

Bostadssanering, äldreboende och hälsa

Berth Danermark

Sambanden mellan ohälsa och traditionella former för ombyggnad visar att det finns starka motiv för ett nytänkande i planeringssammanhang. Ett förebyggande arbete inom hälso- och sjukvård och socialtjänst kan genomföras i vårdplaneringsgruppen.

Berth Danermark är universitetslektor i sociologi på Högskolan i Örebro och forskningshandledare på landstinget med placering på socialmedicinska avdelningen.

Denna artikel utgår från temat förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården. Jag kommer att ge exempel på hur landstinget kan intervensera i samhällsplaneringen i syfte att påverka den framtida sjukvårdskonsumtionen. Ett långsiktigt syfte med den rapport som denna artikel bygger på är att bidra till en diskussion om landstingens roll i samhällsplaneringen som innebär en ökad beredskap att aktivt gå in i processen på de svaga gruppernas sida.

Inledningsvis vill jag peka på två faktorer.

1. Det har skett en omorientering av bostadspolitik från nyproduktion till ingrepp i den redan befintliga miljön. Ett uttryck för denna nyorientering var det bostadsförbättringsprogram som Riksdagen antog i slutet av 1983. Inriktningen tog sig konkreta uttryck i det så kallade ROT-programmet (Reparation, Ombyggnad och Tillbyggnad), vilket är ett tioårigt program för att höja kvaliteten i det befintliga bostadsbeståndet. Att en sådan inriktning mot ett systematiskt upprustningsprogram fyller ett behov framgår bland annat av 1981-års allmänna fastighetstaxering. Standarden på det aktuella fastighetsbeståndet är ofta låg. Nästan 290 000 lägenheter hade 1980 inte modern standard, varav 133 000 i

flerbostadshus. Dessa återfinns nästan uteslutande i det för ROT-programmet aktuella beståndet.

2. En närmare granskning av åldersstrukturen inom gruppen 65 – w år visar att det troligtvis kommer att ske förhållandevis stora förändringar mellan olika åldersgrupper inom gruppen. Dessa kan sammanfattas så att de äldre inom "äldregruppen" blir allt fler.

Denna förskjutning av befolkningsstrukturen mot en allt större andel äldre får givetvis konsekvenser för de förändringar vi idag kan förutspå inom boendesektorn. Det förhållande att tex antalet personer över 79 år ökar från drygt 306 000 till 385 000, en ökning med cirka 26 % fram till år 2000, innebär att allt fler äldre med stor sannolikhet blir indragna i förändringsprocessen inom bostadssektorn. Lägg därtill ett antal andra faktorer som bland annat en forskargrupp inom projektet "Äldre i samhället – förr, nu och i framtiden" pekar på, som att ensamstående äldre utan biologiska barn förväntas fördubblas i antal, antalet äldre med fler än ett barn minskar, ökad kvinnlig förvärvsverksamhet, kvalitativt ökad vård etc försvårar ett engagemang från anhöriga. Vidare ökar antalet ogifta gamla mycket kraftigare än antalet gifta.

Flyttningens konsekvenser

Många av de äldre kommer att beröras av ROT-programmet. För riket som helhet gäller att cirka *en halv miljon* äldre bor i "ROT-beståndet", varav drygt 70 000 är över 74 år. En stor majoritet av dessa kommer att i någon form beröras av program-

.....

De sociala och medicinska konsekvenserna av ROT-programmet kan bli omfattande

.....

En forskningsöversikt jag gjort visar entydigt att flyttning påverkar den äldres hälsotillstånd negativt

met. I det område jag studerat är motsvarande siffror 1273 respektive 453. Ur en kommundels och vårdcentrals horisont är det alltså ett förhållandevis stort antal personer som kan komma att beröras. De sociala och medicinska konsekvenserna av ROT-programmet kan bli omfattande. När människor lyfts ut ur sina invanda miljöer, såväl fysiska som sociala, mår de ofta dåligt. En forskningsöversikt jag gjort visar entydigt att flyttning påverkar den äldres hälsotillstånd negativt. Man har vidare kunnat notera en ökad dödlighet å denna grupp.

En äldre kvinna vi intervjuat berättar:

"Till slut fick jag flytta till en nedsliten enrummare inom samma stadsdel. Den skulle renoveras så fort jag flyttade tillbaka. Jag vantrivdes i den tillfälliga bostaden eftersom där luktade hemskt illa efter en tidigare hyresgästs katt samt bristande skötsel. Fick alltid ha balkongdörren öppen (bodde där under en femmånaders period, augusti till december, min anmärkning). Fick tilltagande sömnsvärigheter, kände mig slut. Bodde bland kartonger och var irriterad på röran. Fick också besvär med värk i maggropen."

