

Problemfamiljerna i välfärdssamhället¹⁾

Av professor Gunnar Inghe, Stockholm

Problemfamiljer är ett begrepp som man börjat möta allt oftare i litteraturen under senare år. Vad man menar är i viss mån oklart. Definitionerna varierar. De förefaller också att undergå en förskjutning.

Jag vågar inte ange bestämt, när beteckningen *problem-families* först uppträdde. Då man i England evakuerade de stora städerna under kriget, gick civilförsvarets folk igenom alla fastigheter systematiskt. Man chockerades då, som professor Bertil Roos framhållit i en föreläsning, av det relativt stora antal familjer, som bodde under "semi-barbaric conditions". Dessa familjer beredde stora svårigheter under evakeringen och man började kalla dem problemfamiljer.

Definitioner

Roos, som gick igenom litteraturen omsorgsfullt, fann en rad definitionsförsök. En typ av definitioner är följande:

Familjer med sociala defekter av sådan grad att de är i behov av vård, övervakning och kontroll både för sin egen skull och med hänsyn till andra människor.

Familjer som under icke alltför korta tidsperioder visat en anmärkningsvärd grad av "subnormalt" uppträdande med påtaglig tendens till återfall.

Familjer som för sitt och andras välbefinnande fordrar mer övervakning och hjälp långre tider än vad som vanligtvis kan ske genom befintliga vårdorgan.

Familjer som är ur stånd att av egen kraft ta sig ur det nödställda läge, vari de hamnat, eller att utnyttja den sociala service, som de behöver.

Man möter också benämningar som "derelict families" och "unsatisfactory households". De påtalade bristerna i hemmen yttrar sig bl. a. i

försummad hemvård, och bostadshygieniska synpunkter har kommit att intaga en framträdande plats vid beskrivningen av problemfamiljerna och försöken att rehabilitera dem.

Sedan länge har man dock mött begreppet problemfamiljer i ett delvis annat sammanhang. Man möter det särskilt inom socialvården och hos hjälporganisationer, vilka sysslar med olika slags missanpassade människor. Den typ av definitioner som man då finner är följande:

Familjer med problem, vilka griper över på flera olika vårdorgans kompetens eller verksamhetsområden (socialvård, barnavård, nykterhetsvård, psykiatrisk vård, kriminalvård etc).

Familjer där ett flertal olika medlemmar är problematiska och i behov av stöd eller annat ingripande från olika samhälleliga organ.

I dessa definitioner är det alltså framför allt den komplicerade karaktären av familjens missanpassningsregister som ställes i förgrunden.

Här kommer som ett nödvändigt korrelat behovet av samordning mellan de olika samhällsinslaganden som vederbörande familj föranleder.

Beskrivning

Med utgångspunkt från den första snävare typen av definitioner lämnade Roos en målande beskrivning av problemfamiljerna, baserad i första hand på engelska källor.

"Levnadsförhållandena står på en chockerande låg nivå; de göra själva inga försök att höja standarden. De kämpa inte ens emot en ytterligare standardsänkning. De kunna ej sköta pengar, utan dessa användes ofta till sådant, som man ej behöver, samtidigt som det finns skriande behov av det nödvändigaste. Hemmen äro smutsiga långt utöver vad välbefinnandet kan kräva. Bädhygien är den sämsta tänkbara med usel bäddutrustning, smuts, brist på lakan och ev. ohyra. Nattkärl lämnas otömda, smutsiga kläder få ligga, där de lämnats; ingenting göres

¹⁾ Bidrag till Conference on Socially Handicapped Families i Paris 10—12 februari 1964.

mot trasiga fönster eller husgeråd som gå sönder. Smutsiga kökskärl och använt porslin bli stående, ingen uppstädning sker efter måltider. Ofta saknas enklaste husgeråd som gått sönder. Möbleringen är torftigast möjliga, många sova på golvet. Inadekvata arrangemang i fråga om separering av sovplatser för olika åldrar och kön. Även matlagningen är primitiv och enklast möjliga: sträcker sig ej utöver tillagning av te. Där man har barn blir dessa van-skötta, vanvårdade, smutsiga, har ofta ohyra".

Livsföringen är över huvud taget planlös, man äter oregelbundet, köper upp lönen genast, saknar mat i slutet av veckan. Ingen passar tider, man kommer sent i säng och stiger sent upp. Barnen passar ej skolgången ordentligt.

Försök har gjorts att systematisera beskrivningen av dessa problemfamiljes. I en Londonundersökning satte Scott upp en hel lista på symptom. Han skiljde mellan "hard core problem families" respektive "potential problem families". De förra utgjorde tämligen extrema fall och om begreppet problemfamiljer blott avsåg dem, skulle frågan vara av begränsad betydelse i ett välfärdssamhälle. I de flesta sådana familjer förekommer mentala defekter hos föräldrarna, enligt vissa undersökningar särskilt efterblivenhet. Mitt eget intryck från en rätt lång verksamhet på området är att man i regel kan beskriva ena eller båda makarna som slappa, likgiltiga, initiativlösa och loja. De är inte sällan psykoinfantila, ytligt lättsamma, stundom påtagligt hysteroida, i vissa fall dock svåråtkomliga, otillgängliga och enstöriga. De sjunker lätt in i apati och oföretagsamhet, om de t. ex. blir arbetslösa, försöker inte skaffa sig nytt arbete, dagdrömmer tills de tvingas "rycka upp sig", eller någon formligen skänker dem en anställning. I det följande skall denna typ av problemfamiljer kallas A.

