

Dødelighet blant sosialhjelpsmottakere

Sille Ohrem Naper

HiO-rapport 2007 nr 15

Dødelighet blant sosialhjelpsmottakere

Sille Ohrem Naper

Gruppe for Inkluderende Velferd (GIV)



Høgskolen i Oslo
Avdeling for samfunnsfag
Juni

© Høgskolen i Oslo
ISBN 978-82-579-4578-7
ISSN 0807-1039

Det må ikke kopieres fra denne bok i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, Interesseorganisasjon for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale medfører erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Forord

Hensikten med forskningsprosjektet som denne rapporten er et resultat av har vært å sammenligne dødeligheten blant personer som har mottatt sosialhjelp med dødeligheten i den øvrige befolkningen. En av årsakene til at det ble tatt initiativ til dette var funnene i ”Funksjonsevne-studien” (van der Wel m.fl. 2006), som viste høyt innslag av helseproblemer blant langtids-mottakere av sosialhjelp.

Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Vi har også hatt stor nytte av kommentarene fra våre kontaktpersoner ved Avdeling for kommunale velferdstjenester: fungerende avdelingsdirektør Per Inge Langeng, rådgiver John Tangen, rådgiver Morten Sonniks.

Dataene som er benyttet ble opprinnelig tilrettelagt for forskningsprosjektet ”Regional ulikhet i dødelighet: Inntektsulikhet, sosiale investeringer, sosial kapital” ved Jon Ivar Elstad (NOVA), Espen Dahl (HOV/HiO) og Dag Hofoss (HØKH/A-HUS). Vi takker for at vi fikk bruke disse dataene. Espen Dahl var vært prosjektleder og kommet med mange nyttige innspill. Jon Ivar Elstad har sjenerøst gitt tilgang til sine koder av dødsårsaker og bistått med oppklaring om dataene.

Dataene om sosialhjelp som er koblet til for dette prosjektet er utlevert av SSB ved brukertjenesten FD-trygd. Her har Agata Wrzos-Kaminska som har vært svært hjelpsom.

Datatilsynet har gitt konsesjon for å behandle personopplysningene, og Sosial- og helsedirektoratet har gitt utvidet dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med denne forskningen.

Jeg vil også takke Kjetil van der Wel og Ivar Andreas Lima for grundig gjennomlesning og kommentarer på en tidligere versjon av denne rapporten, og Eli-Anne Bjørkedal for korrekturlesning.

Ingen av de som her er nevnt er ansvarlige for de analyser og tolkninger som framstilles i rapporten, og eventuelle resterende feil er forfatterens.

Innhold

Innledning	1
Sosialhjelpsmottakere	2
Sosialhjelpsmottakeres helse	3
Sosiale ulikheter i helse og dødelighet	4
Data og metode	10
Om dødelighet som mål på helse og sykdom.....	11
Bakgrunnskjennetegn.....	12
Metode	14
Resultater	16
Dødsfallsrater.....	16
Årsaksspesifikke dødsfallsrater.....	19
Regresjonsanalyse.....	22
Sammenligning med uførepensjonister.....	24
Oppsummering og diskusjon	27
Litteratur	31
Appendiks.....	34

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1 Antall personer 18-57 år i 1992 og antall dødsfall 1993-2003, og antall med ukjent utfall Sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning.....	10
Tabell 2 Fordeling på uavhengige variable, sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning.....	12
Tabell 3 Summarisk dødsfallsrate for perioden 1993 til 2003 for sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning, separat for kjønn	16
Tabell 4 Oppsummering av ulike dødsfallsrater og sammenlignbart dødelighetstall.....	18
Tabell 5 Relative dødelighetsrater (Hasardratioer).....	23
Tabell 6 Sosialhjelpsmottakeres dødelighet sammenlignet med uførepensjonister. Hasardratioer (95 % KI).....	24
Tabell 7 Årsaksspesifikk dødelighet, uførepensjonister og sosialhjelpsmottakere. Menn Hasardratioer (95 % KI)	26
Tabell 8 Årsaksspesifikk dødelighet, uførepensjonister og sosialhjelpsmottakere. Kvinner Hasardratioer (95 % KI).....	26

Figur 1: Aldersspesifikke dødsfallsrater, menn. Sammenligning av de som mottok sosialhjelp i 1992 og de som ikke gjorde det.	17
Figur 2 Aldersspesifikke dødsfallsrater, kvinner. Sammenligning av de som mottok sosialhjelp i 1992 og de som ikke gjorde det.	17
Figur 3 Andel (%) som dør av ulike dødsårsaker i de to gruppene	20
Figur 4 Årsaksspesifikke dødsfallsrater 1993 - 2003, aldersstandardiserte, for sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning, separat for kjønn. Per 100 000.....	21
Figur 5 Dødelighet blant korttids- og langtids sosialhjelpsmottakere sammenlignet med den øvrige befolkningen. Hasardratioer, ujusterte og justerte.	24

Innledning

Vi har etter hvert fått mye kunnskap om sosial ulikhet i helse og dødelighet i den norske befolkningen, men vi mangler kunnskap om helsen til de mest marginaliserte i samfunnet. Formålet med denne rapporten er å beskrive dødeligheten blant sosialhjelpsmottakere i Norge i perioden 1993 til 2003. Slik kunnskap vil kunne få betydning både for å redusere sosiale ulikheter i helse og for politikken overfor sosialhjelpsmottakere. De siste dokumentene fra Regjeringen om ulikhet i helse og om arbeid, velferd og inkludering (St.meld. nr. 9 (2006-2007); St.meld. nr. 20 2006-2007) viser at denne typen spørsmål står svært sentralt i norsk velferds- og sosialpolitikk for tiden.

I denne rapporten sammenlignes dødeligheten blant sosialhjelpsmottakere med dødeligheten i befolkningen for øvrig. Det undersøkes videre i hvilken grad eventuelle dødelighetsforskjeller kan tilskrives sosioøkonomiske kjennetegn som varierer mellom sosialhjelpsmottakere og den øvrige befolkningen, og som vi vet fører til høyere dødelighet. Også dødsårsakene i de to gruppene sammenlignes, for å undersøke om dette kan bidra til å forklare forskjellene. Til slutt sammenlignes sosialhjelpsmottakeres dødelighet med uførepensjonisters dødelighet.

For å sette temaet i en større sammenheng, vil relevant tidligere forskning (hovedsakelig norsk) gjennomgås innledningsvis. Analysen er basert på nasjonale registerdata med opplysninger om dødelighet, koblet sammen med demografi, utdanning og overføringer fra det offentlige for hele befolkningen (FD-trygd). Utgangspunkt er alle i alderen 18 til 57 år som mottok sosialhjelp i 1992. Disse følges med hensyn til dødelighet ti år fram i tid.

Sosialhjelpsmottakere

Sosialhjelp er velferdsstatens siste økonomiske sikkerhetsnett og det skal sikre at alle har tilstrekkelige midler til livsopphold. Mennesker som ikke kan sørge for seg selv gjennom arbeid, trygd eller på andre måter har mulighet til å søke økonomisk stønad. Når alle aktuelle muligheter er utnyttet fullt ut, har den som ikke kan sørge for sitt livsopphold krav på økonomisk stønad til livsopphold uansett årsaken til hjelpebehovet. Ytelsen er behovsprøvd og tildeles etter individuell og skjønnsmessig saksbehandling. Sosialhjelpsytelsen skiller seg dermed fra andre typer velferdsytelser i Norge, som er rettighetsbaserte og som utbetales ved en spesiell årsak, som sykdom eller arbeidsløshet. Selv om hensikten med sosialhjelpen er å hindre materiell nød, er ytelsen på et lavt nivå, slik at mange sosialhjelpsmottakere er blant dem som har minst å rutte med: I 2003 var det 36 prosent av sosialhjelpsmottakerne som var "inntektsfattige" (Hatland og West Pedersen 2006).

Ved begynnelsen av nittitallet, som er utgangspunktet for undersøkelsen, hadde det vært en sterk økning i antall sosialhjelpsmottakere, fra ca. 115 000 i 1987 (og færre tidligere på åttitallet) til ca. 160 000 i 1992¹. Dette tilsvarte 4 prosent av befolkningen. Faktisk måtte man helt tilbake til 1886 for å finne at en like stor andel av befolkningen mottok "forsorgsstønad" eller sosialhjelp.² I de siste årene har antall mottakere ligget på rundt 130 000 i året, eller 3 prosent av befolkningen.

Målet er at sosialhjelp skal være en midlertidig ytelse i et nødstilfelle og gjøre mottakeren selvhjulpent på sikt. For de fleste er det også en kortvarig ytelse. Likevel er det et ikke ubetydelig mindretall som mottar sosialhjelp kontinuerlig over lang tid, og enda flere som går ut og inn av sosialhjelpssystemet i løpet av en lengre periode (Dahl og Lorentzen 2003). Sosialhjelpsmottakere er imidlertid en heterogen gruppe. De har ulik bakgrunn og ulike årsaker til behov for sosialhjelp. Dette kan forklare noe av variasjonene i varighet. Mens noen kan være svært marginaliserte, med for eksempel rusproblemer, psykiske lidelser og lite arbeiderfaring, er andre ikke så ressursvake i utgangspunktet, men sammenfallet av en rekke uheldige livsomstendigheter eller akutt pengemangel har til slutt ikke tvunget dem til å søke om sosialhjelp. Siden det var særlig mange sosialhjelpsmottakere på begynnelsen av 1990-tallet, som var en periode med høy arbeidsledighet, er det grunn til å tro at gruppen i denne perioden var spesielt heterogent sammensatt. En viktig dimensjon ved denne heterogeniteten fanges opp ved å skille mellom korttids- og langtidsmottakere slik det gjøres i denne analysen.

¹ <http://www.ssb.no/emner/03/04/30/soshjelpk/>.

² <http://www.ssb.no/histstat/tabeller/7-7-8t.txt>

Sosialhjelpsmottakeres helse

Det har ikke vært foretatt noen undersøkelse av dødelighet blant sosialhjelpsmottakere i Norge tidligere, men det foreligger en del forskning på sosialhjelpsmottakeres *helse*. Her gis en oversikt over forskningen begrenset i tid fra perioden rundt 1992 og fram til i dag.

