjon i forbindelse med fødselen.

Janne forteller at det i dag egentlig er for liten plass til helsestasjonen i lokalene i Gotfred Lies plass 4. Det er vanskelig med kontor plasser og grupperommene er for små. Det har derfor oppstått et ønske om nye lokaler. Det er et puslespill å skulle få kontorplassene til å gå opp slik situasjonen er i dag.

Foreldrene og barna blir innkalt til helsestasjonen via brev og SMS. Foreldrene må betale for å benytte parkeringsplassene som finnes rundt helsestasjonen. Janne sier at dette er noe foreldrene får informasjon om. I forhold til de individuelle konsultasjonene forteller Janne at foreldrene har mulighet til å ønske seg en bestemt helsesøster og lege. Siden legen ikke skal fungere som en fastlege for barnet, så er det vanskeligere å få ønsket lege enn helsesøster. Hvis foreldrene allikevel har et sterkt ønske, prøver helsestasjonen å ordne dette. Barnet får tildelt fasthelsesøster ved første kontakt med helsestasjonen etter fødsel, det blir journalført hvem som er barnets fasthelsesøster. Janne sier at dette skaper en kontinuitet, fordi foreldrene vet hvem de skal forholde seg til på helsestasjonen. Når det kommer til gruppekonsultasjonene, så blir barna delt inn i grupper etter fødselsdato. Hvis det er foreldre som ønsker å være på samme gruppe, så prøver helsestasjonen å ordne dette. Tidligere var det fire foreldrepar per gruppe, mens det i dag er seks foreldrepar per gruppe. Grunnen til at gruppene har økt er at foreldrene skal ha større sjanse til å finne andre foreldre som de går godt overens med. Målet er at foreldrene skal skape et nettverk. Janne forteller at enkelte av gruppene har blitt så godt kjent med hverandre at de møtes ukentlig.

I forhold til ”Tidlig tverrfaglig tilbud” sier Janne at dette er en tjeneste som fungerer godt i dag. Tjenesten er rettet mot familier med ekstra utfordringer som prematurbarn, foreldre med bekymringer for barnets utvikling, adopterte barn og familier hvor en av foreldrene har psykiske problemer. Helsepersonellet som deltar i dette teamet, er fysioterapeut, helsesøster og familieveileder. Ved behov har man mulighet til å få inn personell fra PPT, barnevern eller andre aktører. Formålet med ”Tidlig tverrfaglig tilbud” er å forebygge skjevutvikling, og å ta for seg samspillet mellom foreldrene og barna.

Helsestasjonen har også tilbud knyttet til asylmottaket og flyktningstjenesten. Barna ved asylmottaket og som er flyktninger har en egen fasthelsesøster ved helsestasjonen som følger de i starten. Etter hvert blir barna overført til de andre helsesøstrene ved helsestasjonen. Ved konsultasjoner hvor det er språkvansker brukes telefontolk, forteller Janne.

5.4 Analyse av omorganiseringsprosessen

I dette delkapittelet skal omorganiseringsprosessen i 2009 ved helsestasjonen i Molde analyseres, og deles derfor inn i tre deler: Før omorganiseringen (2009), omorganiseringsprosessen og etter omorganiseringen/ i dag 2014. Ved hjelp av intervjuene og dokumentene som er gjennomgått i delkapitlene foran skal drivkreftene bak omorganiseringen avdekkes. Deretter skal utfordringene knyttet til omorganiseringen i 2009 gjennomgås. Til slutt i analysen skal endringene som følge av omorganiseringen listes opp, og slik vil man se om problemene ved helsestasjonene i 2009 er løst i dag, 2014. Dette vil avgjøre om vi kan vurdere omorganiseringen i 2009 som vellykket.

Før omorganiseringen

I følge rapporten til Henriette Schou så startet det tverrfaglige samarbeidet mellom barnevern, PPT og forebyggende helsearbeid allerede i 2003/2004. De ansatte ble delt inn i grupper på tvers av de tre organisasjonene. I 2005 ble Barne- og familieavdelingen opprettet som et resultat av prosjektet Molde i omstilling (MIO). Barne- og familieavdelingen ble samlokalisert i Gotfred Lies plass 4, og alle med unntak av forebyggende helseforetak fikk egne kontorer der. Forebyggende helseforetak hadde fremdeles sine arbeidsplasser ute på helsestasjonene og skolene. Det var bare når det ble holdt møter at alle brukte å samles på Gotfred Lies plass 4. Henriette Schou gir i sin rapport uttrykk for et ønske om å samle Barne- og familieavdelingen enda mer, ved å få

inn alle fra forebyggende helsearbeid. Formålet med Barne- og familieavdelingen var i følge saksfremlegget å kunne løse problemer tidligst mulig, på et lavest mulig nivå. Som et resultat av opprettelsen av Barne- og familieavdelingen ble det innført tverrfaglige ressursteam, tidlig tverrfaglig tilbud (barn 0-3 år) og fysioterapeut. I saksfremlegget fra 2009 står det at opprettelsen av Barne- og familieavdelingen resulterte i bedre tjenester. Endringen i 2005 må kunne vurderes som vellykket for helsestasjonen. Jorunn forteller i intervjuet at omorganiseringen i 2009 kan sees på som en del av MIO prosjektet, og endringen i 2005 var derfor en forløper for omorganiseringen i 2009.

I intervjuet med Jorunn kommer det tydelig frem at ledelsen og administrasjonen så problemer ved helsestasjonene før omorganiseringen, og at målet var å løse disse problemene. Anne Reidun påpeker i intervjuet at det også var problemer med det tverrfaglige samarbeidet før omorganiseringen. I følge Jorunn og Anne Reidun var dette problemene ved de seks helsestasjonene før omorganiseringen i 2009:

- Ledelsen og helsepersonellet møttes sjeldent, siden de holdt til på forskjellige plasser
- Stor sårbarhet ved alle helsestasjonene i forhold til sykdom blant personellet
- Problemer knyttet til IKT-support, og datajournaler
- Få åpningsdager og korte telefonåpningstider
- Stor ulikhet i praksisen blant fagpersonellet, noe som skapte stor uenighet
- Ikke alle helsestasjonene hadde tilgang på familieveileder
- Helsesøstrene hadde en fraksjonert jobb, der de vekslet mellom skolene og helsestasjonen
- Kontakten mellom PPT, barnevern og forebyggende helsearbeid var begrenset til formelle møter. De kjente ikke hverandre så godt, siden de holdt til på forskjellige steder

Måten Jorunn som virksomhetsleder ønsket å løse disse problemene på, var å ta i bruk den svenske "Familiens hus-modellen", der PPT, barnevernet og forebyggende helsearbeid skulle samles under samme tak. I forhold til Andrew Van de Ven og Marshall Scott Poole sine fire hovedtyper for endringsperspektiv (se Jacobsen 2012, 37-50) så stemmer helsestasjonens endringsprosess godt overens med den første hovedtypen – planlagt endring.

Målet med omorganiseringen var å løse problemene, og i følge Jorunn og Anne Reidun var ønsket å oppnå følgende med omorganiseringen:

- Et så likt tilbud som mulig for alle brukerne
- Bedre tjenester til brukerne
- Flere tjenester til brukerne, som følge av sparte utgifter
- Skape et mer effektivt tverrfaglig samarbeid

Det lå altså gitte intensjoner bak omorganiseringsprosessen i 2009, og omorganiseringen er derfor en planlagt endring, der drivkreftene er intensjonene. Selve avgjørelsen om å endre organisasjonen ble i følge Jorunn tatt administrativt. Det som er spesielt med helsestasjonen, er at den er en organisasjon som befinner seg i mange ulike omgivelser. For å kunne endre seg måtte helsestasjonen få godkjenning fra omgivelsene sine (Jacobsen 2012). De *tekniske omgivelsene* til helsestasjonen er Molde kommune, som bevilger ressurser/penger til helsestasjonen. Helsestasjonen var avhengig av støtte fra Molde kommune for å kunne gjennomføre omorganiseringen i 2009. Jorunn forteller i intervjuet at Molde kommune ønsket omorganiseringen, fordi de hadde intensjoner om å spare penger. Ledelsen til helsestasjonen (Jorunn) og kommunen hadde derfor helt forskjellige intensjoner når de gikk inn i omorganiseringsprosessen. Siden avgjørelsen ble tatt administrativt, så kom omorganiseringen bare opp som en informasjonssak/orienteringssak i Molde kommune. Når det kommer til de *institusjonelle omgivelsene – regulative forhold*, så reguleres helsestasjonen av lovverket, blant annet *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Jorunn påpeker at det i forhold til lovverket ikke var noe problem å skulle legge ned de seks helsestasjonene. Når det kommer til de *institusjonelle omgivelsene – normative forhold* så er helsesøsteryrket, i følge Jorunn, en sterk tradisjon og en sterk yrkesgruppe. Dette skapte utfordringer i forhold til motstanden fra helsepersonellet med å gjøre endringer i arbeidsoppgavene. Når det gjelder de *institusjonelle omgivelsene – kognitive forhold*, så var det ”Familiens hus-modellen” fra helsestasjonene i Sverige som påvirket helsestasjonen i Molde til å gjennomføre omorganiseringen. Dette var altså en kjent suksess-modell, som i følge Jorunn først hadde blitt tatt i bruk i Larvik kommune, og deretter i flere andre norske kommuner.

Omorganiseringens innhold er tett knyttet til alle de tre ulike fokus på endring: *produksjon/resultat, formelle elementer og uformelle elementer*, som er omtalt av Jacobsen

(2012). Ved å slå sammen helsestasjonene til en stasjon, ønsket administrasjonen at det skulle bli flere og bedre tjenester til brukerne. Etter omorganiseringen skulle det oppstå endringer i produksjonen av tjenestene, samtidig som man skulle få innført helt nye tjenester til brukerne. Dette er en endring i *produksjon/resultat*. Som et følge av omorganiseringen så skulle inndelingen av helsestasjonen endres fra seks avdelinger til en avdeling. Dette er altså en endring av gruppering, og en endring i helsestasjonens *formelle elementer*. I forhold til de kulturelle dimensjonene så var et av problemene ved helsestasjonene den store ulikheten i praksisutøvelsen blant helsepersonellet. Et ønske ved omorganiseringen var å endre utførelsen av oppgavene, slik at alle brukerne skulle få det samme tilbudet. Slik ønsket administrasjonen til helsestasjonen å gjøre en endring i helsestasjonens *uformelle elementer*.

Omorganiseringsprosessen

I 2009 flyttet helsestasjonen inn i Gotfred Lies plass. Jorunn forteller at det oppstod mye kaos i flytteprosessen, fordi den skjedde så raskt. Selv om de flyttet så måtte de holde helsestasjonstjenestene i drift. Tradisjoner og kulturer ved de tidligere helsestasjonene skapte utfordringer i den nye helsestasjonen, som førte til at de måtte starte et arbeid mot å danne en felles samlet kultur. I intervjuet med Jorunn forteller hun at helsesøsteryrket er en sterk tradisjon og en sterk yrkesgruppe. Dette skapte også utfordringer. Grunnen til at det oppstod store utfordringer ved den nye helsestasjonen kan forklares i Mintzberg (1979) organisasjonsteori om det profesjonelle byråkratiet. Siden helsestasjonen består av fagpersonell med ulike syn og meninger så kan dette skape utfordringer knyttet til å gjøre endringer. Jacobsen (2012) påpeker at problemet med slike organisasjoner er at de vil ha vanskeligheter med å komme til enighet. Kulturens styrke har mye å si i forhold til om det er vanskelig å gjøre endringer eller ikke. Den nye helsestasjonen bestod av seks ulike kulturer fra de tidligere helsestasjonene. Dette kan ha gjort arbeidet med å opprette en ny felles kultur svært vanskelig. Omfanget av omorganiseringen ved helsestasjonene i Molde var en drastisk endring av helsestasjonens *konfigurasjon/arketyp*. Ved å slå sammen helsestasjonene fra seks stasjoner til en stasjon, så endret man både strukturen til helsestasjonen og kulturen.

Jorunn forteller i intervjuet at omstillingsprosessen ved helsestasjonen tok lang tid, da det var mange følelser hos de ansatte knyttet til endringene. Omorganiseringen av helsestasjonene i Molde var en ”planlagt endring”. Jacobsen (2012) påpeker at en slik

endringsprosess ikke alltid medfører det man ønsker å oppnå, fordi organisasjoner er sosiale systemer som består av mennesker. I intervjuet med Jorunn forteller hun at det oppstod mye motstand blant de ansatte, knyttet til å begynne å jobbe annerledes.

Omorganiseringen ble vedtatt administrativt, og de ansatte fikk liten anledning til å være med å diskutere endringene som skulle skje. Grunnene til at det oppstod motstand blant de ansatte kan mest sannsynlig forklares i noen av Jacobsen (2012) sine ti ulike årsaker til at det oppstår motstand eller man oppnår oppslutning om omorganiseringen, (se side 27-29). To begrunnelser for motstand blir omtalt av Jorunn: faglig uenighet og sosiale relasjoner.

- Faglig uenighet (1): I følge Jorunn var det stor faglig uenighet blant helsepersonellet, og dette kan være en grunn til at det oppstod motstand blant noen av de ansatte.
- Sosiale relasjoner (6): Jorunn forteller i intervjuet at de oppstod spenninger mellom helsepersonellet i forhold til personlighet. Ved å slå sammen stasjonene ville de ansatte miste den nære kontakten med personer som de tidligere hadde jobbet tett sammen med.

Jeg vil tro at også andre punkter kan være av relevans her, men særlig vil jeg trekke frem to:

- Tap av identitet (4): Bytting av kontorlokaler kan medføre at de ansatte opplevde at de mistet sin identitet knyttet til kontorlokalene.
- Psykologiske kontrakter (7): Ved omorganiseringen måtte de ansatte bygge opp nye psykologiske kontrakter, som kan ha vært en utfordring for helsepersonellet.

I intervjuet med Janne forteller hun ikke noe om motstand blant de ansatte som følge av omorganiseringen. Hun forteller at de ansatte forholdt seg til avgjørelsen som ble tatt om å endre organisasjonen. Grunnen til de forskjellige forklaringene mellom Jorunn og Janne, kan være at Jorunn som leder opplevde motstanden sterkere. Det var Jorunn som var den de ansatte ytret sine meninger til. I følge Jacobsen (2012) sin teori om det profesjonelle byråkratiet så må ledelsen ha med seg profesjonene for at det skal være mulig å gjennomføre endringer i organisasjonen. Det kan derfor tenkes at de fleste blant helsepersonellet ved helsestasjonen forholdt seg til endringene, mens noen få ytret motstand. Som et resultat av motstanden som oppstod, ble det i følge Jorunn opprettet egne prosedyrer for utførelsen av arbeidsoppgaver ved helsestasjonen. Slik ville alle de ansatte kunne utføre oppgavene på samme måten.

Situasjonen etter omorganiseringsprosessen/i dag 2014

I følge Jorunn, Anne Reidun og Janne, er disse endringene ved helsestasjonen en følge av omorganiseringen:

- Alle under samme tak (ledelsen, helsepersonellet ved helsestasjonen, PPT og barnevern)
- Et sentralbord med telefonvakt, som er åpent hele uken
- Et større fagmiljø
- Det har oppstått et tettere samarbeid mellom helsestasjonen, PPT og barnevernet
- Tverrfaglige ressursteam bygd opp etter den reflekterende teammodellen
- Et tettere samarbeid med jordmødrene, familieveileder og PMTO-veileder
- Nært samarbeid mellom barnehagene og helsestasjonen
- Helsesøstrene får mer støtte fra hverandre, flere kan gå sammen om de vanskelige konsultasjonene
- Bedre oversikt over den enkelte helsesøsters arbeidsmengde og belastning
- En jevnere fordeling av arbeidsoppgaver blant helsesøstrene
- Nedskrevne prosedyrer for utførelse av konsultasjonene
- Mer tid til hver enkelt konsultasjon/bruker
- Familieveileder er tilgjengelig for alle brukerne
- Alle barna får tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner
- Et mer likeverdig tilbud til alle brukerne, uavhengig av hvor de bor i Molde kommune
- Elektroniske journaler, som gir mindre sårbarhet ved sykdom, fordi annet helsepersonell kan gjennomføre konsultasjoner når det er sykdom

Omorganiseringen førte i følge mine informanter til positive endringer i tjenestene til brukerne, både i forhold til mer tid ved konsultasjoner, et likeverdig tilbud til alle, et bedre tverrfaglig samarbeid og en helsestasjon som er åpen hele uken. Jorunn forteller i intervjuet at hun opplevde tilbakemeldingene fra brukerne etter omorganiseringen som positive. Som en følge av omorganiseringen løste helsestasjonen alle de problemene som de hadde identifisert før omorganiseringen (se side 64). I tillegg innførte de nye og bedre tjenester for brukerne. Omorganiseringen ved helsestasjonen i Molde kommune må derfor betraktes som vellykket. Dette mener også Jorunn, som i intervjuet forteller at omorganiseringen var vellykket både ut i fra faglig ståsted, brukerståsted og lederståsted.

6 BRUKERNES VURDERING AV TJENESTEN. EN SAMMENLIGNING AV SITUASJONEN I 1992 OG 2014

6.1 Innledning

I dette kapitlet sammenlignes resultatene fra spørreundersøkelsen som ble foretatt i 1992, med resultatene fra spørreundersøkelsen i 2014. Formålet er å se om det er noen forskjeller mellom svarene fra brukerne, og dermed forhåpentligvis kunne se om disse kan ha noe med omorganiseringen i 2009 å gjøre. Er foreldrene mer fornøyde i dag enn i 1992?

6.2 Undersøkelse fra 1992

Som fortalt tidligere ble det i 1992 gjennomført en stor spørreundersøkelse ved helsestasjonene i Molde, Frei og Tingvoll (Hustad og Gravseth 1992). I denne oppgaven her vil det bare være aktuelt å se på svarene fra helsestasjonen i Molde. Mange av spørsmålene som ble stilt i 1992 ble også tatt med i spørreundersøkelsen i 2014. Spørreundersøkelsen i 1992 er en mer omfattende spørreundersøkelse, den inneholdt hele 28 spørsmål, mens spørreundersøkelsen i 2014 hadde 16 spørsmål og et kommentarfelt. De temaene som det er mulig å sammenligne er:

- Hjemmebesøk: Om man fikk hjemmebesøk og hvordan hjemmebesøket opplevdes.
- Helsestasjonens lokaler: Hva foreldrene synes om lokalene til helsestasjonen.
- Helsestasjonens personell: Hvordan foreldrene vurderer tiden inne hos helsepersonellet, og om det er vanskelig å nå frem til helsesøster.
- Foreldrene til småbarna ved helsestasjonen: Hvem av foreldrene som følger barnet til helsestasjonen og hvilke tema foreldrene ønsker at helsestasjonen skal ta opp mer eller mindre.

6.3 Sammenligning av resultatene

6.3.1 Hjemmebesøk av helsesøster

Hjemmebesøk av helsesøster er en tjeneste som skal tilbys alle brukerne ved helsestasjonen. Brukerne har mulighet til å takke nei til hjemmebesøket. Hjemmebesøket utføres normalt når barnet er 1-2 uker gammelt. Kan det tenkes at flere fikk hjemmebesøk i 1992 enn i 2014?

Tabell 4: spørsmål 4, har du fått hjemmebesøk av helsesøster?

2014	Totalt
Ja	81 %
Nei	19 %
Total	100 %
N=	129

Tabell 5: spørsmål 5, fikk du hjemmebesøk av helsesøster?

1992	Totalt
Ja	67 %
Nei	30 %
Ubesvart	3 %
Total	100 %
N=	76

Kilde: (Hustad og Gravseth 1992)

Tabell 4 og 5 viser at det var flere i spørreundersøkelsen fra 2014 (81 %) som fikk hjemmebesøk enn i spørreundersøkelsen fra 1992 (67 %). Det er også derfor flere som ikke fikk hjemmebesøk i 1992 enn i 2014. Spørsmålet som ble til stilt til foreldrene i undersøkelsene fra 1992 og 2014 var om de fikk hjemmebesøk, ikke om de selv valgte å få hjemmebesøk. Kan det tenkes at det i 1992 pga liten bemanning ved de lokale helsestasjonene, ikke hadde mulighet til å foreta alle hjemmebesøkene når det oppstod sykdom blant de ansatte ved helsestasjonene? Kan det også tenkes at førstegangsforeldre blir prioritert fremfor andregangsforeldre? Kanskje det er slik i 2014 også? I vedlegg 6 tabell 1, kommer det frem at 24 % av andregangsfødende i 2014 ikke fikk hjemmebesøk, mot 12 % av førstegangsfødende. For å avklare om det har vært problemer med å gjennomføre hjemmebesøkene, og om førstegangsforeldre blir prioritert fremfor andregangsforeldre ble det foretatt en telefonsamtale den 24.4.2014 til Jorunn Hurlen. Hun har jobbet i mange år i Molde kommune, både før og etter omorganiseringen i 2009. I telefonsamtalen påpeker hun at det alltid har vært fokus mot å gjennomføre alle hjemmebesøkene. De gangene det har oppstått sykdom blant helsepersonellet har hjemmebesøkene blitt fordelt på de andre helsepersonellene. Slik har man tilstrebet at

hjemmebesøkene blir utført som avtalt. Når det kommer til andregangsførelde, så har det alltid vært gjennomført en samtale mellom foreldrene og helsesøster hvor de har diskutert om foreldrene ønsker et hjemmebesøk etter fødsel eller ikke. I intervjuet med Janne Vindenes Loe (se side 62) fortalte hun at hjemmebesøkene i dag blir prioritert høyt, og at det er flere forekomster av hjemmebesøk i dag enn før omorganiseringen i 2009. Dette samsvarer med funnene i sammenligningen av tabell 4 og 5, der det i tabell 4 (2014) var 81 % som fikk hjemmebesøk, mens det i tabell 5 (1992) var 67 % som fikk hjemmebesøk. Det er derfor sannsynlig at ikke alle som ønsket hjemmebesøk i 1992 fikk det. Mye tyder på at resultatene fra 2014 (tabell 4) er de som valgte hjemmebesøk, mens resultatene fra 1992 (tabell 5) er de som fikk hjemmebesøk.

Det neste som skal sammenlignes er hvordan hjemmebesøket opplevdes for foreldrene. Dette kan kanskje fortelle litt mer om hvordan tilbudet er i dag, og hvordan det var i 1992.