Den andra typ av problemfamiljer, som definierats ovan, låt oss kalla den typ B, behöver inte visa ett lika påtagligt yttre förfall. Det kan vara både snyggt och ordentligt i hemmet. Problematiken ligger på ett annat plan. Men det förekommer naturligtvis kombinationer mellan slumtypen A och nedan beskrivna varianter av typ B.

Vid beskrivningen av denna typ är det ändå målsenligt att utgå från det huvudsymtom som i

första hand bragt vederbörande i kontakt med samhällsorganen. Några fall får exemplifiera:

1. Huvudsymtom: *Prostitution*.

Psykoinfantil, lätt debil 25-års kvinna, som försörjt en social 35-årig soudenör. Denne får efter ett par år multipel skleros. Blir så småningom helt invaliderad men dirigerar fortfarande kvinnan ut på gatan. Han har ett våldsamt humör. Kvinnan också temperamentsfull. Ständiga sammanstötningar. Försöker komma ifrån honom men lyckas inte. Trots hans kroppsliga hjälplöshet är hon rädd för hans viljestyrka, intelligens och raseriutbrott. Hemmet prydligt, kvinnan välvärdad och snygg, klädminded. Vid ett tillfälle blir han liggande hjälplös i sin omkullfallna rullstol. Våldsam sammanstötning, hon sticker desperat kniven i honom, efteråt rubricerat först som mordförsök sedan som olyckshändelse. Även efter detta fortsätter samvaron sedan det gemensamma barnet omhändertagits.

Engagerade myndigheter: Polis, socialvård, kronikervård, barnavård, kriminalvård, hyresvård (med hänsyn till grannarnas klagomål).

2. Huvudsymtom: *Asocialitet*.

50-årig kvinna med tre söner, servitris på kafé. Rutchig, ryg, arbetssam men känslös, sentimental, rörig, lättsuggestibel och impulsiv. Sönerna visar tidigt beteendestörningar, missanpassning i skolan, sedan på drift i asociala gäng med ingripanden mot var och en, först av barnavården, senare av polisen. Alla tre övervakade i tur och ordning, två villkorligt dömda, blott en ådömd fängelsestraff. Två av sönerna tuffa, tilltagsna, gör lycka hos flickor, arbetar om än sporadiskt. Mellanbrodern däremot beskedlig, bortkommen, isolerad och olycklig, kroppsligt klen, dyskrin. I konflikt med de andra. Uppträden och stormar i hemmet med den känslösamma mamman i centrum och olika myndigheter i aktion. Tack vare modern är hemmet alltid snyggt och ordentligt. Situationen i stort sett oförändrad efter 10-årig observationstid — en av sönerna har dock numera bildat eget hem.

Engagerade myndigheter: Barnavård, socialvård, polis, kriminalvård, nykterhetsvård samt privata hjälporganisationer.

3. Huvudsymtom: *Försumligheter i försörjningen*.

23-årig kvinna. Tidigare sexuellt på drift, prostituerad, övervakad av barnavårdsnämnden. Sedan gift med en några år äldre man med karriär-snobism, intelligent och elegant. Vill ej gå som arbetare. Arbetsvården kostar på honom utbildning, som han dock ej fullföljer, "onödigt, kan allt förut", etc. Sitter hemma och pysslar, reparerar motorer som hobby, parasiterar på socialvården. Hustrun tar anställning i affär medan maken passar barnen. Hon är efter några år utsliten, utkörd, kuschad, rädd för maken, som är ironisk och spydig, troligen otrogen. Hon har numera svårt att hålla ihop hemmet, ibland sjukskriven för anemi och trötthet. Trots årtals arbete med maken kommer man ingen vart med honom.

Engagerade myndigheter: Socialvård, barnavård, arbetslöshetsnämnd, arbetsvård.

4. Huvudsymtom: *Skolkande barn*.

En 11-årig flicka, som skolkar från skolan. I stort sett värlat bortsett från vantrivsel i skolan. 14-årig

syster, också trassel i skolan. Denna syster lider av adipositas av dyskrin karaktär, ordinerats behandling, som ej följts. Modern befinnes vara normalbegåvad och rutschig men svårt trätgirig och grälsjuk, ideliga emotionella stormar. Maken hamnarbetare till yrket men kroppsligt klen och sällan i arbete. Lider av lindrig diabetes, firar ständigt från arbetet, gnällig, ängslig, neurotisk, kverulerande, påstår sig illa behandlad av myndigheterna. Intet nämnvärt alkoholmissbruk men spelar ofta bort sin lilla inkomst på travtävlingar. Ständiga motsättningar till hustrun. Denna attackerar, maken viker gnälligt undan och beklagar sig över hustruns "orättvisa" attacker, gnäller inför barnen, grannar och myndigheter. Det emotionella klimatet i hemmet ständigt på högspänning. Samtidigt är hustrun solidarisk med maken gentemot myndigheterna, håller honom om ryggen, ursäktar, värjer, fräser och skäller. Situationen i stort sett oförändrad under årtal. Genom hustruns arbetsinsats intet yttre förfall, men bostaden är omodern i en av de äldsta stadsdelarna i Stockholm.