Som følge av den sterke økningen i sosialhjelpsmottakere på begynnelsen av 1990-tallet ble det igangsatt flere studier av sosialhjelpsmottakeres levekår, livskvalitet og bakgrunnskjennetegn, inkludert helse, i første halvdel av 1990-tallet. Undersøkelsen ”Stønadsmottakere 1990” var en landsomfattende undersøkelse blant 1212 norske statsborgere mellom 18-50 år som mottok økonomisk sosialhjelp (Brevik 1996). Resultatene viste blant annet at fire av ti rapporterer om kroniske eller varige helseproblemer med påfølgende nedsatt arbeidsevne. Det var dobbelt så mange med varige helseproblemer sammenlignet med hele befolkningen, og nesten tre ganger så mange med varige helseproblemer som nedsetter arbeidsevnen. Andre studier var av mindre omfang, og avgrenset til et mindre geografisk område. Martinsen og Moe (1999) foretok en undersøkelse blant langtids sosialhjelpsmottakere (n=52) i Byåsen 1999, hvor 20 prosent svarte at de hadde dårlig helse. En av tre vurderte sin psykiske helse som dårlig. Seim og Hjemdal (1992) kartla situasjonen til sosialhjelpsmottakerne i to mellomstore kommuner (n=56), og fant at 32 prosent hadde selvrapportert subjektiv dårlig helse. 70 prosent hadde langvarige sykdommer. Det var flere kvinner enn menn med redusert helse. Over halvparten av klientene hadde hyppige symptomer på psykiske lidelser. (Hove 1992) kartla levekår og livssituasjon blant 169 langtidsmottakere av sosialhjelp i en bydel i Oslo. Bortimot tre fjerdedeler av langtidsmottakerne oppgav å ha problemer med helsen, og en tredjedel sier de har helseproblemer i stor grad. 70 prosent var plaget av nervøsitet, angst eller rastløshet. I en kartlegging av fattigdomssituasjonen til 25 langtidsmottakere av sosialhjelp i Bergen rundt årtusenskiftet kom det fram at om lag en femtedel vurderte sin helse som dårlig eller svært dårlig, og om lag halvparten som verken god eller dårlig (Underlid 2005).

I en fersk spørreundersøkelse blant langtidsmottakere av sosialhjelp i 14 kommuner i 2005 (n=555) kommer det fram at helsetilstanden blant sosialhjelpsmottakere ikke har blitt bedre med årene. Det er 18 prosent som oppgir å ha dårlig helse, sammenlignet med kun én prosent i den yrkesaktive befolkningen. Nesten halvparten bedømmer sin helse som ”under god”. Så mange som seks av ti hadde symptomer på lettere psykiske lidelser (van der Wel m.fl. 2006).

I Sverige har man undersøkt dødeligheten blant sosialhjelpsmottakere. Risikoen for å dø før fylte 60 år var fire ganger så stor for menn og tre ganger så stor for kvinner i hushold som mottok sosialhjelp, sammenlignet med kvinner og menn i hushold der ingen mottar sosialhjelp

(Ringbäck-Witoft 2001). Særlig var det høy overdødelighet som følge av åndedrettssykdommer og alkoholrelaterte sykdommer. Analysen viser at sykdom *før* bruk av sosialhjelpsyttelsen kan forklare en god del av den høyere dødeligheten. En annen svensk longitudinell undersøkelse viser at i tiden fra 1987 til 1992 hadde mottakere av sosialhjelp i 60-årsalderen dobbel så høy sannsynlighet for å dø som folk som ikke mottok sosialhjelp (Andrèn og Gustafsson 2004).

Oppsummert kan man si at alle undersøkelsene viser at en betydelig andel sosialhjelpsmottakere sliter med dårlig helse, og at dette gjelder langt flere enn i den øvrige befolkningen. Andelen varierer likevel mellom studiene. Det avhenger av en rekke forhold, blant annet forskjellige utvalgskriterier og hvordan helseproblemer defineres og måles. Alle undersøkelsene finner at det særlig er den psykiske helsen sosialhjelpsmottakerne sliter med. Samtidig viser alle undersøkelsene at ikke *alle* sosialhjelpsmottakere har helseproblemer. Vi står, som nevnt, overfor en heterogen gruppe med ulike og sammensatte problemer.

Frafallet er stort i alle disse undersøkelsene, og utvalgene kan derfor inneholde systematiske skjevheter. Det er sannsynlig at dette i så fall medfører en underrapportering av sykkelighet, i det en bortfallsgrunn kan være at de er for syke til å svare. En av fordelene med å bruke dødelighet basert på registerdata er at det ikke er noe frafall. Hele populasjonen og alle dødsfall er inkludert.

Sosiale ulikheter i helse og dødelighet

Basert på funn fra de empiriske studiene av sosialhjelpsmottakeres helse, og om dødelighet i sammenlignbare land, kan man forvente at sosialhjelpsmottakere har høyere dødelighet enn personer som *ikke* mottok sosialhjelp. Det samme framgår av andre studier av sosiale ulikheter i dødelighet som har relevans for sosialhjelpsmottakere, selv om fokus ikke har vært på denne gruppen. Sosialhjelpsmottakere har lav inntekt, utdanning og har liten arbeidsmarkedstilknypning, og overlapper dessuten med andre marginaliserte grupper. Det vil derfor være relevant å se på dødelighet blant disse gruppene. Tidligere studier av sosialhjelpsmottakeres levekår og livskvalitet kan også si noe om fordeling av risiko og beskyttelsesfaktorer med betydning for dødelighet blant sosialhjelpsmottakere.

Dødeligheten øker med synkende **inntekt** (Kverndokk 2006). Inntektsulikhetene i dødelighet var større på 1990-tallet enn på 1970- og 1980-tallet (Zahl m.fl. 2003). Dersom man studerer sammenhengen mellom inntekt og dødelighet mer detaljert, kommer det tydelig fram at sammenhengen mellom inntekt og dødelighet ikke er lineær (Kaplan 2007). De som befinner seg i gruppene med lavest inntekt, har markert høyere dødelighet enn den øvrige befolkningen,

selv om det er en gradient gjennom hele inntektsdistribusjonen (Næss m.fl. 2007). Ved å sammenligne dødeligheten mellom de som kan defineres som inntektsfattige og ikke-fattige, finner man at de fattige har betydelig høyere dødelighet, og at dødelighetsforskjellene har økt siden 1990-tallet. For fattige kvinner har det til og med vært en absolutt økning i dødeligheten.

Den sterke sammenhengen mellom lav inntekt og høy dødelighet kan skyldes **helsere-latert seleksjon** ut av arbeidet. Dette er en høyst relevant forklaring for sosialhjelpsmottakere, siden de for en stor del er utenfor arbeidslivet. Dårlig helse kan være en viktig årsak til behov for sosialhjelp. Kvalitative studier har vist at dette særlig gjelder der man har sammenfall av ulike problemer, som svak tilknytning til arbeidsmarkedet og/eller samlivsbrudd i kombinasjon med sykdom (Underlid 2005; Borgeraas 2006). Man finner betydelige dødelighetsforskjeller etter yrke (Midtsundstad og Dahl 2000; Borgan 2004; Borgan 2007), men forskjellene underestimeres, fordi de som er utenfor arbeidsmarkedet faller utenfor analysen. Det er foretatt studier av dødeligheten til ulike grupper yrkespassive. Uførepensjonistene har per definisjon helseproblemer som gjør dem ute av stand til å jobbe. Funksjonsevnestudien (van der Wel m. fl. 2006) viste at det faktisk var flere sosialhjelpsmottakere enn uførepensjonister med dårlig selvrapportert helse — et mål som sterkt predikerer senere dødelighet (Schou 2005). Flere internasjonale studier har vist at det er markert høyere dødelighet blant uførepensjonister enn blant andre (Wallman m.fl. 2006), det samme gjenfinnes i Norge (Gjesdal m.fl. 2007). Arbeidere som opplevde nedbemanning på arbeidsplassen hadde økte i dødelighetsrater sammenlignet med de som arbeidet i bedrifter som *ikke* nedbemannet (Rege m.fl. 2005).

Inntekt kan også ha en kausal betydning for helse, via to ulike mekanismer. For det første bestemmer det hva du har råd til å kjøpe, og det har også betydning for i hvilken grad du har anledning til å delta i samfunnet. For det andre signaliserer det og er et uttrykk for sosial status, og sier derfor noe om hvilke livsmuligheter du har (Bartley 2004). Begge typer forklaringer er spesielt relevante for sosialhjelpsmottakere, som i mange tilfeller har så dårlig inntekt at det går ut over evnen til å leve et helsefremmende liv.

Tidligere ble fattigdom forbundet med høy dødelighet ved at fattigdom førte til absolutt materiell deprivasjon, som mangelfull ernæring og utilfredsstillende boliger og sanitærforhold. I dag er det i hovedsak andre forhold som er årsak til at ulikheter i inntekt fremdeles skaper ulikheter i dødelighet. Samtidig synes **materielle faktorer** å være særlig relevante for studier av sosialhjelpsmottakeres helse, siden de er blant gruppene med lavest inntekt her i landet. I den grad noen i Norge kan tenkes å være utsatt for direkte helseskadelige materielle forhold, er det sannsynlig at de er å finne blant (langtids) sosialhjelpsmottakere, som bl.a. beskrevet i

(Sætre 2006). Disse utgjør allikevel en tallmessig liten gruppe av sosialhjelpsmottakerne. Spørsmålet er hvorvidt det likevel kan være slik at sosialhjelpsmottakere opplever materiell deprivasjon som har betydning for dødeligheten. Også over en grense for absolutt materiell deprivasjon kan det tenkes at ulikheter i materielle ressurser har betydning (Elstad 2005). I "EU-SILC" -undersøkelsen fra 2003 fant man at nesten halvparten av sosialhjelpsmottakerne ikke hadde råd til å dekke ett eller flere av grunnleggende behovene som god boligkvalitet, spise kjøtt/fisk til middag annen hver dag og reise på ferie. (Kirkeberg m.fl. 2006). Disse andelene er mye større enn i den øvrige befolkningen.

En annen måte å studere dette på er å fastsette hvor høy inntekt som er nødvendig for å leve et helsefremmende liv, og deretter undersøke hvorvidt den økonomiske ytelsen man mottar som sosialhjelpsmottaker er over dette nivået (Morris m.fl. 2000). I dette budsjettet tar man også hensyn til kostnadene ved sosial deltagelse. Dersom SIFOs minstebudsjettet (Borgeraas og Øybø 2003) kan brukes på denne måten, er det klart at størrelsen på den økonomiske sosialhjelpsytelsen (relevant for de som har sosialhjelp som hovedinntektskilde over noe tid) ikke er tilstrekkelig høy, siden den ligger godt under dette budsjettet (Borgeraas og Dahl 2005).

Lav inntekt i overflodssamfunn som vårt eget påvirker likevel helsen først og fremst gjennom den sosiale betydningen, og implikasjonene for **sosial posisjon** i samfunnet, snarere enn gjennom de direkte fysiske effektene som materielle omgivelser kan ha (Wilkinson 1996). Personer i de lavere sosiale sjiktene kan oppleve frustrasjon, håpløshet, kronisk stress og mindreverdigheitsfølelse, og slike psykososiale belastninger er påvist å ha negative konsekvenser for helsen. Å motta sosialhjelp er for mange knyttet til skam (Starrin m.fl. 2003). Norske studier har vist at å være sosialhjelpsmottaker kan føre med seg opplevd utrygghet, svekket autonomi, sosial devaluering, truet selvbilde og selvaktelse (Underlid 2005). Sosialhjelpsklienter opplever ofte at de ikke har en legitim grunn til å ikke klare seg selv, og blir oppfattet som mindre "verdige trengende", og at det å være sosialhjelpsmottaker kan virke truende på selvrespekten (Solheim 1996).

