

Pauperismen i socialmedicinskt perspektiv

Av fil. dr Margit Törnudd, Helsingfors

I fjol utkom i Sverige en undersökning av socialläkaren *Gunnar Inghe* om långvarigt understödda personer i Stockholm.¹⁾ Arbetet är omfattande, inemot 700 sidor i stort format, och grundar sig på observation av ett urval om 500 fall av år 1943. Urvalet har gjorts så, att understödstagarna med hänsyn till ålder, kön, yrke m.m. representerar strukturen hos den totala understödstagargruppen. Kontrollgruppen utgjordes av 500 personer, som icke erhållit understöd, men som f.ö. kunde betecknas som "sociala tvillingar" till understödstagarna.

Samtidigt utkom också i Danmark en diger vetenskaplig undersökning om långvarigt understödda av direktören för socialforskningsinstitutet *Henning Friis* och professor *Erik Warburg*.²⁾ Den svenska undersökningen är, trots att förf. haft flera medarbetare, i huvudsak ett enmansarbete, medan den danska är resultatet av ett samarbete mellan flera sakkunniga läkare, psykologer och sociologer. Den psykiatriska delen har skrivits av överläkaren *Jan Sachs*. Undersökningsmaterialet, som samlades 1944—45, omfattar 1035 personer från olika delar av landet. F.ö. opererar författarna inte med kontrollgrupper utan gör jämförelser med den lokala totalpopulationen.

Det är skada, att samma metodik inte tillämpats i de båda stort upplagda undersökningarna. Nu är resultaten inte fullt jämförbara, även om författarna i allt väsentligt kommit till samma slutsatser.

De frågor Inghe föresatt sig att utreda i sin undersökning är följande:

1. *Vilka slags människor är det som blir så fattiga, att de behöver understöd?*

2. *Hur har utvecklingen till fattigdom gått till?*

3. *Vilka är de grundläggande orsakerna till hjälpbehovet?*

4. *Hur har fattigdomen inverkat på de enskilda individernas egen utveckling?*

5. *Hur kan uppkomsten av fattigdom föregåas hos den enskilde?*

Frågorna är av betydande bärvidd. Närmast har de samband med sociologiska aspekter och

man kan rent av fråga sig om någon annan än en icke-sociolog vågat ge dem en så ambitiös formulering.

I den danska undersökningen är frågeställningarna och synpunkterna försiktigare formulerade än i den svenska och också diskussionen är mindre spekulativ. Framställningen är systematisk och överskådlig i båda undersökningarna, men på grund av de sociologiskt skolade medarbetarnas insats har de danska ställningstagandena kanske blivit mer realistiska.

Inghe är en anhängare till den sjöbringska konstitutionsläran och han talar mycket om uppdelningen efter "soliditet, validitet, stabilitet och kapacitet". Han understryker starkt den rikliga förekomsten av subsolida och subvalida individer bland understödsfallen, dvs. enligt vanligt psykiatriskt språkbruk personer med benägenhet för hysteriska och asteniska manifestationer.

Å andra sidan framhåller han, att man inte kan dra några direkta slutsatser av dessa iakttagelser. *Pauperismen uppstår som ett resultat av ett helt utvecklingsförlopp och en samlad situation med många komponenter, inte på grund av speciella egenskaper hos individen.*

Endast $\frac{1}{3}$ av de svenska understödstagarna visade sig vara intellektuellt fullt normala, av kontrollfallen hälften. Härvid är dock att märka, att inemot hälften av understödstagarna var i en ålder, då man redan måste räkna med en viss nedgång i de intellektuella förmågenheterna. Förf. själv anser dock, att åldern härvidlag var av mindre betydelse.

Enligt den danska undersökningen var 39 % av de manliga och 31 % av de kvinnliga understödstagarna intellektuellt defekta och endast 4 % i psykiskt hänseende fullt friska. Härvid utgjorde "psykopaterna" eller de s.k. karaktärsinsufficienta den största gruppen (52 %) bland männen och neurotikerna den största gruppen (41 %) bland kvinnorna.