Tabell 6: spørsmål 5, hvordan opplevde du hjemmebesøket?

2014	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke	Totalt	N=
Fikk den hjelp jeg ønsket	94 %	4 %		2 %	100 %	101
Som kontroll av hjemmet	14 %	7 %	76 %	2 %	99 %	97
Fikk nyttig informasjon	86 %	13 %	1 %		100 %	101
Fikk oppmuntring og støtte	88 %	9 %	2 %	1 %	100 %	98
Besøket var unødvendig	7 %	18 %	72 %	3 %	100 %	99

Tabell 7: spørsmål 6, hvordan opplevde du hjemmebesøket?

1992	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke	Totalt	N=
Fikk den hjelp jeg ønsket	80 %	15 %	2 %	2 %	99 %	46
Som kontroll av hjemmet		7 %	93 %		100 %	41
Fikk nyttig informasjon	69 %	27 %	4 %		100 %	45
Fikk oppmuntring og støtte	70 %	26 %	2 %	2 %	100 %	43
Besøket var unødvendig	2 %	5 %	93 %		100 %	41

Kilde: (Hustad og Gravseth 1992)

Når det kommer til hvordan hjemmebesøket opplevdes, og om foreldrene fikk den hjelpen som de ønsket, så ser man at hele 94 % av foreldrene i 2014 svarte at det fikk det, mens 80 % svarte at de fikk den hjelpen de ønsket i 1992. I forhold til de som svarte delvis så var det 4 % i 2014, og hele 15 % i 1992. Tabell 6 og 7 viser altså at det var hele 14 % flere som svarte at de fikk den hjelpen de ønsket i 2014 enn de som svarte det i 1992. Dette tyder på at foreldrene som fikk hjemmebesøk i 2014, var mye mer fornøyde med hjelpen enn de som fikk hjemmebesøk i 1992. Allikevel må det påpekes at 4 av 5 foreldre fikk den hjelpen de ønsket i 1992.

Tabell 7 viser at det var ingen i spørreundersøkelsen fra 1992 som opplevde hjemmebesøket som en kontroll. I spørreundersøkelsen fra 2014 var det hele 14 % som opplevde hjemmebesøket som en kontroll. Når det kommer til de som svarte delvis var det 7 % både i 1992 og i 2014. I undersøkelsen fra 1992 var det så mange som 93 % som ikke opplevde hjemmebesøket som en kontroll av hjemmet, mens det var 76 % i undersøkelsen fra 2014. For å finne ut om det var noen forskjell mellom foreldrene med sitt første barn og de med flere barn, ble det i vedlegg 6, tabell 3 foretatt en analyse av resultatene fra undersøkelsen i 2014. Hele 30 % av førstegangsførelde opplevde hjemmebesøket som en kontroll, mot 15 % av foreldrene med flere barn. Å oppleve et hjemmebesøk som en kontroll trenger for så vidt ikke å være noe negativt. Ved å bli kontrollert kan man få hjelp med sin usikkerhet knyttet til det nye barnet. Man kan også få en bekreftelse på at det man gjør er rett. Det er naturlig at de med sitt første barn føler mer usikkerhet enn de med flere barn. Hvorfor foreldrene i 1992 ikke følte hjemmebesøket som en kontroll av hjemmet, er vanskelig å si grunnen til. Resultatene av tabell 6 og 7 kan tyde på at de som fikk hjemmebesøk i 1992 var mer avslappet på å slippe helsesøster inn i hjemmet, enn tilfellet er i 2014.

I forhold til om foreldrene opplevde at de fikk nyttig informasjon under hjemmebesøket så var det 86 % som svarte ”ja” i undersøkelsen fra 2014, mens 69 % svarte ”ja” i undersøkelsen i 1992. Når det kommer til de som svarte ”delvis” så var det 13 % i 2014, og 27 % i 1992. Resultatene fra tabell 6 og 7 viser at 17 % flere opplevde at de fikk nyttig informasjon i 2014 enn i 1992. Dette viser at foreldrene er mer fornøyd med informasjonen de får i 2014 enn hva det var i 1992.

Det vil nå være interessant å se om det er noen forskjell i hvordan foreldrene opplevde at de fikk oppmuntring og støtte gjennom hjemmebesøket. Kan det være at de i undersøkelsen fra 2014 også opplevde mer oppmuntring og støtte enn respondentene fra 1992?

Tabell 6 og 7 viser at 88 % av foreldrene i spørreundersøkelsen fra 2014 svarte at de fikk oppmuntring og støtte, mens tilsvarende andel i 1992 var 70 %, dvs. en prosentdifferanse på 18 %. Altså var det flere som opplevde at de fikk oppmuntring og støtte i 2014 enn i 1992.

Det siste som er undersøkt i tabell 6 og 7 er om foreldrene opplevde hjemmebesøket som unødvendig. Resultatene fra 1992 viser at 93 % av foreldrene ikke opplevde hjemmebesøket som unødvendig, mens i undersøkelsen fra 2014 var det 72 % som ikke opplevde hjemmebesøket som unødvendig. Det er altså færre som opplevde hjemmebesøket som unødvendig i 1992 enn i 2014. Hvis man slår sammen svarene fra ”ja” og ”delvis” ser man at 7 % av foreldrene fra undersøkelsen i 1992 opplevde hjemmebesøket som unødvendig eller delvis unødvendig, mens hele 25 % av foreldrene fra undersøkelsen i 2014 opplevde hjemmebesøket som unødvendig eller delvis unødvendig. Dette viser at det var langt flere i 2014 som mente at hjemmebesøket var unødvendig enn i 1992. I vedlegg 6, tabell 6 ble det analysert om det var noen forskjell mellom førstegangsforeldre og foreldrene med flere barn i undersøkelsen fra 2014. Resultatene viste at 90 % av førstegangsforeldrene ikke opplevde hjemmebesøket som unødvendig, mot 59 % av foreldrene med flere barn. Kan det tenkes at det var flere andregangsforeldre som fikk hjemmebesøk i 2014 enn i 1992? Hvis det er slik så kan det bidra til å forklare forskjellene i tabell 6 og 7. Problemet er at det i undersøkelsen fra 1992 ikke finnes noen opplysninger som kan gi svar på om det var flest førstegangsforeldre som mottok hjemmebesøk. Det er derfor ikke mulig å kunne forklare forskjellene i resultatene i tabell 6 og 7.

6.3.2 Helsestasjonens lokaler og ventetid

Det andre temaet som skal sammenlignes er helsestasjonens lokaler og ventetid. Hvordan opplevdes ventetiden ved helsestasjonene i Molde i 1992 i forhold til hvordan ventetiden oppleves i dag? Kan det tenkes at det er lengre ventetid når alle brukerne skal innom samme helsestasjon, enn da det var seks lokale helsestasjoner?

Tabell 8: spørsmål 7, hva synes du om ventetiden på helsestasjonen?

2014	Totalt
For lang	3 %
Passe	95 %
For kort	
Vet ikke	2 %
Total	100 %
N=	131

Tabell 9: spørsmål 10, hva synes du om ventetiden på helsestasjonen?

1992	Totalt
For lang	7 %
Passe	91 %
For kort	1 %
Vet ikke	1 %
Total	100 %
N=	76

Kilde: (Hustad og Gravseth 1992)

Tabell 8 og 9 viser at 95 % av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 svarer at ventetiden er passe, mens 91 % av foreldrene i undersøkelsen fra 1992 svarer at ventetiden er passe. Det er ingen store forskjeller mellom svarene fra 1992 og 2014, men det er litt flere i 2014 som mener at ventetiden er passe. Det viser at omorganiseringen ikke har ført til noe lengre ventetid for foreldrene og barna. Det er også færre i 2014 som mener at ventetiden er for lang enn i 1992. I vedlegg 6, tabell 13 ble ventetiden analysert mot hvilken skolekrets foreldrene og barna kommer fra i undersøkelsen fra 2014. Resultatene viste at 18 % av foreldrene og barna fra skolekretsene Hjelset/Kleive opplever ventetiden som for lang. Dette kan komme av at de i tillegg til ventetiden har lang reisevei. I 1992 lå helsestasjonene i Molde kommune plassert lokalt, og da var det ingen som hadde lang reisevei. Men totalt viser dette at resultatene til tross for lang reisevei for noen av brukerne i 2014, så er foreldrene i 2014 litt mer fornøyd med ventetiden ved helsestasjonen enn hva foreldrene i 1992 var. Dette er svært positivt for dagens helsestasjon i Molde kommune.

Det neste som sammenlignes er hva foreldrene synes om helsestasjonens lokaler. Kan det tenkes at foreldrene i 2014 er mer fornøyd med helsestasjonen enn de i 1992? Kanskje lokalene til den nye store helsestasjonen er bedre enn de små helsestasjonene? Det som skal sammenlignes er om lokalene er trivelige, om de har gode av- og påkledningsmuligheter, om de legger til rette for sosial kontakt og om det er en hensiktsmessig lekeplass.

Tabell 10: spørsmål 6, hva synes du om helsestasjonens lokaler?

2014	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke	Totalt	N=
De er trivelige	85 %	15 %			100 %	130
De har gode av- og påkledningsmuligheter	88 %	11 %	2 %		101 %	129
De legger til rette for sosial kontakt	70 %	24 %	2 %	3 %	99 %	128
Det er hensiktsmessig lekeplass	77 %	19 %	3 %	2 %	101 %	129

Tabell 11: spørsmål 12, hva synes du om helsestasjonens lokaler?

1992	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke	Ubesvart	Totalt	N=
De er trivelige	57 %	42 %	1 %			100 %	76
De har gode av- og påkledningsmuligheter	54 %	34 %	8 %	1 %	3 %	100 %	76
De legger til rette for sosial kontakt	40 %	38 %	12 %	7 %	4 %	101 %	76
Det er hensiktsmessig lekeplass	58 %	24 %	9 %	5 %	4 %	100 %	76

Kilde: (Hustad og Gravseth 1992)

I forhold til om helsestasjonens lokaler er trivelige er det 85 % som har svart ”ja” i undersøkelsen i 2014 mot 57 % som svarte ”ja” i undersøkelsen i 1992. Dette er en stor prosentvis forskjell, og tyder på at foreldrene opplever helsestasjonene i dag som mye mer trivelig enn hvordan foreldrene opplevde helsestasjonslokalene i 1992. Dette kan komme av at helsestasjonen i dag er større, og foreldrene og barna har mye plass å boltre seg på, mens noen av de tidligere helsestasjonene var små og trange. Vedlegg 6, tabell 7 viser at det heller ikke er noen store variasjoner i svarene fra foreldrene i undersøkelsen fra 2014 i forhold til hvilken skolekrets de kommer fra. Det er ingen av skolekretsene som har så lav prosent på ”ja” som undersøkelsen fra 1992 viser.

Når det kommer til av- og påkledningsmuligheter ved helsestasjonen så har 88 % av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 svart ”ja” til at det er gode av- og påkledningsmuligheter ved helsestasjonen. I undersøkelsen fra 1992 er det bare 54 % som

har svart ”ja”, og det er også 8 % som har svart ”nei”. Dette viser at foreldrene i 2014 er mye mer fornøyd med av- og påkledningsmulighetene ved helsestasjonen enn hva foreldrene i 1992 var. Dette viser at endringene ved helsestasjonen har gått i positiv retning til barna og foreldrenes fordel.

I forhold til om helsestasjonen legger til rette for sosial kontakt er det i undersøkelsen fra 2014 hele 70 % av foreldrene som har svart ”ja”, mens det i undersøkelsen fra 1992 bare er 40 % som har svart ”ja”. Dette viser igjen en stor forskjell mellom svarene fra foreldrene i undersøkelsene fra 2014 og 1992. Foreldrene fra undersøkelsen i 2014 virker mye mer fornøyd med helsestasjonens lokaler enn foreldrene fra undersøkelsen i 1992. Vedlegg 6, tabell 9 viser at det i alle skolekretsene med unntak av Langmyra/Nordbyen/Kviltorp er over 70 % som har svart at helsestasjonen legger til rette for sosial kontakt i undersøkelsen fra 2014. Man kan altså se noen forskjeller mellom hvor foreldrene og barna bor, men det er ingen av skolekretsene som har så lav prosent på ”ja” som i undersøkelsen fra 1992. Foreldrene er altså langt mer fornøyde i forholdt til at helsestasjonen legger til rette for sosial kontakt i 2014 enn hva de var i 1992.

Når det kommer til om helsestasjonen har en hensiktsmessig lekeplass er det også forskjeller mellom svarene til foreldrene. I undersøkelsen fra 2014 er det 77 % av foreldrene som har svart ”ja”, mens det i undersøkelsen fra 1992 er 58 % av foreldrene som har svart ”ja”. I undersøkelsen fra 1992 er det også 9 % av foreldrene som har svart ”nei”, mens det bare er 3 % som har svart ”nei” i undersøkelsen fra 2014. Foreldrene i undersøkelsen fra 2014 er altså mer fornøyd med lekemulighetene på helsestasjonen enn hva foreldrene i 1992 var.

6.3.3 Helsestasjonens personell

Det tredje temaet som skal sammenlignes er personellet ved helsestasjonen. Nå som det er en helsestasjon med lengre åpningstider er det da lettere å nå frem til helsesøster enn hva det var i 1992? Kan det tenkes at foreldrene er mer fornøyde i dag?

Tabell 12: spørsmål 8, har du opplevd vanskeligheter med å nå frem til helsesøster utenom faste besøk?

2014	Totalt
Ja ofte	1 %
Ja, av og til	7 %
Nei	58 %
Har ikke hatt behov	35 %
Total	101 %
N=	130

Tabell 13: spørsmål 8, har du opplevd vanskeligheter med å nå frem til helsesøster utenom faste besøk?

1992	Totalt
Ja ofte	1 %
Ja, av og til	21 %
Nei	53 %
Har ikke hatt behov	25 %
Total	100 %
N=	76

Kilde: (Hustad og Gravseth 1992)

Når det kommer til om foreldrene har hatt vanskeligheter med å nå frem til helsesøster utenom faste besøk, så var det 58 % av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 som svarte ”nei”, mens 53 % av foreldrene i undersøkelsen fra 1992 svarte ”nei”. I forhold til de som svarte ”ja, ofte” er det bare 1 % både blant foreldrene i 1992 og i 2014. Når man ser på de som har svart ”ja, av og til” er det tre ganger så mange i 1992 (21 %) enn i 2014 (7 %) som har svart dette. Dette kan tyde på at det er blitt enklere i dag å nå frem til helsesøster utenom faste besøk. Men det har også blitt langt flere i 2014 som har svart at de ikke har hatt behov for å kontakte helsesøster, enn de som svarte det i 1992. Kan det tenkes at behovene er endret som følge av et generasjonsskifte? De sosiale mediene er i dagens samfunn blitt veldig betydningsfulle, og byr på mange metoder for å innhente informasjon. I dag eksisterer det blant annet utallige diskusjonsforum, informasjonssider og blogger, hvor foreldrene kan få nyttige opplysninger. Kan det tenkes at flere foreldre bruker de sosiale mediene fremfor å kontakte helsestasjonen? Eller kan det rett og slett være at foreldre, som følge av at konsultasjonene har blitt endret etter omorganiseringen i 2009, får stilt flere spørsmål til helsepersonellet i dag (2014) enn i 1992? I intervjuet med Janne Vindenes Loe (se side 60) fortalte hun at konsultasjonene økte fra 20 minutter til 30 minutter etter omorganiseringen i 2009. Foreldrene i 2014 har dermed 10 minutter lengre

tid ved hver enkelt konsultasjon enn hva foreldrene i 1992 hadde. De har dermed flere muligheter til å stille spørsmål til helsepersonellet.

Men det er noen forskjeller i hvordan foreldrene vurderer tiden inne hos helsesøster og lege i forhold til hvordan de vurderte den i 1992. Kan det tenkes at foreldrene fordi de har mer tid hos helsesøster/lege i dag er mer fornøyd enn foreldrene var i 1992?

Tabell 14: spørsmål 10, hvordan vurderer du tiden du får hos helsesøster/lege ved helsestasjonsbesøkene?

2014	Rikelig tid	Passe	For kort tid	Vet ikke	Totalt	N=
Helsesøster	24 %	72 %	2 %	2 %	100 %	127
Lege	14 %	74 %	6 %	6 %	100 %	125

Tabell 15: spørsmål 14, hvordan vurderer du tiden du får hos helsesøster/lege ved helsestasjonsbesøkene?

1992	Rikelig tid	Passe	For kort tid	Vet ikke	Totalt	N=
Helsesøster	16 %	72 %	12 %		100 %	76
Lege	12 %	67 %	21 %		100 %	76

Kilde: (Hustad og Gravseth 1992)

I forhold til tiden foreldrene og barna får inne hos helsesøster så er det 72 % av foreldrene både i undersøkelsen fra 1992 og i undersøkelsen fra 2014 som har svart at de synes tiden er ”passe”. Når det kommer til de som har svart at det er rikelig tid inne hos helsesøster så er det 24 % i undersøkelsen fra 2014, og 16 % i undersøkelsen i 1992 som har svart dette. Det er altså flere av foreldrene i 2014 som mener at tiden inne hos helsesøster er rikelig, det er også 10 % flere i undersøkelsen fra 1992 som har svart at tiden hos helsesøster er for kort. Resultatene tyder på at det kan ha skjedd en endring slik at foreldrene har lengre tid inne hos helsesøster i dag enn i 1992. I forhold til de som synes at tiden hos helsesøster er passe så er foreldrene like fornøyd i dag som foreldrene var i 1992.

Når det kommer til tiden hos legen er det 74 % av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 som svarte at tiden er passe, mens 67 % av foreldrene i undersøkelsen fra 1992 svarte det samme. Det er altså litt flere foreldre i 2014 som svarer at tiden hos legen er passe enn blant foreldrene i 1992. I forhold til de som har svart at det er rikelig tid inne hos legen er det omtrent like mange i 2014 som i 1992. Men hele 21 % av foreldrene i undersøkelsen fra 1992 har svart at tiden hos legen er for kort, mot 6 % i undersøkelsen fra 2014. Dette er en stor forskjell, og mye kan tyde på at foreldrene i 2014 er mer fornøyd med tiden inne hos legen enn hva foreldrene i 1992 var. Det er også viktig å få frem at ifølge Janne Vindenes Loe, se kapittel 5.3.4, så økte konsultasjonene fra 20 min til 30 min etter omorganiseringen i 2009. Dette kan forklare hvorfor foreldrene er mer fornøyd med tiden inne hos lege/helsesøster i 2014 enn hva de var i 1992.

6.3.4 Foreldrene til småbarna ved helsestasjonen

Det siste temaet er foreldrene til småbarna ved helsestasjonen. Kan det tenkes at det er flere fedre som følger barna til helsestasjonen i 2014 enn hva det var i 1992?

Tabell 16: spørsmål 13, kjønn

2014		Totalt
Mann		12 %
Kvinne		88 %
Total		100 %
N=		130

Tabell 17: spørsmål 26, kjønn

1992		Totalt
Mann		5 %
Kvinne		95 %
Total		100 %
N=		76

Kilde: (Hustad og Gravseth 1992)

Tabell 16 og 17 viser at i 1992 ble bare 5 % av barna fulgt av far, mens det i 2014 var 12 % av barna som ble fulgt av far til helsestasjonen. Resultatene viser at det i 2014 er en del flere barn som blir tatt med av far enn hva det var tidligere. En grunn til dette kan være at fedrenes permisjonskvote har økt siden 1992, og at det derfor er mer naturlig at fedrene tar med barna til helsestasjonen mer enn tidligere. I vedlegg 6, tabell 23 ble spørsmålet om hvem som følger barnet analysert mot barnets alder. Resultatene viste at i 2014 ble 46 % av barna født mellom 2008-2010 fulgt av far til helsestasjonen. Disse barna er såpass store at far mest sannsynlig ikke har pappapermisjon. Dette kan tyde på at det har blitt mer

vanlig å fordele ansvaret med å følge barna til helsestasjonen i 2014 enn hva det var i 1992.

Det siste som skal sammenlignes er hvordan foreldrene mener at helsestasjonen legger vekt på ulike temaer. Kan det tenkes at foreldrene i 2014 er mer fornøyd med vektleggingen av temaer enn hva det var i 1992?

Tabell 18: spørsmål 12, legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for?

2014	For stor vekt	Passe vekt	For liten vekt	Vet ikke	Totalt	N=
Barnets utvikling	2 %	95 %	2 %	1 %	100 %	130
Samspill mellom foreldre og barn	1 %	89 %	3 %	7 %	100 %	128
Kosthold/ammning	7 %	83 %	4 %	6 %	100 %	128
Søvn	2 %	88 %	5 %	4 %	99 %	129
Forklare hensikten med de ulike konsultasjonene	2 %	75 %	13 %	10 %	100 %	128
Veiing/måling	5 %	92 %	2 %	1 %	100 %	129
Gir konkret veiledning/råd	3 %	79 %	13 %	5 %	100 %	127
Grensesetting		67 %	12 %	21 %	100 %	129

Tabell 19: spørsmål 17, legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for?

1992	For stor vekt	Passe vekt	For liten vekt	Vet ikke	Ubesvart	Totalt	N=
Barnets utvikling	11 %	84 %	5 %			100 %	76
Samspill mellom foreldre og barn		66 %	17 %	16 %	1 %	100 %	76
Kosthold/ammning	12 %	67 %	21 %			100 %	76
Søvnproblemer	3 %	62 %	20 %	16 %		101 %	76
Forklare hensikten med undersøkelsene		61 %	32 %	5 %	3 %	101 %	76
Veiing/måling	7 %	92 %	1 %			100 %	76
Gi gode råd	1 %	57 %	24 %	17 %	1 %	100 %	76
Grensesetting		54 %	21 %	22 %	3 %	100 %	76

Kilde: (Hustad og Gravseth 1992)

Det første temaet som skal sammenlignes er ”barnets utvikling”. Av tabell 18 ser man at 95 % av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 har svart at helsestasjonen legger passe vekt på dette temaet. I undersøkelsen fra 1992 er det 84 % som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på barnets utvikling. I undersøkelsen fra 1992 er det også 11 % som har svart at helsestasjonen legger for stor vekt på barnets utvikling, mens det i 2014 bare er 2 % som har svart det samme. I forhold til temaet ”barnets utvikling” er foreldrene mer fornøyd i 2014 enn i 1992.

