

Kommunale helse- og omsorgstjenester:

Er statistikken tilpasset brukerne?

Stadig flere vil ha data om kommunenes omfattende tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren. De datakildene vi har er under løpende forbedring, men er fremdeles for dårlig samordnet og i noen sammenhenger lette å misforstå og misbruke. I samarbeid med forvaltningen arbeider Statistisk sentralbyrå med å lage statistikk som er bedre tilpasset brukernes behov.

Harald Tønseth

Kommunenes tjenester er stadig viktigere...

Etter 1984 er det skjedd en betydelig utvidelse av kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester. Lov om helsetjenesten i kommunene gav kommunene et hovedansvar for "førstelinjetjenesten" utenfor institusjon, det vil si lege-, fysioterapi-tjenester og forebyggende tjenester. I 1988 fikk kommunene ansvar for hele pleie- og omsorgssektoren, da de overtok driften av sykehjemmene. HVPU-reformen i 1991 medførte kommunalt ansvar for tjenester til 6 000 tidligere institusjonsbeboere, og fra 1995 har kommunene også fått økt ansvar for personer med psykiske lidelser.

Samlet sett utgjør helse- og omsorgstjenester nå kommunenes kan-

skje viktigste virkefelt, og sektoren la i 1996 beslag på om lag 28 prosent av kommunenes samlede driftsutgifter. Den viktigste utgiftskomponenten er lønnsutgifter til i alt 85 000 årsverk innenfor disse tjenestene.

...dermed blir kommune-statistikk etterspurt

Sentrale myndigheter er selvfølgelig interessert i hvordan kommunene utøver sitt ansvar, og det er skjedd en kraftig økt etterspørsel derfra etter statistikk om kommunenes tjenestetilbud. Ikke minst er denne etterspørselen blitt rettet mot Statistisk sentralbyrå (SSB), men forvaltningen har også iverksatt egne innsamlinger og publiseringer av data. Et viktig felles løft for forvaltningen og SSB har vært

Ramme 1. Hvilke datakilder har vi?

Om personell

- Summariske opplysninger samlet inn av SSB om yrkesgruppenes arbeidstid fordelt på ulike virksomhetsområder.
- Personellopplysninger i forvaltningens spesialinnsamlinger bl.a. om bruken av øremerkede tilskudd.
- Statlige registre om personellet arbeidssted og utdanning.
- Kommunale registre over lønns- og arbeidsforhold for kommunalt ansatte.
- Private registre (profesjonsregistre, bl.a. Den Norske Lægeforenings).

Om tjenester

- SSBs årsstatistikk, herunder pleie- og omsorgssystemet GERIX.
- Forvaltningens spesialinnsamlinger.
- Ulike registre, som vaksinasjonsregisteret SYSVAK og SSBs register over eldreinstitusjoner.

Om helsetilstanden (behovet)

- Diverse registre, som Kreftregisteret, Dødsårsaksregisteret, Rikstrygdeverkets registre, Norsk pasientregister, GERIX.
- Ulike spesialundersøkelser som 40-årskontrollene til Statens helseundersøkelser.
- Intervjuundersøkelser som i noen grad kan kombineres til å ha relevans på kommunenivå, f.eks. helseundersøkelsen.
- Demografiske data for antall nyfødte, eldre, døde o.l.

"Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene" ("Hjulet"), som fra 1992 har gitt data bl.a. om kommunale dekningsgrader og prioriteringer. Et annet styringsinstrument for forvaltningen er fylkeslegenes medisinalmeldinger. Også allmennheten og ulike interesseorganisasjoner retter stor oppmerksomhet mot tjenestetilbudet, og SSB har intensivt sin egen publisering av kommunetall i takt med den økte etterspørselen. Ikke minst media bruker statistikk til å blinke ut kommuner som ser ut til å ha dårlig utbygde tjenester.

Men blir statistikken brukt riktig?

Når stadig flere spør etter data om enkeltkommuner, må vi sette et kritisk søkelys på hvordan tallene blir brukt. Duger dataene for sammenligning av enkeltkommuner? Og, hvis svaret er nei, hvilke data eller hvilke sammenstillinger av data mangler vi for å gi de svar allmennheten og forvaltningen søker? Med andre ord: Er statistikken tilpasset brukernes behov?