Engagerade myndigheter: Skola, barnavård, socialvård, arbetslöshetsnämnd, arbetsvård, bostadsförmedling.

I andra fall kan det vara alkoholmissbruk, som rullar upp komplicerade hemförhållanden och kräver nästan permanenta åtgärder. Ibland är det arbetslöshet, bostadslöshet, understödsbehov som aktualiserar ärendet. Av särskilt intresse är att det ibland är psykisk eller somatisk sjukdom, som medför att missförhållandena i hemmet avslöjas eller accentuerar situationen så att problemen i hemmen akutiseras och blir socialt manifesta. Detta innebär att det stundom är läkare eller sköterskor, som först konfronteras med problemfamiljen och därför bör ta de första initiativen.

Ytterligare en helt annan typ av problemfamiljer skall nämnas i förbigående. Det är fall där grannkonflikter dominerar, där det under årens lopp ideligen förekommer klagomål till hyresvärden över bråk, buller, intriger och motsättningar. I dessa fall blir inte bara familjen utan stundom hela fastigheten inblandad. Kärnan är inte sällan rent psykopatologisk (särskilt paranoida föreställningar hos centralfiguren) men stundom rullas en rad andra familjeproblem också upp. Engagerande myndighet är framför allt psykiatrikern och mentalvården men även socialvård, barnavård, hälsovårdsnämnd, hyresvård samt rättsliga myndigheter.

Vid denna typ av problemfamiljer föreligger intet djupt förfall och sällan slumprägel som i typ A. Men det är ständigt något trassel, som

oavbrutet gör familjerna aktuella för samhällsorgan av skiftande slag. Att försöka hjälpa dem tillrätta är som att arbeta i beck, man kommer ingen vart, har man lyckats klara ett bekymmer, tornar två andra upp sig i stället. Medan åren går, blir familjerna så småningom nästan legendariska hos myndigheterna.

Problemfamiljerna och välfärdssystemet

I det moderna s. k. välfärdssamhället har man försökt bygga upp ett system, som skall garantera varje medborgare och varje familj ett minimum av livets nödortf. Detta sker genom ett nät av försäkringar som avser att skapa en trygg existens vid alla former av sociala kriser: sjukdom, ålderdom, arbetslöshet, barnafödande, försörjarens frånfälle osv. Ambitionen är att i mån av tillgång dels göra detta system så vattentätt som möjligt, så att inga grupper skall stå utanför, dels att göra nivån så hygglig, så att levnadsstandarden blir dräglig. Ingenstädes torde detta välfärdssystem vara fullt utbyggt; det bör naturligt nog undergå en ständig utveckling och förändring alltefter som samhället förändras samt produktiviteten och välståndet ökar.

Det är i denna situation problemfamiljerna blir problematiska. Välfärdssystemet befinnes varken vara tillräckligt eller ändamålsenligt. Vissa drag karakteristiska för problemfamiljerna i välfärdssamhället kan urskiljas.

1. Problemfamiljerna bor vanligen insprängda litet varstans i bebyggelsen. De bor inte sammanträngda i slumområden eller särskilda isolat (som i en del andra länder). Detta beror på flera olika förhållanden.

a) I välfärdssamhället *tolereras icke slumbebyggelse*. Saneringen går fram i stadskärnorna. Kåkebebyggelsen runt städerna försvinner och ersättes i urbaniseringens tid med höghus eller inrutade villasamhällen. Självfallet finns det alltså kvar en del äldre och delvis omoderna stadsdelar. Eftersom hyrorna brukar vara lägre i dessa, finner man här också problemfamiljer i gårdsfastigheter eller uppdelade storvåningar i tidigare förnäma kvarter. Men de egentliga slum-

områdena håller på att försvinna och torde aldrig komma tillbaka. Intressant är dock, att man hela tiden måste vara på sin vakt mot förslumning även i ny bebyggelse. Strax efter kriget blev bostadshusen i ett förortsområde i Stockholm på grund av materialbrist dåligt utrustade i vissa avseenden. När man senare kunde bygga gedignare igen, drog sig de bostadssökande för att hyra i dessa fastigheter, vilka av bostadsförmedlingen då anvisades till fattiga och mindre kräsna familjer. Bland dessa fanns inte så få problemfamiljer. Det dröjde inte länge, förrän hela området hade dåligt rykte. Det förekom ligabildning, bråk och allsköns trassel. Detta ledde till att hyggligt folk definitivt undanbad sig att bli placerade i denna stadsdel och anhopningen av problemfamiljer blev ännu mera utpräglad. Nu har dessa sekunda fastigheter byggts om och förslumningen stoppats men alltså har stadsdelen dåligt anseende och befolkningen i viss mån annan sammansättning än i närliggande förstäder.