Jag kan också berätta om Edit. Hon fick under tiden efter flyttningsbeskedet ökade besvär med oro och ångslan. Fick sömnsvärigheter och ordinerades sömntabletter av distriktsläkaren. Hon evakuerades men trivdes inte och flyttgodset blev inte upppackat. Inga bordsdukar kom upp på borden. Edit slutade laga maten själv, den fick maken hämta från ett centralkök. Edit ville inte äta eller dricka då vattnet var förgiftat och maten skämd. Hon kunde inte heller tvätta sig av denna orsak. Kunde bli förvirrad nattetid och börja packa i tron att hon var på väg till den ursprungliga lägenheten. Minskade i vikt från 52 till under 38 kg.

De tre viktigaste faktorerna i detta sammanhang är huruvida flyttningen skett frivilligt eller ofrivilligt, graden av kontroll över processen samt den tid processen tar. Ett ofrivilligt, snabbt beslut där den

flyttande inte kan påverka processen får i regel (mycket) negativa konsekvenser för hälsan, medan effekterna blir betydligt skonsammare om personen ifråga informeras i god tid, får vara delaktig i beslutsprocessen, får tid att välja alternativ och vill flytta. I syfte att påverka ombyggnadsprocessen i riktning från en sjukdomsalstrande och destruktiv process till en möjlighet till förbättring av livskvaliteten hos de berörda vill jag peka på några tänkbara förändringar av planeringsprocessen. Här kan man skilja på systeminterna och systemexterna förändringar. Till den förstnämnda typen hör ett ökat informationsflöde mellan fastighetsägare, boende, de kommunala instanserna samt landstingen. Det finns dock möjligheter att ändra planeringstrutiner i detta sammanhang. Dessa förändringar ligger dock inom ramen för ett rationalistiskt planeringsperspektiv men om man betonar betydelsen av att ett ökat informationsflöde leder till bättre och rationellare beslut kan man peka på de möjligheter som samarbetet mellan kommundelsnämnder (KDN) och vårdcentraler innebär. Till detta kan vi lägga att KDN's möjlighet att på eget initiativ kartlägga fastighetsägarens ombyggnadsplaner ökar möjligheten till en mer offensiv planering på lokal nivå. Det återstår dock att finna de praktiska formerna för detta arbete.

Planeringsmodeller

Huvudintresset vill jag dock rikta mot den sistnämnda typen av förändringar, dvs systemexterna. Litteraturen erbjuder idag en provkarta på ett flertal olika alternativa arbetsmodeller till en traditionell planering. Ett gemensamt drag i dessa är att de utgår från brukarperspektivet och demokratifrågan är det bärande temat. Några av de föreslagna planeringsformerna är "generativ planering", "innovativ – inkrementalistisk planering", "advokatorisk planering" respektive en "basdemokratisk motplane-

Litteraturen erbjuder idag en provkarta på ett flertal olika alternativa arbetsmodeller till en traditionell planering

ringsmodell" utvecklad av den danske sociologen Büchert. Kärt barn har många namn! Här tar jag endast upp Bücherts basdemokratiska modell därför att den skiljer sig från alla de övriga "nedifrånmodellerna" på några, enligt min mening, viktiga punkter. Den är – om man så vill – den mest radikala av dem.

Men först: En grundläggande skillnad i respektive perspektiv är att den traditionella modellens huvudaktörer är politiker och tekniker (speciellt de sistnämnda) medan motplaneringsmodellens huvudaktörer är de boende (samt eventuella medhjälpare).

Bücherts arbetsmodell kännetecknas av (minst) fyra punkter där han också skiljer sig från andra alternativa modeller.

För det *första* skall planeringen försiggå utanför och vara en "motspelare" till det etablerade traditionella planeringssystemet. Den får alltså inte bli en integrerad del av den offentliga planeringen.

För det *andra* utgår modellen från att det kan råda konflikter inom modellen. Dels mellan "motplaneraren", som kommer utifrån, och de boende, mellan de boende själva och mellan de boende och den faktiska, objektiva verkligheten de verkar i. Sådana motsättningar får inte förnekas utan skall utnyttjas som en kvalitet och ses som en nödvändighet för arbetsmodellens långsiktiga utveckling.

För det *tredje* arbetar den med både ett kort – (reform) och ett långsiktigt (utopi) perspektiv. Detta kan bli en väg ut ur "lokalsamhällets närsynthet och värdekonserverism" som Büchert uttrycker det.

För det *fjärde* slutligen skall modellen uppfattas som hel helhetsstrategi. Detta innebär att själva planeringsprocessen är nog så viktig som resultatet. De avgörande effekterna står kanske att finna i de mer allmänna demokratiska processerna i samhället.

Vi kan alltså sammanfatta den basdemokratiska modellen i följande nyckelbegrepp: Utanförstående, konfliktaccepterande, reform – utopisk och helhetspräglad.