Det andre temaet er ”samspill mellom foreldre og barn”. 89 % av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 har svart at helsestasjonen legger passe vekt på samspill mellom foreldre og barn. I undersøkelsen fra 1992 er det bare 66 % som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på dette temaet, mens 17 % har svart at helsestasjonen legger for liten vekt på temaet. Det er også 16 % av foreldrene i undersøkelsen fra 1992 som har svart at de vet ikke. Tabell 18 og 19 viser at det er stor forskjell mellom svarene fra 2014 og 1992, og foreldrene i 2014 er mye mer fornøyd enn foreldre i 1992 i forhold til temaet ”samspill mellom foreldre og barn”. ”Samspill mellom foreldre og barn” er tema som helsestasjonen ifølge Anne Reidun Rottum har hatt økt fokus på de siste årene. Dette kan forklare hvorfor foreldrene er mer fornøyd med vektleggingen på dette temaet i 2014 enn hva de var i 1992.

Det tredje temaet er ”kosthold/amming”. I undersøkelsen fra 2014 er det 83 % av foreldrene som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på kosthold/amming, mens det i undersøkelsen fra 1992 er 67 % som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på kosthold/amming. I undersøkelsen fra 1992 er det 21 % som har svart at helsestasjonen legger for liten vekt på kosthold/amming, og 12 % som har svart at det er for stor vekt på kosthold/amming. Det er altså flere som er fornøyd med temaet ”kosthold/amming” i undersøkelsen fra 2014 enn i undersøkelsen fra 1992.

Det fjerde temaet som skal sammenlignes, er ”søvn” i undersøkelsen fra 2014 mot ”søvnproblemer” i undersøkelsen fra 1992. Hvorvidt det går an å sammenligne disse mot hverandre kan diskuteres da ”søvn” ikke er det samme som ”søvnproblemer”. ”Søvn” er et generelt begrep som rommer blant annet ”leggerutiner”, ”søvnproblemer”, osv. I undersøkelsen fra 2014 er det 88 % av foreldrene som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på ”søvn”. Tabell 19 viser at det i undersøkelsen fra 1992 er 62 % av foreldrene som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på ”søvnproblemer”. Det er også 20 %

som har svart at helsestasjonen legger for liten vekt på ”søvnproblemer”. Foreldrene i 2014 er mer fornøyd med hvilken vekt helsestasjonen legger på temaet ”søvn” enn hva foreldrene i 1992 var med vekten helsestasjonen la på temaet ”søvnproblemer”.

Det femte temaet som skal sammenlignes er ”forklare hensikten med de ulike konsultasjonene” fra undersøkelsen i 2014 mot ”forklare hensikten med undersøkelsene” fra undersøkelsen i 1992. Det kan diskuteres om det er mulig å sammenligne disse temaene da en konsultasjon kan bestå av mange ulike undersøkelser. Fra en annen side så vil man ved å forklare konsultasjonen, også forklare hvilke undersøkelser man skal gjøre. I tabell 18 er det 75 % av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på å ”forklare hensikten med de ulike konsultasjonene”. Det er 61 % av foreldrene i undersøkelsen fra 1992 som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på å ”forklare hensikten med undersøkelsene”. I undersøkelsen fra 2014 er det 13 % som har svart at helsestasjonen legger for liten vekt på å ”forklare hensikten med konsultasjonene”, mens det i undersøkelsen fra 1992 er 32 % som har svart at helsestasjonen legger for liten vekt på å ”forklare hensikten med undersøkelsene”. Det er altså en del flere foreldre som er fornøyd i undersøkelsen fra 2014 enn i undersøkelsen fra 1992. Kan det være at det er lettere å bli forklart hensikten ved undersøkelsene/konsultasjonene når man har flere barn enn for de med sitt første? Ved å ha vært igjennom undersøkelsene/konsultasjonene tidligere så vil man nok ha en større forståelse enn om det er første gangen. I vedlegg 6, tabell 30 ble å ” forklare hensikten med de ulike konsultasjonene” analysert mot foreldrene med sitt første barn og de med flere barn. Resultatene viste at 80 % av foreldrene med flere barn mener at helsestasjonen legger passe vekt på å forklare hensikten med konsultasjonene, mens 67 % av foreldrene med sitt første barn svarte det samme. Dette tyder på at man kan finne forskjeller mellom foreldrene med sitt første barn og de med flere barn. Kanskje det var flere førstegangsførelde som svarte på undersøkelsen i 1992 enn på undersøkelsen i 2014?

Det sjettede temaet er ”veiling/måling”. Tabell 18 viser at 92 % av foreldrene i undersøkelsen fra 2014, og 92 % av foreldrene i undersøkelsen fra 1992, tabell 19 mener at helsestasjonen legger passe vekt på temaet ”veiling/måling”. I forhold til dette temaet er foreldrene fra 1992 og 2014 like fornøyd.

Det sjuende temaet som skal sammenlignes er ”gir konkret veiledning/råd” i undersøkelsen fra 2014 mot ”gi gode råd” i fra undersøkelsen i 1992. I undersøkelsen fra 2014 er det 79 % av foreldrene som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på å ”gi konkret veiledning/råd”, mens det i undersøkelsen fra 1992 er 57 % av foreldrene som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på å ”gi gode råd”. Det er også hele 24 % i undersøkelsen fra 1992 som har svart at helsestasjonen legger for liten vekt på å ”gi gode råd”. Foreldrene i undersøkelsen fra 2014 er mye mer fornøyd med vekten helsestasjonen legger på å ”gi konkret veiledning/råd” enn hva foreldrene i 1992 var på vekten helsestasjonen la på å ”gi gode råd”.

Det siste temaet er ”grensesetting”. I tabell 18 ser man at 67 % av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 har svart at helsestasjonen legger passe vekt på temaet grensesetting, mens det i tabell 19 er 54 % av foreldrene i undersøkelsen fra 1992 som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på temaet ”grensesetting”. Både i tabell 18 og 19 er et det litt over 20 % som har svart at de ”vet ikke”. Dette kommer nok av at temaet ”grensesetting” nok ikke er aktuelt blant de minste barna. ”Grensesetting” er et tema som er mer aktuelt når barna er litt større, og dette kan forklare hvorfor det er liten oppslutning rundt passe vekt på dette temaet i forhold til de andre temaene i tabell 18 og 19. Allikevel er det flere av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 som har svart at helsestasjonen legger passe vekt på temaet ”grensesetting” enn i undersøkelsen fra 1992.

6.4 Oppsummering

I dette delkapittelet blir de fire temaene oppsummert hver for seg. Til slutt er det en liten oppsummering av de viktigste funnene i sammenligningen totalt sett.

Tema 1: Hjemmebesøk av helsesøster

I forhold til hjemmebesøk så er dette en frivillig tjeneste til foreldrene, og spørreundersøkelsene fra 2014 og 1992 viste at det var flere av foreldrene i 2014 som fikk hjemmebesøk av helsesøster enn i 1992. Dette kan komme av tilfeldigheter, eller kanskje det har blitt mer vanlig med hjemmebesøk i dag enn hva det var i 1992. I intervjuet med Janne Vindenes Loe (se side 62) bekrefter hun at det i dag blir gjennomført flere hjemmebesøk enn før omorganiseringen i 2009, og dette er nok grunnen til at flere svarte at de fikk hjemmebesøk i 2014 enn i 1992. Når det kommer til hvordan foreldrene

opplevde hjemmebesøkene i 2014 og 1992 fant man en del variasjoner i svarene. I forhold til om de fikk den hjelpen som de ønsket, så var det hele 14 % flere i 2014 som fikk det enn de som svarte at de fikk det i 1992. Dette tyder på at langt flere opplevde at de fikk god hjelp ved hjemmebesøket i 2014, enn i 1992. Det må påpekes at 4/5 fikk den hjelpen de ønsket i 1992, og det er ikke dårlig. Resultatet er allikevel bedre i 2014. Når det kommer til de som opplevde hjemmebesøket som en kontroll var det motsatt resultat. Her var det 93 % av foreldrene fra undersøkelsen i 1992 som ikke opplevde hjemmebesøket som en kontroll, mens det var 76 % av foreldrene i undersøkelsen i 2014. I forhold til vedlegg 6, så kunne man se at det var en stor andel av førstegangsforeldrene som opplevde hjemmebesøket som en kontroll i 2014. Det trenger ikke å være negativt å oppleve hjemmebesøket som en kontroll. Ved at mødre blir kontrollert vil de få hjelp i forhold til sin usikkerhet knyttet til det nye barnet. Det kan være positivt å bli kontrollert da foreldrene kan få en bekreftelse på at det de gjør er rett, og usikkerheten vil dermed forsvinne. Usikkerheten kan f. eks være knyttet til stelling av spedbarnet. Førstegangsforeldre vil naturligvis ha en større grad av usikkerhet, enn de med flere barn.

De to neste sammenligningene var om foreldrene fikk nyttig informasjon på hjemmebesøket og om de fikk oppmuntring og støtte på hjemmebesøket. Resultatene fra begge disse sammenligningene viste at foreldrene i 2014 var mer fornøyd enn foreldrene i 1992. Det siste som ble sammenlignet under hjemmebesøk var om foreldrene mener at hjemmebesøket er unødvendig. Her var det 93 % av foreldrene i 1992 som ikke opplevde hjemmebesøket som unødvendig mot 72 % av foreldrene i 2014. Langt flere av foreldrene i 2014 opplevde hjemmebesøket som unødvendig enn foreldrene i 1992. Noe av forklaringen kan kanskje ligge i vedlegg 6, tabell 6. Analysen der viste at det var store forskjeller mellom førstegangsforeldrene og foreldrene med flere barn. Kanskje det i 1992 var flere førstegangsforeldre enn foreldre med flere barn som svarte på undersøkelsen? Dette blir spekulasjoner, men kan være en forklaring. Eller kan det være at tilbudet som foreldrene får på helsestasjonen er viktigere enn tilbudet om hjemmebesøk? Foreldrene kan oppleve hjemmebesøket som unødvendig da det finner sted så kort tid etter fødselen at det ikke har dukket opp så mange spørsmål som de ønsker å stille helsesøster. Dette kan føre til at hjemmebesøket bare følger helsesøster sitt faste opplegg. Det å skulle forberede et hjemmebesøk kan gjøre foreldrene så fokusert på å rydde og stelle hjemmet før besøket at de glemmer hvilke spørsmål de egentlig skulle hatt svar på. Det kan også tenkes at foreldrene føler seg presset til å få hjemmebesøk da de er redde for at helsesøster skal

mistenke at ikke alt er som det skal være hjemme hos dem hvis de takker nei til hjemmebesøket. Foreldrene har bare 1-2 uker før hjemmebesøket vært på sykehuset, og kanskje opplegget der er så godt at foreldrene opplever informasjonen på hjemmebesøket som en gjentakelse? Når foreldrene selv oppsøker helsestasjonen i forbindelse med konsultasjoner går de inn i nye rammer. De trenger ikke ordne hjemmet sitt klart, og kan derfor fokusere på hva de ønsker å spørre helsepersonellet om. Helsestasjonstilbudet er veldig variert både i forhold til konsultasjoner og temaer som tas opp, og ikke minst er helsestasjonstilbudet tilpasset de enkelte brukerne. Helsestasjonen i Molde har et sentralbord som er åpent alle hverdager, og dette kan gi foreldrene trygghet ved at de selv kan kontakte helsestasjonen ved behov.

Tema 2: Helsestasjonens lokaler og ventetid

Det første som ble sammenlignet i dette temaet var hvordan foreldrene opplever ventetiden hos helsestasjonen. Resultatene var ganske jevne mellom foreldrene i undersøkelsen fra 1992 og foreldrene i undersøkelsen fra 2014. Det var allikevel litt flere av foreldrene i undersøkelsen fra 2014 som svarte at ventetiden er passe. Til tross for at helsestasjonen i dag, 2014 tar i mot flere brukere på en plass enn hva helsestasjonene i 1992 gjorde, så er foreldrene i 2014 litt mer fornøyd enn hva foreldrene i 1992 var med ventetiden. Det neste som ble sammenlignet var foreldrene syn på helsestasjonens lokaler. Fire utsagn ble sammenlignet, ”de er trivelige”, ”de har gode av- og påkledningsmuligheter”, ”de legger til rette for sosial kontakt” og ”det er hensiktsmessig lekeplass”. Alle disse sammenligningene viste store forskjeller mellom svarene fra foreldrene i undersøkelsen i 1992 og 2014, og det var helt tydelig at foreldrene i 2014 er langt mer fornøyd enn hva foreldrene i 1992 var.

I vedlegg 6, tabell 11 ble hvilken skolekrets foreldrene bor i analysert mot påstanden ”jeg er fornøyd med helsestasjonens plassering”. Resultatene fra analysen viste store forskjeller mellom skolekretsene. Blant de som bor lengst unna som Hjelset/Kleive og Vågsetra/Sekken/Bolsøya var det langt færre som var fornøyd, enn i skolekretsene nærmere helsestasjonen. Grunnen til dette kan være at skolekretsene som ligger lengst unna vil bruke lengre tid på å komme seg til helsestasjonene, og at de derfor er mindre fornøyd med plasseringen av helsestasjonen. Det må allikevel påpekes at totalt sett var det 86 % som var fornøyd med helsestasjonens plassering, og at dette utgjør en ganske stor andel foreldre.

Et annet interessant funn i vedlegg 6, er tabell 25 hvor 100 % av foreldrene fra skolekretsene utenfor Molde sentrum har svart at de bruker bil for å komme seg til helsestasjonen. Parkeringsplasser er tydelig viktig for de fleste foreldrene, og det kan man også se i vedlegg 6, tabell 35 der de fleste kommentarene som kom inn på spørsmål 17 i undersøkelsen fra 2014 var rettet mot dårlige parkeringsplasser. I intervjuet med Anne Reidun Rottem, kapittel 5.3.3, forklarer hun at de er klar over de dårlige parkeringsmulighetene rett utenfor helsestasjonene, men at foreldrene også kan ta i bruk Molde parkeringstunnel.

Tema 3: Helsestasjonens personell

Er det vanskelig å nå frem til helsesøster utenom faste besøk? Sammenligningen viste at det var tre ganger så mange som hadde svart ”ja, av og til” i 1992 enn i 2014. Dette kan tyde på at det er lettere å nå frem til helsesøster i dag enn hva det var tidligere. Før omorganiseringen var det korte åpningstider på telefonene hos de lokale helsestasjonene, mens det hos helsestasjonen i dag er bemannet resepsjon hele uken. Funnene i sammenligningen er derfor ganske forståelige i forhold til at det i dag vil være lettere å komme i kontakt med helsestasjonen enn hva det var på 90-tallet. Det neste som ble sammenlignet var hvordan foreldrene vurderer tiden inne hos helsesøster og lege. Sammenligningen viser at det var like mange i 2014 som i 1992 som svarte at tiden hos helsesøster er passe. I forhold til legen var det litt flere i 2014 enn i 1992 som svarte at tiden hos legen er passe. I undersøkelsen fra 2014 var det noen flere som svarte at tiden inne hos helsesøster er rikelig enn de som svarte dette i 1992. Dette kan forklares ved at en følge av omorganiseringen var at brukerne fikk lengre tid på de ulike konsultasjonene enn hva de hadde før omorganiseringen. I undersøkelsen fra 1992 var det også flere som hadde svart at de fikk for kort tid inne hos lege/helsesøster enn i 2014. Dette viser at foreldrene er ganske fornøyde i dag, og i forhold til tiden inne hos legen er de litt mer fornøyd enn foreldrene i 1992 var.

Tema 4: Foreldrene til småbarna ved helsestasjonen

Det første som ble sammenlignet i forhold til foreldrene til småbarna ved helsestasjonene i dag er hvem som følger barna til helsestasjonen. Sammenligningen viser at det i dag er litt flere fedre som følger barna til helsestasjonen enn hva det var i 1992. Vedlegg 6, tabell 23 viste også at fedre følger en stor andel av de eldste barna til helsestasjonen i 2014. Det neste som ble sammenlignet var hvordan foreldrene mener at helsestasjonen legger vekt på

ulike temaer. I forhold til temaene ”barnets utvikling”, ”samspill mellom foreldre og barn”, ”kosthold/amming” og ”grensesetting” så viste sammenligningen at foreldrene i undersøkelsen fra 2014 er mer fornøyd med vektleggingen på disse temaene enn hva foreldrene i 1992 var. Det var også tre temaer som var formulert ulikt i de to undersøkelsene, og det er derfor vanskelig å skulle sammenligne de helt da de har forskjellige betydninger. I undersøkelsen fra 2014 var disse tre temaene: ”Søvn”, ”forklare hensikten med de ulike konsultasjonene” og ”gir konkret veiledning/råd”, mens i 1992 var temaene: ”Søvnproblemer”, ”forklare hensikten med de ulike undersøkelsene” og ”gi gode råd”. Resultatene fra undersøkelsen fra 2014 hadde bedre resultater på disse tre temaene enn undersøkelsen fra 1992. Det siste temaet som ble sammenlignet var ”veiing/måling”, her svarte foreldrene i undersøkelsen fra 1992 og 2014 helt likt på passe vekt, og de er derfor like fornøyd.

Sammenligningen av undersøkelsene

Sammenligningen av de to undersøkelsene viser at foreldrene i 2014 var enda mer fornøyd med helsestasjonen og dens tjenester enn foreldrene i 1992. Dette positive resultatet kan være et resultat av omorganiseringen av helsestasjonsvirksomheten. Det kan tenkes at noe av grunnen til at foreldrene i 2014 totalt sett var mer fornøyd med de temaene som helsestasjonen tar opp, er at helsestasjonsprogrammet har endret seg, og at det i dag er flere konsultasjoner enn tidligere. Sammenligningen viser bedringer i helsestasjonstjenestene som kan være knyttet til omorganiseringen og til utvikling av nye og bedre tjenester.

I følge Jorunn Hurlen, (se side 54), så var omorganiseringen med på å lage faste rutiner i forhold til utføring av konsultasjoner, noe som førte til at alle brukerne fikk den samme informasjonen på konsultasjonene. Dette kan være en grunn til at foreldrene totalt sett er mer fornøyd i dag enn i 1992. En annen endring etter omorganiseringen var i følge Janne Vindenes Loe, (se side 60), at konsultasjonene økte fra 20 minutter til 30 minutter. Dette har resultert i at foreldrene i 2014 fikk lengre tid inne hos helsepersonellet ved konsultasjoner, enn foreldrene i 1992. Målet med omorganiseringen, (se side 65), var å løse problemene ved de seks helsestasjonene, og oppnå følgende: likt tilbud til alle brukerne, bedre tjenester, flere tjenester og et mer effektivt tverrfaglig samarbeid. Det at foreldrene i 2014 er mer fornøyd med helsestasjonen og dens tjenester enn foreldrene i 1992, kan tyde på helsestasjonen oppnådde det de ønsket med omorganiseringen i 2009.

7 PERSPEKTIVERING

7.1 Innledning

Formålet med dette kapittelet er å se på hva som kunne vært gjort annerledes i denne undersøkelsen. Målet er å reflektere kritisk over de ulike delene av undersøkelsen for å forklare hvilke andre muligheter som finnes knyttet til denne oppgaven.

7.2 Hva kunne vært gjort annerledes?

7.2.1 Dokumenter

I forhold til dokumentene så var det bare to dokumenter knyttet til omorganiseringsprosessen. Dette var saksfremlegget fra Molde kommune datert 23.3.2009 og rapporten til Henriette Schou ”Prosjekt stifinner – Molde kommune i omstilling”. I denne oppgaven ble disse dokumentene gjennomgått og beskrevet istedenfor å bli analysert. Mye av grunnen til at de ikke ble analysert var knyttet til tidsbegrensningen ved oppgaven. Hadde det vært mer tid til rådighet ville det vært naturlig å skulle analysert disse dokumentene grundig, og eventuelt tatt kontakt med de som har skrevet dem. På den måten ville man fått en større forståelse for dokumentene, og kanskje til og med fått mer utfyllende informasjon om omorganiseringsprosessen. Henriette Schou var leder ved helsestasjonen før Jorunn Hurlen, og ved å kontakte henne kunne man fått et innblikk i hennes arbeid før omorganiseringen.

Rapporten til Henriette Schou inneholdt også en spørreundersøkelse som ble foretatt blant de ansatte ved helsestasjonen i 2005. Det hadde vært interessant å gjennomført en lignende spørreundersøkelse blant de ansatte ved helsestasjonen i dag, slik ville man sett om de er mer fornøyd nå enn før omorganiseringen. Ved å undersøke de ansatte ved helsestasjonens sitt syn på omorganiseringen ville man fått inn enda en vinkel på endringsprosessen. Dette ville skapt en mer omfattende og spennende oppgave som presenterer omorganiseringen fra flere av de berørte sidene.

7.2.2 Intervjuer

Når det kommer til intervjuene hadde det vært nyttig å intervju flere personer knyttet til omorganiseringen i 2009. Ved å intervju flere ansatte kunne man fått et innblikk i hvilken prosess de måtte gjennomgå både følelsesmessig og omstillingsmessig. Slik ville man fått inn flere syn på hvilken omorganiseringsprosess de stod ovenfor i 2009. Det hadde også vært interessant å intervju noen av foreldrene ved helsestasjonen. Spørreskjemaet var lagt opp til avkrysning, noe som førte til at foreldrene mest sannsynlig ikke fikk sagt alt de ønsket. Ved å intervju 10-20 foreldre kunne man fått et større innblikk i hvordan de opplever helsestasjonen. Dette ville vært interessant, og kunne gitt mer informasjon om hvordan helsestasjonen er i dag. I forhold til de intervjuene som ble gjennomført så kunne det vært spennende å gått enda mer i dybden i spørsmålene, og analysert svarene grundigere. Med tanke på tiden man har til rådighet med oppgaven så har ikke dette vært mulig.