b) I välfärdssamhället tillförsäkras också problemfamiljerna ett *minimum av inkomst*, som gör det möjligt för dem att betala rimliga hyror i moderna hus. Under nuvarande bostadsbrist har de möjlighet att få hjälp till hyran från den behovsprövade komplementära hjälpform, som man överallt bibehållit som en kvarleva av den urgamla fattigvården — i Sverige socialhjälp. Man är rädd att särskilt barnfamiljerna skall bli bostadslösa, eftersom de har svårt att finna annan lägenhet i den tusenhövdade bostadskön. Socialhjälpens tvingas därför ibland att skjuta till en del av hyran.

c) Välfärdssystemet inkluderar också ett nät av *bostadssubventioner* främst för flerbarnsfamiljer och gamla. I Sverige började byggas s. k. "barnrikehus" redan på 30-talet, där storfamiljerna fick moderna och rymliga bostäder till nedsatta hyror. I dessa fastigheter samlades således ett stort antal barnrika familjer. Barnanhopningen blev enorm och slitaget på fastigheter na betydande. Det uppstod också ordningsproblem, särskilt som inte så få barnrika problemfamiljer också återfanns bland de subventionere-

rade familjerna. Man började därför gå över till att subventionera även familjebostäder insprängda i vanliga fastigheter. Genom denna subventionspolitik bor också många barnrika problemfamiljer numera modernt och bekvämt. Men problemen tar de med sig. Det yttrar sig stundom i en markant oförmåga att sköta den nya bostaden. Somliga kan på kort tid få hemmet att se lika slarvigt, oordnat och förfallet ut som tidigare i kåken eller den gamla hyreskasernen. Detta gäller särskilt problemfamiljer av typ A.

2. Problemfamiljerna visar en tydlig *tendens till isolering*. Grannar vill inte ha med dem att göra. Man är rädd, att de egna barnen skall få dåliga vanor, om de leker med "problembar-nen". Problemfamiljens beteendemönster avviker också på många sätt från de kringboende. De är störande, besvärliga, oroande. Familjemedlemmarna är inte sällan slarvigt eller dåligt klädda. Man äter och sover oregelbundet. Det är drag med allt möjligt löst folk i lägenheten. Det förekommer bråk och uppträden. Hela familjen får dåligt anseende, särskilt om det så småningom blir känt, att socialvård, barnavård, nykterhetsvård och polis ibland gör besök. Wilson har i en undersökning från Seaport påpekat, att problemfamiljerna med tiden isoleras också från den skötsamma släkten, som inte vill ha med dem att göra. Detta stämmer med mina erfarenheter.

Samtidigt är det nog så att problemfamiljerna stundom själva drar sig undan. De vuxna trivs inte riktigt med sina ordentliga, anspråksfulla och konventionella närboende. De känner sig besvärade, kanske innerst inne mindervärdiga, anar kritik och ringaktning. Barnen skäms kanske mera öppet inför de andra barnens högre standard och finare yttre; de är också lyhörda för ringaktande tillmälen. Familjen sluter sig inom sig själv. Detta behöver dock ingalunda vara uttryck för emotionell enstörighet. Tvärtom kan kontaktbehovet gentemot likasinnade vara påfallande. G. Jonsson på Barnbyn Skå har nyligen i en undersökning påvisat hur "young delinquents" med instinktiv säkerhet lokaliserar likasinnade och gaddar ihop sig trots att de kan bo

långt från varandra. Detsamma gäller problemfamiljerna.

3. Kännetecknande i varje fall för typ B synes vara en *tendens till kringflackande* med dragning till urbaniserade områden och storstäderna. Detta torde delvis bero på försörjningssvårigheter, återkommande arbetslöshet, konflikter med hjälporganen i orten och kanske också med grannarna, bostadslöshet efter vräkning m. m. För barnen medför detta ofta extremt splittrad skolgång. Sannolikt är denna benägenhet för kringflackande också ett uttryck för den allmänna emotionella instabilitet, oro och rastlöshet, som utmärker många av dessa familjer.

Huruvida typ A visar samma tendens är mera ovisst — säkra undersökningar härom föreligger veterligen icke. Mitt intryck är att förfallna och hjälplösa slumfamiljer av detta slag påträffas även på landsbygden och i avlägsna skogs- eller jordbrukskommuner. Just till följd av föräldrarnas efterblivenhet, slapphet och oföretagsamhet torde många stanna i hemkommunerna.