Psykiska sjukdomar och defekttillstånd av olika slag förekom bland de svenska understödstagarna i betydligt högre grad än bland kontrollfallen, procenttalen utgjorde 82 % för männen och 64 % för kvinnorna. Starkast representerade var psykiska insufficienstagarna hos kvinnorna, hjärnsjukdomar, alkoholism, och schizofreni hos männen. Dessa sjukdomar inverkade på arbetsförmågan, så att endast 27 % av männen och

¹⁾ *Gunnar Inghe*, *Fattiga i folkhemmet*, Stockholm 1960.

²⁾ *Henning Friis* og *Erik Warburg*, *Langvarigt forsorgs-understøttede*, København 1960.

51 % av kvinnorna kunde betecknas som arbetsförmögna. Drygt hälften av understödstagarna uppvisade psykopatologiska symptom redan i åldern 15—40 år. Detsamma kunde emellertid konstateras i fråga om kontrollfallen, om än icke i fullt lika hög grad.

I fråga om somatiska sjukdomar var frekvensen både i Stockholm och i Köpenhamn mycket hög: högt blodtryck, ämnesomsättningsrubbningar, hjärtsjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen förekom rikligt, började tidigt och hade ett långvarigt förlopp — om än icke så långvarigt som de mentala rubbningarna. Hos kvinnorna förekom dessutom i stor utsträckning en invalidiserande "slitenhet" utan bestämd sjukdomsdiagnos. Invalidiseringen var hos männen dock påtagligt svårare än hos kvinnorna, deras arbetsförmåga var betydligt starkare nedsatt. Möjligen ligger förklaringen delvis i att kvinnorna har lättare att få understöd t.o.m. vid lindrig nedsättning av arbetsförmågan.

I likhet med Inghe nämner Sachs i den danska undersökningen "slitenheten" — hos honom även under benämningen "reaktiv neurasteni" — som en iögonfallande diagnosgrupp hemmahörande både bland mental- och kroppssjukdomarna. Som kroppssjukdom har "slitenheten" hänförs till samma grupp som "ålderdomssvaghet".

Barndomsmiljöns betydelse har ofta varit föremål för uppmärksamhet i kliniska undersökningar av hithörande slag. Inghe har försökt utreda betydelsen av s.k. stympade hem bland understödsfallen, men konstaterar, att även om frekvensen är något högre än bland kontrollfallen, är skillnaden för obetydlig för att tillåta några slutsatser.

Antalet ensamma mödrar med barn var dock betydligt högre bland understödstagarna än bland kontrollfallen. Familjelivet var endast i 1/4 av fallen något så när harmoniskt, medan s.k. harmoniska hem förekom till ung. 50 % bland kontrollfallen. Också när förf. jämförde *graden* av störningar hos de disharmoniska hemmen, befanns understödstagarnas hem vara svagare: slarv, smuts, vanvård, misshandel och alkoholmissbruk präglade heminteriörerna.

Inte heller den danska undersökningen gör nummer av de stympade hemmen. Författarna framhåller däremot, att en störd eller torftig emotionell atmosfär i barndomshemmet — visserligen ofta, men inte nödvändigtvis sammanhängande med yttre manifestationer sådana som alkoholism, kriminalitet och omflyttningar från en uppväxtmiljö till en annan — i viss mån korrelerar med det framtida understödsbehovet.

Nedsatt arbetsförmåga hos mödrarna och alkoholmissbruk hos fäderna kunde konstateras i högre grad hos de svenska understödstagarnas föräldrar än hos kontrollfallens. Likaså hade ett större antal fått fattigvård som barn bland understödstagarna än bland kontrollgruppen. *Fler-talet* understödstagare hade dock inte fått fattigvård, varför föräldrarnas ekonomiska situation inte kunde tillmätas större betydelse i prediktiv mening.