Dødeligheten er også høyere blant de med kort **utdanning** (Sund og Krokstad 2005). Utdanningsnivået til sosialhjelpsmottakere er mye lavere enn i befolkningen totalt sett. Jo lengre perioden på sosialhjelp er, jo lavere er utdanningsnivået. Særlig er det få som har oppnådd høyere utdanning, sammenlignet med befolkningen i alt (Dahl m.fl. 2006). Utdanningsnivå kan være en indikator på flere forhold som har betydning for helse og dødelighet. Det fungerer som en indikator på kulturelle og materielle ressurser (også i foreldregenerasjonen) som har betydning for hva slags posisjon man kan få i samfunnet og hvor høy inntekt man har. Helsereelatert

atferd varierer også med utdanningsnivå. Lavt oppnådd utdanningsnivå kan dessuten være uttrykk for seleksjon: resultat av psykisk eller fysisk sykdom allerede i ungdomstiden.

Materielle og sosiale **oppvekstforhold** kan ha innvirkning på helse og dødelighet i et **livsløpsperspektiv**, noe som er vist i flere studier, inkludert norske (Elstad 2005). Tidligere forskning på sosialhjelpsmottakeres oppvekstvilkår har vist at mange opplevde mye problemer (Brevik 1996; van der Wel m. fl. 2006). Barneversbarn har mye høyere dødelighet enn andre barn (Kristofersen 2005), og så mange som tre av fire tidligere barnevernsbarn mottar sosialhjelp senere (BUF-dir 2006). Vanskelige oppvekstforhold, i alle fall økonomiske problemer i barndomshjemmet og å vokse opp i en annen type familie enn kjernefamilie, øker i seg selv også sannsynligheten for å bli sosialhjelpsmottaker (Nordli Hansen og de Vibe 2005; Hyggen 2006).

En annen gruppe med høy dødelighet er **enslige**. Sosialhjelpsmottakere er oftere enn andre enslige (Dahl m. fl. 2006), noe som kan tenkes å gjøre dem mer sårbare for helseproblemer og død. I tillegg til at personer som lever alene har høyere dødelighet enn personer som lever i sammen med noen, er den negative sammenhengen mellom helse og lav inntekt langt sterkere for enslige personer enn for personer som lever i husholdninger med to eller flere (Zahl m.fl. 2003). Enslige med lav utdanning er en gruppe med spesielt høy dødelighet (Næss m. fl. 2007). Andelen skilte/ separerte vokste kraftig fra 1980 til 1990, og det ble flere husholdninger som kun besto av en person. Noen hevdet at dette var den viktigste enkeltfaktoren for å forklare veksten i antall sosialhjelpsmottakere på 1980-tallet (Hanssen og Terum 1992). Særlig var en stor andel enslige mødre som opplevde at overgangsstønaden var for lav, måtte suppleres med sosialhjelp. For de uten små barn som ble alene var det ikke noen trygderettigheter som skulle bøte på økonomiske konsekvenser av samlivsbrudd (Sæbø 1995). Blant unge voksne var det enslige forsørgere som hadde høyest risiko for å motta sosialhjelp, når ulike typer sivil status ble sammenlignet (Hyggen 2006). Mødre som er aleneforsørgere har også høyere dødelighet enn andre mødre (Ringbäck-Weitofte 2000).

Også andre former for **sosial støtte** enn samlivspartner har betydning for dødelighet. Sosialhjelpsmottakere har mye kontakt med de nærmeste, men likevel har sosialhjelpsmottakerne mindre kontakt med familie og venner enn befolkningen ellers. De føler seg langt oftere ensomme enn det man finner befolkningen som helhet (van der Wel m. fl. 2006), noe som kan ha negative konsekvenser for helse (Lynch 2000).

Helserelatert atferd varierer med sosioøkonomisk posisjon (se for eksempel St meld nr. 16 (2002-03)). I forbindelse med studiet av sosialhjelpsmottakere er særlig rusproblematikk re-

levant. I 1990 hadde 17,5 prosent av mannlige sosialhjelpsmottakere overdrevet alkoholkonsum mot ti prosent i befolkningen totalt. Det var få kvinner med høyt alkoholkonsum, og ikke flere enn i normalbefolkningen. Det var 8,5 prosent av mennene og tre prosent av kvinnene som hadde brukt narkotika (Clausen 1996). I en undersøkelse av bare langtidsmottakere i 2005 fant man at i overkant av en tredjedel av sosialhjelpsklienter hadde problemer med rusmiddelavhengighet (van der Wel m. fl. 2006). Også her var det et klart flertall av menn. Tilsvarende tall finner man også ut fra rapporteringer blant konsulentene på sosialkontoret (Gundersen og fl. 2004). SIRUS beregnet i 1990 at det var omtrent 4-5000 aktive sprøytenarkomane i Norge, og i 2002 var det mellom 11000 og 15000. Denne økningen speiles helt sikkert blant sosialhjelpsmottakerne også. Narkotikamisbruk er en av de viktigste dødsårsakene blant yngre mennesker i Norge (Eskild 1999). Det har vært en sterk økning i dødsfall som skyldes avhengighet av stoff og/eller medikamenter i observasjonsperioden for denne studien (NOS 2003).

Sosialhjelpsmottakeres helserelaterte atferd på andre områder peker også i retning av høyere dødelighet. I 1990 var det 80 prosent av sosialhjelpsmottakerne som røykte, dobbelt så mange som i den øvrige befolkningen på den tiden (Clausen 1996). I underkant av 20 prosent av sosialhjelpsmottakerne som deltok i funksjonsevnestudien trener innendørs minst en gang i uken (tidligere upublisert resultat). Litt over halvparten går turer eller trener utendørs minst en gang i uken, men nesten 30 prosent gjør dette sjelden eller aldri. I befolkningen generelt (16-79 år) er det 15 prosent som aldri utfører noe de vil kalle trening eller mosjon i løpet av ett år (Vaage 2004).

Sosialhjelpsmottakere skilte seg ut som en gruppe med klar overhyppighet for å bli utsatt for vold i en undersøkelse fra Oslo (Pape og Stefansen 2004). Det er også en stor andel sosialhjelpsmottakere som har blitt domfelt. I "Stønadsmottaker 1990" var nær 40 prosent av mennene og syv prosent av kvinnene domfelt (Clausen 1996). Nær 40 prosent av langtidsmottakere av sosialhjelp i 2005 var domfelt (van der Wel m. fl. 2006) Blant unge med en siktelse bak seg, er det betydelig høyere dødelighet enn blant andre unge (Skardhamar 2005).

Innvandrere er overrepresentert blant sosialhjelpsmottakere. I 2005 utgjorde innvandrere 26 prosent av sosialhjelpsmottakerne (SSB 2006). Det har vært en økning siden 1992. Det er mange grunner til at man kan forvente at dødeligheten blant innvandrere kan være høyere enn blant nordmenn (Uniken Venema m.fl. 1995). Men forekomsten av varig sykdom generelt er lavere blant innvandrere enn blant nordmenn (Blom 1998) og dødsfallsratene er høyere for nordmenn enn for personer med annen landbakgrunn (Næss m. fl. 2007). Det har vært lite fokus på innvandrere i levekårsundersøkelser blant sosialhjelpsmottakere. I 1993 hadde sosialhjelps-

mottakere som var innvandrere i utgangspunktet lavere inntekt enn andre sosialhjelpsmottakere, men inntektsforskjellene ble utjevnet ved at de også fikk høyere sosialhjelpsytelser (Lofthus og Osmunddalen 1997). Det kan tenkes at innvandrere som mottar sosialhjelp i større grad enn andre kun mangler en jobb, og at de dermed er mindre problembelastet.

Ut i fra denne gjennomgangen av eksisterende kunnskap, fremgår det at sosialhjelpsmottakere som gruppe er belastet med mange risikofaktorer for tidlig død, selv om det er stor variasjon innad i gruppen, noe som til dels kan fanges opp her ved å skille mellom langtidsmottakere og korttidsmottakere. Med datasettet som skal benyttes i analysene i denne rapporten, er det kun mulig å undersøke betydningen av noen av disse faktorene (utdanning, sivil status, innvandringsbakgrunn).

Data og metode

Datamaterialet som brukes er hentet fra administrative registerdata, og består av hele den norske befolkningen som var mellom 18 og 57 år i 1992 (bosatt i Norge 31.12.1992), totalt 2 354 895 personer. Det var 145 084 av disse som mottok sosialhjelp for en kortere eller lengre periode i løpet av det året, slik det fremkommer av Tabell 1. Dette utgjør 6,2 % av befolkningen.

Tabell 1 Antall personer 18-57 år i 1992 og antall dødsfall 1993-2003, og antall med ukjent utfall Sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning

	Sosialhjelpsmottakere	Øvrige befolkning	Totalt
Antall personer 1992	145 084	2 209 811	2 354 895
Antall dødsfall 1993-2003	8 250	54 418	62 668
Ukjent	4 006	53 240	57 246

Sosialhjelpsmottak er her definert som at en person mottok sosialhjelp minst en gang i 1992, det vil si at noen kan ha mottatt sosialhjelp på et senere eller tidligere tidspunkt uten at de er registrert som sosialhjelpsmottakere i denne undersøkelsen. Det skilles i noen av analysene mellom kortvarig sosialhjelpsmottak, definert som mottak i mellom en og fem måneder, og langvarig mottak, definert som mottak i seks måneder eller mer i løpet av 1992. Da var 63 prosent var korttidsmottakere og 37 prosent langtidsmottakere (Tabell 2). Det var 263 personer som var registrert som sosialhjelpsmottakere uten av det er registrert hvor mange måneder de mottok sosialhjelp, og de er derfor holdt utenfor i analysene der det skilles mellom langtidsmottakere og korttidsmottakere. En mulig feilkilde ved klassifiseringen i kort- og langtidsmottaker er at sosialhjelpsepisoder som strekker seg over årsskiftet ikke blir registrert som langvarig, selv om de i realiteten er det. Videre er det ikke skilt mellom sammenhengende og sporadiske episoder i løpet av 1992.

Dødsfall for perioden 1993-2003 er koplet til. Det er altså opplysninger om alle registrerte dødsfall i Norge i elleve år etter registreringen av bakgrunnskjennetegn. Unntaket er dødsfall blant de som flytter ut av landet eller som på annen måte forsvinner ut av registrene i løpet av perioden. Det gjaldt totalt 57 246 i perioden, hvilket er i overkant av to prosent. Mer detaljerte opplysninger om antall dødsfall i ulike aldersgrupper og fordelingen etter kjønn, finnes i appendikset.

I tillegg er det opplysninger om registrerte dødsårsaker. Disse er kodet i henhold til standarden ICD, den 9. versjonen for dødsfall fram t.o.m. 1995, den 10. versjonen f.o.m. 1996 (NOS 2003). Dødsfallene er kodet ut fra *underliggende* årsaker. For gruppering av dødsårsaker

må man veie hensynet for tilstrekkelig antall personer i hver gruppe mot behovet for så spesi-
fikke dødsårsaker som mulig. For å studere dødeligheten blant sosialhjelpsmottakere har jeg
funnet det mest hensiktsmessig å dele inn i følgende grupperinger:

- I. Røykerelatert kreft
- II. Annen kreft
- III. Ischemisk hjertesykdom
- IV. Øvrige hjerte/ kar sykdommer
- V. Sykdommer i åndedrettsorganer
- VI. Andre sykdommer
- VII. Psykiske lidelser og rus
- VIII. Voldsomme dødsfall (dvs. ulykker og drap)³
- IX. Selvmord

I noen analyser brukes grovere kategorier. Øvrig informasjon om kodingen, med referanse
til oppdelingen i ICD-10 samt antall personer i hver kategori, finnes i appendiks, tabell A2. Ko-
dingen av dødsårsaker tar utgangspunkt i et arbeid gjort av Jon Ivar Elstad (Elstad 2006). Inn-
delingen i "Røykerelatert kreft" og annen kreft er hentet fra Næss (Næss 2005). "Psykiske lide-
lser og alkohol- og narkotikarelatert dødsfall" består av alle diagnosekategoriene under "F" i
ICD-10, og i tillegg øvrige årsaker som defineres som alkohol- og narkotikarelatert dødsfall i
den definisjonen SSB bruker⁴. Øvrig informasjon om kodene i ICD-10 og ICD-9 kan finnes på
www.kith.no. Konverteringen fra ICD-10 til ICD-9 er hentet derfra.