7.2.3 Spørreskjema

I forhold til spørreskjemaet så var det lagt opp slik at det skulle være raskt for foreldrene å fylle de ut, og formålet var å få inn flest mulige svar på kortest mulig tid. Med tanke på spørreskjemaet som ble laget i 1992, så inneholdt spørreskjemaet i denne oppgaven langt færre spørsmål. Hadde det vært mer tid til rådighet ville det vært aktuelt å stilt flere spørsmål slik som i skjemaet fra 1992. Det ville også vært interessant og stilt foreldrene spørsmål knyttet til om de hadde barn før 2009 eller ikke. Flere åpne spørsmål ville også gitt foreldrene mulighet til å komme med egne synspunkter og holdninger. I forhold til utdelingen av skjemaer så hadde det optimale vært og selv delt ut alle spørreskjemaene. Dette ville tatt lang tid, og i denne oppgaven så var det rett og slett ikke mulig. Slik ville man også unngått at foreldrene skulle kunne oppleve noe ubehag knyttet til at helsesøster eller lege delte ut skjemaet. Kanskje man ville fått inn andre svar ved å dele de ut selv? Når det kommer til sammenligningen av svarene fra 1992 og 2014 ville det vært spennende og gått enda mer i dybden og analysert de grundigere. Det hadde også vært interessant å gjennomført en tilsvarende brukerundersøkelse i en annen kommune i Norge. Slik ville det vært mulig å sammenligne resultatene med hverandre, og sett om det var noen forskjeller mellom svarene. Kanskje det er kommuner med flere helsestasjoner der brukerne er like fornøyde som brukerne ved helsestasjonen i Molde i dag?

8 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Denne casestudien har ved hjelp av metodetriangulering sett på omorganiseringsprosessen som ble foretatt ved helsestasjonen i Molde i 2009. Funnene fra analysen av omorganiseringsprosessen viser at omorganiseringen var en planlagt endring, som ble vedtatt administrativt. Formålet med omorganiseringen var å løse problemer som fantes ved de seks helsestasjonene. Drivkreftene bak omorganiseringen var et ønske om å kunne tilby de samme tjenestene til alle brukerne, flere tjenester, bedre tjenester og et mer effektivt tverrfaglig samarbeid. Grunnen til at administrasjonen ved helsestasjonen ønsket å ta i bruk ”Familiens hus-modellen”, var at dette er en anerkjent suksessmodell som kommer fra Sverige. Ved sammenslåingen av de seks helsestasjonene oppstod det problemer knyttet til motstand blant de ansatte, på bakgrunn av at helsestasjonen er et profesjonsbyråkrati, som består av fagpersoner med ulike syn og meninger om yrkesutførelsen. Det var store forskjeller blant praksisutførelsen til helsepersonellet i de seks ulike lokale helsestasjonene, og det måtte derfor innføres felles prosedyrer til konsultasjonene. Den nye helsestasjonen måtte opprette en ny felles kultur, da kulturene til de tidligere seks helsestasjonene var så ulike. Ved å gjennomføre omorganiseringen i 2009 klarte helsestasjonen i Molde å løse de definerte problemene som fantes før omorganiseringen (se side 64). Omorganiseringen i 2009 må derfor betraktes som vellykket, og førte til flere vellykkede endringer i tjenestetilbudet til foreldrene og spedbarna.

Den store testen på om helsestasjonen lyktes med sine intensjoner om å bedre tjenestene for småbarnsforeldrene er brukernes evalueringer av helsestasjonen i dag gjennom spørreundersøkelsen. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at småbarnsforeldrene ved helsestasjonen i Molde er svært fornøyd med helsestasjonen og deres tjenester. For å se om foreldrenes syn på helsestasjonen og tjenestene har endret seg, ble det foretatt en sammenligning av spørreundersøkelsen fra 1992 med spørreundersøkelsen fra 2014. Sammenligningen viser at foreldrene i dag er mer fornøyd med helsestasjonen enn hva foreldrene i 1992 var. For helsestasjonen er dette svært positivt, og det kan tenkes at dette er et resultat av omorganiseringen i 2009. Siden det er over tjue år mellom spørreundersøkelsene, så er det vanskelig å si sikkert om forskjellene i resultatene bare skyldes omorganiseringen. Mye har forandret seg på tjue år. Det er en ny generasjon foreldre som bruker helsestasjonen. Foreldrene til småbarna i dag har tilgang på sosiale medier, som gjør at de kan ha kontakt med andre småbarnsforeldre i samme situasjon som

dem gjennom SMS, facebook, twitter osv. Dette kan medvirke til at foreldrene blir mindre avhengig av helsestasjonen i forhold til spørsmål om barnets utvikling, trivsel og helse. Samtidig har helsestasjonen i dag et sentralbord som er åpent alle hverdager, og gjør det mulig for foreldrene å ta kontakt når de ønsker. Helsestasjonen har også blitt mer avhengig av de sosiale mediene, og bruker blant annet SMS for å varsle foreldrene om konsultasjoner. I resultatene fra spørreundersøkelsen i 2014 (se vedlegg 6, tabell 24) ser man at foreldrene er "på nett", men at det er forskjeller mellom fedrene og mødrene i forhold til hvordan de ønsker å ha kontakt med helsestasjonen, flesteparten av mødrene foretrekker SMS, mens fedrene både har svart SMS og e-mail. Helsestasjonen har tilpasset seg endringene i samfunnet, og holder kontakt med foreldrene slik de fleste ønsker det – gjennom de sosiale mediene.

Innledningsvis fortalte jeg om venner og kjentes interesse for temaet mitt, og samtidig overraskelse over at de lokale helsestasjonene var nedlagt. Helsestasjonen er en institusjon som vi har et nært forhold til kun i korte perioder av livet, som barn og som småbarnsforeldre. Det kan være en forklaring på at jeg ikke har funnet noen tegn til brukermobilisering i forbindelse med sentraliseringen av helsestasjonsvirksomheten, slik vi ellers ofte ser her i regionen når det kommer forslag om nedlegging av skoler og aldershjem. Sist Molde kommune opplevde en sterk mobilisering fra lokalsamfunnet var da de ønsket å omlægge driften ved Skåla omsorgssenter. Omorganiseringen av helsestasjonene i 2009 ble blant annet gjennomført for å oppnå en mer robust enhet. Min brukerundersøkelse viser at brukerne er godt fornøyd med den "nye" helsestasjonen. Men ett kritisk punkt gjentas, som kan ha sammenheng med sammenslåingen: Foreldrene utenfor sentrum er avhengig av bil for å komme seg til helsestasjonen (se vedlegg 6, tabell 25), og har derfor problemer med å finne seg parkeringsplasser. Dette kommer også tydelig frem i kommentarfeltet i spørreundersøkelsen, der de fleste kommentarene handler om dårlige parkeringsplasser (se vedlegg 6, tabell 35).

Analysen av omorganiseringen i 2009 (se side 68) viser at tjenestetilbud til foreldrene og barna har blitt bedre etter omorganiseringen, og alt tyder på at foreldrene er mer fornøyd i dag enn før omorganiseringen. En av kommentarene fra foreldrene i undersøkelsen fra 2014, støtter dette resonnementet (se vedlegg 6, tabell 35):

Veldig fornøyd – mye forandringer siden jeg fikk min førstefødte i 2003. I positiv retning.

9 LITTERATUR

- Bogen, Birgit, Næss, Per Olav, Sundby, Hilchen Sommerchild, og Sundby, Per. 1982. *Helsestasjonen en forpost i kampen for gode liv*: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. *Om barnevaksinasjonsprogrammet* 2014. Available from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6464:0:25,7072&List_6212=6218:0:25,7087:1:0:0:::0:0.
- Forebygging.no. *PMTO (Parent Management Training -Oregon modellen)* 2010. Available from <http://www.forebygging.no/Metode/Konkrete-tiltak-og-programmer/Anbefalte-program-og-tiltak/Tiltak-for-utsatte-grupper/PMTO-Parent-Management-Training--Oregon-modellen/>.
- GoogleMaps. *Helsestasjonen i Molde*. Google Maps 2014. Available from http://maps.google.no/maps?ie=UTF-8&q=Molde+helsestasjon&fb=1&gl=no&hq=helsestasjonen+i+molde&cid=1456855329829800644&ei=OiUbU8rZHaeO4wTq3YGgCA&ved=0CHEQ_BIwCw.
- Hustad, Anne Karin, og Gravseth, Sølvi. 1992. *Helsestasjonen, et "trygghetsbyråkrati" og/eller en "husmorkafe"*. DH Molde.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2000. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*: HøyskoleForlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar, og Thorsvik, Jan. 2013. *Hvordan organisasjoner fungerer*: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2012. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*: Fagbokforlaget.
- Jákupsstovu, Beinta í, og Aarseth, Turid. 1996. *Norsk helsestasjonsvirksomhet*: Møreforskning Molde.
- Kjeldstadli, Knut. 1994. *Fortida er ikke hva den en gang var*: Universitetsforlaget.
- Lam, Alice. 2011. "Organizational Innovation." In *The Oxford Handbook of Innovation*, edited by Jan Fagerberg, David C Mowery og Richard R Nelson, 115-147. Oxford University Press.
- Neumann, Cecilie Basberg. 2009. *Det bekymrede blikket - en studie av helsesøstres handlingsbetingelser*: Novus forlag.
- Paulsen, Bård. 1990. *Snakk med de på helsestasjonen - en analyse av helsesøstertjenesten*: NIS Sintef gruppen.
- Repstad, Pål. 2009. *Mellom nærhet og distanse*: Universitetsforlaget
- Schou, Henriette. 2006. Prosjekt stifinneren - Molde kommune i omstilling. Rapport fra delprosjektet "Utviklingen av Barne- og familieavdelingen". Molde Kommune. Barne- og familieavdelingen
- Sosial-, og helsedirektoratet. *Veileder - Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skoletjenesten* 2004. Available from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten-/Publikasjoner/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetj-.pdf>.

VEDLEGG

MASTEROPPGAVE

Omorganisering i offentlig sektor.

Case: Helsestasjonen i Molde

Antall sider inkludert forside: 52

Camilla Lødøen, 15.05.2014

Helsestasjon er et tilbud til alle familier som venter barn og familier med barn 0-5 år.

Vi som jobber på helsestasjonen

Helsesøstre: Målfrid Josefsen
Janne Vindenes Loe
Nina Nordhobakk
Irene N. Brunvoll
Anne Marie Solsvik
Lene Fredriksen Eide

Leger: Svein Johan Nygaard
Jorunn Brakstad
Astrid Stranden
Benedikte Liepelt
Gunnar Berland
Oddrun Vingen

Jordmødre: Elisabeth Herje Sogge
Ingeborg Hjertvik

Familieveileder: Gunvor Ruset

Helsesekretær: Monica Borvik
Line Sollibe

Parkering: Ingen faste gratisplasser for besøkende



Molde kommune
Helsestasjonen
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten



Velkommen til

MOLDE HELSESTASJON

Gotfred Lies plass 4, 6413 Molde
Tlf: 71 11 23 00

Åpningstider: mandag - torsdager 08:30-15:00
Pause 11.30 - 12.30

Vår e-post adresse:
molde.helsestasjon@molde.kommune.no

Våre arbeidsområder

- ♦ Svangerskapsomsorg
- ♦ Hjemmebesøk etter fødsel
- ♦ Undersøkelse av barn og henvisninger til spesialistundersøkelse ved behov.
- ♦ Vaksinasjon
- ♦ Samtaler og veiledning om:
 - Helse
 - Søvn
 - Kosthold
 - Grensesetting
 - Foreldrerollen
 - Samspill
 - Barnulykker
 - Språk
 - Tannhelse

Familieveileder er et utvidet tilbud ved Molde helsestasjon. Dere kan få veiledning i oppdragerspørsmål, eller hjelp og støtte i vanskelige situasjoner.

Program ved Molde helsestasjon

1-2 uker	Hjemmebesøk helsesøster
6 uker	Helsesøster og lege
2 mnd	Helsesøster (gruppekonsultasjon)
3 mnd	Helsesøster (vaksinasjon)
4 mnd	Fysioterapeut (gruppekonsultasjon)
5 mnd	Helsesøster (vaksinasjon)
6 mnd	Lege
7/8 mnd	Helsesøster (gruppekonsultasjon)
11 mnd	Helsesøster (vaksinasjon)
12 mnd	Lege
15 mnd	Helsesøster (vaksinasjon)
2 år	Lege
4 år	Helsesøster

Ekstrakonsultasjoner tilbys ved behov.

**Vi forventer at foreldre møter med barna til avtalt tid.
Og gir beskjed dersom de er forhindret fra å komme.**



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Beinta Jákupsstovu
Avdeling for økonomi, informatikk og samfunnsfag Høgskolen i Molde
Postboks 2110
6402 MOLDE

Vår dato: 04.12.2013

Vår ref: 36483 / 2 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36483</i>	<i>Omorganisering som tiltak i offentlig sektor. Case: Helsestasjonen i Molde</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Beinta Jákupsstovu</i>
<i>Student</i>	<i>Camilla Lødøen</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Camilla Lødøen Mellaa90@hotmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36483

Vi forstår det slik at spørreundersøkelsen gjennomføres på papir/manuelt. Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Hagset Eli <Eli.Hagset@molde.kommune.no>

ma 10.02.2014 11:36

Til:Lødøen Camilla <camilla.lodoen@stud.himolde.no>;

📎 2 vedlegg

sak-22-2009.doc; Rapport.pdf;

Sak 2014/70

Dato 10.2.1014.

Det vises til deres innsynsforespørsel om omorganiseringsprosessen som ble foretatt ved helsestasjonen i Molde . Det er ikke mulig å finne noen rapport i saks- og arkivsystemet ePhorte og helsestasjonstjenesten, etter forespørsel til Helsetjenesten viser det seg at det ikke er laget noen rapport om omganiseringsprosessen fra helsetjenesten Det jeg har funne er: Prosessen har vært drøftet politisk i 2009 med denne teksten men gjelder da barne- og familietjenesten:

«Drøfting av effektene vedrørende omorganiseringen av Barne- og familietjenesten samt effektene av ekstra stillingshjemmel for forebyggende barnevern tas til orientering» og denne samlet saksframstilling følger vedlagt.

Samt en rapport i samband med omstillingsprosess Stifinneren - Molde kommune i omstilling og en rapport fra et delprosjekt «Utvikling av barne- og familietjenesten» følger vedlagt.

Mvh



Eli Karin Hagset, hovedarkivar

Tlf sentralbord: 71 11 10 00

Tlf direkte: 71 11 11 20

Mobil.tlf. 948 03022

www.molde.kommune.no



SPØRREUNDERSØKELSE HELSESTASJONEN I MOLDE



Høgskolen i Molde

Vitenskapelig høgskole i logistikk

Masterstudent: Camilla Lødøen

E-post: camilla.lodoen@stud.himolde.no

1. **Er dette ditt første barn?**

Ja Nei

2. **Når er barnet ditt født?**

Juli-Des 2013 Jan-Juni 2013 Juli-Des 2012
 Jan-Juni 2012 2011 2010-2008

3. **Hvorfor er dere på helsestasjonen i dag?**

Gruppekonsultasjon Individuell konsultasjon Annet

4. **Har du fått hjemmebesøk av helsesøster?**

Ja Nei

5. **Hvis ja, hvordan opplevde du hjemmebesøket?** (Sett kryss)

	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke
Fikk den hjelp jeg ønsket				
Som kontroll av hjemmet				
Fikk nyttig informasjon				
Fikk oppmuntring og støtte				
Besøket var unødvendig				

6. **Hva synes du om helsestasjonens lokaler?** (Sett kryss)

	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke
De er trivelige				
De har gode av- og påkledningsmuligheter				
De legger til rette for sosial kontakt				
Det er hensiktsmessig lekeplass				
Jeg er fornøyd med helsestasjonens plassering				
Det er tungvint/vanskelig å komme meg til helsestasjonen				

7.

Hva synes du om ventetiden på helsestasjonen?

For lang Passe For kort Vet ikke

8. **Har du opplevd vanskeligheter med å nå fram til helsesøster utenom faste besøk?**

Ja ofte Ja, av og til Nei Har ikke hatt behov

9. **Hvordan kunne du tenkt deg å ha kontakt med helsestasjonen?**

SMS/Telefon E-mail Via helsestasjonens hjemmeside
 Brev Facebook

SNU ARKET ./.

10. **Hvordan vurderer du tiden du får hos helsesøster/lege ved helsestasjonsbesøkene?** (Sett kryss)

	Rikelig tid	Passe	For kort tid	Vet ikke
Helsesøster				
Lege				

11. **Hvordan blir du møtt av personalet på helsestasjonen?** (Sett kryss)

	Imøtekommende	Varyerer	Lite imøtekommende	Vet ikke
Helsesøster				
Lege				
Resepsjon				

12. **Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for?** (Sett kryss)

	For stor vekt	Passe vekt	For liten vekt	Vet ikke
Barnets utvikling				
Samspill mellom foreldre og barn				
Kosthold/amming				
Søvn				
Forklare hensikten med de ulike konsultasjonene				
Veiing/måling				
Gir konkret veiledning/råd				
Grensesetting				
Gir deg anledning til å ta opp tema/spørsmål som er viktig for deg				

13. **Tilslutt, litt om deg:**

Mann Kvinne

14. **Har du mamma- eller pappapermisjon?**

Ja Nei

15. **I hvilken skolekrets bor dere i?**

Kvam eller Sellanrå Langmyra eller Nordbyen eller Kviltorp
 Hjelset eller Kleive Vågsetra eller Sekken eller Bolsøya

16. **Hvordan kom dere til helsestasjonen i dag?**

Egen bil Ble kjørt Tok buss Gikk Sykklet

17. **Andre kommentarer?**

SPØRREUNDERSØKELSE HELSESTASJONEN I MOLDE



Høgskolen i Molde

Vitenskapelig høgskole i logistikk

Masterstudent: Camilla Løddøen

E-post: camilla.lodoen@stud.himolde.no

1. **Er dette ditt første barn?** (n= 131)

39 % Ja 61 % Nei

2. **Når er barnet ditt født?** (n = 131)

40 % Juli-Des 2013 24 % Jan-Juni 2013 14 % Juli-Des 2012
1 % Jan-Juni 2012 14 % 2011 8 % 2010-2008

3. **Hvorfor er dere på helsestasjonen i dag?** (n= 129)

26 % Gruppekonsultasjon 70 % Individuell konsultasjon 4 % Annet 1 % Individuell og gruppe

4. **Har du fått hjemmebesøk av helsesøster?** (n= 129)

81 % Ja 19 % Nei

5. **Hvis ja, hvordan opplevde du hjemmebesøket?** (Sett kryss)

	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke
Fikk den hjelp jeg ønsket (n= 101)	94 %	4 %		2 %
Som kontroll av hjemmet (n= 97)	14 %	7 %	76 %	2 %
Fikk nyttig informasjon (n= 101)	86 %	13 %	1 %	
Fikk oppmuntring og støtte (n= 98)	88 %	9 %	2 %	1 %
Besøket var unødvendig (n= 99)	7 %	18 %	72 %	3 %

6. **Hva synes du om helsestasjonens lokaler?** (Sett kryss)

	Ja	Delvis	Nei	Vet ikke
De er trivelige (n= 130)	85 %	15 %		
De har gode av- og påkledningsmuligheter (n= 129)	88 %	11 %	2 %	
De legger til rette for sosial kontakt (n= 128)	70 %	24 %	2 %	3 %
Det er hensiktsmessig lekeplass (n= 129)	77 %	19 %	3 %	2 %
Jeg er fornøyd med helsestasjonens plassering (n= 129)	86 %	12 %	2 %	
Det er tungvint/vanskelig å komme meg til helsestasjonen (n= 126)	7 %	10 %	83 %	

7. **Hva synes du om ventetiden på helsestasjonen?** (n= 131)

3 % For lang 95 % Passe For kort 2 % Vet ikke

8. **Har du opplevd vanskeligheter med å nå fram til helsesøster utenom faste besøk?** (n= 130)

1 % Ja ofte 7 % Ja, av og til 58 % Nei 35 % Har ikke hatt behov

9. **Hvordan kunne du tenkt deg å ha kontakt med helsestasjonen?** (n= 129)

54 % SMS/Telefon 5 % E-mail 1 % Via helsestasjonens hjemmeside
2 % Brev 1 % Facebook 38 % Flere kryss

SNU ARKET ./.

Denne spørreundersøkelsen er anonym. Takk for at du tar deg tid til å svare på undersøkelsen. **VEDLEGG 5**

10. **Hvordan vurderer du tiden du får hos helsesøster/lege ved helsestasjonsbesøkene?** (Sett kryss)

	Rikelig tid	Passe	For kort tid	Vet ikke
Helsesøster (n= 127)	24 %	72 %	2 %	2 %
Lege (n= 125)	14 %	74 %	6 %	6 %

11. **Hvordan blir du møtt av personalet på helsestasjonen?** (Sett kryss)

	Imøtekommende	Varierer	Lite imøtekommende	Vet ikke
Helsesøster (n= 129)	88 %	11 %	2 %	
Lege (n= 129)	86 %	11 %	1 %	2 %
Resepsjon (n= 130)	93 %	5 %	1 %	1 %

12. **Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for?** (Sett kryss)

	For stor vekt	Passe vekt	For liten vekt	Vet ikke
Barnets utvikling (n= 130)	2 %	95 %	2 %	1 %
Samspill mellom foreldre og barn (n= 128)	1 %	89 %	3 %	7 %
Kosthold/ammning (n= 128)	7 %	83 %	4 %	6 %
Søvn (n= 129)	2 %	88 %	5 %	4 %
Forklare hensikten med de ulike konsultasjonene (n= 128)	2 %	75 %	13 %	10 %
Veiing/måling (n= 129)	5 %	92 %	2 %	1 %
Gir konkret veiledning/råd (n= 127)	3 %	79 %	13 %	5 %
Grensesetting (n= 129)		67 %	12 %	21 %
Gir deg anledning til å ta opp tema/ spørsmål som er viktig for deg (n=129)	1 %	95 %	2 %	2 %

13. **Tilslutt, litt om deg:** (n= 130)

12 % Mann 88 % Kvinne

14. **Har du mamma- eller pappapermisjon?** (n= 130)

64 % Ja 36 % Nei

15. **I hvilken skolekrets bor dere i?** (n= 128)

19 % Kvam eller Sellanrå 55 % Langmyra eller Nordbyen eller Kviltorp
 9 % Hjelset eller Kleive 17 % Vågsetra eller Sekken eller Bolsøya

16. **Hvordan kom dere til helsestasjonen i dag?** (n= 130)

77 % Egen bil 3 % Ble kjørt 4 % Tok buss 16 % Gikk Syklet

17. **Andre kommentarer?** (n= 22)

- Ønsker å minne på at vi ofte er sårbare og lett mottakelige som foreldre. Tenk over hvordan ting blir sagt.