4. Problematiken visar en tendens att *upprepas i nästa generation*. Understödstagare i Stockholm har, som Inghe visat, i starkt ökad utsträckning haft understöd redan i barndomshemmet. Takman har påvisat, att barn till prostituerade visar ökad frekvens av beteenderubbingar bl. a. just prostitution eller sexuell promiskuitet. Liknande är känt för alkoholister, straffade och andra socialt missanpassade. Statistiskt är således samvariationen mellan generationerna väl klarlagd. Sambandets natur är dock oklar och troligen komplex. Till viss del — i varje fall för vissa personer — torde biologisk hereditet spela in. Både bland föräldrar och barn finns personer med psykopatologiska symtom, efterblivenhet, psykisk abnormitet eller andra avvikelser, kanske också somatiska minusdrag. Till betydande del — och i många fall otvivelaktigt avgörande — kan man dock tala om socialt arv. Barnen präglas av föräldrarnas miljö, fostras i deras beteendemönster, införlivar tidigt deras attityder med sin egen personlighet, lägger sig till med samma värderingar gentemot grannar och omgivning, som föräldrarna, betraktar myndig-

heter och samhälle med samma blandning av misstänksamhet och avoghet å ena sidan, understödsbenägenhet å den andra. Det må tilläggas, att omgivningens och myndigheternas reaktion mot dem tidigt befäster denna särlingsprägel.

5. Som ett femte karakteristiskt drag slutligen kan sägas, att typ A visserligen ingalunda är obekant eller ens särskilt ovanlig. Den torde dock bli allt ovanligare. Samhället börjar få kontroll över den. Man har funnit, att essentiellt i denna typ A, i den mån den lever kvar i välfärdssamhället, är grova psykopatologiska defekter hos endera eller båda föräldrarna, kanske också hos vissa av barnen: efterblivenhet, defektläkt sinnessjukdom, hjärnskador etc. Sedan man insett detta, har åtgärderna dels blivit av psykiatrisk natur (vård, omhändertagande, noga aktgivande på barnens utveckling), dels rent materiella (tillsyn, ekonomiskt stöd, upprustning av hemmen, ständig hemhjälp m. m.). I de flesta fall torde det också gå att undanröja eller förebygga de värsta skadeverkningarna respektive umbärandena.

Typ B däremot har förmodligen inte blivit vanligare, men i välfärdssamhället framstår denna typ av problemfamiljer alltmer som en anakronism. Deras beteendemönster avviker allt mer från normen i folkhemmet, de passar inte in i välfärdsramen. Samhällets människovård är inte konstruerad för undantagen och tycks inte klara dessa fall. Allt eftersom levnadsstandarden stiger i det välordnade och trygga folkhemmet, växer klyftan mellan de välartade medborgarna och dessa familjer utanför, som varken blir delaktiga i tryggheten eller ordningen. De utgör ett främmande och oroande inslag i välfärden, som man inte säkert vet hur man skall ta itu med. Man möter liknande fenomen bland ensamma män på ungarshotellen med dess människospill av definitivt skadade och förlorade, i raggargängen med deras egna levnadsmönster vid sidan om samhället, bland de kroniska återfallsförbrytarna utan hopp om resocialisering.

Varför passar inte dessa människor in i välfärdssamhället? Vad är det i "välfärden" som fattas? Varför kan vi inte klara dem?

Välfärdsideologin

När man försöker skapa en tillvaro i trygghet för alla medborgare i samhället, utgår man från vissa allmänna förutsättningar utan vilka välfärdssamhället inte kan fungera. Man tänker sig, att alla människor är något så när ordentliga, ekonomiska och förutseende, att de är arbetssamma och vill göra rätt för sig, att de skäms och vill gottgöra den skada de orsakar, om de någon gång missköter sig. Man antar också, att alla är i stånd att utnyttja det sociala trygghetssystemet. Men dessa förutsättningar föreligger inte när det gäller problemfamiljerna, åtminstone inte för alla och inte alltid!

1. Trygghetssystemet utgår från "*homo economicus*". Men problemfamiljerna är icke alltid skötsamma, sparsamma och förutseende. De lever ofta för stunden. De gör ofta slut på veckolönen, veckosjukpenningen eller understödet redan de första dagarna. Man slösar första dagen, köper hem dyr mat, leksaker till barnen och kanske något efterlängtat i klädväg. När pengarna är slut, skuldsätter man sig, skriver avbetalningskontrakt på TV eller möbler. I en familj förklarade husmodern, att maken alltid ville ha riktigt kött till middagen, och då skulle han naturligtvis ha kött. I en annan köpte mamman två nya kostymer, när barnen skulle till sommarkoloni, för att de inte skulle behöva skämmas på tåget — finkostymer som sedan varken användes på kolonien eller i hemmet efter sommarens slut. I en tredje familj köptes cyklar för understödet — alla andra har cyklar och då ska mina ungar ha det också!

Oförmågan att hushålla är inte sällan påfallande. Man köper opraktiskt, onödiga saker, för mycket mat som förfäres, man har inte sinne för att lappa, laga och ändra. Man planerar inte sina inköp och tycks inte förstå hur länge pengar faktiskt räcker. Därtill kommer naturligtvis ren misskötsamhet: alkoholmissbruk och krogbesök. I England klagas ofta över spel. Detta är ovanligare i Sverige men förekommer då och då: kortspel, travtävlingar, tips.