Inghe har också undersökt frekvensen av s.k. ensamhetsperioder och funnit, att isolering, bristande kontakt med medmänniskor, var mycket vanligare bland understödstagarna än bland kontrollfallen. I synnerhet de manliga understödstagarna tycks ha löpt stor risk att bli socialt isolerade.

Slitningar med de egna barnen har varit talrikare bland understödsfallen och flera av deras barn har blivit omhändertagna av barnavårdsmyndigheterna. Å andra sidan framhåller förf., att han inte kunnat konstatera någon större frekvens av missanpassning hos understödstagarnas barn än hos kontrollpersonernas. Däremot finner han, att understödstagarna också i sin egen-skap av föräldrar varit svagare, kraftlösare, "känsligare" för svårigheter än kontrollgruppens föräldrar.

I fråga om sysselsättningsförhållanden påvisar Inghe vissa tydliga avvikelser hos understödstagarna i jämförelse med kontrollfallen. Starten förefaller att vara densamma, skol- och yrkesutbildningen är densamma — flertalet hör hemma i socialgrupp III. Däremot är det påfallande, att de manliga understödstagarna kommit tidigare in i arbetslivet än kontrollgruppens män. Dessutom är arbetsförhållandena för understödstagarna kortvarigare. Slutligen dyker arbetslöshetsperioder upp, först tillfälligt, sedan allt oftare, varefter under en övergångsperiod av omkring 10 år ett stadigt nedgående äger rum med hänsyn till sysselsättningssituationen — tills den definitiva arbetslösheten, den må sedan tillskrivas arbetsskygghet, sjukdom eller alkoholism, börjar och understöd måste beviljas mer eller mindre regelbundet.

Inghe har efter en klinisk undersökning av sitt material tyckt sig kunna särskilja fyra olika huvudgrupper av understödstagare:

1. *Socialt välanpassade med relativt stabilt levnadslopp.*
2. *Socialt bräckliga, som lätt dukar under för yttre svårigheter.*
3. *Socialt störande individer, som lätt kommer i konflikt med omgivningen.*

4. Socialt isolerade, som drar sig ifrån den sociala gemenskapen.

Det visade sig, att bland männen övervägde de socialt störande, bland kvinnorna de socialt bräckliga. De socialt bräckliga var både fysiskt och psykiskt svaga, delvis också underbegåvade. Hos de socialt störande konstaterades en betydande procent säkra eller misstänkta hjärnlesioner. De socialt isolerade var nästan alla antingen lindrigt hjärnskadade, schizoida eller schizofrena. De socialt välanpassade var däremot psykiskt friska personer, som råkat ut för motgångar, olyckor eller invalidiserande somatiska sjukdomar.

Tar samhället i tillräckligt hög grad hänsyn till att dessa olika typer av understödstagare behöver helt olika behandling? Förf. besvarar frågan nekande.

Beträffande "orsakerna" till understödsbehovet konstaterar både de svenska och de danska författarna, att de är komplicerade och hela tiden griper in i varandra. Författarna försöker likväl särskilja mellan somatiska, psykiska och sociala orsaker samt deras olika kombinationer och Inghe ytterligare mellan utlösande orsaker och orsaker på längre sikt.

Av de utlösande orsakerna är i den svenska undersökningen de somatiska sjukdomarna av tillfällig art de dominerande, därefter kommer sociala orsaker. Vid granskningen av den hjälpbehövandes levnadslopp i sin helhet blir orsakerna mer komplicerade och de psykiska faktorerna tillika mer framträdande. Likväl är de somatiska faktorerna också i fortsättningen dominanta. Bland somatiska sjukdomar kommer tuberkulos, hjärt- och ledsjukdomar i första rummet, bland psykiska sjukdomar schizofreni, psykisk efterblivenhet och allmän insufficiens. Av sociala orsaker är alltför stor försörjningsbörda, arbetslöshet och ändringar i familjeförhållandena de vanligaste.