Om dødelighet som mål på helse og sykdom

I hvilken grad er dødelighet et mål på helsetilstanden i en befolkning eller undergruppe
av befolkningen? Dødelighet er et indirekte helsemål med høy reliabilitet, det vil si at målinger
av dødelighet sjelden er beheftet med feil. Det er en entydig tilstand. I datamaterialet som bru-
kes der er det opplysninger om *alle* dødsfall i Norge, slik unngås den statistisk usikkerheten
som en utvalgsundersøkelse fører til. Men samtidig er ikke dødelighet et dekkende mål på hel-
se. Selv om reliabiliteten er meget god, kan man sette spørsmålstegn ved validiteten. For det
første sier det ikke noe om helsetilstanden til de som er i live. Det finnes mange helsereduse-
rende tilstander som ikke medfører dødsfall, og mange lever i mange år med helseproblemene
og plagene sine. For det andre er det ikke bare sykdom og fravær av god helse som fører med
seg død, noen dør uventede og voldsomme dødsfall til tross for at de er helt friske.

³ Unntatt selvmord og alkohol/narkotikarelaterte

⁴ <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/> : Tabell 12

Dødelighet kan betraktes som et samlemål på helse og hvordan levekårene har artet seg over livsløpet (Toresen og Brevik 2004). Tidlig død kan være uttrykk for ufordelaktige levekår og livsbetingelser mer generelt enn kun helsetilstand.

Dødsårsaker kan gi oss mer informasjon om årsakene til overdødelighet, men angivelsen av dødsårsaker er beheftet med langt mer usikkerhet (Mykletun 2006).

Bakgrunnskjennetegn

Datasettet har også opplysninger om alder, kjønn, sivil status, utdanning, innvandringsbakgrunn og mottak av andre trygdeytelser. Alle disse bakgrunnsopplysningene er hentet inn i 1992. I de multivariate analysene blir det kontrollert for disse kjennetegnene som tidligere er vist å ha betydning for dødelighet, og som har ulike fordelinger blant sosialhjelpsmottakere og andre. Tabell 2 viser fordelingen på de ulike variablene i de to gruppene, separat for kjønn.

Tabell 2 Fordeling på uavhengige variable, sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning

Variabel	Sosialhjelpsmottakere				Øvrige befolkning			
	Menn	%	Kvinner		Menn	%	Kvinner	
Sosialhjelpsmottak								
Ikke mottatt	142	0,2	121	0,2	1 124 292	100	1 085 519	100
Kortvarig sosialhjelp	46 817	59,0	41 196	62,6	-	-	-	-
Langvarig sosialhjelp	32 292	40,8	24 516	37,2	-	-	-	-
Kjønn								
Mann		79 251 (54,6)			1 124 292 (50,9)			
Kvinne		65 833 (45,4)			1 085 519 (49,1)			
Alder Gjennomsnitt (\$)	31,7 (9,7)		31,1 (10,0)		36,2 (11,0)		36,3 (11,0)	
Utdanning								
Høgskole/Universitet	4 928	6,2	3 506	5,3	253 747	22,6	244 832	22,6
Videregående høy	18 611	23,5	14 485	22,0	422 459	37,6	290 390	26,8
Videregående lav	25 339	32,0	23 757	36,1	222 312	19,8	319 135	29,4
Grunnskole	30 106	38,0	23 929	36,6	223 334	19,9	229 042	21,1
Ikke oppgitt	267	0,3	156	0,2	2 440	0,2	2 120	0,2
Sivil status								
Gift	14 745	18,6	6 190	9,4	557 150	49,6	613 855	56,6
Ugift	49 789	62,8	35 805	54,4	471 173	41,9	353 282	32,5
Tidligere gift	14 715	18,6	23 838	36,2	95 956	8,5	118 360	10,9
Ukjent	2	0			13	0	22	0
Innvandrer								
Nei	63 984	80,7	60 568	92,0	1 072 138	95,4	1 032 722	95,1
Ja	15 267	19,3	5 265	8,0	52 154	4,6	52 797	4,9
Totalt	79 251	100	65 833	100	1 124 292	100	1 085 519	100

Det er kontrollert for alder i 1992 i alle analyser. Sosialhjelpsmottakere er generelt yngre enn den øvrige befolkningen, med en gjennomsnittsalder på 31 år sammenlignet med 36 år i den øvrige befolkningen. Siden utvalget er begrenset oppover til de som var 57 år i 1992, slik at den høyeste alderen oppnådd i løpet av undersøkelsesperioden er 68 år, kan man si at dette er en studie av *prematur* eller for tidlig død. Det er litt flere menn enn kvinner som mottok sosialhjelp; 54 prosent er menn. Menn har også høyere dødelighet enn kvinner, så det er relevant å kontrollere for dette. Mens litt over halvparten av hele befolkningen i denne aldersgruppen er gift, gjelder dette kun 19 prosent av mannlige sosialhjelpsmottakerne og ni prosent av kvinnene. Videre skilles mellom ugift, som betyr at man aldri har vært gift, og tidligere gift, som inkluderer både separerte, skilte og enke/-menn. Det er langt større andel blant sosialhjelpsmottakerne i begge disse kategoriene enn i den øvrige befolkningen. Det er spesielt mange kvinnelige sosialhjelpsmottakere som er tidligere gift, noe som har sammenheng med at mange er enslige forsørgere. Dessverre mangler opplysninger om samboerskap i offentlige registre. Forskjellene i dødelighet mellom de som lever i et parforhold og de som er enslige underestimeres noe som følge av dette, siden samboere har lavere dødelighet enn enslige, men noe høyere enn gifte, men i 1992 var ikke samboerskap så utbredt som nå.

Utdanning er delt inn i fire nivåer; grunnskole, videregående skole lav (nivå I) som tilsvarer 10 års utdanning, videregående skole høy (nivå II) som tilsvarer 11-12 års utdanning, og utdanning på universitets- og høghskolenivå (SSB 1989). I tillegg er det en kategori for ikke oppgitt utdanningsnivå. Utdanningsnivået blant sosialhjelpsmottakere er betydelig lavere enn blant befolkningen for øvrig. Nesten fire av ti har kun fullført grunnskolen mot bare en av fem i denne aldersgruppen i den øvrige befolkningen. Bare ca. seks prosent av sosialhjelpsmottakerne har høyere utdanning, mot over tjue prosent i den øvrige befolkningen. Da er alt av høghskole- og universitetsutdanning inkludert. I og med at en stor andel av sosialhjelpsmottakerne er unge, vil det være en viss andel som fullfører høyere utdanning i løpet av 1990-tallet. På den annen siden er andelen med kun grunnskole svært lav i yngre aldersgrupper i befolkningen som helhet.

Innvandrere er definert som førstegenerasjonsinnvandrere uten norsk bakgrunn. Det gjelder 19 prosent av mannlige sosialhjelpsmottakerne, og åtte prosent av de kvinnelige, mot fem prosent i befolkningen for øvrig.

Det vil også være interessant å sammenligne dødeligheten til sosialhjelpsmottakere med uførepensjonister, som befinner seg utenfor arbeidslivet på grunn av sykdom eller skade, men som har ytelser fra folketrygden. Også her gjelder det hvorvidt de mottok ytelsene i 1992. Dette

gjøres i en separat analyse. Fordi noen personer mottar både sosialhjelp og uførepensjon ble det laget en ny variabel som angir hvorvidt man i 1992 mottok uførepensjon, sosialhjelp, eller begge deler. Antall personer i hver gruppe angis i Tabell 6. Elleve prosent av korttidsmottakerne og ni prosent av langtidsmottakerne ble flyttet over til kategorien "mottar både sosialhjelp og uførepensjon".

Metode

I rapporten brukes både absolutte og relative mål på dødelighet. Summarisk dødsfallsrate (SDR) beregnes ved å ta alle dødsfallene i perioden delt på antall personår under risiko for å dø (risikotid). Risikotiden tar hensyn både til antall personer i gruppen, og lengden av perioden individene var under risiko, det vil si fram til død eller oppfølgingsperiodens slutt (personer som flyttet ut er holdt utenfor analysen). Når en person dør, er hun jo ikke lenger under risiko for å dø. Summariske dødsfallsrater gir imidlertid begrenset informasjon, fordi de er avhengig av aldersfordelingen i gruppene som skal sammenlignes. Sosialhjelpsmottakere er yngre enn resten av befolkningen. Siden flest dødsfall skjer i de høyere aldersgruppene, vil dette forholdet automatisk føre til at den summariske dødsfallsraten blir lavere i befolkningen med den yngste aldersstrukturen. Derfor beregnes aldersspesifikke dødsfallsrater: antall dødsfall i en aldersgruppe i periode del på risikotiden for aldersgruppen. Det er ønskelig å oppsummere denne informasjonen. Det kan gjøres ved å regne ut aldersstandardiserte dødelighetsrater. Det gjøres her ved direkte standardisering, med aldersstrukturen i den øvrige befolkningen som standard. Resultatet viser hvor høy hadde dødeligheten blant sosialhjelpsmottakerne hadde vært dersom aldersstrukturen var som hos den øvrige befolkningen, noe som muliggjør en reell sammenligning.

For å sammenligne dødeligheten i to grupper når man benytter direkte standardisering har det etter hvert blitt mer vanlig å beregne Comparative Mortality Figure (CMR) istedenfor Standardisert dødsfallsrate. (SA Julious 2001). Siden jeg ikke har funnet noen oversettelse til norsk av målet våger jeg meg på å oversette det med: "Sammenlignbart dødelighetstall". Dette finnes ved å dele den standardiserte dødsfallsraten for sosialhjelpsmottakerne med den summariske dødsfallsraten i standardbefolkningen. Alle dødsfallsratene beregnes separat for menn og kvinner.

I de multivariate analysene anvendes såkalt Cox' regresjon. Denne analyseteknikken er et eksempel på forløpsanalyse, som tar hensyn til ulikhetene i risikotid, og til høyresensurering, dvs. at mange ikke dør i løpet av perioden, og det er uvisst hvor lenge de lever etterpå. I tabel-

lene over resultatene fra Cox' regresjonen oppgis "hasardratioer". Disse er forholdstallet mellom hasardratene for den aktuelle kategorien og referansekategorien. De sier altså noe om den relative risikoen for å dø. Det er en forutsetning for å bruke denne regresjonsteknikken at hasardratene er proporsjonale over tid. Dette er testet for sosialhjelp, som er den viktigste variabelen, uten at det ble funnet alvorlige brudd på forutsetningen.