Lite samordnede datakilder

De datakildene vi har (se ramme 1), bærer i stor grad preg av å være opprettet for *avgrensede formål*. Dette har til følge at de er lite koordinert og har et begrenset anvendelsesområde. De mest "generelle" kildene er de skjemaene Statistisk sentralbyrå i samarbeid med helseforvaltningen samler inn om personell og tjenester. Forvaltningens behov for data vil ofte bære preg av å være situasjonsbestemt. F.eks. har ansvarsreformene for psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser medført et forbigående behov for tilsyn med hvordan reformene blir gjennomført. Etter gjennomføringen kan derimot forvaltningen ønske at disse grup-

pene ikke skal synliggjøres særskilt i statistikken. Forvaltningen er også interessert i data knyttet til lovpålagte minstekrav til bemanning og utdanning, samt hvordan kommunene bruker øremerkede tilskudd. På disse områdene kan statistikken være til dels svært detaljert.

På felt som ikke har vært gjenstand for slike nasjonale satsinger, kan derimot datamengden være heller beskjedent. Vi har f.eks. ikke statistikk om legekonsultasjoner og legemiddelbruk på kommunenivå, selv om grunnlaget for å opprette slik statistikk (basert på legeregningskort, edb-journaler og resepter) lenge har vært til stede. Vi har videre svært lite data om miljørettet helsevern, rehabilitering og om private helse- og omsorgstjenester.

Vanskelig å få et helhetsbilde

At innholdet i datakildene er fastsatt ut fra hvert sitt avgrensede formål, gjør det vanskelig å gi et *helhetsbilde* av virksomheten. F.eks. er det, både for kommunehelsetjenesten og for pleie- og omsorgstjenesten, vanskelig å gi et presist anslag for samlet sysselsetting på kommunenivå. Også andre mer "allmenne" data, som data om bredden i tjenestetilbudet eller om helsetilstanden, er blitt lavt prioritert.

KOSTRA skal gi helhet

Et viktig initiativ for å samordne statistikkinnsamlingen har vi nå tatt innenfor prosjektet KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering, se ramme 2), der Kommunal- og regionaldepartementet er oppdragsgiver og SSB er prosjektleder. Her grupperer

Ramme 2. Aktuelle publiseringer der sammenligning av kommuner er et sentralt formål

- Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene ("Hjulet"). I drift fra 1992. Publiseres i hefter, kommuneark, diskett og på Internett.
- Fylkeslegenes medisinalmeldinger. Publiseres i hefter og med eget Internett-tilbud.
- Andre publikasjoner fra forvaltningen, som faktaark for Handlingsplanen for eldreomsorgen.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)s kommunedatabase.
- Kommunal monitor (NSD på oppdrag fra Næringslivets Hovedorganisasjon).
- Tjenesteytingsindikatorer (Kommunal- og regionaldepartementet).
- Statistisk sentralbyrå (i seriene Norges offisielle statistikk og Ukens statistikk) samt Regionaldatabasen (RD) (under utvikling). Faktaark for kommunenes økonomi og tjenesteproduksjon.
- KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Data for 27 kommuner publiseres for 1998, planlagt landsdekkende i år 2000. Faktaark som egen publiseringsform.
- "Helseatlas" med kommunetall fra Statens kartverk og for Hordaland, Akershus og Oslo.
- NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring): Databasen REBUS.

vi data ut fra de *behovene* som de kommunale tjenestene skal dekke. Kommunenes utgifter, tjenester og personell skal entydig tilordnes denne behovsstrukturen (kalt "funksjoner"). Eksempler på slike funksjoner er "Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet" og "Pleie, omsorg, hjelp i institusjon". Samarbeidspartene tilstreber en planmessig utbygging av statistikken for å sikre mål for bl.a. *prioritering, dekningsgrad og produktivitet*. Målsettingen er å samordne datainnsamlingen i en felles IT-basert rutine.