För dessa familjer räcker därför icke sjukpenningen, invalidpensionen eller arbetslöshetsun-

derstödet. Mot slutet av veckan eller månaden måste de gå till socialvården och be om mera. Där har man svårt att neka dem, särskilt om de har barn, eftersom familjen måste överleva till nästa utbetalningstermin. Försäkringstryggheten är inte konstruerad för sådana människor — de faller utanför.

2. Trygghetssystemet utgår också från att människor *vill göra rätt för sig*. Man antar att friska människor också vill arbeta, kanske inte direkt med glädje men ändå utan protester. Försäkringen bygger därför på att den som skall ha pengar skall vara sjuk, invalidiserad, åldrad, arbetslös, gravid eller på annat sätt försatt ur spel. Och detta skall kunna verifieras enkelt och oomtvistligt. Man kräver en viss ålder eller en viss försörjningsbörda, vilket är lätt att verifiera. Men man kräver också en stämpel på arbetsförmedlingen, som visar att det inte går att finna lämpligt arbete — vad som menas därmed kan dock ibland vara rätt svårt att avgöra. Man kräver läkarintyg om sjukdom eller invaliditet och förutsätter, att det skall vara möjligt för läkaren att precisera, vilken somatisk eller psykisk sjukdom vederbörande lider av.

För problemfamiljerna är detta inte alls så enkelt. De erbjuds kanske arbete men förklarar sig inte kunna ta det, emedan de har ont här eller där. De får ingen stämpel och inget arbetslöshetsunderstöd. När de då vänder sig till läkare, har denne svårt att finna objektiva förändringar men är villig att tro dem och skriver ett intyg. När intyget skall förlängas, är han mera misstänksam men antar, att det rör sig om någon slags psykisk insufficiens och hjälper åter till. Så småningom av sjukkassan ombedd att precisera föredrar han att friskförklara. Men hustrun och barn kan inte lämnas utan hjälp även om mannen inte vill arbeta och så fortsätter understödssituationen.

Många fäder i problemfamiljerna karakteriseras således av dålig arbetsmotivation, bristande uthållighet i arbetet och ständiga ombyten. Ofta betraktas båda makarna som sekunda arbetskraft. Somliga är direkt negativt inställda till arbetsplatser och nya ansikten och får snart beteck-

ningen arbetsskygga. Ibland är motståndet mot arbete så intensivt, att socialvårdstjänstemännen anser det rent sjukligt. Läkare undersöker dem men kan ibland inte finna något särskilt; ibland kanske de rubriceras som psykopater eller psykiskt abnorma, varvid huvudsymtomet just är deras bristande sociala anpassning.

Inte heller ur denna aspekt fungerar försäkringssamhället på ett adekvat sätt.

3. Trygghetssystemet förutsätter vidare, att den hjälp som samhället erbjuder *alltid har en positiv effekt*, att den skapar trygghet, stimulerar och befordrar välbefinnande och arbetsförmåga. Att vissa skadeverkningar stundom uppträder är dock inte obekant. Hur de skall bemästras är oklart. Understöd åt partiellt arbetsföra, fysiskt klena eller trötta människor, psykiskt nervösa eller avvikande åtföljes i vissa fall av minskad motivation för arbete. Detta gäller i hög grad just problemfamiljerna. Det föreligger ökade risker för passivering och oföretagsamhet. Det personliga initiativet kan komma att utarmas. Dessa många gånger hårt drabbade människor visar därför ibland en tendens att slå sig till ro med en formlig suck av lättnad. Denna oföretagsamhet kan ibland gå så långt, att den ter sig som en formlig psykisk atrofi eller social demens för att använda en dansk beteckning. Detta medför en lägre levnadsstandard och ett fattigare och glädjelösare liv än om en möjlig rehabilitering med möda och kamp genomförts.

4. Trygghetssystemet utgår slutligen från att människor *kan och vill använda sig av de hjälpmöjligheter samhället erbjuder* och att de gör detta på ett förnuftigt sätt. Men särskilt problemfamiljer av typ A är stundom så slappa, likgiltiga och föga företagsamma, att de varken gitter hålla sig framme eller förstår vad de skall göra. Samhällsorganen måste ständigt hjälpa dem tillrätta.

Detta gäller mindre ofta problemfamiljer av typ B. Dessa kan tvärtom stundom vara mycket aktiva, när det gäller att bevaka sina förmåner. De kan vara på språng ständigt för att skaffa pengar på olika håll: på sjukkassan, inom socialvården, hos privata välgörenhetsorganisatio-

ner. Detta kan ta halva dagen och användes stundom som skäl för att inte hinna söka arbete.

Båda dessa extrema varianter medför svårigheter. Inte heller nu fungerar trygghetssystemet som man tänkt sig.

Ingen av dessa fyra grundförutsättningar i välfärdsideologin existerar således, när det gäller problemfamiljerna. De går inte att foga in i trygghetssamhället. Det är därför de utgör problemfamiljer och i dagens samhälle framstår som anakronismer, som man inte riktigt vet vad man skall göra med.

