

# Hälsoansvar, hälsoläge, hälsodata och hälsobedömning

Inge Dahn

För att primärvården skall kunna leva upp till sitt ansvar för befolkningens hälsotillstånd krävs underlag för att bedöma hälsan och förändringar i den. Hur det underlaget kan se ut diskuteras i denna artikel av Inge Dahn, klinisk lärare i socialmedicin vid institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby.

På flera håll i världen pågår för närvarande en diskussion om hur man ska komma över från resursplanering för sjukvård mot behovsplanering för hälsa. Man menar att det inte räcker med att planera för att ta hand om de sjuka, man måste mer medvetet planera för att förbättra hälsan, d v s försöka förebygga att sjukdom inträffar och förbättra livskvaliteten.

Låt mig illustrera den här förändrade synen med vår snart gamla men ännu gällande sjukvårdslag och förslaget till ny sådan. I den "gamla" sjukvårdslagen står i § 3 att:

"Landstingskommun åligger att för dem vilka äro bosatta inom sjukvårdsområdet ombesörja såväl öppen som sluten vård för sjukdom, för skada, kroppsfel och barnsbörd, i den mån icke annan drager försorg härom."

I det nya förslaget till hälso- och sjukvårdslag står i § 3:

"Varje landstingskommun bär ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom landstingskommunen för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem."

Som jag ser det är detta en mycket betydelsefull

förändring i landstingens uppgift, som säkert kommer att förändra landstingens sätt att arbeta. För primärvården räcker det då inte att planera för de som kommer till vårdcentralen. Man måste bry sig om dem som inte kommer och man måste sträva efter att främja hälsoutvecklingen i kommunen.

## Hälsoläge

Ett ansvar för att främja hälsan måste utgå från att man vet något om kommunens hälsoläge. Man kan gå två vägar för att få en uppfattning om det. Den ena är att skaffa sig olika uppgifter om de enskilda hälsa, hälsodata. Den andra är att göra hälsobedömningar.

## Hälsodata

I Sverige är vi världs bäst på att samla statistiska uppgifter. Vi har en hel rad hälsoregister. De intressanta med de här många registren är att vi använder dem litet. Det kan bero på att de inte hanteras på rätt sätt.

Statistiken samlas på riksnivå men där finns ingen som egentligen är intresserad av uppgifterna. De enklaste och vettigaste vore istället om uppgifterna bröts ner och gjordes tillgängliga på kommunnivå d v s ute i primärvården. Det är en förändring som kommer (se Thor Lithmans och Göran Ejlerthssons artiklar). Därför att hälsodata måste tolkas. Någon

.....  
*Hälsodata måste brytas ned på kommunnivå och tolkas bla av de ansvariga i primärvården.*  
.....

nåste sätta in dem i ett sammanhang. Det är en uppgift för de ansvariga i primärvården.

### Hälsobedömningar

När vi talar om och undersöker en patient bildar vi oss samtidigt en uppfattning om patienten och hans sjukdom, om vad som är väsentligt i det han eller hon säger och vad som förstoras upp eller tonas ner. Vi arbetar liksom på två plan. Svaren på rutinfrågorna rymmer också svaren på mer djupt liggande faktorer. På det ena planet handlar det om vad patienten säger och på det andra vad han eller hon vill ha sagt.

Vi bedömer hur allvarlig situationen är, vilken sjukdom det kan röra sig om, men också vad sjukdomen betyder i patientens totala situation. Det är utifrån den här bedömningen vi tolkar data. Ibland förändrar data vår bedömning, ibland sorterar vi bort data som inte stämmer med vår bedömning. Vi sammanfattar i journalen alla uppgifter vi fått vid en preliminär bedömning och efter sjukhusvistelsen i en slutbedömning, där vi gör en sammanfattandeolkning av hur vi uppfattar patientens sjukdom och situation.

