

Femtio härbärgesklienter med socialhjälp¹⁾

Av socialläkare C.-G. Berglin, Göteborg.

Understödda och självförsörjande hotellgäster

Bland socialnämndens klienter i Göteborg finns en karakteristisk grupp av ensamstående män, som bor på ungarshotell och natthärbärgen eller logerar på slumhotell, hos bekanta och utomhus. De hyr (för 3: 25 à 4 kr per natt) 15—24 % av ungarshotellens sängplatser, i genomsnitt 20 % eller 75 av de 383 platserna. På ett natthärbärge med 112 platser (3 kr per natt) belägger de 44 %, på ett annat med 91 platser, öppet under 7 vintermånader, 47 %. Till dessa klienter (sommartid c:a 125, vintertid c:a 165 personer) kommer logerarna, så att det s. k. härbärgesklientelet vid socialnämnden totalt omfattar c:a 165 klienter sommartid och 230 vintertid. Hjälpn utgår i regel per vecka i form av anvisningar på mat och logi, vid behov även kläder. Understödsituationen varar ofta i många år och synes i flertalet fall väsentligen sammanhålla med sociala och medicinska skadeverkningar av alkoholbruk.

Det bör anmärkas att klientelet utgör en särgrupp på hotellen och härbärgena, där de övriga gästerna består av partiellt arbetsföra med låga inkomster samt av män i skilsmässosituationer.

För att undersöka i vad mån mera aktiva åtgärder skulle kunna tillgripas för att lyfta vissa härbärgesgäster ur understödsituationen företogs i juli 1960 på socialnämndens initiativ socialmedicinska utredningar rörande 50 representativt utvalda klienter. Utredningarna gjordes på socialbyrå II med stöd av ett standardiserat formulär och omfattade c:a 20 min. samtal hos kurator och 25 min. undersökning hos socialläkaren. Sedan kuratorn avslutat samtalet med en klient fick turordningen bland de sökande avgöra vem som skulle bli nästa klient. I efterhand inhämtades upplysningar från socialregister, barnavårds- och nykterhetsnämnd.

Resande och bofasta gäster med socialhjälp

Det visade sig att klientelet sönderföll i tre grupper.

Den första gruppen utgjordes av åtta icke-göteborgare, därav fyra normmän och två finnar, i åldrarna 19—48 år (medeltal 37 år). Minst fyra av dem var alkoholiserade, tre hade leverförstoring. Ingen klagade över symtom på neuro-labilitet, och kärlreflexerna låg kring medelvärdet i sex fall men var i två fall stegrade i samband med akut nersupning resp. hjärnskada med förlamning. Klienterna var medellånga (176 cm) men påfallande magra, i det de låg 9 % under normalvikten för sin ålder och kroppslängd. De uppgav att de i genomsnitt haft arbete under 86 % av de två sistförflutna åren. Alla bedömdes som lämpliga för anställning i den öppna marknaden och deras socialhjälp kunde därför anses vara av tillfällig natur.

Den andra gruppen omfattade fyra vägrare i åldrarna 51—80 år. Alla fyra var alkoholiserade, med i genomsnitt ett 30-tal fylleriförseelser; två var gamla anstaltsfall. En tredje klient var sedan åratals känd som ett förskruvat original. Lämplig åtgärd för de två, som inte hade ålderspension, skulle kunna bedömas endast efter närmare undersökning.

Den tredje gruppen utgjorde huvudparten, elter 38, av de 50 uttagna. De skilde sig starkt från "utsocknesfallen" i den första gruppen.

Till kärngruppens sociala förhistoria

Medelåldern var hög, 51 år. Endast tre var i trettioårsåldern, tretton var 40—49 år, femton var 50—59 år, sju var 60—65 år. Åldern var sannolikt det viktigaste aktuella arbetshindret för gruppen som helhet, i det jag vid tidigare undersökningar av personer med arbetsproblem funnit att anställningsmöjligheterna sjunker med c:a 1 % för varje åldersår. Många av klienterna framhöll också med all rätt svårigheterna på arbetsmarknaden för äldre åldersgrupper, som inte kunde peka på långvariga tidigare anställningar.

¹⁾ Efter ett föredrag i Göteborgs Läkarsällskap den 7/9 1960.

Beträffande *yrket* betecknade sig 2/3 av alla (25 klienter) som diversearbetare numera, även om mer än hälften av dessa (14) tidigare haft mer kvalificerade yrken. Knicken i arbetskurvan sammanhänge i huvudsak med långvarig alkoholisering.