Å sammenligne kommuner er ikke alltid lett

Gitt at data finnes, hvor "rettferdig" er en sammenligning mellom to kommuner når formålet er å vise hvilken som har best dekning av tjenester? Hvilke faktorer kan forstyrre en slik sammenligning? Som eksempel bruker vi en meget utbredt indikator, nemlig "mottakere av hjemmetjenester pr. 1 000 innbyggere 67 år og over". Vi vil se på forhold som gjør det vanskelig å tolke ulik dekningsgrad som uttrykk for tjenestenivå eller som uttrykk for kommunal prioritering av denne tjenesten.

Hjemmetjenester består av hjemmesykepleie og praktisk bistand, herunder hjemmehjelp, altså av en "medisinsk" del og en "omsorgsdel". Personellet er tilsvarende en blanding av helsepersonell (syke- og hjelpepleiere) og til dels ufaglært omsorgspersonell. I 1996 var dekningsgraden på landsbasis 233 mottakere pr. 1 000 innbyggere 67 år og over. 10 prosent av kommunene hadde en dekning på 341 mottakere eller mer, mens 10 prosent av kommunene hadde en dekning på 182 eller mindre (Statistisk sentralbyrå 1998).

Men dekningsgraden sier ikke alt: For det første sier den ikke noe om hvor omfattende tilbud mottakerne får. Mange kommuner prioriterer å gi et svært omfattende tilbud til de mest pleietrengende, mens andre kommuner legger vekt på å nå flere. De sistnevnte kommunene vil få bedre dekningsgrad, men det er et helt annet spørsmål om de prioriterer "rett".

I en del kommuner dominerer den medisinske del av tilbudet (hjemmesykepleie), i andre kommuner dominerer mer tradisjonell hjemmehjelp. Lik dekningsgrad kan derfor dekke over tilbud med ulikt personell, ulike kostnader, og, må man anta, ulik kvalitet på det tilbudet som ytes.

For det andre tar dekningsgraden heller ikke hensyn til demografiske forhold, ut over å kontrollere for antall innbyggere 67 år og over. Forskjeller i befolkningssammensetning har stor betydning for *pleietyngden* til brukergruppene. Kommuner med en høy andel personer over 80 år, eller med mange tunge funksjonshemmede (f.eks. psykisk utviklingshemmede), har et ressursbehov som kan gjøre at brukere med mer normale behov må nedprioriteres. Dette gir i så fall lavere dekningsgrader.

Dekningsgrader sier lite om tjenestene er tilpasset *behovet*. Er tjenestene tilpasset det reelle funksjonstapet til brukerne? Gjennom GERIX (se ramme 1) utvikler vi kommunetall som belyser dette.

Er de pleietrengende fornøyd?

Vi vet videre lite om brukernes *tilfredshet* med tjenestene, selv om dette må være den viktigste målestokken for tjenesten. Hvordan tilfredshet og dekningsgrad forholder

seg til hverandre, vet vi ikke sikkert. Det er ikke gitt at økt dekningsgrad gir mer fornøyd brukere. Derimot må vi anta at det er en sammenheng mellom tilpasningen mellom tjenester og pleietyngde på den ene siden, og i hvilken grad mottakerne er tilfredse. Vi må også anta at tilfredshet henger sammen med mer objektive mål for kvalitet, som at tjenestene bidrar til å bedre mottakerens funksjonsevne eller livskvalitet.

Indikatoren vi interesserer oss for her, prosentuerer alle mottakere av hjemmehjelp i forhold til antall innbyggere 67 år og over. Siden det også finnes brukere under 67 år, gir dette en overvurdering av tjenestetilbudet til innbyggerne over 67 år. Dette slår ulikt ut i kommunene, og tilslører den reelle dekningsgraden.

Også reiseavstand til brukerne spiller inn. I spredtbygde kommuner bruker personellet i hjemmetjenestene en større del av arbeidstiden underveis til og fra mottakerens hjem. Reisekostnadene pr. bruker blir derfor store, noe som kan medføre strengere prioritering mellom brukerne og føre til lavere dekningsgrad.