Jag menar nu att vi måste gå till väga på samma sätt beträffande hälsan i ett företag, i en skola, i en kommun, d v s då det gäller den kollektiva hälsan, även om vi inte har någon rutin för den här typen av tallningstagande och bedömningar. Hur ska det då göras och av vem.

På den frågan har jag ett ganska chockerande svar nämligen: så många som möjligt! Låt mig utveckla detta något.

Jag menar tex att det är viktigt att varje distriktssjuksköterska, skolsjuksköterska, företags-sjuksköterska ständigt har i bakhuvudet frågan: "Hur är hälsoläget, vilka är de största hälsoproblemen här i mitt distrikt, min skola, mitt företag? Hur ska jag komma till rätta med dem?"

Naturligtvis har jag med detta inte sagt att sjuksköterskan bara ska lita till sitt omdöme. Hon ska naturligtvis söka bekräftelse i objektiva data och i andras bedömningar. Hon lämnar sin bedömning till distriktsläkaren, skolläkaren eller företagsläkaren om i sin tur bildar sig en uppfattning om hälsoproblemen inom sitt ansvarsområde.

.....  
*För att en plan ska ha tillräcklig förändringspotential krävs alltså att den är djupt förankrad i den organisation man planerar för.*  
.....

Om någon nu säger att detta inte är någonting annat än de gamla provinsialläkarrapporterna så ligger det en sanning i det. Möjligen är skillnaden den att vi nu har möjlighet att göra dem bättre genom att de görs av flera och på basen av mer fakta.

Låt mig ta ytterligare ett exempel från en utsiktspunkt som vi inte använder oss särskilt mycket av, eller kanske inte alls. Alla sjuka i en kommun anmäler sig till sjukkassan. Den som sitter och tar emot alla dessa anmälningar får en ganska god bild av en aspekt på hälsolägets variationer.

### Planering är inte en teknik utan en process

Under några år i mitten av 1970-talet deltog jag i landstingets arbete med principplanerna. Nu några år efteråt märker jag att min planeringssyn förändrats. Då jag började såg jag planeringen mest som en teknik. Nu ser jag den alltmer som en social process. Planeringen kan därför inte göras av inköpta experter. Det går inte att klistra en plan på en organisation lika litet som det går att lägga jätten ovanpå degen. En plan måste arbetas in i den organisation den är en plan för. För att en plan ska ha tillräcklig förändringspotential krävs alltså att den är djupt förankrad. Det centrala inflytande som också måste finnas garanteras i målangivningen, men inte genom att man styr medlen, tekniken. De centrala målen uppnås alltså bäst genom att medlen kan anpassas till de lokala eller perifera förhållandena eller från den bedömning av hälsoläget man där gjort.

En dylik process i primärvården karakteriseras av att den genomsyrar hela organisationen, d v s att så många som möjligt kan påverka den men också så att den inte begränsar sig tidsmässigt utan integrerar hela planeringsprocessen från principplan via flerårsplan och årsplan till utvärdering och uppföljning av hur de uppsatta målen nåtts. Planeringsprocessen måste med andra ord ses som ett helt. Detta för att den ska vara möjlig att koppla till ansvaret för att främja befolkningens hälsa.

Detta innebär en väsentlig skillnad från tidigare planering. En planeringsteknik litar endast till objektiva data, siffror och mätvärden som får sin betydelse genom att tolkas och sättas in i sitt sammanhang. En planeringsprocess måste inkludera subjektiva bedömningar när siffror saknas eller ej räcker till. Siffror tolkas eller bedöms utifrån någon värderingsaspekt och utan den bedömningen får de inte

något värde eller någon betydelse.

Låt mig sluta med förhoppningen att vi med hjälp av fler och bättre hälsodata och tolkningar av dem samt bedömningar av hälsoläget får fram en dynamik i hälsoarbetet som lever upp till lagstiftarens intentioner i vår nya hälso- och sjukvårdslag i detta att främja hälsoutvecklingen bland medborgarna.