Det finns ett viktigt inslag i debatten om street-level bureaucracy som är viktig att peka på. Den lyfter fram frågan om behovet av frihet i den formella organisationen. Detta krav på autonomi är betingat av att denna grupp av tjänstemän befinner

sig i en arbetssituation som ständigt kräver en anpassning till den uppkomna situationen. Arbetet är komplicerat, innehåller en "mänsklig dimension" och förutsätter ett förtroende mellan tjänstemannen och medborgaren. Detta innebär att kravet på autonomi i arbetet är starkt. Man kan något förenklat säga att en förutsättning för en förändring av planeringsprocessen i riktning mot en mer demokratisk process med den sociala sektorn som aktiv deltagare förutsätter en relativt autonom grupp tjänstemän med stor frihet visavi den formella organisationen.

En tänkbar aktör tillsammans med de boende i den basdemokratiska modellen är de planerade vårdplaneringsgrupperna ute på vårdcentralerna och kommundelarna i Örebro. De är organisatoriskt väl förankrade och väl förgrenade (täcker många yrkeskategorier), är förtrogna med förhållanden i området, mindre sammankopplade med samhällets repressiva organ och har även till uppgift att arbeta förebyggande. Dessa fyra punkter utgör de kanske mest betydelsefulla skälen till varför jag anser just denna samverkansmodell vara en bra utgångspunkt och jag skall därför utveckla dessa något.

Organisation

Vårdplaneringsgruppen består av distriktssjukgymnaster, distriktsarbetsterapeuter, undersköterskor, vårdbiträden, dagcenterföreståndare och socialsekreterare. De ansvarar tillsammans för social service och sjukvård inom sitt område.

Under ett kommande initialskede föreslås samtliga personalkategorier inom KDN och vårdcentralen delta i gruppens arbete. Inom gruppen råder alltså ett delat ansvar och gruppen måste förutsättas vara väl förankrad i vårdcentralens respektive kommunalnämndens ledning. Dessa båda organ har också en viss självständighet i sitt agerande visavi landstinget respektive kommunen i stort. Genom den organisation och struktur de har är det också möjligt att driva frågor till en mer central nivå.

Goda kunskaper

Det råder inget tvivel om att hemvårdsassistenter och distriktssköterskor är personalkategorier med en mycket god kunskap om människor och levnadsförhållanden i ett område. Tillsammans med social-

sekreterare i området torde de kunna ge den mest heltäckande bilden av livsvillkoren för utsatta grupper som går att få på gräsrotsnivå och det är därför synnerligen viktigt att dessa gruppers erfarenhet och möjlighet att aktivt delta i (mot-) planeringen stimuleras. De känner också till de konsekvenser i form av förändrad hälsa, sönderbrutna sociala nätverk etc som en ombyggnadsprocess kan innebära. Distriktssköterskan och distriktsläkaren och även andra i vårdplaneringsgruppen kan genom en systematisk dokumentering av vad som faktiskt sker ge ett ovärderligt kunskapsunderlag och starka argument för en mer socialt styrd planering.

Icke-repressiv

Samhällets omsorgsinsatser har en tvivelaktig historia. Det finns äldre som förknippar omsorgen med tvång, kontroll och förnedring. Detta är en åsikt jag ibland fått bekräftad genom mina samtal med äldre. Trots detta vill jag ändå hävda att den del av den offentliga apparat som jag nu talar om är mindre belastad med denna repressiva stämpel än många andra delar.

Förebyggande arbete

De entydiga forskningsresultaten om sambanden mellan ohälsa och en ombyggnadsmodell av traditionell typ visar att det här finns ett område där det är motiverat med ett aktivt engagemang från vårdplaneringsgruppen. Detta skulle kunna innebära förebyggande arbete i konkret mening. Med stöd av den ökade vikt som idag läggs vid förebyggande arbete inom såväl hälso- och sjukvården som inom socialtjänsten är det därför rimligt att argumentera för att ett nytänkande inom vården kommer till stånd där man ser tex (delar av) vårdplaneringsgruppen som en tänkbar motplanerare. Landstinget och kommunen har ur ett förebyggande perspektiv mycket att vinna på att ge den frihet i den formella organisationen som är nödvändig för att motplaneringen skall ha en rimlig förutsättning att resultera i ett sänkt vårdbehov.

Avslutningsvis vill jag sammanfatta de krav som kan ställas på en sådan grupp: de skall söka nya arbetsformer i linje med en motplaneringsmodell, ta ställning för de svaga grupperna, systematiskt dokumentera symtom och tecken under processen, informera och aktivera. Om detta kan leda till frigörelse av idéer och handlingar som innebär att planeringen blir mer social i ordets djupare mening är mycket vunnit.