I små kommuner opptrer "smådriftsulempen" ved at de må ha en minstebemanning for å drive en tjeneste inklusive administrasjon. Dette går ut over den tiden som småkommunene kan sette av til brukerrettet virksomhet. Noe av forskjellene i dekningsgrad mellom større og mindre kommuner kan vi derfor forklare ved at små kommuner (generelt) får mindre "pleie" ut av ett årsverk.

Kommuneøkonomien setter klare grenser for virksomheten. Velstående "kraftkommuner" kan bevilge seg en helt annen standard på

hjemmetjenestetilbudet enn ressursssvake kommuner. Ressursssvake kommuner kan ofte bruke en høy andel av sine totale midler på denne sektoren og dermed "prioritere" den høyt, samtidig som de har lavere dekningsgrader enn andre kommuner.

Tilgjengelighet er en viktig side ved tjenesten som dekningsgraden ikke sier noe om. 73 prosent av kommunene/bydelene hadde i 1996 tilbud om hjemmesykepleie hele døgnet. Et beslektet spørsmål er hvilken *egenbetaling* kommunen krever (egenbetaling for hjemmesykepleie falt bort fra 1.1.1998). Høy egenbetaling kan føre til at enkelte takker nei til tilbudet, eller i det minste til at kvaliteten på tilbudet oppfattes som lavere.

Dekningsgraden for hjemmetjenester må vi også se i forhold til utbyggingsnivået for beslektede tjenester, især dekningen av institusjonsplasser. Om beboeren har en hensiktsmessig bolig, f.eks. en tilrettelagt omsorgsbolig, er også en viktig side ved kvaliteten på hjemmetjenestetilbudet.

Tilbudet må vurderes mot omfanget av frivillig/privat hjelp. Er det frivillige tilbudet godt, blir kommunene avlastet. Tradisjonelt har tilgangen til frivillig hjelp vært bedre i mindre kommuner.

Endelig må vi nevne at svak kvalitet på data fra en del kommuner gjør det vanskelig å sammenligne.

Tiltak for å øke dataenes utsagnskraft

Som vist over, har sammenligninger mellom kommuner flere svakheter. En viktig oppgave blir derfor å klargjøre hvilke data vi må supplere med for å gi et riktigere bilde av forholdet mellom tjenester og be-

hov. Som eksemplet med hjemmetjenester viste, finnes en del slike data allerede, mens andre er vanskeligere tilgjengelig.

Vi må anta at fokuset for statistikken i økende grad vil bli dreiet mot *brukernes tilfredshet* med tjenestene. Slike data må i hovedsak bygge på intervjuundersøkelser. De svarene som blir gitt i intervjuene, kan vi koble til data om respondentenes bostedskommune og så tolke ut fra kjennetegn ved kommunen som f.eks. tjenestevolumet. På denne måten kan kommunetallene få en ny mening. Selv om også slike slutninger er beheftet med usikkerhet, gir brukerundersøkelser allerede i dag viktig informasjon om hvilke trekk ved tjenestene som er viktigst for brukerne.

I en undersøkelse av brukererfaringer med kommunehelsetjenesten er *kontinuitet i personellet*, altså tilgang til fast helsepersonell, den faktor som henger klarest sammen med hvor tilfredse brukerne er (Finnvold 1998). Nest viktigst for brukerne er det å ha kort *ventetid på konsultasjon*. I undersøkelsen er det for øvrig ingen likhet mellom personelldekning og ventetid, noe som dokumenterer at årsverksnivå og tilgjengelighet ikke er samme sak.

Det er viktig å legge opp til sammenligning av *ensartede kommuner*. Tradisjonelt er "kommunestørrelse" og "næringstype" brukt av bl.a. SSB for å samle kommuner med noenlunde like driftsbetingelser. Men dette tar ikke høyde for andre betingelser som f.eks. *kommuneøkonomi* eller *demografi*. SSB har derfor utarbeidet en ny gruppering av kommuner etter størrelse og økonomiske rammebetingelser. Med dette er det tatt et viktig skritt i retning av å gi klarere tolkninger av kom-

munenes reelle prioritering av f.eks. helse- og omsorgssektoren. Ved å ta hensyn til både de kostnadsdrivende faktorene (som vekten av tunge brukergrupper), og kommuneøkonomien (ikke minst for "kraftkommunene"), får man et bedre grunnlag for å tolke de volummål som tjenestestatistikken gir.