Förekomst

Med många problemfamiljer skulle välfärdsstaten inte kunna fungera. Hur många det finns är ovisst. Olika frekvenstal anföres, varierande mellan 1—6 ‰, men det säger sig självt, att sådana sammanställningar har begränsat värde, eftersom definitionerna i regel är svävande och växlande. Systematiska studier är få. Vid ett försök att räkna antalet problemfamiljer i London fann Scott på c:a 172 000 barnfamiljer, 662 "hard-core problem families" och 1 794 "potential problem families" dvs. 0,4 resp. 1,0 ‰. Vid en undersökning i Stockholm fann Inghe bland 500 representativt utvalda långvariga undertödsfall, att omkring 9 ‰ kunde rubriceras som socialt störande på olika sätt, flera bland männen än bland kvinnorna. Missanpassningssymtomen var mycket skiftande. De verkliga problemfamiljerna var färre men ingalunda ovanliga. I det löpande socialvårdsarbetet är sådana fall väl kända. På grund av det myckna arbete som problemfamiljerna förorsakar har man dock i regel en benägenhet att överdimensionera dem som socialt problem. Vid Socialmedicinska institutionen i Stockholm planeras f. n. en systematisk undersökning av olika typer av problemfamiljer.

Åtgärder

Eftersom det vanliga trygghetssystemet inte fungerar för problemfamiljerna, måste särskilda åtgärder vidtagas. Förr fick många av dessa fa-

miljer och enskilda personer helt enkelt svälta och fara illa.. Så får det inte gå till numera. Men man kan lika litet låta dem parasitera obe-gränsat på välfärdssamhället, i längden till ska-da både för sig själva och andra. Fullt adekvata åtgärder torde man ingenstädes ha lyckats komma fram till. I stort sett torde tillämpas samma behandling som för den istadiga åsnan: moroten och käppen.

Det är inte heller lätt att ange några generel-la riktlinjer. Det är dock utan vidare klart, att det vid sidan om de allmänna försäkringsformer-na alltid måste finnas en *fri hjälpform* baserad på *individuell behovsprövning* och med möjlig-het att variera hjälpens form och omfattning ef-ter lämplighet. Viktigt är att familjerna hjälpes generöst och varmhjärtat, med insikt, inlevelse och tålmod samt utan moraliserande pekpinnar.

1. Man bör organisera arbetet med problem-familjerna efter den s. k. *familjeprincipen*. Efter-som flertalet sociala organ brukar få med dessa familjer att göra, måste ett organiserat samar-bete komma till stånd, så att inte motstridiga eller konkurrerande åtgärder vidtages. Man för-hindrar därmed planlöshet i behandlingen, dub-belarbete, onödiga och irriterande besök i famil-jerna och vinner konsekvens i åtgärderna, ökad sakkunskap och större allsidighet. I stället för isolerade ingripanden av socialvård, barnavård, nykterhetsvård, arbetslöshetsvård, arbetsvård, kriminalvård etc. skall åtgärderna beslutas och genomföras av ett arbetslag, som representerar alla dessa verksamhetsgrenar. Den direkta kon-takten med familjen bör sedan anförtrors en enda person, som får handlägga familjens alla pro-blem — i nära samarbete med arbetslaget.

Detta sätt att arbeta strider mot den splittra-de organisation, som nu är vanlig inom männi-skovården över allt. Det har också visat sig vara svårt att få den genomförd. Allt eftersom rutin-stödet till vanliga familjer allt mera sker försäk-ringsvägen i det utbyggda välfärdssamhället har dock problemfallen fått allt större specifik vikt inom de olika socialvårdsorganen. Försök med familjeprinciper har därför gjorts i många län-der. I England finns t. ex. i vissa kommuner

s. k. coordinating committées, som sammanträ-der regelbundet. Dit remitteras problemfamiljer-na och fördelas på särskilda socialarbetare, som sedan står för det direkta arbetet med bostadsan-skaffning, hemhjälp, träning till arbete etc. I Sverige har man på samma sätt sökt finna nya organisationsformer för arbetet bland problem-familjerna. I flera större städer samordnas nu de olika socialvårdsgrenarna i arbetslag. Det sker tillsvidare på växlande sätt; men är i själva ver-ket inne i en experimentperiod, som så småning-om torde komma att leda till en total omstöpning av de hävdvunna arbetsformerna inom denna del av människovården.