Den svaga sociala anpassningen framgick också av att endast omkring hälften, 21 undersökta, varit *gifta*. En av dem var änkling och en särboende, alla de övriga skilda. Äktenskapet hade i genomsnitt varat i 14 år och skilsmässan i 10 år. Två ogifta hade sammanlagt 3 barn, 14 av de gifta 36 barn. Av barnen var 9 minderåriga. På varje fader belöpte sig 2,4 barn, på varje klient i genomsnitt endast 1 barn.

Den ringa fruktsamheten avspeglas också i det faktum att endast 8 var *kända hos barnavårdsnämnden*. I huvudsak rörde det sig om krav på underhåll för barn. Förhållandet ter sig i viss mån överraskande positivt och torde peka på att klienterna i yngre år varit betydligt mer försörjningsdugliga än nu.

Mot denna nedsatta fruktbarhet kontrasterar det faktum att klienternas *föräldrar* i medeltal haft 3,11 barn. Den sistnämnda siffran har beräknats efter korrektion av den felkälla som ligger i att stora barnkullar blir överrepresenterade i alla urval av detta slag, i det t. ex. en 7-barnsfamilj har sjudubbel chans att bli indragen genom någon i syskonskaran.

Beräkningen utföres enkelt genom att varje person erhåller vikten $1/s$ där s är antalet barn i hans syskonskara (inklusive honom själv). Antalet undersökta, N , divideras med summan av alla vikterna, varvid uttrycket

$$\frac{N}{\sum 1/s}$$

anger medelantalet barn i syskonskarorna. Beräkningen gäller oavsett om de undersökta tillhör endast det ena könet eller båda. (Formelns giltighet kan lätt kontrolleras på t. ex. en modellbefolkning av 1-, 2-, 3- och 4-barnsfamiljer, 32 familjer av vardera slaget och med binomial fördelning av könen efter formeln $(1/2 + 1/2)^8$. Medeltalet barn blir $320 : 128 = 2,5$. Utväljes

slumpmässigt var fjärde pojke, erhålles från de fyra familjetyperna $4 + 8 + 12 + 16 = 40$ undersökta med 80 syskon, vilket ger det oriktiga intrycket att varje syskonskara omfattar i genomsnitt 3 barn. Viktsumman är 16, och $40 : 16 = 2,5$ utgör i stället det korrekta medeltalet.)

Placeringen i syskonskaran har stundom antagits påverka individens sociala beteende. Kallas individens ordningsnummer o , anger formeln

$$\frac{o - 1/2}{s}$$

hans position inom syskonskaran, uttryckt som ett tal mellan 0 och 1. Tidiga syskon får då låga värden, sena syskon höga, mittersyskon värdet 0.50. Jag har i annat sammanhang angett vissa korrekationer för noggrannare bestämningar, men redan det okorrigerade medelvärde, som för de 38 undersökta utgör .49, pekar omedelbart på att placeringen är jämnt fördelad inom syskonskaran.

Bland övriga sociala faktorer registrerades *kriminalitet* och alkoholism med ledning av klientens egna och nykterhetsnämndens uppgifter. Av klienterna hade c:a hälften (18) undergått summa 38 frihetsstraff för brott (exkl. förvandlade fylleriböter).

Jämte åldern var *alkoholismen* den dominerande sociala faktorn. Av de 38 var 87 % klara alkoholister eller f. d. alkoholister. Endast 3 hade inga fylleriböter, 4 hade 1—5 förseelser, 22 hade 6—50 förseelser, 6 hade 51—100, 3 mer än 100. Genomsnittet var 32 förseelser. På anstalt hade 20 varit intagna sammanlagt mer än 75 gånger, ofta under långa tider, och 16 hade periodvis varit anslutna till länkrörelsen. Det visade sig svårt att få fylliga uppgifter av klienterna själva om missbrukets kronologi, i det endast 17 lämnade utförliga besked. Medeltalen för denna grupp stämde emellertid nästan exakt med de övrigas mera lakunära angivelser. Missbrukarna uppgav i genomsnitt att de första gången smakat starksprit vid 20 år (lägst 14, högst 30 år), haft sitt första rus vid 22 år (15—34 år) och förvärvat addiktionen vid 30 år (18—50 år). Uppgifter om tidpunkten för senaste spritförtäring var uppenbarligen i många fall helt otillförlitliga; 16

uppgav senaste veckan och 5 andra sista månaden, medan 4 sade sig inte minnas och 13 angav varierande tidpunkter mellan 1 och 20 månader. Osäkerheten sammanhänger bl. a. med att somliga vägrade att betrakta öl eller vin som sprit och att lämna besked om sådan förtäring.