En vanlig konstellation hos undersökningsfallen var enligt Inghe följande: i bakgrunden en störande psykisk faktor, de aktuella förhållandena präglade av rubbningar i sysselsättningsläget och som utlösande faktor en tillfällig somatisk sjukdom, alkoholmissbruk eller en komplicerande familjetilldragelse.

Vad blir den slutliga följden för den hjälpbehövande av långvarigt understödstagande? Inghe svarar: *psykisk atrofi*, dvs. passivitet, stillhet, ett slags allmän fysisk och psykisk insufficiens, som förlamar och invalidiserar den enskilda individen och vad värre är, isolerar honom från gemenskapen med andra människor. Sachs an-

vänder en annan term, han fastslår för det danska undersökningsmaterialets vidkommande, att fattigdom framkallar en *psykisk reduktion*, låt vara att den i många fall tillika kan vara den ursprungliga grunden till fattigdom. I allmänhet anser Sachs, att de psykiska avvikelserna hos männen i övervägande grad är orsaksfaktorer, medan de hos kvinnorna mest är följdfeomen.

De brister Inghe påtalar i behandlingen av understödstagarna hänför sig framför allt till vården av sjukdomarna. En tredjedel av de somatiska sjukdomarna betecknar han som bristfälligt skötta och av de psykiska sjukdomarna ungefär hälften.

Också de sociala åtgärderna finner Inghe alltför schematiska och summariska för att ha någon rehabiliterande verkan. Han efterlyser personligt stöd för den enskilde med allt vad detta innebär av kunskaper, metodik och erfarenhet hos den socialarbetare, som svarar för fallet. Särskilt understryker han vikten av tidiga, snabba och genomgripande åtgärder: inte nöja sig med en åtgärd, när det behövs minst fem, inte släppa ett fall ur sikte, när man ser att en början till social nedgång redan är skönjbar.

Initiativet till denna mångsidiga sociala hjälp borde framförallt utgå från de medicinska organen: sjukhusen, poliklinikerna, de praktiserande läkarna, som alla bör intimt samarbeta med socialvården. Den första kontakten har ju understödstagarna i $\frac{2}{3}$ av fallen med läkare. Därför har de huvudsavaret. Sjukhusen bör ha egna socialläkare. Också skolmyndigheter, arbetsförmedling, militärmyndigheter osv. borde driva upp tillräckligt med initiativ för kontakt och samarbete med socialvården. Arbetsförmedlingen borde utöka sin verksamhet med arbetsvård, så att personer med nedsatt arbetsförmåga kunde placeras i arbete, innan de glider över i de arbetsskyggas och arbetsoförmögna gruppen. Inghe efterlyser också familjevård, som innebär att olika vårdorgan gemensamt tar sig an en familj och så vitt möjligt genom en enda socialarbetare försöker rehabilitera familjen. Endast på detta sätt, anser förf., kan vi eliminera den psykiska atrofieringen, beroendet, passiviteten och improduktiviteten hos socialvårdsklientelet.

De danska författarnas reformförslag är i stort sett desamma. Också de talar om läkarens viktiga roll vid planeringen av socialhjälp — det är ju övervägande sjuka eller invalidiserade människor det gäller att rehabilitera. Undersökningen av det danska materialet gav tydligt för handen, att förutsättningar för rehabilitering i själva verket i stor utsträckning förelåg. I stället för

tillfällig ekonomisk hjälp bör möjligheter för en kontinuerlig socialmedicinsk stödprocess skapas, som avstannar först när den hjälpbehövande på ett betryggande sätt inlemmats i arbetslivet och i den sociala gemenskapen.