2. För att kunna vidtaga adekvata åtgärder måste man veta vad man gör och vilken effekt åtgärderna kan väntas få. Man måste förstå var-för situationen blivit så problematisk. Det behövs med andra ord *grundliga utredningar*. Man mås-te därför ha med den medicinska och särskilt den psykiatriska sakkunskapen i det direkta so-cialvårdsarbetet. Socialvård och mentalvård mås-te arbeta tillsammans. Även här pågår experi-ment. I Sverige har man 20-årig erfarenhet av *socialläkare* anställda av de sociala organen och arbetande ute i fältet tillsammans med social-arbetarna. Till dessa läkare remitteras dels mera komplicerade rehabiliteringsärenden med miljö-svårigheter som främsta rehabiliteringshinder, dels trassliga socialvårdsfall av olika slag, som socialarbetarna inte lyckas klara på egen hand, bland dem naturligtvis ofta just problemfamiljer. Till sin hjälp har socialläkaren ett utrednings-kansli med socialarbetare och sekreterare. Han kan också utnyttja arbetsvårdsexpertis, psykolog och annan sakkunskap och samarbeta med medi-cinska specialiteter på olika områden, om detta visar sig behövt. I varje enskilt fall göres en så grundlig utredning som möjligt om den so-ciala och medicinska förhistorien, uppkomsten av problemen samt den aktuella krissituationen. Det företages ingående somatiska och psykiatris-ka undersökningar inklusive psykologisk bedöm-nig. På grundval härav planeras sedan fortsat-ta åtgärder. För att ge socialläkarna större re-surser och bättre operationsbas har också före-

slagits, att de skall knytas till de särskilda social-medicenska avdelningar, som man nu överväger att inrätta vid vissa större sjukhus, som komplement till avdelningarna för medicinsk rehabilitering.

3. Man måste *följa problemfallen under längre tid* och vara beredd att ständigt ingripa på nytt, modifiera åtgärder som vidtagits tidigare, stimulera och skydda, så småningom lära ut och nöta in goda hushållsvanor, att göra förnuftiga inköp och utgifter. Det blir en atypisk form av casework på det praktiska planet. Kontinuitet i behandlingen är i själva verket A och O men synnerligen svårt att åstadkomma. Både i socialvårdens familjevårdsgrupper och i socialläkarteamet sker ombyten beroende på omflyttning, befordran, semester och mycket annat. Det är därför viktigt att flera i respektive arbetslag så småningom blir förtrogna med fallet och kan överta det, om kontaktpersonen måste upphöra av något skäl.

Vidsynt hjälpsamhet, familjeprincipen, noggranna utredningar, ständigt samarbete med läkare och kontinuitet i handläggningen är alltså de riktlinjer, som arbetet bland problemfamiljerna måste följa. Detta kräver på många punkter en radikal omstöpning av både den sociala och medicinska vården. En sådan omgestaltning är dock det nödvändiga korrelatet till välfärdssamhällets trygghetssystem.

Förebyggande åtgärder

Uppkomsten av problemfamiljer kan i många fall förebyggas.

1. Vid typ A är *sterilisering* inte sällan en adekvat åtgärd. Många är efterblivna eller av andra skäl oförmögna att ta hand om barn och då föreligger indikationer för sterilisering enligt svensk lag.

2. Ovan har talats om risken för social here-ditet. Mycket ofta är det därför viktigt med *tidig behandling*: barnens skiljande från hemmet i de fall svåra risker föreligger, barnpsykiatriska åtgärder vid manifesta skador, hjälp och ofta

generös hjälp till föräldrar som börjar komma i svårigheter. Även här är det nödvändigt med grundliga utredningar och systematiska observationer, så att man kan identifiera fall med potentiell risk för utveckling till problemfamiljer. Det gäller att lära sig att känna igen de stigmata, som längre fram konstituerar en problemfamilj. Vi vet alltså för litet härom. Förebuden kan te sig på skiftande sätt. Exempel:

40-åring med arbete i kontrollrummet på ett mindre kraftverk. Asteniker, ängslig, ofta med magbesvär, ideligen borta från arbetet. Hustrun från gott hem, bortskämd, psykoinfantil, lätt slösaktig, oförstående för ekonomiska svårigheter, lätt översittare mot maken. Lång trasslig anamnes. Genom makens ideliga bortovaro låg familjeinkomst, maken skamsen, insufficient, ständigt desperat och på vippen att lämna arbetet. Stagas upp varje gång, stimuleras, hjälps tillrätta och hålles flytande.

3. Problemfamiljerna nyproduceras ständigt i form av misslyckade fall från nykterhetsvård, kriminalvård, psykiatrisk vård och ofullständigt rehabiliterade somatiska fall. Dessa misslyckade fall blir inte sällan svåra att manövrera, besvikna på myndigheterna, arroganta mot dess representanter, sociogent skadade. Behandlingen blir svårare ju längre tid de får att låsa sig fast i dessa besvikelsens attityder. Inom varje område av människovården måste *rehabiliteringstanken därför tränga igenom* så att man inte släpper ifrån sig ofullständigt behandlade fall, vilka sjunker till samhällets botten och blir problem-människor i socialvårdsslummen. Då blir resocialiseringen tidskrävande och inte sällan hopplös.

4. Särskilt viktigt är att alla som kommer i kontakt med potentiella problemfamiljer i sin verksamhet ser till att *hjälporganen alarmeras* på ett så tidigt stadium som möjligt.

LITTERATUR

- Inghe, G.: Fattiga i folkhemmet. Stockholm 1960.
Philip, A. F.: Family failure. London 1963.
Schlesinger, B.: The multiproblem family. Toronto 1963.
Scott, J.-A.: Problem families. Lancet jan. 25, 1958, pp. 204—208.
Wilson, H.: Delinquency and child neglect. London 1962.