Den medicinska förhistorien

Den medicinska delen av utredningen omfattade i stort sett anamnes och rutinundersökning.

Bland *genomgångna kroppssjukdomar* märktes hjärnskakningar hos var fjärde, vilket möjligen ligger i överkant av det normala. Hos var femte hade *magsår* tidigare konstaterats, vilket är tydligt för högt (sannolikt beroende på den höga frekvensen av alkoholism) och motsvarar den sammanlagda förekomsten av både manifesta och "stumma" magsår hos normala vuxna män. Av *lungsjukdomar* hade var sjätte haft *lunginflammation* och var sjätte *lungtuberkulos*; man erinrar sig härvid att den förra sjukdomen är vanlig hos alkoholister, medan den senare sjukdomen ofta nedsätter arbetsförmågan för längre perioder och sålunda medverkar till uppkomsten av socialhjälsbehov. Endast en av de sju tuberkulösa måste dock anses som vårdbehövande för tillfället. Var nionde hade haft *ledgångsreumatism*, en sjukdom som ju också tenderar att periodvis rubba arbetsanpassningen. Av *nervsjukdomar* hade var sjätte haft *ischias* och var nionde *neurit* med annan lokalisering, alltså *nervskador* hos mer än var fjärde; i stort sett har alkohol här spelat en väsentlig roll som orsaksfaktor. Ryggbesvär var däremot förvånande ovanliga (var trettonde). I enstaka fall hade patienten lidit av eksem, astma, tyfus, tarm- och leverbesvär, njurinflammation och högt blodtryck. Tre var arbetshindrade av (sannolik) schizofreni och två av sinnesslöhet.

Såsom väntat, var emellertid den allt övervägande *sjukdomsbilden* *neurolabilitet*, som påträffades hos 70 %; hos 30 % hade den börjat manifestera sig redan under barndomen och ungdomen, hos 40 % vid i genomsnitt 31 års ålder. Förhållandet bekräftar det kända faktum att anlag och (hos män) alkoholism utgör

de två väsentligaste orsakerna till sjukdomen, som normalt föreligger hos c:a 30 % av vuxna, samtidigt som tredjedelen till hälften av arbetshindrade *neurolabila* män företer eller har förett symptom på alkoholism. Nästan alla de *neurolabila* hade småningom försämrats; hos dem med förvärvade symptom inträdde en tydlig försämring efter c:a 15 års sjukdom. I sammanhanget lägger man märke till att ingen av de 8 "utsocknes" angav labilitet; sjukdomen nedsätter ofta initiativet och motverkar sålunda tendensen till rörlighet.

Tidigare psykiska sjukdomar utgjordes nästan helt av alkoholskador. En tredjedel hade en eller flera gånger vårdats på mentalsjukhus och ytterligare en tredjedel vårdats vid psykiatrisk klinik eller poliklinik eller hos privatläkare.

Det kroppsliga tillståndet och arbetsförmågan

Kroppslängden var 173 cm, vikten 68 kg i genomsnitt. Jämfört med normaldata enligt en av firma Boehringer publicerad skala låg 73 % av gruppen under medelvärdet för sin längd och ålder. I genomsnitt belöpte sig undervikten till 7 %. Även enligt Rohrsers index låg vikten 7 % under det normala medelvärdet för åldern.

Från lungorna konstaterades aktuell tuberkulos i ett fall, stillastående i två fall. Inga säkra hjärtsjukdomar påträffades; kontroll på sjukhus av ett misstänkt fall utföll negativt. Högt blodtryck förelåg i ett fall. En klient hade utbildad levercirrhos, och leverförstoring påträffades hos ytterligare 9, svalgkatarr hos 15, lätt fingertremor hos 15 och medelgrov till grov tremor hos 12, allt i huvudsak som följd av alkoholförgiftning. Korrelationen mellan leverförstoring och tremor var .30. Ingen hade socker- eller säkra äggvitereaktioner i urinen. En hade höftledsskada i samband med tuberkulos, en annan hade en illa läkt armbågsfraktur. Hos tre konstaterades neurittecken, och åtminstone sex hade abnormt livliga knäreflexer. Två företedde inskränkt rörlighet i ryggen. Sammanfattningsvis kan man sålunda säga att tuberkulos eller diverse alkoholskador karakteriserade många av de undersökta.