Resultater

Dødsfallsrater

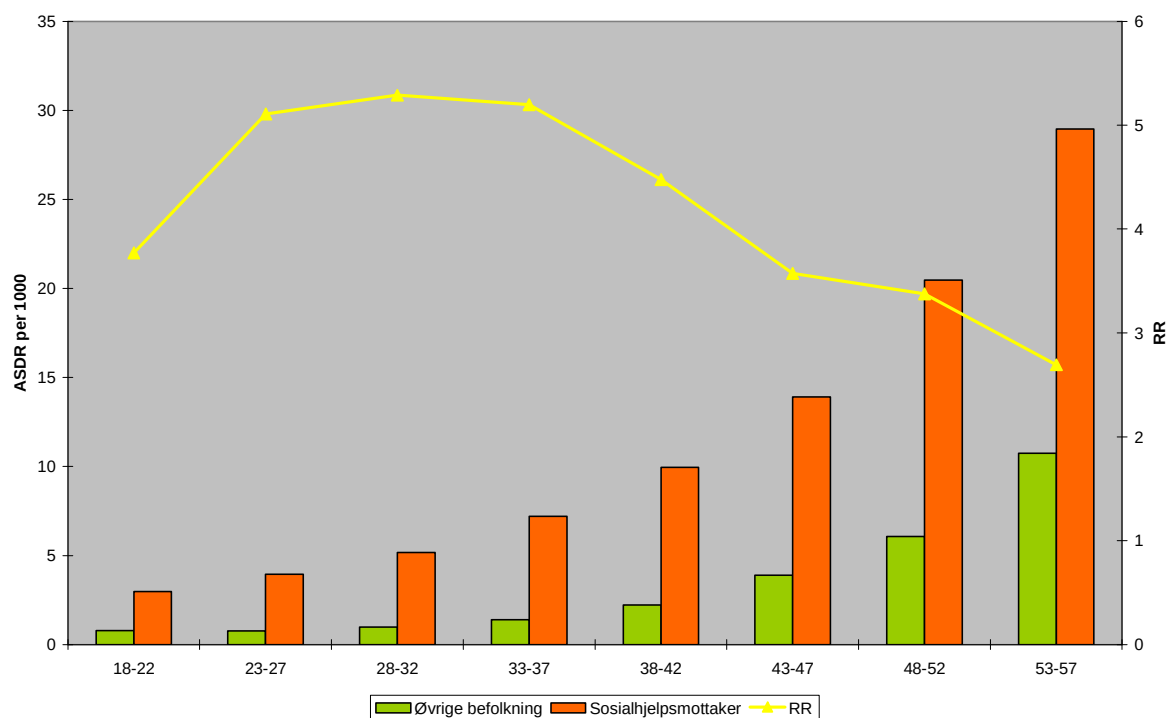
Som Tabell 1 viste, døde 8 250 av sosialhjelpsmottakerne i utgangspopulasjonen i løpet av den ti år lange oppfølgingsperioden, og 54 418 av den øvrige befolkningen. Det tilsvarer henholdsvis 5,7 og 2,5 prosent av utgangsbefolkningen i 1992. For å beskrive dødelighet er det imidlertid mer vanlig å bruke rater, for å ta hensyn til ulikheter i risikotid.

Summarisk dødsfallsrate (SDR) for perioden 1.1.1993 til 31.12.2003 for sosialhjelpsmottakere og den øvrige befolkningen, separat for kjønn, er vist i Tabell 3. Det er altså 5,5 dødsfall per 1000 blant sosialhjelpsmottakerne i løpet av perioden mot 2,3 per 1000 i den øvrige befolkningen. I begge gruppene er det flere dødsfall blant menn enn blant kvinner, men overdødeligheten er størst blant sosialhjelpsmottakerne.

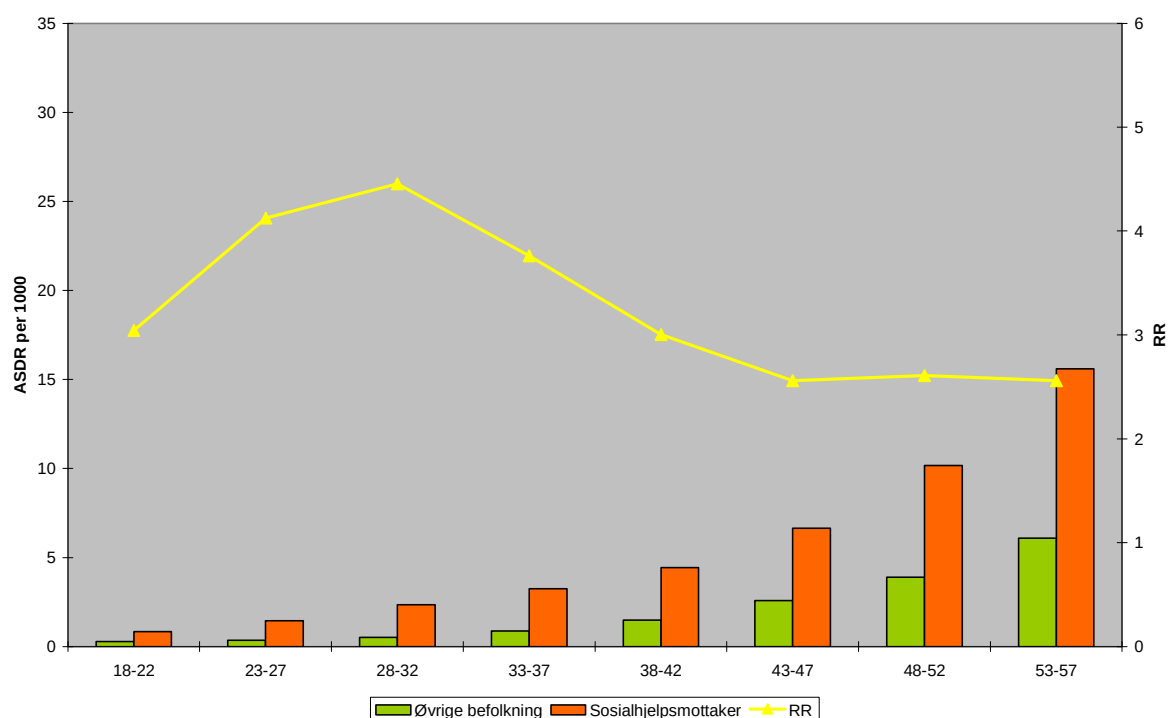
Tabell 3 Summarisk dødsfallsrate for perioden 1993 til 2003 for sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning, separat for kjønn

	Antall dødsfall 1993-2003	Risikotid (personår)	SDR per 1000
Sosialhjelpsmottakere totalt	8 247	1 510 076	5,46
- kvinner	2 269	696 910	3,26
- menn	5 978	813 166	7,35
Øvrige befolkning totalt	54 408	23 459 782	2,32
- kvinner	20 374	11 571 136	1,74
- menn	34 034	11 888 646	2,86

Figur 1 viser de aldersspesifikke dødsfallsratene for menn for de som mottok sosialhjelp i 1992 sammenlignet med resten av befolkningen, i fem års aldersgrupper. Søylen som viser antall døde per 1000 er langt høyere for de som mottok sosialhjelp enn for den øvrige befolkningen. Den absolutte forskjellen er størst i de eldste aldersgruppene, der dødeligheten er størst. I aldersgruppen 53 til 57 år dør 29 per 1000 av mannlige sosialhjelpsmottakere, mot 11 per tusen i den øvrige befolkningen. dvs. nesten tre ganger så høy dødelighet. (Tallene finnes i tabell A1 i appendiks). Den relative forskjellen er klart størst i de yngre aldersgruppene, mellom 23 og 37, med over fem ganger så høy relativ dødelighet. Det viser den gule linjen, som angir relativ risiko, forholdstallet mellom ratene for sosialhjelpsmottakerne og ratene for den øvrige befolkningen. Verdiene vises på høyre y-akse. I disse aldersgruppene er dødeligheten i befolkningen generelt svært lav.



Figur 1: Aldersspesifikke dødsfallsrater, menn. Sammenligning av de som mottok sosialhjelp i 1992 og de som ikke gjorde det.



Figur 2 Aldersspesifikke dødsfallsrater, kvinner. Sammenligning av de som mottok sosialhjelp i 1992 og de som ikke gjorde det.

Kvinner har lavere dødelighet enn menn. For å sette det i forhold til hverandre vises de aldersspesifikke dødsfallsratene for kvinnene på samme skala som den for menn i figur 2. Kvinner som mottok sosialhjelp i 1992 hadde også mye høyere dødelighet enn kvinner i den øvrige befolkningen, selv om forskjellen ikke var så stor som for menn. For de som var mellom 23 og 37 år i 1992 er dødeligheten blant kvinner som mottok sosialhjelp rundt fire ganger høyere enn blant andre kvinner. Dødeligheten er imidlertid svært lav for kvinner i begge gruppene i den alderen, kun 2,3 av 1000 kvinnelige sosialhjelpsmottakere dør i perioden, og bare 0,5 av 1000 i den øvrige befolkningen. I de øvre aldersgruppene er overdødeligheten blant kvinnelige sosialhjelpsmottakere nesten like høy som blant menn.

Det er ønskelig å oppsummere denne informasjonen. Det kan gjøres ved å regne ut aldersstandardiserte dødelighetsrater. Det vil si: hvor høy hadde dødeligheten blant sosialhjelpsmottakerne vært dersom aldersstrukturen var som hos den øvrige befolkningen? For utregning, se tabell A3 i appendiks. Den aldersstandardiserte dødsfallsraten for sosialhjelpsmottakere er 10,33 per 1000 for menn og 4,99 per 1000 for kvinner, og 7,69 for begge kjønn samlet. Det vil si at i overkant av ti av tusen menn som mottok sosialhjelp i 1992 ville dødd i perioden fra 1993 og ut 2003, dersom denne gruppen hadde hatt den samme aldersstrukturen som resten av befolkningen, i motsetning til 7,4 per tusen som faktisk døde (jf. Tabell 3). For kvinner er den aldersstandardiserte dødsfallsraten fem per 1000 sammenlignet med SDR på 3,3.

For å sammenligne dødeligheten i de to gruppene benyttes "Sammenlignbart dødelighetstall" (eng.: Comparative Mortality Figure- CMR). Dette er forholdstallet (ratio) mellom den standardiserte dødsfallsraten og SDR i standardbefolkningen. En oversikt over de aktuelle rate- ne, og sammenlignbart dødelighetstall gis i Tabell 4. Sammenlignbart dødelighetstall er på 3,31. Det vil si at det hadde vært over tre ganger så mange dødsfall blant sosialhjelpsmottaker- ne som blant resten av befolkningen dersom aldersstrukturen i de to befolkningsgruppene hadde vært lik. Overdødeligheten er høyere for menn enn for kvinner, det sammenlignbare dødelig- hetsstallet er 3,61 for menn og 2,87 for kvinner.