Denne spørreundersøkelsen er anonym. Takk for at du tar deg tid til å svare på undersøkelsen. **VEDLEGG 5**

- Mitt barn er 100 % friskt og vi har ikke hatt spesielle utfordringer.
- Opplever det å få komme til helsestasjonen som en god trygghet
- Gratis parkering hadde ikke gjort noe :)
- Jordmor fra sykehuset burde gjerne være med på hjemmebesøket.
- Første hjemmebesøk bør gjennomføres av jordmor fra sykehuset. Ikke klar for så mye info på det tidspunktet.
- Er kjempe fornøyd med helsesøster og personalet her. Får alltid hjelp og de er kjempe imøtekommende.
- Vi er meget godt fornøyd med helsestasjonen og tjenestene.
- Meget fornøyd med oppfølging.
- Dårlige parkeringsmuligheter. Synes ikke at lege X passer til å være lege for barn før skolealder.
- Lite parkering ved helsestasjonen.
- Dårlige parkeringsmuligheter.
- Avsatte parkeringsplasser for besøkende ønskes
- Ofte dårlig parkering
- Vanskelig å få parkeringsplass
- Vanskelig å få parkert
- Burde vært egen parkering og den skulle vært gratis.
- Dårlig parkeringsopplegg, burde vært gratis parkeringslapp ved kontroll. Som en får når en forlater helsestasjonen som brukes ved neste kontroll.
- Av og til vanskelig å få hjelp til måling og veiing pga dårlig tid/opptatt (til spml 11, punkt 3) Dumt med barnevognplasserong i kjelleren. Litt vanskelig med parkering
- Veldig fornøyd. Mye forandringer siden jeg fikk min førstefødte i 2003. I positiv retning.
- Burde vært flere gruppetreff. Litt sjelden treff med andre barn/foreldre
- Veldig sjeldne møter. Lenge mellom hver gang.

RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSE BLANT BRUKERE AV HELSESTASJONEN I MOLDE (2014)

INNLEDNING

I dette vedlegget blir resultatene fra spørreundersøkelsen blant brukerne ved helsestasjonen presentert. Spørreundersøkelsen ble gjennomført mellom desember 2013 og februar 2014.

For å analysere resultatene er de blitt delt inn i fem temaer. Disse temaene er:

hjemmebesøk av helsesøster, helsestasjonens lokaler og ventetid, helsestasjonens personell, foreldrene til småbarna ved helsestasjonen og andre kommentarer (spørsmål 17 i spørreskjemaet). Formålet med spørreundersøkelsen er å se om foreldrene til småbarna er fornøyde med helsestasjonen i dag, etter omorganiseringen.

RESULTATER

Tema 1: Hjemmebesøk av helsesøster

Det første temaet som skal analyseres er hjemmebesøk av helsesøster etter fødsel. Dette er en tjeneste som blir tilbudt alle brukerne ved helsestasjonen. Brukerne har mulighet til å takke nei til hjemmebesøket. Hjemmebesøket utføres av helsesøster når barnet er 1-2 uker gammelt. Det første som skal analyseres er om det er flere av foreldre med mange barn som ikke fikk hjemmebesøket i forhold til de som er førstegangsforeldre. Kanskje det er slik at de med flere barn vet det meste fra før, og derfor ikke ønsker at helsesøster skal komme hjem til dem? Eller kanskje det ikke er noen forskjell?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 4: Har du fått hjemmebesøk av helsesøster?	ja	88 %	76 %	81 %
	nei	12 %	24 %	19 %
Total		100 %	100 %	100 %
N =		49	80	129

Tabell 1

Som en ser av tabell 1 så er det totalt 81 % som fikk hjemmebesøk. De som er førstegangsfødende ligger over det totale gjennomsnittet, hvor hele 88 % fikk hjemmebesøk, mot de med flere barn som ligger under gjennomsnittet. Der er det 76 % som fikk hjemmebesøk. I forhold til de som ikke fikk hjemmebesøk så er det 12 % blant førstegangsfødende, mens hos de som har flere barn er det hele 24 % som ikke fikk hjemmebesøk. Altså dobbelt så mange av de med flere barn fikk ikke hjemmebesøk. Kan dette tyde på at foreldre som har flere barn føler at de kan mer enn de som nettopp har fått sitt første barn?

Ved å se på hvordan hjemmebesøket oppleves av førstegangsførelde mot de med flere barn kan man se om hjemmebesøket oppleves som nyttig for de ulike foreldregruppene.

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 5: Hvordan opplevde du hjemmebesøket? - Fikk den hjelpen jeg ønsket	ja	93 %	95 %	94 %
	delvis	5 %	3 %	4 %
	vet ikke	2 %	2 %	2 %
Total		100 %	100 %	100 %
N =		42	59	101

Tabell 2

I forhold til om foreldrene fikk den hjelpen de ønsket gjennom hjemmebesøket så ser man at ved de med flere barn så svarte hele 95 % ”ja”, mens hos de med sitt første barn var det 93 % som svarte ”ja”. Begge disse prosentene er høye, og tyder på at begge gruppene er ganske fornøyde. Et av svaralternativene var ”nei”, og det var det ingen som svarte. Denne tabellen viser ingen forskjell mellom de med sitt første barn og de med flere barn. Tabellen viser også at foreldrene som valgte hjemmebesøk totalt sett er ganske fornøyd siden de fikk den hjelpen som de ønsket gjennom hjemmebesøket.

Et omdiskutert tema i forhold til hjemmebesøkene er hvorvidt de kan oppleves som en kontroll av hjemmet. Er det noen forskjell mellom de med flere barn og de førstegangsfødende? Opplevs det mer som en kontroll første gang i forhold til andre eller tredje gang?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 5: Hvordan opplevde du hjemmebesøket? - Som kontroll av hjemmet	ja	15 %	14 %	14 %
	delvis	15 %	2 %	7 %
	nei	67 %	82 %	76 %
	vet ikke	3 %	2 %	2 %
Total		100 %	100 %	99 %
N =		40	57	97

Tabell 3

Tabell 3 viser at det totalt er 14 % som opplever hjemmebesøket som en kontroll av hjemmet. Denne prosenten samsvarer godt med både de med sitt første barn og de med flere barn. Den store forskjellen ser man på de som opplever hjemmebesøket delvis som en kontroll av hjemmet. Her har 15 % av førstegangsførelde svart ”delvis”, mens 2 % av de med flere barn har svart ”delvis”. Slår man sammen ”ja” og ”delvis” til en gruppe vil man se at hos de førstegangsfødende utgjør denne gruppen hele 30 %, mens den hos de med flere barn utgjør gruppen 16 %. Dette gjenspeiles også blant de som ikke opplever hjemmebesøket som en kontroll. Her har 67 % av førstegangsførelde svart ”nei”, mens 82 % blant de med flere barn har svart ”nei”. Dette tyder altså på at førstegangsførelde opplever hjemmebesøket mer som en kontroll enn de med flere barn. Å oppleve hjemmebesøket som en kontroll trenger for så vidt ikke å være noe negativt. Det kan være positivt i den forstand at mødrene ved å bli kontrollert, får hjelp i forhold til sin eventuelle usikkerhet knyttet til det nye barnet. Ved å bli kontrollert kan man få en bekreftelse på at det man gjør er rett, og slik kan denne usikkerheten forsvinne. Usikkerheten kan f. eks være knyttet til stelling av spedbarnet. Det er også da naturlig at førstegangsførelde har en større grad av usikkerhet, enn de som har flere barn.

Et annet spørsmål er om informasjonen som blir gitt under hjemmebesøket oppleves som nyttig både for førstegangsførelde og for de med flere barn. Kan det tenkes at denne informasjonen er mindre nyttig for de med flere barn? Eller kanskje de med flere barn trenger å få informasjonen repetert da de ikke husker alle detaljene?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 5: Hvordan opplevde du hjemmebesøket? - Fikk nyttig informasjon	ja	91 %	83 %	86 %
	delvis	7 %	17 %	13 %
	nei	2 %		1 %
Total		100 %	100 %	100 %
N =		43	58	101

Tabell 4

Det er tydelig at begge foreldregruppene opplevde at de fikk nyttig informasjon på hjemmebesøket. Av den prosentvise fordelingen ser man allikevel at det er førstegangsforeldrene som har høyest prosent på nyttig informasjon, hele 91 %. Når det kommer til de med flere barn er det 83 % som opplevde at de fikk nyttig informasjon, og 17 % fikk delvis nyttig informasjon. Ut fra tabellen så er det ingen store ulikheter mellom førstegangsforeldre og de med flere barn. De små forskjellene kan ha en naturlig forklaring i forhold til at informasjonen kan oppleves som repeterende for de som har vært igjennom hjemmebesøk tidligere. På den måten kan informasjonen føles som delvis nyttig. Allikevel virker det som at de aller fleste er ganske fornøyd med informasjonen som blir gitt på hjemmebesøket.

Oppmuntring og støtte fra helsesøster er noe som foreldrene kan trenge ved hjemmebesøket. Er det noen forskjell mellom førstegangsfødende og de med flere barn knyttet til om de opplevde oppmuntring og støtte på hjemmebesøket? Kan det tenkes at de førstegangsfødende trenger mer oppmuntring og støtte enn de med flere barn, og at de derfor stiller høyere forventninger til helsesøster? De som har flere barn vet hva de har begitt seg utpå ved å få et spedbarn i familien, mens de som er førstegangsfødende kanskje trenger mer støtte?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 5: Hvordan opplevde du hjemmebesøket? - Fikk oppmuntring og støtte	ja	85 %	90 %	88 %
	delvis	10 %	7 %	9 %
	nei	5 %		2 %
	vet ikke		2 %	1 %
Total		100 %	99 %	100 %
N =		40	58	98

Tabell 5

Tabell 5 viser at begge foreldregruppene opplevde oppmuntring og støtte gjennom hjemmebesøket, hele 88 % svarte totalt ”ja” på dette spørsmålet. Hos foreldrene med flere barn svarte 90 % ”ja” til at de fikk oppmuntring og støtte på hjemmebesøket, mens hos førstegangsforeldrene var det 85 % som svarte ”ja”. I forhold til de som ikke opplevde støtte og oppmuntring ved hjemmebesøket var dette 5 % av førstegangsforeldrene. I denne undersøkelsen var det 40 førstegangsforeldre som svarte på disse spørsmålene, og 5 % utgjør da 2 foreldre. 2 av 98 foreldre totalt svarer at de ikke fikk oppmuntring og støtte ved hjemmebesøket. Dette er ganske få, og det kan ha vært spesielle grunner til at de opplevde hjemmebesøket slik. Kanskje de hadde problemer som helsesøster ikke oppfattet der og da? Som for eksempel at de hadde følelsesmessige svingninger. Ikke alle mennesker er like åpne om følelsene sine, og kanskje foreldrene trengte mer oppmuntring og støtte enn det de gav uttrykk for? Denne gruppen utgjør få foreldre, og det er helt klart at de aller fleste opplevde oppmuntring og støtte ved hjemmebesøket av helsesøster.

Den siste analysen under temaet hjemmebesøk er knyttet til om foreldre mener at hjemmebesøket er unødvendig. Her er det spesielt interessant å se om de med flere barn har andre meninger enn førstegangsforeldre. Det kan tenkes at de med flere barn mener at hjemmebesøket er mer unødvendig enn førstegangsforeldre. Kanskje de opplever at informasjonen er den samme, og at de da egentlig ikke trenger å få den på nytt?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 5: Hvordan opplevde du hjemmebesøket? - Besøket var unødvendig	ja		12 %	7 %
	delvis	7 %	26 %	18 %
	nei	90 %	59 %	72 %
	vet ikke	2 %	3 %	3 %
Total		99 %	100 %	100 %
N=		41	58	99

Tabell 6

Hvis man velger å slå sammen de som svarte ”ja” og de som svarte ”delvis”, vil man se at hos førstegangsforeldrene utgjør denne gruppen 7 %, mens den hos foreldrene med flere barn utgjør hele 38 %. Det er også 90 % av førstegangsforeldrene som svarte ”nei”, mens det bare var 59 % av foreldrene med flere barn som svarte ”nei”. Dette viser at det er stor forskjell mellom førstegangsforeldrene og de med flere barn. Selv om foreldrene med flere barn både opplevde at de fikk nyttig informasjon, oppmuntring og støtte, så er det allikevel 4 av 10 som svarer at hjemmebesøket av helsesøster var unødvendig. Kanskje behovet for hjemmebesøk for de med flere barn ikke er så sterkt, og at man burde vurdere å heller satse mer på hjemmebesøkene til førstegangsforeldrene? Dette kan man gjøre ved å sette av lengre tid til førstegangsforeldrene enn til de med flere barn. En må allikevel ikke glemme at 6 av 10 av foreldrene med flere barn mener at hjemmebesøket var nødvendig. Så behovet for hjemmebesøk i begge foreldregruppene eksisterer, men behovet er ikke like sterkt.

Tema 2: Helsestasjonens lokaler og ventetid

Det andre temaet som skal analyseres er helsestasjonens lokaler og ventetiden ved helsestasjonen. Dette temaet er interessant å analysere i forhold til de ulike skolekretsene som foreldrene og barna tilhører. Ved å analysere helsestasjonens lokaler kan man kanskje finne ulikheter mellom de forskjellige skolekretsene. Tidligere var det seks helsestasjoner spredt i Molde kommune, og foreldrene hadde mindre reisetid til helsestasjonen. Analysen

av dette temaet vil avdekke om foreldrene er fornøyde med helsestasjonens lokaler, plassering og ventetid. Kanskje de som bor lengre i fra helsestasjonen er mer misfornøyd med plasseringen enn de som bor sentralt i Molde? Det første som skal analyseres er om helsestasjonens lokaler er trivelige.

		Spørsmål 15: I hvilken skolekrets bor dere i?				Total
		Kvam/ Sellanrå	Langmyra/ Nordbyen/ Kviltorp	Hjelset/ Kleive	Vågsetra/ Sekken/ Bolsøya	
Spørsmål 6: Hva synes du om helsestasjonens lokaler?	ja	92 %	80 %	91 %	91 %	85 %
	delvis	8 %	20 %	9 %	9 %	15 %
- De er trivelige						
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
N=		25	69	11	22	127

Tabell 7

Tabell 7 viser at det totalt er 85 % som svarer at helsestasjonens lokaler er trivelige. 15 % mener at lokalene er delvis trivelige. Det som er interessant å se er at blant de som kommer fra skolekretsene Kvam/Sellanrå, Hjelset/Kleive og Vågsetra/Sekken/Bolsøya, er det hele 90 % som har svart ”ja” til at helsestasjonens lokaler er trivelige. Alle disse skolekretsene med unntak av Sellanrå ligger utenfor Molde sentrum, og har tidligere hatt egne helsestasjoner. Blant skolekretsene Langmyra/Nordbyen/Kviltorp har 80 % svart at helsestasjonens lokaler er trivelige. Dette er en høy prosent, og det er ingen som har svart ”nei” til at helsestasjonens lokaler er trivelige.

		Spørsmål 15: I hvilken skolekrets bor dere i?				Total
		Kvam/ Sellanrå	Langmyra/ Nordbyen/ Kviltorp	Hjelset/ Kleive	Vågsetra/ Sekken/ Bolsøya	
Spørsmål 6: Hva synes du om helsestasjonens lokaler?	ja	92 %	81 %	100 %	95 %	87 %
	delvis	8 %	16 %		4 %	11 %
	nei		3 %			2 %
- De har gode av- og påkledningsmuligheter						
Total		100 %	100 %	100 %	99 %	100 %
N=		25	68	11	22	126

Tabell 8

I forhold til av- og påkledningsmuligheter viser tabell 8 at 87 % av de som har svart på denne undersøkelsen synes at helsestasjonen har gode av- og påkledningsmuligheter. 11 % svarer at helsestasjonen har delvis gode av- og påkledningsmuligheter, mens bare 2 % svarer at helsestasjonen har dårlige av- og påkledningsmuligheter. De mest fornøyde foreldrene tilhører skolekretsene Hjelset/Kleive. Dette er den minste foreldregruppen i undersøkelsen. Foreldrene som tilhører Vågsetra/Sekken/Bolsøya er også veldig fornøyde med av- og påkledningsmulighetene, og hele 95 % har svart ”ja”. Hjelset/Kleive og Vågsetra/Sekken/Bolsøya er de skolekretsene som ligger lengst unna helsestasjonen i Molde, og resultatene i tabell 8 viser at de er meget fornøyde med av- og påkledningsmulighetene ved helsestasjonen. Langmyra/Nordbyen/Kviltorp ligger under gjennomsnittet, og her har 81 % svart ”ja”, 16 % svart ”delvis” og 3 % svart ”nei”. Dette er den eneste foreldregruppen der noen har svart at av- og påkledningsmulighetene er dårlige. Allikevel er dette veldig få, og de aller fleste i denne gruppen er ganske fornøyde. Dette er også undersøkelsens største foreldregruppe.

Et annet spørsmål som er interessant å undersøke er om foreldrene i de ulike skolekretsene mener at helsestasjonen legger til rette for sosial kontakt. Er det forskjeller mellom de ulike skolekretsene?

		Spørsmål 15: I hvilken skolekrets bor dere i?				Total
		Kvam/ Sellanrå	Langmyra/ Nordbyen/ Kviltorp	Hjelset/ Kleive	Vågsetra/ Sekken/ Bolsøya	
Spørsmål 6: Hva synes du om helsestasjonens lokaler? - De legger til rette for sosial kontakt	ja	80 %	64 %	73 %	77 %	70 %
	delvis	20 %	31 %	9 %	14 %	24 %
	nei		2 %	9 %	4 %	2 %
	vet ikke		3 %	9 %	4 %	3 %
Total		100 %	100 %	100 %	99 %	99 %
N=		25	67	11	22	125

Tabell 9

Tabell 9 viser at 70 % av foreldrene svarer at helsestasjonen legger til rette for sosial kontakt, 24 % svarer at de delvis gjør det, 2 % svarer at helsestasjonen ikke legger til rette for sosial kontakt og 3 % vet ikke. Kvam/Sellanrå er den mest fornøyde foreldregruppen, der 80 % svarer at helsestasjonen legger til rette for sosial kontakt. Etter Kvam/Sellanrå kommer Vågsetra/Sekken/Bolsøya, her svarer 77 % at helsestasjonen legger til rette for sosial kontakt. 14 % av Våsetra/Sekken/Bolsøya har svart at helsestasjonen legger delvis til rette for sosial kontakt. Hjelset/Kleive ligger også over snittet, hvor 73 % svarer at helsestasjonen legger til rette for sosial kontakt. Denne gruppen har også den største svarprosenten på de som svarer at helsestasjonen ikke legger til rette for sosial kontakt, 9 % har svart det. Siden Hjelset/Kleive bare består av 11 svar, så utgjør ikke 9 % så mange foreldre. I Langmyra/Nordbyen/Kviltorp foreldregruppen er det 64 % som har svart at helsestasjonen legger til rette for sosial kontakt. Denne prosenten ligger under snittet på 70 % totalt som har svart ”ja”. Langmyra/Nordbyen/Kviltorp har den høyeste svarprosenten på de som mener at helsestasjonen legger delvis til rette for sosial kontakt. Hele 31 % har svart dette.

Det neste spørsmålet som skal analyseres er om helsestasjonens lokaler er en hensiktsmessig lekeplass. Vil det her være forskjeller mellom de ulike foreldrene fra de forskjellige skolekretsene?

		Spørsmål 15: I hvilken skolekrets bor dere i?				Total
		Kvam/ Sellanrå	Langmyra/ Nordbyen/ Kviltorp	Hjelset/ Kleive	Vågsetra/ Sekken/ Bolsøya	
Spørsmål 6: Hva synes du om helsestasjonens lokaler? - Det er en hensiktsmessig lekeplass	ja	76 %	73 %	91 %	77 %	76 %
	delvis	24 %	21 %		18 %	19 %
	nei		3 %	9 %	4 %	3 %
	vet ikke		3 %			2 %
Total		100 %	100 %	100 %	99 %	100 %
N=		25	68	11	22	126

Tabell 10

Tabell 10 viser at 76 % av foreldrene svarer at helsestasjonens lokaler er en hensiktsmessig lekeplass, mens 19 % svarer at helsestasjonens lokaler delvis er en hensiktsmessig lekeplass. 3 % svarer at helsestasjonens lokaler ikke er noen hensiktsmessig lekeplass. Hjelset/Kleive ligger langt over snittet, og 91 % svarer at helsestasjonens lokaler er en hensiktsmessig lekeplass. Etter Hjelset/Kleive kommer Vågsetra/Sekken/Bolsøya. Der har 77 % svart at helsestasjonen er en hensiktsmessig lekeplass. Kvam/Sellanrå ligger på snittet, 76 % har svart ”ja”, mens Langmyra/Nordbyen/Kviltorp ligger litt under snittet med 73 % som har svart ”ja”. Det som har gjentatt seg både i tabell 7, 8 og 9 har vært at Langmyra/Nordbyen/Kviltorp har vært minst fornøyd av foreldregruppene, dette ser man også i tabell 10. Totalt sett så er alle foreldregruppene meget fornøyd, men det er noen små variasjoner blant skolekretsene.

Det neste som skal analyseres er i forhold til om foreldrene er fornøyd med helsestasjonens plassering. Vil da skolekretsen Langmyra/Nordbyen/Kviltorp komme dårligst ut? Eller er det skolekretsene som ligger lengst i fra helsestasjonen som er minst fornøyd?

		Spørsmål 15: I hvilken skolekrets bor dere i?				Total
		Kvam/ Sellanrå	Langmyra/ Nordbyen/ Kviltorp	Hjelset/ Kleive	Vågsetra/ Sekken/ Bolsøya	
Spørsmål 6: Hva synes du om helsestasjonens lokaler? - Jeg er fornøyd med helsestasjonens plassering	ja	92 %	91 %	60 %	77 %	86 %
	delvis	8 %	9 %	30 %	18 %	12 %
	nei			10 %	4 %	2 %
Total		100 %	100 %	100 %	99 %	100 %
N=		25	69	10	22	126

Tabell 11

I tabell 11 ser man at 86 % av foreldrene er fornøyd med helsestasjonens plassering, 12 % er delvis fornøyd, mens 2 % av foreldrene ikke er fornøyd med helsestasjonens plassering. I denne tabellen ser man klare skiller mellom skolekretsene som ligger nærme helsestasjonen, og de som ligger lengst unna. Kvam/Sellanrå og Langmyra/Nordbyen/Kviltorp har begge svarprosenten på over 90 % på de som er fornøyd med helsestasjonens plassering, resten har svart at de er delvis fornøyd. Blant skolekretsene lengst unna helsestasjonen er det Hjelset/Kleive som er minst fornøyd. Her har 60 % svart at de er fornøyd, mens 30 % er delvis fornøyd og 10 % er ikke fornøyd. I skolekretsene Vågsetra/Sekken/Bolsøya har 77 % svart at de fornøyd, mens 18 % er delvis fornøyd og 4 % er ikke fornøyd. Grunnen til at man ser forskjeller mellom skolekretsene kan komme av reiselengden til helsestasjonen. De som bor lengst unna vil bruke mer tid på å komme seg til helsestasjonen, enn de som bor nærme sentrum. Dette ser man også av at de som ikke er fornøyd med helsestasjonens plassering tilhører skolekretsene lengst unna helsestasjonen.