Särskilt intresse ägnades åt de ortostatiska

kärlexreflexerna, och *LVR-värdet* beräknades för samtliga fall. Det visade sig i genomsnitt vara 322, ungefär motsvarande medelvärde för neuroabilitet. (Normalvärden för icke labila är 125—325, för labila 140—490, medelvärde 225, resp. 315.) Hos dem utan labilsymtom var *LVR* 310, hos dem med tidiga symtom 304, hos dem med sent påkomna symtom 343. Man har sålunda anledning att dra den slutsatsen att alkoholism hade drivit fram akut förhöjda värden i detta klientel. För sambandet med akut alkoholförgiftning talar en rad data. Sålunda var värdet 294 hos 11 utan tremor, 321 hos 15 med lätt, 335 hos 7 med måttlig och 373 hos 5 med grov tremor, 354 hos dem med svalgretning, 384 hos dem med leverförstoring. Det var 218 hos två som angav mer än 1 års spritfrihet, 308 hos de 11 som sade sig ha varit nyktra en månad upp till 1 år, 345 hos de 21 som förtärt sprit sista månaden; 4 vägrade att uppges intervallens längd. Hos 5 icke-alkoholister var värdet 262. En klient som påbörjade catranbehandling fick värdet sänkt från 268 till 171, men efter tre dagars spritrecidiv hade det stigit till 300 igen. Mellan *LVR* och leverförstoring förelåg korrelationen .25. I motsats till vanliga erfarenheter förelåg inget klart samband mellan *LVR* och arbetsförmåga, sannolikt därför att även tillfälligt nedsupna (som tidigare arbetat rätt bra) hade hög *LVR*.

Såsom tidigare antytts, var *huvuddiagnosen* alkoholism i 87 % av fallen. De övriga 5 klienterna led av akut lungtuberkulos; neuritskador; misstänkt schizofreni; sinnesslöhet; ryggsjukdom och sinnesslöhet. Hos alkoholisterna förelåg i åtskilliga fall komplicerande sjukdomstillstånd, exempelvis ischias eller lungtuberkulos.

Den tidigare arbetsförmågan bedömdes med ledning av klienternas egna uppgifter om den tid de arbetat de sista två åren samt mot bakgrunden av anteckningar i socialregistret. Till skillnad från "utsocknesgruppen" hade de arbetat endast 25 % av denna tid, eller under 6 månader.

Behandling

Bedömningen av lämpliga sociala och medicinska åtgärder försvarades väsentligt av kliente-

lets alkoholisering, som gjorde de flesta av dem akut arbetsoförmögna. Med ledning av mera långdragna sjukdomssymtom kunde man dock förutse att c:a var femte under inga förhållanden kunde väntas i stånd att arbeta på länge: 2 behövde sjukhusvård (som förberetts), 2 vård på alkoholistanstalt (som också förberetts), 4 borde sannolikt pensioneras (varom socialbyrån underlättades). Nära hälften, eller 17 klienter, kunde endast beräknas placerbara i skyddad sysselsättning för framtiden, dels på grund av utdragna sjukdomstillstånd (främst höggradig neuroabilitet), dels på grund av sin ålder. Högst var tredje (13 klienter) kunde anses ha utsikter till placering i arbete i öppna marknaden, dock i regel först efter tillnyktring.

Den ur behandlingssynpunkt viktigaste gruppen är otvivelaktigt den sista. Placering i övervakat arbete borde ge bättre möjligheter än nu att kontrollera och driva tillbaka klienternas spritbruk och sålunda göra det lättare att hjälpa dem ut på arbetsmarknaden igen. Den näst sista gruppen borde under liknande förhållanden kunna placeras i arbete, men av skyddad typ och för all framtid. Sådan skyddad verksamhet, dels på verkstäder, dels i utearbete skulle sålunda erfordras till ett platsantal som motsvarar drygt hälften av klientelet. En realistisk planering bör då emellertid räkna med åtskillig avgång av arbetskraft, bl. a. på grund av sjukdom. En organisation av 20 platser med en deltidanställd chef och två arbetsledare för ute-, resp. inomhusarbete borde i varje fall vara värd att pröva.