Om tjenestene er tilstrekkelig utbygd, avhenger av helsetilstanden (behovet) i befolkningen. Men også eksisterende data om helsetilstanden gir mange tolkningsproblemer. Som eksempel kan vi nevne kommunetallene for forekomsten av astma/allergi blant barn. Antallet barn som får grunn-/hjelpetønad med astma og allergi som diagnose, er sterkt økende. Tallene viser her store forskjeller mellom kommunene. Men er dette uttrykk for ulik eksponering for allergifremkallende stoffer, eller ulikheter i primærlegenes praksis mht. å tilrå søknad til trygdekontoret?

Et annet eksempel er de markante forskjellene i levealder mellom bydelene i Oslo. Dels kan vi forklare disse forskjellene med miljøfaktorer som luftkvalitet, men i langt større grad kan de tilskrives en overhyppighet av personer med sosiale problemer og helsefarlig livsstil i enkelte av bydelene. For å veie disse faktorene mot hverandre, må man bl.a. ta hensyn til flyttinger mellom bydelene: Hvor oppstod helseproblemene, og hvor kom de til uttrykk? Økt bruk av data om helsetilstanden for å tolke tjenestedata, krever med andre ord en avklaring av hvor entydige datatene om helsetilstanden egentlig er.

Datakvaliteten reiser ikke minst et spørsmål om presise definisjoner og et system for registrering som er uavhengig av kommunenes organisering. Tjenester til f.eks. psykisk

utviklingshemmede kan være organisert enten under sosialtjenesten, helsetjenesten eller pleie/omsorg. Ulik organisering leder i mange tilfelle til at tjenester havner på "feil" sted i statistikken. KOSTRAs fokus på "behov/funksjon" skal nettopp bidra til en "organisasjonsnøytral" registrering av tjenestene. Et annet problem for datakvaliteten, som KOSTRA bidrar til å løse, er vansker med å fange opp interkommunale tjenester, f.eks. legevakt-, jordmor- og sykehjemstjenester.

Problemer og tiltak framover

Vi har identifisert en del problemer:

1. Det mangler en samlet oversikt over den statistikk som i dag er tilgjengelig om kommunal helse- og omsorgssektor. En slik oversikt skal gi grunnlag for å prioritere den videre utviklingen av statistikken.
2. Det mangler en mer systematisk vurdering av dataenes utsagnskraft som indikatorer, f.eks. utsagnskraften til mål for "dekningsgrad".
3. Endelig savner vi en mer systematisk sammenstilling av tjenestedata med helsetilstandsdata på kommunenivå. Dette krever en tilsvarende testing av utsagnskraften til helsetilstandsdata som av tjenestedata. I det foregående har vi gitt eksempler på vanskene med å tolke data også om helsetilstanden.

Når vi publiserer kommunetall bør vi antakelig dreie oppmerksomheten i retning av mer aggregerte uttrykk, der tjeneste-, helsetilstands- og utvalgsdata kombineres til et helhetsbilde av situasjonen til ulike brukergrupper. Dette vil gi grunnlag for sikrere slutninger om hva f.eks. ulike dekningsgrader betyr for innbyggernes velferd. Vi ser allerede tendenser til dette bl.a. i folkehelse rapportene for Akershus,

Oslo og Hordaland, i "Hjulet" og i SSBs kommunehelsepublikasjoner. Men selvsagt må vi i denne prosessen ikke forsømme de mer konkrete formålene med statistikken, som å skaffe forvaltningen påkrevde tilsynsdata.

Litteratur

Statistisk sentralbyrå (1998): *Pleie- og omsorgsstatistikk 1996*, NOS C 457.

Finnvold, Jon Erik (1998): Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester? *Samfunnsspeilet* i dette nummer, Statistisk sentralbyrå.

Harald Tønseth

(harald.tonseth@ssb.no) er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.