Det neste spørsmålet som skal analyseres er om foreldrene synes det er tungsvint/vanskelig å komme seg til helsestasjonen. Vil man her se de samme forskjellene mellom skolekretsene som i tabell 11?

		Spørsmål 15: I hvilken skolekrets bor dere i?				Total
		Kvam/ Sellanrå	Langmyra/ Nordbyen/ Kviltorp	Hjelset/ Kleive	Vågsetra/ Sekken/ Bolsøya	
Spørsmål 6: Hva synes du om helsestasjonens lokaler? - Det er tungvint/vanskelig å komme meg til helsestasjonen	ja	12 %	3 %	18 %	4 %	7 %
	delvis	12 %	6 %	27 %	14 %	10 %
	nei	76 %	91 %	54 %	82 %	83 %
Total		100 %	100 %	99 %	100 %	100 %
N=		25	65	11	22	123

Tabell 12

Av tabell 12 ser man at 7 % av foreldrene svarer at det er tungvint/vanskelig å komme seg til helsestasjonen, 10 % svarer at det er delvis tungvint/vanskelig og 83 % svarer at det ikke er tungvint/vanskelig. Hvis man slår sammen svarene ”delvis” og ”ja” vil man se at Hjelset/Kleive synes det er mest tungvint/vanskelig å komme seg til helsestasjonen. Denne gruppen vil utgjøre 45 %. Under skolekretsene Kvam/Sellanrå er det 24 % som har svart ”delvis” eller ”ja”, mens det under Vågsetra/Sekken/Bolsøya er 18 %. Den mest fornøyde foreldregruppen er Langmyra/Nordbyen/Kviltorp hvor kun 9 % har svart ”delvis” eller ”ja”. Ut fra tabell 12 ser man altså at Kvam/Sellanrå synes det er mer tungvint/vanskelig å komme seg til helsestasjonen enn Vågsetra/Sekken/Bolsøya til tross for at disse skolekretsene ligger lengre unna helsestasjonen. Det er også forskjeller mellom svarene fra foreldrene fra Hjelset/Kleive og Vågsetra/Sekken/Bolsøya, grunnen til dette kan være at det er få respondenter fra disse skolekretsene som har svart i spørreundersøkelsen.

Det vil nå være interessant å se om ventetiden ved helsestasjonen oppleves ulikt for de forskjellige foreldrene fra de ulike skolekretsene. Kan det være at de som reiser lengst opplever ventetiden som lang? Eller er det ingen forskjell mellom de ulike skolekretsene?

		Spørsmål 15: I hvilken skolekrets bor dere i?				Total
		Kvam/ Sellanrå	Langmyra/ Nordbyen/ Kviltorp	Hjelset/ Kleive	Vågsetra/ Sekken/ Bolsøya	
Spørsmål 7: Hva synes du om ventetiden på helsestasjonen?	for lang		1 %	18 %		3 %
	passe	96 %	96 %	82 %	100 %	95 %
	vet ikke	4 %	3 %			2 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
N=		25	70	11	22	128

Tabell 13

Tabell 13 viser at totalt 95 % av foreldrene ved helsestasjonen svarer at ventetiden er passe. Hos alle skolekretsene med unntak av Hjelset/Kleive har flere enn 95 % svart at de synes ventetiden er passe. Hos foreldrene fra Hjelset/Kleive mener 18 % at ventetiden er for lang, og 82 % svarer at ventetiden er passe. Det kan tenkes at det kan ha en sammenheng med reiseveien, men de fleste som reiser til helsestasjonen er fornøyde med ventetiden. Hvis man ser på Vågsetra/Sekken/Bolsøya så er foreldrene derifra de mest fornøyde, hele 100 % svarer at ventetiden er passe.

Kan det tenkes at opplevelsen av ventetiden har noe med om foreldrene har permisjon eller ikke? Kanskje de som har mamma- eller pappapermisjon har bedre tid, mens de som ikke har permisjon opplever ventetiden som lang?

		Spørsmål 14: Har du mamma- eller pappapermisjon?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 7: Hva synes du om ventetiden på helsestasjonen?	for lang	4 %	2 %	3 %
	passe	94 %	96 %	95 %
	vet ikke	2 %	2 %	2 %
Total		100 %	100 %	100 %
N=		83	47	130

Tabell 14

Av tabell 14 ser man at både de som har mamma- og pappapermisjon og de som ikke har permisjon er ganske samstemte, og 95 % svarer at ventetiden ved helsestasjonen er passe. Faktisk så er det flere som har permisjon som svarer at ventetiden er for lang enn de som ikke er i permisjon. Men dette utgjør så små prosenter, og det er ingen klare forskjeller mellom de to gruppene.

Tema 3: Helsestasjonens personell

Det tredje temaet som skal analyseres er helsestasjonens personell. I spørreundersøkelsen var det stilt spørsmål knyttet til helsesøster, legen og resepsjonen.

Helsesøster

I forhold til helsesøster vil det være interessant å analysere om foreldrene har problemer med å komme i kontakt med henne, og om behovet for kontakt er størst blant de som har sitt første barn. Kan det tenkes at de med flere barn ikke har det samme behovet for å komme i kontakt med helsesøster utenom konsultasjonene?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 8: Har du opplevd vanskeligheter med å nå frem til helsesøster utenom faste besøk?	ja ofte	2 %		1 %
	ja, av og til	10 %	5 %	7 %
	nei	56 %	59 %	58 %
	har ikke hatt behov	32 %	36 %	35 %
Total		100 %	100 %	100 %
N=		50	80	130

Tabell 15

Av tabell 15 ser man at hos de med sitt første barn så er det 12 % som har svart ”ja ofte” eller ”ja, av og til”, mens hos de med flere barn er det kun 5 % som har svart ”ja, av og til”. Dette kan tyde på at de med sitt første barn har et større behov for å komme i kontakt med helsesøster enn de med flere barn. Dette kan også være naturlig da de med sitt første barn vil ha flere spørsmål enn de som har hatt barn tidligere. Under svaralternativet ”har

ikke hatt behov” ser man at hos de med flere barn er det flere som har krysset av for det enn de med sitt første barn. Forskjellene under ”har ikke hatt behov” er ikke store.

Det neste som vil være interessant å analysere er om det finnes forskjeller mellom hvordan man vurderer tiden inne hos helsesøster mot barnets alder. Kanskje foreldrene mener at alderen på barnet har mye å si for hvor lang tid man bør ha hos helsesøster?

		Spørsmål 2: Når er barnet ditt født?						Total
		juli-des 2013	jan-juni 2013	juli-des 2012	jan-juli 2012	2011	2010- 2008	
Spørsmål 10: Hvordan vurderer du tiden du får hos helsesøster ved helsestasjons- besøkene?	rikelig	22 %	16 %	47 %		19 %	36 %	24 %
	passer	76 %	74 %	53 %	100 %	75 %	64 %	72 %
	for kort	2 %	3 %					2 %
	vet ikke		6 %			6 %		2 %
Total		100 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
N=		51	31	17	1	16	11	127

Tabell 16

I tabell 16 ser man at 24 % av foreldrene svarer at man får rikelig tid inne hos helsesøster, mens 72 % mener at man får passe tid. Det er også 2 % som svarer at tiden er for kort, og 2 % som vet ikke. Hos de som svarer at man får rikelig tid dominerer fødselstidspunktene juli-des 2012 (47 %) og 2010-2008 (36 %). Det er også viktig å legge merke til at hos de minste barna (juli-des 2013) er det hele 22 % som mener at tiden hos helsesøster er rikelig. Kan dette tyde på at man får for lang tid inne hos helsesøster? Totalt sett 24 % betyr at hver fjerde forelder ved helsestasjonen mener at tiden hos helsesøster er for lang. I forhold til de som svarer at tiden er for kort er disse blant de minste barna. Dette er små prosent, som utgjør svært lite. Kan det være at man finner variasjoner mellom de som har sitt første barn og de som har flere barn? Kanskje de med flere barn ikke trenger like lang tid inne hos helsesøster?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 10: Hvordan vurderer du tiden du får hos helsesøster ved helsestasjonsbesøkene?	rikelig	21 %	27 %	24 %
	passer	79 %	67 %	72 %
	for kort		2 %	2 %
	vet ikke		4 %	2 %
Total		100 %	100 %	100 %
N=		48	79	127

Tabell 17

Tabell 17 viser at det er noen forskjeller mellom de som har sitt første barn og de som har flere barn. 21 % av de med sitt første barn svarer at tiden hos helsesøster er rikelig, mens 27 % av de med flere barn svarer at tiden hos helsesøster er rikelig. Det som kan forklare dette er at de med flere barn kanskje ikke har like mange spørsmål å ta opp med helsesøster enn de med sitt første barn. Det som er litt overraskende er at de som mener at tiden hos helsesøster er for kort er de med flere barn. Det er ingen av de med sitt første barn som mener det samme. Uansett så utgjør dette bare 2 % så det er ikke så mange som mener at tiden er for kort.

Det neste som kan være spennende å analysere er hvordan foreldrene blir møtt av helsesøster, og om de med flere barn føler at de blir bedre møtt? Kanskje det er slik at de som har hatt flere barn hos helsesøster kjenner henne bedre, og dermed føler at helsesøster er mer imøtekommende?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 11: Hvordan blir du møtt av personalet på helsestasjonen? - Helsesøster	imøtekommende	82 %	91 %	88 %
	varierer	14 %	9 %	11 %
	lite imøtekommende	4 %		2 %
Total		100 %	100 %	101 %
N=		49	80	129

Tabell 18

Som en ser av tabell 18 er det 88 % av foreldrene som svarer at helsesøster er imøtekommende, 11 % svarer at det varierer, og 2 % svarer at helsesøster er lite imøtekommende. 91 % av foreldrene med flere barn svarer at helsesøster er imøtekommende, mens 82 % av foreldrene med sitt første barn svarer det samme. Det er bare blant foreldrene med sitt første barn at noen har svart at helsesøster er lite imøtekommende. Blant de som mener at det varierer er det 14 % av foreldrene med sitt første barn, og 9 % av foreldrene med flere barn. Det er altså forskjeller mellom de med sitt første barn og de med flere barn. Enten så er dette tilfeldig, eller så kan det forklares ved at de med flere barn kjenner helsesøster bedre, og dermed kan oppleve helsesøster som mer imøtekommende.

Legen

I forhold til legen vil det være spennende å analysere hvordan foreldrene vurderer tiden hos legen i forhold til alderen på barnet. Kanskje de med de minste barna mener at de får for liten tid hos legen enn de med større barn?

		Spørsmål 2: Når er barnet ditt født?						Total
		juli-des 2013	jan-juni 2013	juli-des 2012	jan-juli 2012	2011	2010- 2008	
Spørsmål 10: Hvordan vurderer du tiden du får hos legen ved helsestasjonsbesøkene?	rikelig	12 %	7 %	23 %		11 %	30 %	14 %
	passe	74 %	79 %	71 %	100 %	72 %	70 %	74 %
	for kort	6 %	3 %	6 %		11 %		6 %
	vet ikke	8 %	11 %			6 %		6 %
Total		100 %	101 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
N=		51	28	17	1	18	10	125

Tabell 19

Av tabell 19 ser man at 14 % av foreldrene svarer at man får rikelig tid hos legen, mens 74 % svarer at man får passe tid. Det er også 6 % som svarer at man får for kort tid, og 6 % vet ikke. I forhold til alderen på barna ser man at blant de eldste barna (2010-2008) er det 30 % som svarer at de får rikelig tid hos legen. Det er også 23 % av foreldrene med barn født i juli-desember 2012 som svarer at man får rikelig tid hos legen. I forhold til passe tid

er dette ganske jevnt over alle aldersgruppene. Blant de som mener at de får for kort tid er det alderen 2011 som skiller seg ut, her er det 11 % som har svart dette. Totalt sett er det færre som har svart at de har rikelig tid hos legen (14 %) enn hos helsesøster (24 %) (se tabell 16). Dette kan komme av at det i helsestasjonsprogrammet er lagt opp til færre besøk hos lege enn hos helsesøster, (se kapittel 2.4).

Det vil nå være spennende å se om det noen forskjell mellom hvordan foreldrene vurderer tiden hos legen i forhold til de med sitt første barn og de med flere barn.

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 10: Hvordan vurderer du tiden du får hos legen ved helsestasjonsbesøkene?	rikelig	10 %	16 %	14 %
	passe	76 %	74 %	74 %
	for kort	8 %	4 %	6 %
	vet ikke	6 %	7 %	6 %
Total		100 %	101 %	100 %
N=		49	76	125

Tabell 20

I tabell 20 ser man det samme som i tabell 17. Det er flere av de med mange barn som svarer at tiden man får hos legen er rikelig (16 %) enn de med sitt første barn (10 %). I tabell 17 kom det samme frem i forhold til helsesøster. Det er omtrent like mange i begge gruppene som har svart at tiden de får hos legen er passe. I forhold til om tiden er for kort er det dobbelt så mange av de med sitt første barn som har svart det (8 %), enn de med flere barn (4 %). Grunnen til forskjellene kan være at de med sitt første barn har flere spørsmål til legen, og derfor ønsker lengre tid enn de som har flere barn. Allikevel viser undersøkelsen at de aller fleste (74 %), samme om de har ett eller flere barn mener at tiden de får inne hos legen er passe.

Det neste som vil være interessant å analysere er hvordan foreldrene blir møtt av legen, for å se om det finnes forskjeller mellom de med sitt første barn og de med flere barn.

Kanskje de med flere barn føler at legen er mer imøtekommende enn de med sitt første barn, siden de med flere barn kjenner legen bedre?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 11: Hvordan blir du møtt av personalet på helsestasjonen? - Lege	imøtekommende	90 %	84 %	86 %
	varierer	4 %	15 %	11 %
	lite imøtekommende	2 %		1 %
	vet ikke	4 %	1 %	2 %
Total		100 %	100 %	100 %
N=		49	80	129

Tabell 21

Tabell 21 viser at 86 % av foreldrene svarer at legen er imøtekommende, 11 % svarer at det varierer, og 1 % svarer at legen er lite imøtekommende. I forhold til foreldrene med sitt første barn og de med flere barn viser resultatet av undersøkelsen det motsatte av tabell 18 (om helsesøster er imøtekommende). I tabell 18 var det flere av de med mange barn som mente at helsesøster var imøtekommende enn de med sitt første barn. Tabell 21 viser at 90 % av foreldrene med sitt første barn svarer at legen er imøtekommende, mens 84 % av foreldrene med flere barn svarer at legen er imøtekommende. Det er også forskjeller i forhold til de som mener at det varierer. Her er det 4 % av de med sitt første barn, og hele 15 % av de med flere barn. Det er bare under de med sitt første barn at noen har svart at legen er lite imøtekommende (4 %). Det er vanskelig å fastslå en grunn til variasjonene mellom de med sitt første barn og de med flere barn. Totalt sett så er det en høy prosent (86 %) som har svart at legen er imøtekommende, og det viser at de fleste mener dette.

Resepsjonen

Det vil være interessant å se om det er noen forskjeller mellom hvordan foreldrene blir møtt i resepsjonen i forhold til hvor mange barn de har. Kanskje det er slik at de med flere barn kjenner personellet i resepsjonen bedre, og dermed føler at de er mer imøtekommende enn de med sitt første barn?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 11: Hvordan blir du møtt av personalet på helsestasjonen? - Resepsjonen	imøtekommende	90 %	95 %	93 %
	varierer	6 %	5 %	5 %
	lite imøtekommende	2 %		1 %
	vet ikke	2 %		1 %
Total		100 %	100 %	100 %
N=		50	80	130

Tabell 22

I tabell 22 svarer 93 % av foreldrene at resepsjonen hos helsestasjonen er ”imøtekommende”. 5 % svarer at det varierer, 1 % svarer at resepsjonen er ”lite imøtekommende”, og 1 % vet ikke. 95 % av de med flere barn svarer at resepsjonen er ”imøtekommende”, mens 90 % av de med sitt første barn svarer det samme. I forhold til ”varierer” er gruppene ganske like med rundt 5 % hver. Forskjellen mellom de med sitt første barn og de med flere barn er ganske små. Tabell 22 viser at nesten alle foreldrene mener at resepsjonen er imøtekommende.

Tema 4: Foreldrene til småbarna ved helsestasjonen

Det fjerde temaet som skal analyseres er foreldrene til småbarna. Det som blir analysert er hvem av foreldrene som følger barnet, hvordan foreldrene og barna kommer seg til helsestasjonen, hvordan foreldrene ønsker kontakt med helsestasjonen og hvilke temaer foreldrene ønsker at helsestasjonen skal ta opp mer eller mindre.

Det første som skal analyseres er hvem av foreldrene som følger småbarna, og om alderen på barna har noe å si for hvem som følger dem. Kan det tenkes at det er mødre som følger de minste barna til helsestasjonen, mens fedrene følger de som er litt større?

		Spørsmål 2: Når er barnet ditt født?					Total	
		juli-des 2013	jan-juni 2013	juli-des 2012	jan-juli 2012	2011		2010- 2008
Spørsmål 13: Tilslutt, litt om deg:	mann	2 %	13 %	6 %		22 %	46 %	12 %
	kvinne	98 %	87 %	94 %	100 %	78 %	54 %	88 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
N=		52	31	17	1	18	11	130

Tabell 23

Tabell 23 viser at fedrene følger 12 % av småbarna, mens mødrene følger 88 % av småbarna til helsestasjonen. Det som er interessant å se er at blant de minste barna er det 98 % som blir følget av mor, mens far følger 46 % av de største barna. Det er ganske naturlig at mor følger de minste, da det er vanlig at hun tar ut sin permisjon først. Det er allikevel spennende å se at far følger nesten annethvert barn som er født mellom 2008-2010. Far følger også nesten hvert fjerde barn født i 2011.

Det neste som skal analyseres er om det finnes ulikheter i hvordan foreldrene ønsker å ha kontakt med helsestasjonen. Kan det tenkes at mor liker en metode best, mens far liker noe annet?

		Spørsmål 13: Tilslutt, litt om deg:		
		mann	kvinne	Total
Spørsmål 9: Hvordan kunne du tenkt deg å ha kontakt med helsestasjonen?	sms/tlf.	27 %	57 %	54 %
	e-mail	20 %	3 %	5 %
	hjemmeside		1 %	1 %
	brev	13 %	1 %	2 %
	facebook		1 %	1 %
	flere kryss	40 %	38 %	38 %
Total		100 %	101 %	101 %
N=		15	113	128

Tabell 24

Som en ser av tabell 24 så er det 38 % totalt av kvinnene og mennene som har satt flere kryss, altså har de ønsket å ta i bruk flere av kommunikasjonsmetodene. Men hvis man ser

på kvinnene så har 57 % svart at de ønsker å bli kontaktet av helsestasjonen via sms/telefon. Blant mennene så er det bare 27 % som ønsker å bli kontaktet via sms/telefon. Det som er interessant å se av tabell 24 er at hele 20 % av mennene ønsker å bli kontaktet via e-mail, og 13 % ønsker å bli kontaktet via brev. Hos kvinne så er det 3 % som ønsker kontakt via e-mail, og 1 % som ønsker kontakt via brev. Her er det altså store forskjeller mellom kvinnene og mennene. Det kunne vært interessant i en annen undersøkelse å undersøkt de ulike meningene til fedrene og mødrene i forhold til tjenestene ved helsestasjonene i Molde.

Etter at helsestasjonene ble omorganisert til en helsestasjon i Molde sentrum er det interessant å se hvordan foreldrene og barna kommer seg til helsestasjonen. Er det slik at de som bort lengst unna er avhengig av bil og parkeringsplass? Eller bruker alle biler uansett hvor man bor?

		Spørsmål 15: I hvilken skolekrets bor dere i?				Total
		kvam/sellanrå	lang/nord/kvil	hjelset/kleive	våg/sekk/bols	
Spørsmål 16: Hvordan kom dere til helsestasjonen i dag?	egen bil	48 %	77 %	100 %	95 %	77 %
	ble kjørt	4 %	3 %		4 %	3 %
	buss	4 %	6 %			4 %
	gikk	44 %	14 %			16 %
Total		100 %	100 %	100 %	99 %	100 %
N=		25	70	11	22	128

Tabell 25

Tabell 25 viser klart og tydelig at de som reiser lengst, skolekretsene Hjelset/Kleive og Vågsetra/Sekken/Bolsøya er de som er mest avhengig av bilen. Her har 100 % svart at de enten kjører selv eller blir kjørt av andre. Blant skolekretsene som ligger nærmest helsestasjonen så er det 80 % av Langmyra/Nordbyen/Kviltorp og 52 % av Kvam/Sellanrå som kjører egen bil eller blir kjørt. Grunnen til at det er så få som kjører bil blant Kvam/Sellanrå er nok at skolekretsen Sellanrå er den nærmeste skolekretsen til helsestasjonen, og hele 44 % av denne foreldregruppen gikk til helsestasjonen i følge undersøkelsen.

Det neste som skal analyseres er hvilke temaer foreldrene mener at helsestasjonen legger for mye eller for lite vekt på (spørsmål 12). Det første temaet er barnets utvikling, og skal analyseres mot alderen på barnet. Kan det tenkes at foreldrene synes at dette temaet er viktigst de første leveårene? Eller kanskje helsestasjonen legger for lite vekt på dette temaet?