Tabell 4 Oppsummering av ulike dødsfallsrater og sammenlignbart dødelighetstall

	Alderstandardisert dødsfallsrate Sosialhjelpsmottakere	Summarisk dødsfallsrate Øvrige befolkning	Sammenlignbart dødelighetstall
Totalt	7,69	2,32	3,31
Menn	10,33	2,86	3,61
Kvinner	4,99	1,74	2,87

Årsaksspesifikke dødsfallsrater

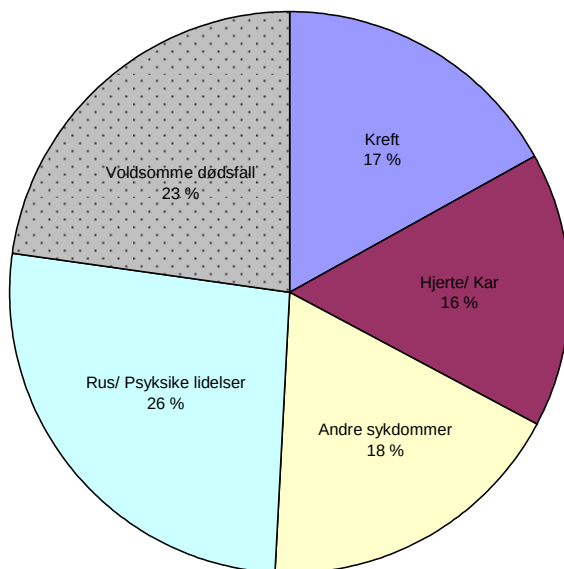
Sosialhjelpsmottakere har altså betydelig høyere dødelighet enn den øvrige befolkningen, men hva dør de av? Dersom det kan identifiseres noen dødsårsaker som er spesielt hyppige blant sosialhjelpsmottakere sammenlignet med den øvrige befolkningen kan man også si noe om årsakene til den høye dødeligheten blant sosialhjelpsmottakere.

Årsaksspesifikke dødsfallsrater beregnes ved å dele antall dødsfall i ulike årsakskategorier på samlet risikotid (målt i personår). Ratene er alderstandardisert, som over. Antall dødsfall i de ulike årsakskategoriene for sosialhjelpsmottakere og resten av befolkningen, separat for kjønn er vist i tabell A2 i appendiks. I figuren på neste side vises prosentfordelingen for de ulike dødsårsakene, sammenslått i en grovere inndeling. Det kommer da fram at fordelingen på de ulike dødsårsaker i de to gruppene er svært forskjellig. Kreft er den klart største dødsårsaken i den norske befolkningen i aldersgruppen 18 til 57 år generelt, med hjerte- og karsykdommer som den nest største. Voldsomme dødsfall og dødsfall forårsaket av rus eller psykiske lidelser utgjør en liten andel, ca. 20 prosent til sammen. Blant sosialhjelpsmottakerne står voldsomme dødsfall og dødsfall forårsaket av rus eller psykiske lidelser omtrent halvparten av alle dødsfallene, mens de andre står for 15 – 20 prosent hver. Det er også mye større spredning i dødsårsakene blant sosialhjelpsmottakerne.

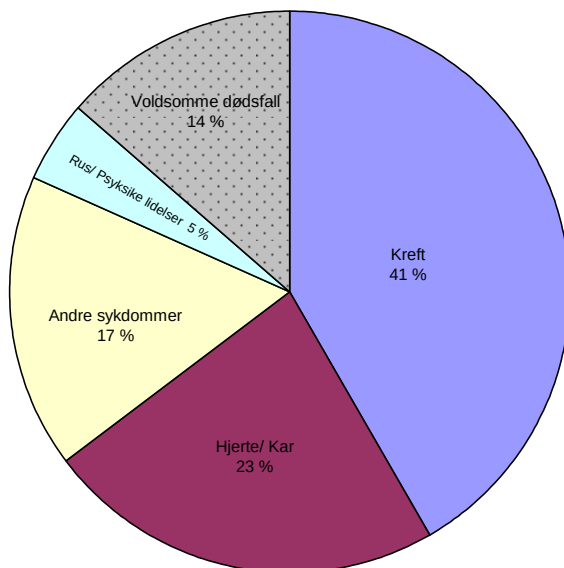
Men igjen spiller den ulike aldersfordeling i de to gruppene en rolle. Det er store forskjeller i fordelingen av dødsårsaker blant ulike aldersgrupper. Det er derfor nødvendig med alderstandardisering av de årsaksspesifikke dødelighetsratene. Resultatet er vist i Figur 4. Ratene, samt relativ risiko, finnes i Tabell A4 i appendikset. Det kommer her tydelig fram for det første at sosialhjelpsmottakerne har høyere dødelighet for alle dødsårsaker, og for det andre at hvor stor overdødeligheten er varierer fra dødsårsak til dødsårsak. Overdødeligheten blant sosialhjelpsmottakerne er klart størst for kategorien " psykiske lidelser og rusrelaterte dødsfall". Blant menn er dødeligheten femten ganger så høy av denne årsaken blant sosialhjelpsmottakere som blant den øvrige befolkningen, og fjorten ganger så stor blant kvinner. Voldsomme dødsfall inntreffer omtrent fem ganger så hyppig blant sosialhjelpsmottakere – både menn og kvinner - som blant befolkningen for øvrig, justert for alder. Selvmord er skilt ut som egen gruppe blant de voldsomme dødsfallene, også her er dødeligheten høyere blant sosialhjelpsmottakere, fra tre til fire ganger så høy.

Figur 3 Andel (%) som dør av ulike dødsårsaker i de to gruppene

Sosialhjelpsmottakere

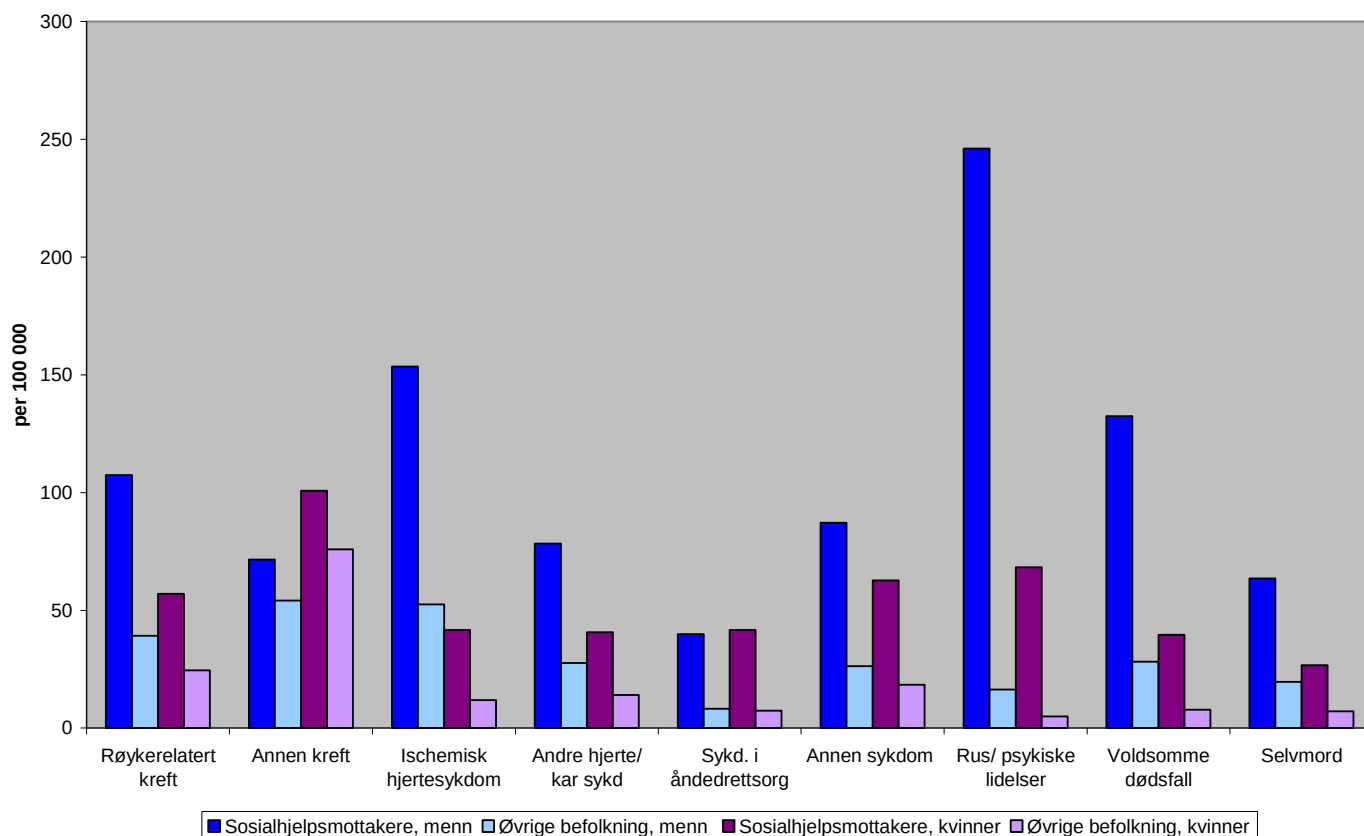


Øvrige befolkning



Alkohol- og narkotikarelaterte selvmord er ikke skilt ut fra andre selvmord, mens alkohol- og narkotikarelaterte voldsomme dødsfall for øvrig er det inkludert i "alkohol- og narkotikarelaterte dødsfall". Det vil si at de ulykkene og drapene som inngår i "voldsomme dødsfall" er de som ikke er rusrelaterte. For røykerelatert kreft og hjerte- og karsykdommer er dødeligheten omtrent dobbelt så høy, mens det for annen kreft er små forskjeller. Det er små kjønnsforskjeller i overdødeligheten for de fleste årsakene, både mannlige og kvinnelige sosialhjelpsmottakere har høyere dødelighet enn andre menn og kvinner for alle dødsårsaker.

Figur 4 Årsaksspesifikke dødsfallsrater 1993 - 2003, aldersstandardiserte, for sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning, separat for kjønn. Per 100 000.



Regresjonsanalyse

I analysene av dødelighet ovenfor er det standardisert for alder og foretatt separate analyser for kvinner og menn for å ta hensyn til at variasjonene i dødelighet er store etter kjønn og alder. Men det vil også være ønskelig å kontrollere for andre forhold som har betydning for dødeligheten. Dødelighet varierer som vi har sett blant annet med utdanning og sivil status, og sosialhjelpsmottakere har lav utdanning sammenlignet med resten av befolkningen og er oftere enslige. Det er ønskelig å undersøke i hvilken grad forskjellene i dødelighet mellom sosialhjelpsmottakere og den øvrige befolkningen kan tilskrives disse kjente kjennetegnene samt innvandringsbakgrunn. Først og fremst er ønsket å undersøke om det er forskjeller i dødelighet mellom personer som mottok sosialhjelp i kort tid og personer som mottok i lang tid. Dette tas det hensyn til i en Cox' regresjonsanalyse. Resultatene er presentert i Tabell 5.