F.n. är detta blott i begränsad omfattning möjligt i de nordiska länderna. En utveckling i av författarna angiven riktning skulle innebära för det första ett intimt samarbete mellan medicinsk

vård och socialvård både praktiskt och administrativt, vilket i och för sig förutsätter eliminering av fördomar och specialskolning av både läkare och socialarbetare, och för det andra en upprustning av socialläkar- och distriktsläkarinstitutionen, också med därtill hörande specialutbildning, reglering av ansvars- och lönefrågor osv.

Konsumtionsmjölakens beskaffenhet och eventuella förbättringar

Den 1954 tillsatta Mjölkkommittén har nu avgivit sitt betänkande angående åtgärder för att förbättra konsumtionsmjölakens beskaffenhet (SOU 1960:29). Kommittén vill söka åstadkomma en ordning som innebär tillräckliga garantier för att den i landet saluhållna konsumtionsmjölken fyller alla rimliga krav främst ur folkhälsans synpunkter men även i andra hänseenden. Det tekniska och personella underlaget i mjölkproduktion och mjölkförädling är lika viktigt som kontrollen av åstadkomna produkter. Offentlig mjölkkontroll bör införas och bestämmelserna intagas i livsmedelsstadga och hälsovårdsstadga så att mejeristadgan blir överflödig. Hälsovårdsnämnderna blir kontrollorgan, veterinärstyrelsen högsta övervakande myndighet, medan Statens institut för folkhälsan meddelar provtagnings- och analysföreskrifter. Kommittén har fastställt följande fyra krav på konsumtionsmjölakens beskaffenhet:

- a) mjölk skall vara fri från humanpatogena smittämnen samt från cellbeståndsdelar och andra produkter från inflammatoriska processer i juvret,
- b) mjölk skall vara fri från främmande fasta partiklar och lösta främmande ämnen,
- c) mjölk får icke innehålla ett för stort antal pasteuriseringsöverlevande bakterier,
- d) mjölk får ej ha från det normala avvikande utseende, smak eller lukt.

Kommittén anser att mjölk kvalitén blivit förbättrad sedan 1950-talet både på grund av bättre råvara och bättre behandling i mejerierna. Upplysning och rådgivning vid ladugårdarna anses

böra ökas. Avstånden till de stora orterna gör dock att det för närvarande icke är möjligt att åstadkomma en kylkedja från producent till konsument. Veterinärstyrelsen föreslår utfärda råd och anvisningar rörande produktion av mjölk och däri beröra hållande av svin och fjäderfä i ladugård, djurhälsokontroll, disk- och mjölkkrum, vatten, varmvatten och diskning, kylningskrav, årlig rengöring och smittrening av ladugård o. s. v. Förslag har framlagts om höjning av ladugårdspersonalens hygieniska standard men obligatorisk läkarundersökning anses ej genomförbar.

Landet har friförklarats från kreaturstuberkulos men kommittén anser att fortsatta tuberkulinundersökningar med stöd av offentliga medel bör bibehållas för att bevaka tuberkulosfronten. Kommittén har beaktat tendensen till kylförvaring av mjölk på produktionsplatsen med inskränkning av leveranstillfällena antingen leveransen sker i transportflaskor eller genom tankhämtning. Genom kvalitetsbetalning av leverantörmjölken har man en möjlighet att kontrollera och påverka den hygieniska kvalitén hos råvaran till konsumtionsmjölken. Kommittén föreslår här utvidgade kontrolluppgifter för mjölkbedömare, fixerad klassindelning enligt reduktasprovet, betydligt höjda minimiavdrag för mjölk av dålig kvalitet samt obligatorisk kontroll av transportkärlens renhet och beskaffenhet. Mjölk som har kraftig bismak eller visar dåligt resultat vid reduktasprovet, för närvarande en kortare avfärgningstid än 10 minuter, får icke saluhållas som livsmedel. I det enskilda fallet är hälsovårdsnämndens omdöme avgörande. Mejeri skall för-