		<u>Spørsmål 2: Når er barnet ditt født?</u>						Total
		juli-des 2013	jan-juni 2013	juli-des 2012	jan-juli 2012	2011	2010- 2008	
Spørsmål 12: Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for? - Barnets utvikling	for stor vekt	2 %		6 %			9 %	2 %
	passe vekt	94 %	100 %	94 %	100 %	94 %	91 %	95 %
	for liten vekt	2 %				6 %		1 %
	vet ikke	2 %						1 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	99 %
N=		52	31	17	1	18	11	130

Tabell 26

Når det kommer til barnets utvikling svarer hele 95 % av foreldrene at helsestasjonen legger passe vekt på dette temaet. Når man ser på alderen til barna kan man finne noen variasjoner i svarene. 9 % av foreldrene til barna som er født mellom 2010-2008, og 6 % av foreldrene til barna født mellom juli-desember 2012 svarer at helsestasjonen legger for stor vekt på barnets utvikling. Det er 6 % av foreldrene til barna født i 2011 som svarer at helsestasjon legger for liten vekt på barnets utvikling. Selv om det er noen små forskjeller i svarene fra foreldrene, så mener godt over 90 % av foreldrene at helsestasjonen legger passe vekt på barnets utvikling.

Det neste temaet er samspill mellom foreldre og barn. Kanskje foreldrene er mer uenige om dette temaet?

		Spørsmål 2: Når er barnet ditt født?					2010-2008	Total
		juli-des 2013	jan-juni 2013	juli-des 2012	jan-juli 2012	2011		
Spørsmål 12: Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for? - Samspill mellom foreldre og barn	for stor vekt			6 %				1 %
	passe vekt	94 %	87 %	94 %	100 %	76 %	82 %	89 %
	for liten vekt	2 %				12 %	9 %	3 %
	vet ikke	4 %	13 %			12 %	9 %	7 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
N=		52	30	17	1	17	11	128

Tabell 27

Tabell 27 viser at 89 % av foreldrene svarer at helsestasjonen legger passe vekt på samspill mellom foreldre og barn. Blant barna født i 2011 er det 76 % av foreldrene som svarer at helsestasjonen legger passe vekt på samspill mellom foreldre og barn. Dette er den eneste aldersgruppen hvor den prosentvisescoren er under 80 % på passe vekt. Blant barna født i 2011 er det 12 % som svarer at helsestasjonen legger for liten vekt på samspill mellom foreldre og barn, og 12 % som har svart ”vet ikke”. Analysen av tabell 27 viser ingen store variasjoner mellom de ulike aldersgruppene og hvordan helsestasjonen legger vekt på temaet ”samspill mellom foreldre og barn”.

Det blir nå interessant å analysere temaet ”kosthold/amming”. Kan det tenkes at det blir for mye fokus på dette temaet blant de minste barna?

		Spørsmål 2: Når er barnet ditt født?					2010-2008	Total
		juli-des 2013	jan-juni 2013	juli-des 2012	jan-juli 2012	2011		
Spørsmål 12: Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for? - Kosthold/amming	for stor vekt	6 %	3 %	19 %			18 %	7 %
	passe vekt	85 %	93 %	69 %		76 %	82 %	83 %
	for liten vekt	6 %		6 %		6 %		4 %
	vet ikke	4 %	3 %	6 %	100 %	18 %		6 %
Total		101 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
N=		52	31	16	1	17	11	128

Tabell 28

Når det kommer til temaet ”kosthold/amming” er det 83 % av foreldrene som svarer at helsestasjonen legger passe vekt på kosthold/amming, mens 7 % svarer at det er for mye vekt på dette temaet. Det er også 4 % som svarer at det er for liten vekt på kosthold/amming, og 6 % som svarer at de vet ikke. Den høyeste oppslutningen på ”passe vekt” finner man blant de minste barna, som er født juli-des 2013 (85 %) og jan-juni 2013 (93 %). Blant barna som er født juli-des 2012 og 2010-2008 svarer ca. hver femte forelder at helsestasjonen legger for mye vekt på temaet kosthold/amming. Grunnen til at 100 % av foreldrene til barna født i jan-juli 2012 har svart ”vet ikke” er at det bare er en forelder i den gruppen. Selv om man kan se noen små forskjeller mellom de ulike aldersgruppene, så svarer tross alt 4 av 5 at helsestasjonen legger passe vekt på kosthold/amming, og dette er ganske bra.

Det neste temaet er søvn. Dette er et tema som det kanskje må snakkes ekstra mye om både blant foreldrene for de små barna og for de litt større barna. Kan det tenkes at foreldrene ønsker å lære enda mer om dette temaet?

		Spørsmål 2: Når er barnet ditt født?						Total
		juli-des 2013	jan-juni 2013	juli-des 2012	jan-juli 2012	2011	2010- 2008	
Spørsmål 12: Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for? - Søvn	for stor vekt	2 %		6 %			9 %	2 %
	passe vekt	90 %	93 %	94 %	100 %	65 %	91 %	88 %
	for liten vekt	6 %	3 %			18 %		5 %
	vet ikke	2 %	3 %			18 %		4 %
Total		100 %	99 %	100 %	100 %	101 %	100 %	99 %
N=		52	31	17	1	17	11	129

Tabell 29

Tabell 29 viser at 88 % av foreldrene svarer at helsestasjonen legger passe vekt på temaet ”søvn”. Det er 2 % som svarer ”for stor vekt”, 5 % som svarer ”for liten vekt” og 4 % som svarer ”vet ikke”. Blant alle aldersgruppene med unntak av barna som er født i 2011 er det over 90 % som har svart ”passe vekt”. Blant barna født i 2011 er det bare 65 % som har svart ”passe vekt”. I denne gruppen er det også hele 18 % som har svart ”for liten vekt”, og 18 % som ”vet ikke”. Tabell 29 viser at alle foreldrene med unntak av de til barna født i 2011 er ganske fornøyd med informasjonen de får fra helsestasjonen om temaet ”søvn”.

Det neste temaet som skal analyseres er ”forklare hensikten med de ulike konsultasjonene”. Kanskje det er slik at det er vanskeligere å forstå hensikten bak konsultasjonene når man har med sitt første barn? Derfor skal dette temaet analyseres mot foreldre med sitt første barn og foreldre med flere barn.

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 12: Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for? - Forklare hensikten med de ulike konsultasjonene	for stor vekt	2 %	2 %	2 %
	passer vekt	67 %	80 %	75 %
	for liten vekt	18 %	9 %	13 %
	vet ikke	12 %	9 %	10 %
Total		99 %	100 %	100 %
N=		49	79	128

Tabell 30

I forhold til å forklare hensikten med de ulike konsultasjonene så svarer 75 % av foreldrene at helsestasjonen legger passe vekt på dette temaet. Det er allikevel forskjeller mellom førstegangsforeldre og foreldrene med flere barn. 80 % av foreldrene med flere barn, og 67 % av førstegangsforeldrene svarer at helsestasjonen legger passe vekt på å forklare hensikten med de ulike konsultasjonene. Når det kommer til de som svarer at helsestasjonen legger for liten vekt, er det dobbelt så mange blant førstegangsforeldrene (18 %) enn blant de med flere barn (9 %) som har svart dette. Det er altså forskjeller mellom de som er førstegangsforeldre og de som har flere barn. De som har flere barn har mest sannsynlig fått forklart de ulike konsultasjonene flere ganger, og vil derfor ha en større forståelse av konsultasjonene enn de med sitt første barn. Kanskje man på de individuelle konsultasjonene burde forklare førstegangsforeldrene bedre hva hensikten med konsultasjonen er?

Det neste temaet som skal analyseres er veiing/måling. Kanskje man finner forskjeller mellom de ulike aldersgruppene til barna? Kanskje foreldrene blant de største barn mener at det er for liten vekt på veiing/måling, mens foreldrene til de største barna mener at det er for stor vekt?

		Spørsmål 2: Når er barnet ditt født?						Total
		juli-des 2013	jan-juni 2013	juli-des 2012	jan-juli 2012	2011	2010- 2008	
Spørsmål 12: Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for? - Veiling/måling	for stor vekt	2 %		18 %		12 %	9 %	5 %
	passe vekt	98 %	93 %	82 %	100 %	82 %	91 %	92 %
	for liten vekt		6 %					2 %
	vet ikke					6 %		1 %
Total		100 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
N=		52	31	17	1	17	11	129

Tabell 31

Tabell 31 viser at 92 % av foreldrene svarer at helsestasjonen legger passe vekt på veiling/måling. Når det kommer til passe vekt er foreldrene ganske enige, men blant tre av aldersgruppene er det også foreldre som har svart at helsestasjonen legger for stor vekt på veiling/måling. Dette er blant barna født i juli-des 2012 (18 %), 2011 (12 %) og 2010-2008 (9 %). Allikevel er det 9 av 10 foreldre som har svart at helsestasjonen legger passe vekt, og det tyder på at de fleste er fornøyd med helsestasjonens vekt på veiling/måling av barna.

Å gi konkret veiledning/råd er det neste temaet som skal analyseres. Kan det tenkes at førstegangsforeldrene trenger mer konkrete råd/veiledning, og derfor synes at helsestasjonen legger for liten vekt på dette temaet i forhold til hva foreldrene med flere barn mener?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 12: Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for? - Gir konkret veiledning/råd	for stor vekt	2 %	4 %	3 %
	passe vekt	74 %	82 %	79 %
	for liten vekt	17 %	10 %	13 %
	vet ikke	6 %	4 %	5 %
Total		99 %	100 %	100 %
N=		47	80	127

Tabell 32

Av tabell 32 ser man at 79 % av foreldrene svarer at helsestasjonen legger passe vekt på å gi konkret veiledning/råd, 3 % svarer at det er for stor vekt, 13 % for liten vekt og 5 % vet ikke. Blant førstegangsforeldrene er det 74 %, og blant foreldrene med flere barn er det 82 % som svarer at det er passe vekt på å gi konkret veiledning/råd. Når det kommer til de som har svart at det er for liten vekt er det 17 % av førstegangsforeldrene og 10 % av foreldrene med flere barn som har svart dette. Det kan tyde på at førstegangsforeldrene kanskje ønsker mer veiledning/råd enn hva foreldrene med flere barn ønsker. Dette kan komme av at foreldrene med flere barn kan en del mer om barna enn hva førstegangsforeldre kan.

Det neste temaet som skal analyseres er grensesetting. Dette temaet skal analyseres mot alderen på barna. Kan det tenkes at foreldrene til barna har ulike meninger om hvilken vekt helsestasjonen legger på dette temaet? Kanskje de med de eldste barna ønsker mer fokus på grensesetting?

		Spørsmål 2: Når er barnet ditt født?						Total
		juli-des 2013	jan-juni 2013	juli-des 2012	jan-juli 2012	2011	2010-2008	
Spørsmål 12: Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for? - Grensesetting	passe vekt	54 %	81 %	65 %	100 %	76 %	73 %	67 %
	for liten vekt	11 %	6 %	23 %		12 %	18 %	12 %
	vet ikke	35 %	13 %	12 %		12 %	9 %	21 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
N=		52	31	17	1	17	11	129

Tabell 33

I følge tabell 33 svarer 67 % av foreldrene at helsestasjonen legger passe vekt på grensesetting. Det er 12 % som svarer at det er for liten vekt, og 21 % vet ikke. Hos de aller minste barna (født juli-des 2013) svarer bare 54 % at helsestasjonen legger passe vekt på grensesetting, mens 11 % svarer at det er for liten vekt og 35 % vet ikke. Det er ganske naturlig at det er liten oppslutning rundt passe vekt blant den yngste aldersgruppen da barna er så små at temaet grensesetting ikke er like aktuelt å lære vekk på dette aldersstadiet. Dette kan også være en forklaring på hvorfor hele 35 % har svart vet ikke. De har rett og slett ikke fått noe særlig informasjon om grensesetting når barna er så små.

Hver fjerde forelder av barna født i juli-des 2012 har i undersøkelsen svart at det er for liten vekt på temaet grensesetting. Av de eldste barna (født 2010-2008) er det 18 % som har svart at det er for liten vekt på grensesetting. Grensesetting er det temaet hittil som det har vært lavest oppslutning rundt svaralternativet ”passe vekt”. Mye kan tyde på at grunnene til dette er at temaet grensesetting ikke er like aktuelt i alle aldersgruppene. Det er også ingen av foreldrene i undersøkelsen som har svart at det er for stor vekt på grensesetting. Kanskje grensesetting er et tema som helsestasjonen burde gå grundigere inn på?

Det siste temaet som skal analyseres er om helsestasjonene gir foreldrene anledning til å ta opp tema/spørsmål som er viktig for dem. Dette temaet skal analyseres mot foreldre med sitt første barn og foreldre med flere barn. Får foreldrene med sitt første barn tatt opp alle de spørsmålene/temaene som de ønsker? Kanskje det er slik at de trenger mer informasjon da det er første gang de har barn?

		Spørsmål 1: Er dette ditt første barn?		Total
		ja	nei	
Spørsmål 12: Legger helsestasjonen vekt på det du mener er viktigst og har behov for? - Gir deg anledning til å ta opp tema/spørsmål som er viktig for deg	for stor vekt	2 %		1 %
	passe vekt	96 %	94 %	95 %
	for liten vekt	2 %	2 %	2 %
	vet ikke		4 %	2 %
Total		100 %	100 %	100 %
N=		49	80	129

Tabell 34

Tabell 34 viser at 95 % av foreldrene svarer at helsestasjonen legger passe vekt på å gi dem anledning til å ta opp tema/spørsmål som er viktig for dem. Det er faktisk blant de med sitt første barn at flest har svart at helsestasjonen legger passe vekt på dette temaet (96 %). Blant foreldrene med flere barn er det 94 % som har svart at helsestasjonen legger passe vekt. Det er derfor veldig stor enighet blant foreldrene, og de aller fleste er veldig fornøyd med at helsestasjonen gir de anledning til å ta opp tema/spørsmål som er viktig for dem. Det er også veldig positivt å se at det ikke er noen forskjell mellom foreldre selv om noen av dem er førstegangsførelde. Det viser at helsestasjonen er flink til å besvare spørsmålene fra alle foreldrene.

Tema 5: Andre kommentarer

I spørreskjemaet var spørsmål 17 et kommentarfelt hvor foreldrene selv kunne skrive kommentarer til helsestasjonene. Nedenfor er disse kommentarene delt opp og kategorisert. Det blir nå en gjennomgang av disse kommentarene.

Tema	Kommentar
Hjemmebesøk av helsesøster	<ul style="list-style-type: none"> • Jordmor fra sykehuset burde gjerne være med på hjemmebesøket. • Første hjemmebesøk bør gjennomføres av jordmor fra sykehuset. Ikke klar for så mye info på det tidspunktet.
Helsestasjonen og tjenestene	<ul style="list-style-type: none"> • Veldig fornøyd. Mye forandringer siden jeg fikk min førstefødte i 2003. I positiv retning. • Meget fornøyd med oppfølging. • Vi er meget godt fornøyd med helsestasjonen og tjenestene. • Opplever det å få komme til helsestasjonen som en god trygghet. • Dumt med barnevognplassering i kjelleren.
Parkering	<ul style="list-style-type: none"> • Gratis parkering hadde ikke gjort noe :) • Lite parkering ved helsestasjonen. • Dårlige parkeringsmuligheter. • Avsatte parkeringsplasser for besøkende ønskes. • Ofte dårlig parkering. • Vanskelig å få parkeringsplass. • Vanskelig å få parkert. • Burde vært egen parkering og den skulle vært gratis. • Dårlig parkeringsopplegg, burde vært gratis parkeringslapp ved kontroll. Som en får når en forlater helsestasjonen som brukes ved neste kontroll. • Dårlige parkeringsmuligheter. • Litt vanskelig med parkering.
Helsestasjonens personell	<ul style="list-style-type: none"> • Er kjempe fornøyd med helsesøster og personalet her. Får alltid hjelp og de er kjempe imøtekommende. • Synes ikke at lege X passer til å være lege for barn før skolealder. • Av og til vanskelig å få hjelp til måling og veiing pga dårlig tid/opptatt.
Gruppe-konsultasjoner	<ul style="list-style-type: none"> • Burde vært flere gruppetreff. Litt sjelden treff med andre barn/foreldre. • Veldig sjeldne møter. Lenge mellom hver gang.
Foreldrene til småbarna	<ul style="list-style-type: none"> • Ønsker å minne på at vi ofte er sårbare og lettmottakelige som foreldre. Tenk over hvordan ting blir sagt. • Mitt barn er 100 % friskt og vi har ikke hatt spesielle utfordringer.

Tabell 35

Hjemmebesøk av helsesøster

Begge kommentarene under temaet hjemmebesøk handler om at jordmor fra sykehuset burde være med på hjemmebesøkene. I dag gjennomføres hjemmebesøkene av helsesøster, og ikke av jordmor. Disse kommentarene om jordmor kan være interessant for helsestasjonen å ta med seg, og vurdere om det kan være mulig å gjennomføre. I den ene kommentaren står det også at man ikke er klar for så mye informasjon på det tidspunktet. Hjemmebesøket gjennomføres når barna er mellom 1-2 uker gammelt, og det kan kanskje være mulig å sette hjemmebesøkene senere? På den andre side er formålet med hjemmebesøk å besøke mor og barn rett etter fødselen. Begge disse kommentarene vil være nyttige for helsestasjonen å ta med seg videre. Allikevel er det viktig å se på analysene som ble gjort under hjemmebesøk av helsesøster. De viser at de aller fleste var svært fornøyd med hjemmebesøket, og hele 86 % svarte at de hadde fått nyttig informasjon på hjemmebesøket av helsesøster. Dette kan kanskje tyde på at informasjonen som blir gitt under hjemmebesøket oppleves som nyttig for de fleste, og ikke for mye, slik som kommentaren sier.

Helsestasjonen og tjenestene

Under dette temaet er det fire svært positive kommentarer om helsestasjonen. Her står det blant annet at å besøke helsestasjonen oppleves som en trygghet, det er god oppfølging på helsestasjonen og at de er veldig fornøyd med helsestasjonen og tjenestene. Den mest interessante kommentaren her er: *Veldig fornøyd. Mye forandringer siden jeg fikk min førstefødte i 2003. I positiv retning.* Denne kommentaren er skrevet av en forelder som har opplevd helsestasjonen både før og etter omorganiseringen. Det som er interessant her er at forelderen omtaler at det har vært mye forandringer ved helsestasjonen siden 2003, men i positiv retning. Denne forelderen er altså svært fornøyd med helsestasjonen nå etter omorganiseringen. Den siste kommentaren under dette temaet er om barnevognplassering i kjelleren. Dette er noe helsestasjonen må diskutere internt, og se om det finnes noen annen løsning på.

Parkering

De aller fleste kommentarene som kom inn fra spørreundersøkelsen handlet om parkering. Hele 11 kommentarer omhandlet dårlige parkeringsmuligheter, og ønske om å få gratis avsatte parkeringsplasser ved helsestasjonen. Dette temaet er noe helsestasjonen må ta opp internt, og se om det finnes noen løsninger på. I tabell 25 ble hvordan foreldrene kom seg

til helsestasjonen analysert mot hvilken skolekrets de bor i. Her kom det frem at 100 % av foreldrene og barna fra skolekretsene lengst unna helsestasjonen er avhengig av bil for å komme seg på helsestasjonen. Det var også hele 80 % av foreldrene fra skolekretsene Langmyra/Nordbyen/Kviltorp som bruker bil til helsestasjonen. Parkering er derfor aktuelt for nesten alle brukerne av helsestasjonen i Molde, og dette forklarer hvorfor så mange har kommentert temaet i spørreundersøkelsen.

Helsestasjonens personell

Den første kommentaren under helsestasjonens personell er en veldig positiv kommentar hvor forelderens omtaler helsestasjonens personell som kjempe imøtekommende. Dette stemmer ganske bra med analysene i tabell 18 hvor hele 88 % av foreldrene har svart at helsesøster er imøtekommende, i tabell 21 har 86 % svart at legen er imøtekommende og 93 % har i tabell 22 svart at resepsjonen er imøtekommende. Den siste kommentaren under helsestasjonens personell er fra en forelder som har opplevd problemer med å få hjelp til veiing/måling av personellet i resepsjonen pga dårlig tid/opptatt. Her er det snakk om veiinger/målinger i ventelokalet, og resepsjonen har flere oppgaver som kan gjøre at de ikke alltid har tid til å bistå med dette. Funnene i analysen av resepsjonen i tabell 22 viser at hele 93 % av foreldrene opplever resepsjonen som imøtekommende. Hadde det vært mange som opplevde samme problemer, med å ikke få hjelp til veiing/måling ville nok resultatene fra spørreundersøkelsen i tabell 22 sett annerledes ut. Det kan tenkes at forelderens som skrev denne kommentaren har vært uheldig. Dette vil være en kommentar som helsestasjonen bør ta opp internt å se nærmere på om det er et problem.

Gruppekonsultasjoner

Under gruppekonsultasjoner er det to kommentarer fra to foreldre som ønsker flere gruppetreff hvor de kan møte andre foreldre og barn. I følge programmet til helsestasjonen, (se kapittel 2.4), er det lagt opp til tre gruppekonsultasjoner. Om helsestasjonen ønsker å innføre flere gruppekonsultasjoner bør være noe de kan diskutere internt. Ut fra de to kommentarene kan det tyde på at flere av foreldre ønsker å møte andre foreldre og barn oftere. Alt trenger ikke å være et offentlig opplegg, en mulig løsning kan være at foreldrene seg imellom på frivillig basis avtaler møter hvor de samles. Dette kan f. eks være på lekeplasser eller hjemme hos hverandre, og kan være et godt alternativ hvor foreldrene får møte andre foreldre og barn. I intervjuet med Janne Vindenes Loe forteller hun at flere av gruppene ved helsestasjonen har blitt så godt kjent med hverandre at de

møtes ukentlig, (se kapittel 5.3.4, side 63). Dette viser at det er fullt mulig for foreldrene på frivillig basis å møte andre foreldre utenom gruppekonsultasjonene ved helsestasjonen.

Foreldrene til småbarna

Det er skrevet to kommentarer under dette temaet. Den første kommentaren er en påminnelse rettet mot helsestasjonen: *Ønsker å minne på at vi ofte er sårbare og lettmottakelige som foreldre. Tenk over hvordan ting blir sagt.* Mest sannsynlig er den nok skrevet av en forelder som har blitt såret, eller som har sett en annen forelder blitt såret. Kommentaren er nyttig, og bør videreformidles til personellet ved helsestasjonen. Den andre kommentaren er fra en forelder som ikke har opplevd noen spesielle utfordringer, da barnet er helt friskt.

OPPSUMMERING AV TEMAENE

Her blir de fem temaene oppsummert hver for seg. Deretter er det en liten oppsummering av de viktigste funnene i analysene totalt sett.