Den første kolonnen for hvert kjønn viser hasardratioene kun kontrollert for alder. Dødeligheten i løpet av perioden fra 1993 til 2003 var nesten fem ganger så høy for en mann som mottok sosialhjelp i minst seks måneder i 1992 som for en mann som ikke mottok sosialhjelp det året. For en mann som mottok sosialhjelp i færre måneder var dødeligheten nesten tre og en halv gang så høy. Forskjellen blant kvinner er noe mindre. Kvinner som mottok sosialhjelp i minst seks av månedene i 1992 hadde i 3,7 ganger så høy dødelighet i den etterfølgende elleveårsperioden. For kvinner som mottok sosialhjelp over kortere tid var dødeligheten over to og en halv gang så stor sammenlignet med de kvinnene som ikke mottok sosialhjelp i 1992.

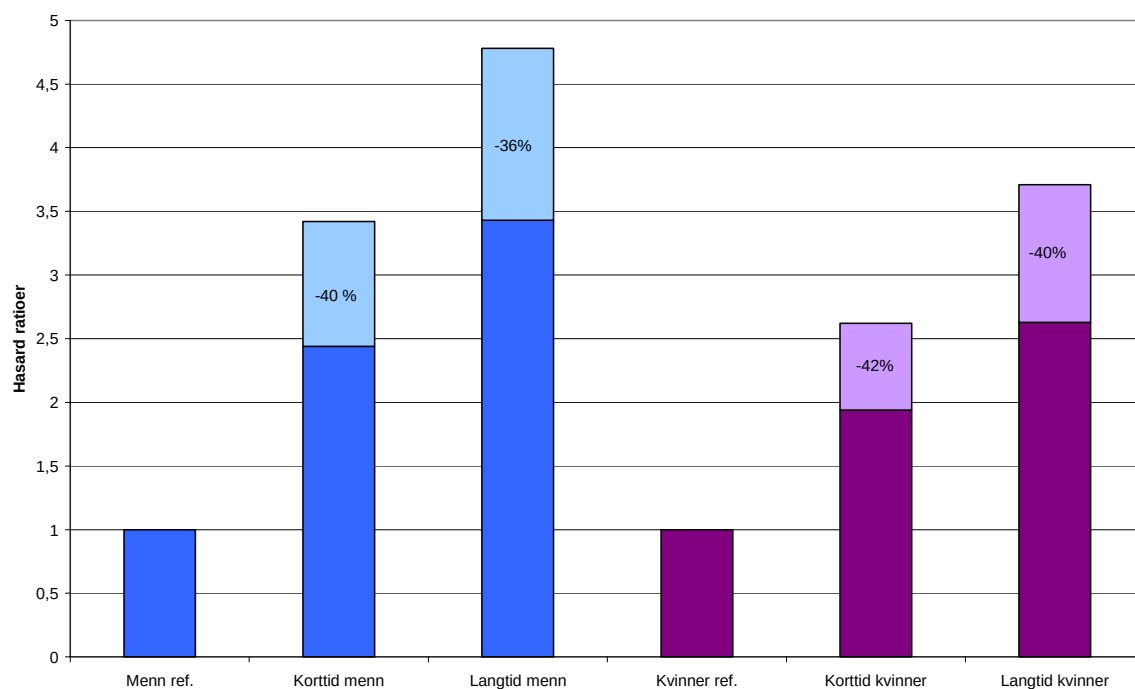
Justert for utdanning, sivil status og innvandringsbakgrunn reduseres forskjellene i dødelighet en god del. For menn er nå hasardratioene på 2,44 for korttidsmottakere og 3,43 for langtidsmottakere. Det tilsvarer en reduksjon på henholdsvis 40 prosent og 36 prosent. Også for kvinner er reduksjonen på rundt 40 prosent. Det vil si at så mye av forskjellene i dødelighet mellom sosialhjelpsmottakere og den øvrige befolkningen kan tilskrives at førstnevnte gruppe har lavere utdanning og oftere er enslige. Det framgår også av tabell 6 at dødeligheten øker med lavere utdanningsnivå, og at den er høyere for de som aldri har vært gift og, i noe mindre grad, for de som tidligere har vært gift, enn for de som er gift. Størrelsen på hasardratioene og reduksjonen illustreres i figur 5. Området med lysere farge viser forklart andel.

Tabell 5 Relative dødelighetsrater (Hasardratioer).

	Menn- ujustert	Menn justert	- Kvinner- ujustert	Kvinner- justert
Sosialhjelp				
Ikke mottatt	1	1	1	1
Korttid	3,421	2,443	2,622	1,938
Langtid	4,783	3,434	3,713	2,632
Alder	1,089	1,099	1,098	1,099
Utdanning				
gsk./ Univ.		1		1
lereg. høy		1,346		1,179
lereg. lav		1,712		1,434
unnskole		2,039		1,897
Sivil status				
Gift		1		1
Aldri gift		2,227		1,841
Tidl. gift		1,843		1,386
Innvandrere				
Nei		1		1
Ja		0,667		0,872

Det faktum at det er flere med innvandrere blant sosialhjelpsmottakerne forklarer derimot ikke noe av forskjellen. Personer med innvandringsbakgrunn har *lavere* dødelighet enn andre. Interessant nok viste en regresjonsanalyse der betydningen av bakgrunnskjennetegnene ble estimert separat for sosialhjelpsmottakere og resten av befolkningen at dødeligheten blant sosialhjelpsmottakere med innvandringsbakgrunn var vesentlig lavere enn dødeligheten blant andre sosialhjelpsmottakere. Med andre ord: At det er flere med innvandringsbakgrunn blant sosialhjelpsmottakere enn den øvrige del av befolkningen bidrar *ikke* til å forklare hvorfor sosialhjelpsmottakere har høyere dødelighet. Innvanderne blant sosialhjelpsmottakerne reduserer snarere forskjellene. Resultatene fra denne analysen er ikke vist, og ingen av de andre bakgrunnskjennetegnene viste forskjeller i særlig grad.

Det er også verdt å merke seg at betydningen av å være sosialhjelpsmottaker er sterkere enn betydningen av utdanning og sivil status, også etter at disse er kontrollert for. Mer om den relative betydningen av de ulike bakgrunnskjennetegnene, inkludert inntekt, finnes i en artikkel som er basert på det samme datamaterialet som denne rapporten (Ohrem Naper og Dahl 2007).



Figur 5 Dødelighet blant korttids- og langtids sosialhjelpsmottakere sammenlignet med den øvrige befolkningen. Hasardratioer, ujusterte og justerte.

Sammenligning med uførepensjonister

I Tabell 6 vises resultatene av en analyse der dødeligheten til sosialhjelpsmottakere sammenlignes med dødeligheten til uførepensjonistene. Kun hasardratioene for variabelen som angir sosialhjelp og/eller uførepensjon er rapportert. Uførepensjonister er satt som referansegruppe, siden det er de det sammenlignes med her. Den justerte modellen er som ovenfor. I denne tabellen vises også konfidensintervallene for å undersøke om alle forskjellene er statistisk signifikante.

Tabell 6 Sosialhjelpsmottakeres dødelighet sammenlignet med uførepensjonister. Hasardratioer (95 % KI)

	N	Menn, ujustert	Kvinner, ujustert	Menn, justert	Kvinner, justert
Ikke ytelse	2108478	0,25 (0,24-0,26)	0,33 (0,32-0,34)	0,34 (0,33-0,35)	0,38 (0,37-0,39)
Korttid sosialhj.	78313	0,77 (0,73-0,82)	0,73 (0,67-0,79)	0,84 (0,79-0,88)	0,68 (0,63-0,74)
Langtid sos.hj.	51562	1,26 (1,20-1,32)	1,30 (1,20-1,41)	1,36 (1,30-1,43)	1,17 (1,08-1,27)
Uførepensjon	101559	1	1	1	1
Uførp. + sos.hj.	14983	1,79 (1,69-1,89)	1,67 (1,56-1,79)	1,56 (1,48-1,64)	1,44 (1,34-1,54)

Langtidsmottakere av sosialhjelp i 1992 hadde ca. 30 prosent høyere dødelighet i den etterfølgende perioden enn de som var uførepensjonister i 1992. Begge gruppene hadde betydelig høyere dødelighet enn personer som ikke mottok noen slik ytelse: for mannlige uførepensjonister var den fire ganger så høy. Dødeligheten til korttidsmottakerne var lavere enn for uførepensjonister. Høyest dødelighet hadde de som mottok sosialhjelp som et supplement til uførepensjon, særlig menn, men det er ikke så store kjønnsforskjeller her.

Disse hasardratioene er kontrollert for alder, ikke noe mer. Når de samme bakgrunnskenetegnene som i forrige tabell inkluderes, reduseres igjen hasardratioene en god del. Dødeligheten til langtidsmottakere er fremdeles høyere enn for uførepensjonistene, men forskjellene har blitt mindre for kvinner og er nå ganske små, og noe høyere for menn. Det vil si at forskjeller i utdanning og/eller sivil status forklarer mer av overdødeligheten til kvinnelige langtidsmottakere, sannsynligvis har det en del å gjøre med at en del er enslige forsørgere. For korttidsmottakerne er det små endringer. Overdødeligheten til de som mottar supplerende sosialhjelp er redusert med omtrent en tredjedel, men det er fremdeles denne gruppen som har høyest dødelighet.

For å undersøke nærmere hva som kan være årsakene til at langtidsmottakere av sosialhjelp har høyere dødelighet enn uførepensjonister, er det gjort analyser av årsaksspesifikk dødelighet for de viktigste dødsårsakene. Resultatene vises i Tabell 7 og Tabell 8. Hasardratioene er kontrollert for de samme variablene som tidligere. For alle dødsårsaker har både uførepensjonister og sosialhjelpsmottakere mye høyere dødelighet enn den øvrige befolkningen. Det viser seg at det meste av overdødeligheten blant sosialhjelpsmottakere sammenlignet med uførepensjonister kan tilskrives dødsfall som skyldes psykiske lidelser/rus eller som skyldes voldsom død. Sosialhjelpsmottakere har ikke høyere dødelighet enn uførepensjonistene når det gjelder kreft og hjerte-/karsykdommer, men langtidsmottakerne har ikke noe særlig lavere dødelighet heller. De som mottok både uførepensjon og sosialhjelp har høyest dødelighet for alle dødsårsaker. Langtidsmottakere av sosialhjelp, og de som mottok både uførepensjon og sosialhjelp har veldig mye høyere dødelighet som følge av alkohol/ narkotikarelaterte årsaker eller psykiske lidelser enn den øvrige befolkningen, for begge kjønn.