Sammanfattning

Den "typiske" härbärgesklienten med socialhjälp är sålunda en man med undervikt och i framskriden ålder. Han är ogift eller frånskild och har en fruktsamhet som är högst hälften av den normala. Han är sedan ett 20-tal år hemfallen åt spritmissbruk, har två gånger varit intagen på alkoholistanstalt och en gång dömts för brott. Han lider av neuroabilitet, antingen sedan barn domen eller som följd av ideliga alkoholförgiftningar i vuxen ålder. Förgiftningarna har bi-

Forts. å sid. 310.

Äldre arbetskraft i statstjänst

Ett stigande befolkningstal inom de högre åldersgrupperna har under lång tid aktualiserat frågan om den äldre arbetskraftens kapacitet och möjligheterna att nyttiggöra den. En statlig utredning i frågan för vilken förordnats personalchefen i Sveriges Radio Nils Ragnå och byrådirektören i arbetsmarknadsstyrelsen Ebbe Björkdahl har under våren framlagt resultatet. En sammanfattning av utredningens betänkande enligt byrådirektör Björkdahls redogörelse i "Från departement och nämnder" torde ha ett betydande intresse särskilt för dem som till allt större antal närmar sig pensionsåldern. För det biologiska och medicinska tänkandet är det föga rationellt att värdera en människas arbetskapacitet efter levnadsår. Skillnaden i olika fall är mycket stor. Redan alltför länge har formella hinder förekommit för vitala människor inom äldre årsklasser att fullgöra en samhällsnyttig tjänst och att därmed beförtra även sin egen hälsa.

Beträffande förekomsten av åldersgränser anföres:

"Utredningen har sökt bilda sig en uppfattning om vilka de formella och reella faktorer är, som kan utgöra hinder eller kan försvåra för de äldre arbetssökande att få statstjänst. I detta syfte har en inventering gjorts om förekomsten av formellt fastställda eller praktiskt tillämpade övre fixerade åldersgränser hos de olika verken. Inventeringen, som dock icke omfattat hela statsförvaltningen, visar att dylika åldersgränser utgör spärr för tillträde till minst 75.000 tjänster inom den civila statsförvaltningen. De flesta verken har dock ej sådana spärrar, men på grund av att de finns vid några av de större myndigheter-

na, främst vid de affärsdrivande verken, blir omfattningen av dem så pass stor, som ovan angivits. Inom försvaret finns åldersgränser allmänt fastställda för tillträde till officersyrkena och i viss omfattning även för tillträde till civilmilitära yrken.

Utredningen har vidare funnit, att flera myndigheter, som icke använder sig av formellt fastställda åldersgränser ändock fäster avseende vid de sökandes ålder vid nyanställningar. Det framgår emellertid också av utredningsmaterialet, att en del myndigheter har en positiv inställning till den äldre arbetskraften och att de myndigheter, som har åldersgränser för viss personal, anställer äldre inom arbetsområden, som icke omfattas av åldersgränserna.

Utredningens undersökningar har också visat, att åldersgränser gäller för vissa statliga och statsunderstödda utbildningsanstalter och -kurser, som ger eller ökar kompetensen för erhållande av en del statliga tjänster. Detta innebär, att dessa åldersgränser i realiteten är detsamma som åldersgränser hos de statliga arbetsgivarna.

Anförda skäl mot anställande av äldre arbetskraft

De myndigheter — men även andra — som tillämpar fixerade övre åldersgränser vid anställning av personal, har anfört ett flertal motiveringar, varför de föredrar de yngre framför de äldre sökandena.

Invändningarna mot anställande av äldre arbetskraft kan i stort sett sammanföras under följande rubriker:

CP-vården i vårt land, mottagit denna utredning, som tagit gestalt i den bok, som här refererats. Den ger oss en god grund för vidare planering och klara linjer att följa. Möjligt är, att flera synpunkter kommer fram i de uttalanden, som inom kort inflyter från olika remissinstanser. Geografiska, demografiska och andra förhållanden kan möjligen ge anledning till variationer av utredningens tema men torde inte på något sätt minska dess ovärderliga resultat.

Olof Brandberg.

FEMTIO HÄRBÄRGESKLIENTER . . .

Forts. fr. sid. 298.

dragit till att utlösa diverse kroppsliga sjukdomar under livet, t. ex. lung-, mag- eller nervsjukdomar. I sitt yrke har han deklinerat, och hans arbetsprestationer på senare år har varit 25 % av det normala. Han är på grund av åldern och alkoholskadorna närmast hänvisad till skyddat arbete men har vissa utsikter att efter tillnyktring kunna återinpassas på arbetsmarknaden.