Tema 1: Hjemmebesøk av helsesøster

Hjemmebesøk av helsesøster er i dag en frivillig tjeneste til foreldrene, og de fleste som har svart på denne undersøkelsen har fått hjemmebesøk. Av analysen kommer det frem at flere av de med sitt første barn har fått hjemmebesøk enn de med flere barn. Dette kan komme av at de med flere barn ikke har det samme behovet som de med sitt første barn. Når det kommer til hjemmebesøket var det hele 94 % som svarte at de fikk den hjelpen de ønsket. Man kunne se noen små variasjoner mellom de med sitt første barn og de med flere barn, men disse var ikke store (2 %). Den største forskjellen mellom de som har sitt første barn og de med flere barn så man under analysen av om hjemmebesøket opplevdes som en kontroll av hjemmet. Her var det dobbelt så mange av de med sitt første barn som svarte ”ja” eller ”delvis” enn de med flere barn. Når det kommer til om foreldrene fikk nyttig informasjon under hjemmebesøket var det flere av de med sitt første barn enn de med mange barn som svarte ”ja”. Dette kan komme av at informasjonen for de med flere barn kan oppleves som gjentakende/repeterende, og derfor ikke fullt så nyttig som for de som ikke har fått denne informasjonen tidligere. I forhold til oppmuntring og støtte var det 88 % av foreldrene som opplevde det under hjemmebesøket. Det var allikevel noen små forskjeller mellom de med sitt første barn og de med flere barn. Det siste som ble analysert

var om besøket opplevdes som unødvendig. Her var det klart flere av de med mange barn som opplevde hjemmebesøket som unødvendig enn de med sitt første barn. Dette kan forklares ved at de med flere barn har vært igjennom hjemmebesøk tidligere, og derfor ikke får den samme nytten som førstegangsforeldrene. Det virker som om foreldrene til barna ved helsestasjonen er fornøyd med hjemmebesøkstilbudet. Alle de seks ulike tabellene som har vært analysert viser totalt sett at hjemmebesøkene fungerer godt. Man kan allikevel finne noen forskjeller mellom de med sitt første barn og de med flere barn. Disse forskjellene kan kanskje tyde på at det går an å gjøre noen endringer i dagens tjeneste ut i fra behovet hos foreldrene.

Tema 2: Helsestasjonens lokaler og ventetid

Under dette temaet ble helsestasjonens lokaler analysert i forhold til foreldrene fra de ulike skolekretsene. Dette ble gjort for å se om det finnes noen forskjeller mellom skolekretsene. Kanskje de som reiser langt som Hjelset/Kleive og Vågsetra/Sekken/Bolsøya er mindre fornøyde med helsestasjonen og plasseringen enn de som har kort reisevei? Kanskje noen av foreldrene til barna ved helsestasjonen i dag hadde småbarn før omorganiseringen i 2009, og dermed husket hvordan de lokale helsestasjonene var? Dette kan kanskje gjenspeiles i svarene fra undersøkelsen. Tabell 7, 8, 9 og 10 var knyttet til om helsestasjonens lokaler er trivelige, har gode av- og påkledningsmuligheter, om den legger til rette for sosial kontakt og om den er en hensiktsmessig lekeplass. Overraskende nok så viste svarene fra de ulike skolekretsene at de mest fornøyde foreldrene knyttet til disse spørsmålene var de fra Kvam/Sellanrå, Hjelset/Kleive og Vågsetra/Sekken/Bolsøya. Foreldrene fra Langmyra/Nordbyen/Kviltorp var mindre fornøyde. I forhold til tabell 11, helsestasjonens plassering, så man klare forskjeller mellom foreldrene fra de ulike skolekretsene. Her var det foreldrene fra skolekretsene nærmest helsestasjonen som var mest fornøyde, mens de fra Hjelset/Kleive og Vågsetra/Sekken/Bolsøya var mindre fornøyde. I tabell 12, om det er tungvint å komme seg til helsestasjonen, var det Hjelset/Kleive som skilte seg mest ut. Foreldrene fra disse skolekretsene opplever det mer tungvint å komme seg til helsestasjonen enn de andre foreldrene. I forhold til ventetiden ved helsestasjonen så var det også Hjelset/Kleive som var mindre fornøyd enn de andre foreldrene. Allikevel må det påpekes at forskjellene ikke er veldig store. I tabell 14 ble ventetiden analysert mot om foreldrene har mamma- eller pappapermisjon. Analysen viste ingen forskjell mellom disse foreldregruppene. Totalt sett virker det som foreldrene ved

helsestasjonen i Molde er meget fornøyde med helsestasjonen, men det finnes noen små variasjoner mellom de ulike foreldregruppene.

Tema 3: Helsestasjonens personell

Helsestasjonens personell var det tredje temaet som ble analysert. Analysen ble delt inn i tre; helsesøster, legen og resepsjonen. Under helsesøster ble flere forhold som vanskeligheter med å nå frem utenom faste besøk, hvordan foreldrene vurderer tiden inne hos helsesøster og hvordan foreldrene blir møtt av helsesøster analysert. Analysene viste at problemer med å nå frem til helsesøster var størst blant førstegangsforeldrene. En av grunnene til dette kan være at de med sitt første barn har et større behov for å kontakte helsesøster utenom faste besøk enn de med flere barn. Når det kommer til hvordan foreldrene vurderer tiden inne hos helsesøster så viser undersøkelsen at hver fjerde forelder svarte at de får for lang tid inne hos helsesøster. Det kom også frem at det var flere av de med mange barn som svarte at tiden hos helsesøster er for lang, enn de med sitt første barn. Dette kan tyde på at de med sitt første barn har flere spørsmål til helsesøster enn de som har flere barn. Analysen viste at 88 % av foreldrene svarte at helsesøster er imøtekommende. Det ble funnet forskjeller mellom de med sitt første barn og de med flere barn. Det var flere av de med mange barn som svarte at helsesøster var imøtekommende enn de med sitt første barn. Dette kan komme av at de med flere barn kan ha vært inne hos helsesøster tidligere, og derfor kjenner henne bedre enn de som er der med sitt første barn. I forhold til legen ble forhold som hvordan foreldrene vurderer tiden inne hos legen og hvordan foreldrene blir møtt av legen analysert. I analysen kom det frem at 14 % av foreldrene svarte at de får rikelig tid inne hos legen. Det er hele 10 % flere som svarte at de fikk rikelig tid hos helsesøster enn de som har svart at de fikk rikelig tid hos legen. En grunn til dette kan være at det i helsestasjonsprogrammet er lagt opp til langt flere besøk hos helsesøster enn hos legen, (se kapittel 2.4). Det var flere av de med de eldste barna (født 2010-2008) som svarte at de fikk rikelig tid hos lege enn de med de yngste barna. Det var også forskjeller mellom de med sitt første barn og de med flere barn. Det var flere av de med flere barn som mente at tiden hos legen er rikelig enn de med sitt første barn. Grunnen til dette kan være det samme som under analysen av helsesøster, altså at de med sitt første barn har flere spørsmål enn de med mange barn. Når det kommer til om legen er imøtekommende viste analysen at det var flere av de med sitt første barn som svarte at legen er imøtekommende enn de med flere barn. Dette er det motsatte av det som kom frem under analysen av helsesøster. Det siste som ble analysert var resepsjonen. Det ble

foretatt en analyse av hvordan foreldrene blir møtt av resepsjonen i forhold til om de har sitt første barn eller flere barn. Analysen viste at 93 % av foreldrene svarte at resepsjonen er imøtekommende. Resepsjonen fikk dermed større prosentviscoren på imøtekommende enn både helsesøster og lege. Det var noen små variasjoner mellom de med sitt første barn og de med flere barn. Analysen viste at det var flere av de med mange barn som svarte at resepsjonen er imøtekommende enn de med sitt første barn. Alle analysene av dette temaet viser at de fleste er ganske fornøyde med helsestasjonens personell, men man kan se noen små forskjeller mellom de med sitt første barn og de med flere barn.

Tema 4: Foreldrene til småbarna ved helsestasjonen

Det fjerde temaet som ble analysert var foreldrene til småbarna ved helsestasjonen. Det første som ble sett på var hvem av foreldrene som følger barna til helsestasjonen. Av analysen kom det frem at mødrene følger de yngste barna, mens fedrene følger hele 46 % av de eldste barna. Det kom også frem at fedrene totalt sett følger 12 % av alle barna ved helsestasjonen. Det neste som ble analysert var hvordan foreldrene ønsker å bli kontaktet av helsestasjonen. Av analysen kom det frem at det var noen forskjeller mellom mødrene og fedrene. Mødrene ønsket mest å bli kontaktet via sms/telefon, mens hos fedrene var det både ønske om sms/telefon, e-mail og brev. Det ble også analysert hvordan foreldrene kommer seg til helsestasjonen mot hvilken skolekrets de tilhører. Her kom det frem at alle de som bor lengst unna, Hjelset/Kleive og Vågsetra/Sekken/Bolsøya er helt avhengig av bil for å komme seg til helsestasjonen. Av skolekretsene som er nærmere helsestasjonen var det Kvam/Sellanrå som var minst avhengig av bil. Hele 44 % av den gruppen gikk til helsestasjonen. Det siste som ble analysert var hvilke temaer som helsestasjonen tar opp, og om foreldrene synes de legger nok vekt på disse temaene (spørsmål 12 i spørreskjemaet). Totalt sett viste alle disse analysene at foreldrene er ganske fornøyde, og over 83 % har svart at helsestasjonen legger passe vekt på følgende tema: barnets utvikling, samspill mellom foreldre og barn, kosthold/amming, søvn, veiing/måling og å gi foreldrene anledning til å ta opp tema/spørsmål som er viktig for dem. Det var ganske høy oppslutning på disse temaene, som viser at foreldrene er godt fornøyde. Når det gjelder de tre andre temaene som ble analysert så var det en lavere prosent som hadde svart passe vekt på disse. Ved temaet ”forklare hensikten med de ulike konsultasjonene” var det forskjeller mellom førstegangsforeldre og foreldre med flere barn. Dette kan komme av at foreldre med flere barn både har sett og blitt forklart hva konsultasjonene går ut på tidligere. Her var det 75 % totalt som svarte at helsestasjonen legger passe vekt på dette

temaet. Dette er 3/4 foreldre, og det er ganske bra. Ved temaet ”gir konkret veiledning/råd” var det 79 % av foreldrene som svarte at helsestasjonen legger passe vekt på dette temaet. Her kunne man også se forskjeller mellom førstegangsforeldre og foreldre med flere barn. Foreldre med flere barn var mer fornøyd, og noen av grunnene kan være de samme som i temaet ”forklare hensikten med de ulike konsultasjonene”. Det siste temaet med lavere prosentvis svar på passe vekt var ”grensesetting”. Her var det mange som hadde svart at de ikke vet, og dette kan komme av at temaet grensesetting er mest aktuelt for de største barna. Totalt sett var det 67 % som svarte at helsestasjonen legger passe vekt på grensesetting. Det var ingen som mente at helsestasjonen legger for liten vekt. Dette kan tyde på at grensesetting kan være et tema som foreldrene ønsker å lære mer om. Totalt sett viser analysene av temaet ”foreldrene til småbarna” at foreldrene er veldig fornøyde. Det er kun små variasjoner mellom foreldrene både ut i fra kjønn, bosted, barnets alder og om de er førstegangsforeldre eller ikke.

Tema 5: Andre kommentarer

Kommentarene fra foreldrene er både positive og negative. De fleste negative kommentarene er knyttet til parkering og parkeringsmuligheter ved helsestasjonen. Dette er et tema som helsestasjonen internt bør se mer på og finne ut om det er mulig med noen endringer i dagens situasjon. Det kom også inn kommentarer med ønsker om flere gruppetreff og et ønske om at jordmor bør delta på hjemmebesøkene. De positive kommentarene var knyttet til at foreldrene er fornøyde med helsestasjonen, tjenestene, oppfølgingen, og ikke minst kom det inn en kommentar om at en forelder er veldig fornøyd med endringene siden 2003. Denne kommentaren var spennende, og det kan tyde på at omorganiseringen oppleves som positivt for denne forelderens. Det kom også inn noen negative kommentarer knyttet til helsepersonellet. Disse kommentarene var i mindretall, og representerer ikke funnene i analysene i dette vedlegget. Totalt sett oppleves kommentarene fra foreldrene som nyttige for helsestasjonene. Det må også påpekes at det totalt sett var 22 av 131 foreldre som valgte å legge igjen kommentarer på spørreskjemaet. Hadde det vært mange av foreldre som opplevde negative hendelser ved helsestasjonen, så ville det nok vært flere som hadde lagt igjen negative kommentarer i spørsmål 17. Mye tyder på at de fleste er svært fornøyde.

Spørreundersøkelsen 2014

Total inntrykket av spørreundersøkelsen er at de aller fleste foreldrene ved helsestasjonen er svært fornøyde. I forhold til hjemmebesøk finnes det noen variasjoner mellom førstegangsførelde og foreldrene med flere barn. Allikevel er hovedinntrykket at de fleste foreldrene er fornøyde, og ikke minst er hjemmebesøk en tjeneste som foreldrene kan takke nei til hvis de ønsker det. Hvis mange foreldre takker nei til hjemmebesøk vil samfunnets kontroll over hvordan barna har det hjemme gå tapt. Det er vi som storsamfunn som har ansvar for alle de små barna, og det er derfor ønskelig at flest mulige skal ta imot tilbudet om hjemmebesøk fra helsesøster. Når det kom til helsestasjonens lokaler og ventetid er inntrykket at foreldrene er ganske fornøyde, men man kan finne noen små variasjoner mellom de ulike foreldregruppene knyttet til bosted. I forhold til helsestasjonens personell kom det frem at flesteparten er fornøyd, men det var også noen små variasjoner mellom de med sitt første barn og de med flere barn. Når det kommer til foreldrene til småbarna ved helsestasjonen kan man se noen variasjoner mellom de ulike foreldrene knyttet til kjønn, bosted, barnets alder og om de er førstegangsførelde eller ikke. Resultatene tyder allikevel på at foreldrene er ganske fornøyde. Under andre kommentarer er det både positive og negative kommentarer. De fleste negative kommentarene er knyttet til parkering. Hovedinntrykket av spørreundersøkelsen fra 2014 er derfor at foreldrene til barna ved helsestasjonen i dag er svært fornøyde.

INTERVJUSPØRSMÅL JORUNN HURLEN

Dato: Torsdag 3.april 2014

Sted: Hjemme hos Jorunn Hurlen

Intervjuer: Camilla Løvdøen

Dette gjelder omorganiseringen som ble foretatt i 2009, fra seks stasjoner til en stasjon.

- 1) Hvilken stilling hadde du hos helsestasjonen i Molde før omorganiseringen? Hvilken avdeling jobbet du hos?
- 2) Hadde du den samme stillingen etter omorganiseringen?
- 3) Hva var din rolle i omorganiseringsprosessen?
- 4) Hva var formålet med å slå sammen stasjonene? (Effektiv organisasjon?) (Ny kunnskap?) Eller hadde det noe med Forskriften om kommunale helsefrem....?
- 5) Var det viktigere å ha tilgang på profesjoner enn at stasjonene skulle ligge lokalt?
- 6) Hvis det var problemer i organisasjonen, hva var disse problemene?
- 7) Var omorganiseringen et ønske fra Molde kommune eller fra de ansatte?
- 8) Ble den endelige avgjørelsen avgjort politisk?
- 9) Vet du om denne omorganiseringen var en del av Molde kommunes omstillingsprosess – MIO Molde i omstilling?
- 10) Hadde dere hørt om andre kommuner som hadde gjort denne endringen ved helsestasjonene sine?
- 11) Hvordan opplevde dere ansatte å måtte slå dere sammen med de andre stasjonene?
- 12) Ble alle de ansatte ved de seks helsestasjonene tilbudt stillinger ved den nye helsestasjonen?
- 13) Hva hendte med de som tidligere hadde hatt lederstillinger ved stasjonene?
- 14) Gikk det greit å samarbeide med PPT og barnevernet?
- 15) Var det tverrfaglige samarbeidet vellykket/nyttig for alle parter?
- 16) Førte omorganiseringen til nye tjenester/tilbud for spedbarna? I så fall hvilke?
- 17) Måtte de ansatte lære seg ny kunnskap knyttet til endringer som følge av omorganiseringen?
- 18) Var det motstand blant de ansatte i forhold til omorganiseringen?
- 19) Fikk de ansatte mulighet til å delta i drøftinger før den endelige avgjørelsen om omorganiseringen ble tatt?
- 20) Tok omstillingen i forbindelse med omorganiseringen lang tid?
- 21) Hvordan opplevde dere tilbakemeldingene fra brukerne av helsestasjonen etter omorganiseringen?
- 22) Opplevde dere omorganiseringen som vellykket? Altså, ble det bedre enn før?
- 23) Ble det mindre tid til hver enkelt forelder og barn etter omorganiseringen?

INTERVJUSPØRSMÅL ANNE REIDUN ROTTEM

Dato: Torsdag 24.april 2014

Sted: Helsestasjonen i Molde

Intervjuer: Camilla Lødøen

Dette gjelder omorganiseringen som ble foretatt i 2009, fra seks stasjoner til en stasjon.

- 1) Hva var formålet med sentralisering av helsestasjonene? Hvor mange barn er innom helsest. i dag?
- 2) Var omorganiseringen et ønske fra Molde kommune eller fra de ansatte?
- 3) Vet du om omorganiseringen førte til nye tjenester/tilbud for spedbarna? I så fall hvilke?
- 4) Går det greit å samarbeide med PPT og barnevernet i dag? (Eksterne aktører?)
- 5) Har brukerne adgang til å ta kontakt med PPT eller barnevern ved å møte opp uanmeldt? (F. eks hvis de er på besøk hos helsestasjonen, kan de på eget initiativ gå og dunke på døren til barnevern/PPT?)
- 6) I saksfremlegget fra Molde kommune datert 23.3.2009 står om opprettelse av ”Tidlig tverrfaglig tilbud” som er rettet mot barn mellom 0-3 år. Er dette en tjeneste som fremdeles er i bruk? I så fall er det mange som benytter det? Hvordan fungerer det?
- 7) I rapporten til Henriette Schou står det at kontorene ble helt utnyttet da PPT, barnevern og helsesøstere fikk plass i 2005. Hvordan går dette i dag, nå som helsestasjonen har flyttet inn, er det nok plass til alle?
- 8) Har dere noe tilbud til gravide? I så fall hvilke?
- 9) Er helsesøster som foretar hjemmebesøk en person som den nybakte moren har hatt kontakt med før? (Kontakt med jordmor?)
- 10) Når det gjelder gruppekonsultasjoner, er foreldre og barn i hver gruppe delt opp etter bosted? Hvis det slik, hva er formålet?
- 11) Ved individuell konsultasjon, har foreldrene noen påvirkning om hvilken lege/helsesøster de kan gå til? Eller er dette tilfeldig? Får de tildelt en fast lege/helsesøster?
- 12) Hvordan får man beskjed om timene man skal komme til? (Er dette via SMS/telefon, brev, e-mail) Bruker foreldrene de sosiale mediene, som f. eks hjemmesiden?
- 13) Hvordan synes dere parkeringsløsningen rundt helsestasjonen fungerer i dag?
- 14) Hvilket tilbud har dere til asylmottakene i Molde kommune? Har dette ført til utfordringer knyttet til f. eks språk?
- 15) Ble det mindre tid til hver enkelt forelder og barn etter omorganiseringen?
- 16) Vurderer dere mødrenes helsetilstand, mentalt og fysisk?

INTERVJUSPØRSMÅL JANNE VINDENES LOE

Dato: Tirsdag 6.mai 2014

Sted: Telefonintervju

Intervjuer: Camilla Lødøen

Dette gjelder omorganiseringen som ble foretatt i 2009, fra seks stasjoner til en stasjon.

- 1) Vet du om omorganiseringen førte til nye tjenester/tilbud til spedbarna? I så fall hvilke?
- 2) Oppstod det motstand blant de ansatte ved omorganiseringen i 2009?
- 3) Har samarbeidet med PPT og barnevernet blitt bedre nå enn hva det var før omorganiseringen i 2009?
- 4) Hvordan opplevde dere tilbakemeldingen fra brukerne av helsestasjonen etter omorganiseringen?
- 5) Opplevde dere ansatte omorganiseringen i 2009 som vellykket? Altså, ble det bedre enn før?
- 6) I saksfremlegget fra Molde kommune datert 23.3.2009 står det om ”Tidlig tverrfaglig tilbud” som er rettet mot barn mellom 0-3 år. Er dette en tjeneste som fremdeles er i bruk i dag? Er det mange som benytter dette? Hvordan fungerer det?
- 7) Når det kommer til gruppekonsultasjoner, er foreldre og barn i hver gruppe delt opp etter bosted? Hvis det er slik, hva er formålet?
- 8) Vet du om noen sa nei til å svare på spørreskjemaet?
- 9) Får foreldrene tilbud om hjemmebesøk? Hvis helsesøster er syk, får ikke foreldrene hjemmebesøk da?
- 10) Drar ikke helsesøster på hjemmebesøk til andregangsfødende hvis det er mye sykdom blant helsesøstrene?
- 11) I rapporten til Henriette Schou står det at kontorene ble helt utnyttet da PPT, barnevern og helsesøstere fikk plass i 2005. Hvordan går dette i dag, nå som helsestasjonen har flyttet inn, er det nok plass til alle?
- 12) Har dere noe tilbud til gravide? I så fall hvilke?
- 13) Er helsesøster som foretar hjemmebesøk en person som den nybakte moren har hatt kontakt med før? (Kontakt med jordmor?)
- 14) Ved individuell konsultasjon, har foreldrene noen påvirkning om hvilken lege/helsesøster de kan gå til? Eller er dette tilfeldig? Får de tildelt en fast lege/helsesøster?
- 15) Hvordan får man beskjed om timene man skal komme til? (Er dette via SMS/telefon, brev, e-mail) Bruker foreldrene de sosiale mediene, som f. eks hjemmesiden?
- 16) Hvordan synes dere parkeringsløsningen rundt helsestasjonen fungerer i dag?
- 17) Hvilket tilbud har dere til asylmottakene i Molde kommune? Har dette ført til utfordringer knyttet til f. eks språk?
- 18) Ble det mindre tid til hver enkelt forelder og barn etter omorganiseringen?
- 19) Vurderer dere mødrenes helsetilstand, mentalt og fysisk?