Tabell 7 Årsaksspesifikk dødelighet, uførepensjonister og sosialhjelpsmottakere. Menn
Hasardratioer (95 % KI)

	Kreft	Hjerte/Kar	Psykiske lidelser/ Rus	Voldsomme dødsfall
Ikke ytelse	0,57 (0,54-0,60)	0,35 (0,33-0,37)	0,17 (0,16-0,19)	0,43 (0,39-0,48)
Korttid sosialhj.	0,86 (0,75-0,97)	0,65 (0,57-0,73)	1,17 (1,03-1,34)	1,14 (0,98-2,12)
Langtid sos.hj.	0,98 (0,85-0,1,12)	0,74 (0,66-0,85)	3,33 (2,98-3,72)	1,83 (1,58-2,12)
Uførepensjon	1	1	1	1
Uførp. + sos.hj.	1,20 (1,04-1,37)	1,41(1,27-1,57)	2,82 (2,48-3,22)	2,16 (1,80-2,59)

Tabell 8 Årsaksspesifikk dødelighet, uførepensjonister og sosialhjelpsmottakere. Kvinner
Hasardratioer (95 % KI)

	Kreft	Hjerte/Kar	Psykiske lidelser/Rus	Voldsomme dødsfall
Ikke ytelse	0,66 (0,62-0,69)	0,34(0,31-0,36)	0,21 (0,18-0,26)	0,32 (0,27-0,38)
Korttid sosialhj.	0,77 (0,67-0,90)	0,57 (0,0,45-0,73)	1,22 (0,93-1,60)	0,86 (0,65-1,14)
Langtid sos.hj.	0,87 (0,74-1,03)	0,77 (0,60-0,98)	4,40 (3,52-5,50)	1,49 (1,14-1,95)
Uførepensjon	1	1	1	1
Uførp. + sos.hj.	1,17 (1,03-1,33)	1,30 (1,10-1,54)	2,90 (2,26-3,72)	1,83 (1,35-2,49)

Oppsummering og diskusjon

Personer mellom 18 år og 57 år som mottok sosialhjelp i 1992 hadde over tre ganger så høy dødelighet i perioden 1993 til og med 2003 som personer som *ikke* mottok sosialhjelp. Gitt samme aldersstruktur, hadde sosialhjelpsmottakere en dødelighet på 8 av 1000, mot 2 av 1000 i befolkningen. Menn hadde høyere overdødelighet i forhold til befolkningen enn kvinner. Mannlige sosialhjelpsmottakeres aldersstandardiserte dødelighetsrate var 3,6 ganger høyere enn for andre menn. For kvinner var dødeligheten noe i underkant av tre ganger så høy. Overdødeligheten blant sosialhjelpsmottakere sammenlignet med den øvrige befolkningen var størst blant de som dør unge, i tjue- og trettiårsalderen, Mannlige sosialhjelpsmottakere som var mellom 28 år og 37 år i 1992 hadde rundt fem ganger så høy dødelighet som menn i samme aldersgruppe som ikke mottok sosialhjelp.

For å kunne skille mellom personer som mottok sosialhjelp i kort tid (1-5 mnd) og lang tid (6-12 mnd) og å kontrollere for aktuelle bakgrunnsfaktorer, ble det også regnet ut hasardratioer (HR) ved hjelp av Cox' regresjonsanalyseteknikk. Sammenlignet med den øvrige befolkningen hadde mannlige korttidsmottakere av sosialhjelp en HR på 3,4, og langtidsmottakere 4,8, før andre bakgrunnskjennetegn enn alder var tatt hensyn til. For kvinner var brutto HR 2,4 for korttidsmottakere og 3,4 for langtidsmottakere.

Sosialhjelpsmottakere er en heterogen gruppe, med ulik type og grad av problemer. Noe av dette fanges opp ved å skille mellom langtids- og korttidsmottakere. De som mottok sosialhjelp i lang tid, det vil si minst seks av årets måneder i 1992, hadde høyere dødelighet enn de som kun mottok sosialhjelp i få måneder. Denne inndelingen i kort tid og lang tid basert på data fra kun ett år gir en begrenset beskrivelse av virkeligheten. Sosialhjelpsforløpene kan ha startet før 1992 eller fortsatt senere. Det samme gjelder også for skillet mellom sosialhjelpsmottakere og den øvrige befolkningen: Mange som ikke var sosialhjelpsmottakere i 1992 vil ha mottatt sosialhjelp på et senere eller tidligere tidspunkt. Likevel, og til tross for dette, er det slående hvor sterkt det å ha vært sosialhjelpemottaker predikerer seinere dødelighet.

Om lag førti prosent av dødelighetsforskjellene ble forklart ved å ta hensyn til ulikheter i utdanning og sivil status i de to gruppene. Dette er som forventet siden utdanningsnivået til sosialhjelpsmottakere er mye lavere enn i befolkningen totalt sett og dødelighetene øker med lav utdanning, og det er langt flere enslige blant sosialhjelpsmottakerne enn ellers, og det er kjent fra før at enslige har høyere dødelighet. Både sivil status og utdanning kan imidlertid også ha en uavhengig effekt på både sosialhjelpsmottak og dødelighet, og det er ikke lett å si noe om

hva som forårsaker hva. Utdanning fungerer som en indikator på kulturelle og materielle ressurser (også i foreldregenerasjonen) som har betydning for hva slags posisjon man kan få i samfunnet og hvor høy inntekt man har, som igjen har betydning for helse. Lavt oppnådd utdanningsnivå kan dessuten være resultat av psykisk eller fysisk sykdom allerede i ungdomstiden, og også en indikasjon på akkumulasjon av problemer over livsløp, og del av en marginaliseringsprosess. Personer med dårlig helse kan være mindre attraktive partnere, og sykdom gjør en mer utsatt for samlivsbrudd, men det er funnet støtte i empirisk forskning både for helserelatert seleksjon inn i ekteskapet og for at ekteskap har en beskyttende helseeffekt (Murray 2000; Kravdal 2001). Samlivsbrudd er også i en del tilfeller (medvirkende) årsak til behov for sosialhjelp, særlig i kombinasjon med andre problemer som sykdom (Borgeraas 2006), og enslige kan være mer utsatt for å ha behov for sosialhjelp, blant annet fordi de ikke har en økonomisk buffer i partneren.

Det faktum at det var en større andel innvandrere blant sosialhjelpsmottakerne bidro imidlertid *ikke* til å forklare overdødeligheten da innvanderne hadde lavere dødelighet enn andre. Dette er interessant, og i tråd med andre nylige funn om lavere dødelighet blant innvandrere (Næss m. fl. 2007). Det kan skyldes den såkalte ”healthy worker” effekten, det vil si at de som emigrerer er de som er spesielt sterke og friske. Det peker også i retning av at sosialhjelpsmottakere med innvandringsbakgrunn er mindre problembelastet enn etnisk norske sosialhjelpsmottakere. Men hvor stor andel som mottar sosialhjelp, varierer med landbakgrunn (Gaasø 2005). Det samme gjelder dødeligheten, har studier fra andre land vist, og det ville vært interessant å gå mer detaljert inn på dette. Det blir en kraftig forenkling å si noe generelt om ”innvandrere” generelt og sosialhjelp og dødelighet.

Dødeligheten til sosialhjelpsmottakere er langt høyere enn dødeligheten i resten av befolkningen, også etter at disse faktorer er kontrollert for. Mannlige korttidsmottakere har da 2,6 ganger så høy dødelighet som menn uten sosialhjelpsyttelse i 1992, og langtidsmottakere hele 3,7 ganger så høy dødelighet. Kvinnelige korttidsmottakere har to ganger så høy dødelighet, og langtidsmottakerne 2,6 ganger så høy dødelighet.

Annen forskning som er gjennomgått i denne rapporten har vist at sosialhjelpsmottakere er utsatt for flere risikofaktorer som vi vet øker sannsynligheten for helseproblemer og tidlig død. Eksempler på dette er mye problemer i oppveksten, rusproblemer, materiell deprivasjon, psykososiale påkjenninger og lite sosial støtte sammenlignet med den øvrige befolkningen. Dessverre finnes det ikke opplysninger som slike forhold i det datasettet som brukes her. Livsløpsperspektivet som fokuserer på sammenhengen mellom sosial posisjon og dødelighet er

trolig spesielt relevant for sosialhjelpsmottakere. Istedenfor å lete etter den relative betydningen til konkurrerende forklaringer på høy dødelighet blant sosialhjelpsmottakere, må utgangspunktet være at mange i denne gruppen er utsatt for flere dårlige levekår som hoper seg opp og virker gjensidig forsterkende. Dette gjelder både akkumulasjon på det tidspunktet de har behov for sosialhjelp, og summen av dårlige levekår og eksponering for risikofaktorer gjennom livet. Når man ikke kan kontrollere for dette, vil sammenhengen mellom sosialhjelpsbruk og dødelighet bli overestimert (Ringbäck-Witofte 2001). Mye av sammenhengen mellom sosialhjelpsmottak og dødelighet i virkeligheten kan tilskrives andre forhold enn det å være sosialhjelpsmottakere, og de forholdene som kan kontrolleres for her (utdanning, innvandringsbakgrunn og sivil status).

Analysene av dødsårsaker belyser ytterligere hva som bidrar til høy dødelighet blant sosialhjelpsmottakere. Rusproblematikk står i en særstilling. Dødsfall som er relatert til psykiske lidelser og rus utgjør sammen med voldsomme dødsfall en uforholdsmessig stor andel av dødsfallene, og risikoen for at sosialhjelpsmottakere dør av disse årsakene er svært høy sammenlignet med befolkningen som helhet. Men sosialhjelpsmottakere har også høyere dødelighet av *alle* dødsårsakene som er undersøkt her. Helseskadelig atferd kan ikke forklare all overdødeligheten. Det vil si at også dersom den helserelaterte atferden endret seg, ville det fremdeles vært en overdødelighet (Lantz m.fl. 1998).

Sammenligningen med uførepensjonister tyder på at det ikke er slik at de som har helseproblemer fanges opp av helserelaterte trygdeytelser, mens sosialhjelpsmottakerne først og fremst har sosiale problemer. Langtidsmottakere av sosialhjelp har høyere dødelighet enn uførepensjonister. Uførepensjonister er utenfor arbeidsmarkedet på grunn av sykdom, men uførepensjon er for det meste innvilget på grunn av sykdom som ikke nødvendigvis er dødelig og dødeligheten kan kun i liten grad forklares ut fra den sykdommen eller lidelsen de ble uføretrygdet på grunn av (Wallman m. fl. 2006). Sosialhjelpsmottakeres dødelighet er først og fremst høyere enn uførepensjonisters dødelighet når det gjelder dødsfall forårsaket av rus/psykiske lidelser og voldsomme dødsfall, altså ikke nødvendigvis sykdom. Personer som mottar supplerende sosialhjelp til uførepensjon har høyest dødelighet av alle, for alle dødsårsaker. Både sosialhjelpsmottakere og uførepensjonister er for det meste utenfor arbeidslivet, selv om det er langt mer permanent for uførepensjonistene. Det er imidlertid uklart i hvor stor grad det å være ute av arbeidsmarkedet har en negativ effekt på helsen, eller om sammenhengen med senere dødelighet først og fremst kan tilskrives helserelatert seleksjon ut av arbeidsmarkedet (Stewart 2001), men det kan i alle fall ikke tilskrives *kun* helserelatert seleksjon. Man finner for eksem-

pel høyere dødelighet blant arbeidsledige også når man kontrollerer for helsestatus i utgangspunktet (Gerdtham og Johannesson 2003).

Det er ikke bare individuelle ressurser som har betydning for sammenhengen mellom det å motta sosialhjelp og dødelighet, men også graden av ulikhet i et samfunn og hvordan velferdsstaten er organisert har betydning for helsen til de som står utenfor arbeidslivet, er fattige eller marginaliserte på andre måter. Helsekonsekvensene av å falle utenfor arbeidslivet avhenger bl.a. av kompensasjonen for inntektsbortfall. Sosialpolitikk kan ha betydning for helseulikheter både ved å påvirke den sosiale posisjonen folk innehar, i hvilken grad personer i ulike sosiale posisjoner utsettes for helserisiko, samt effekten av disse risikoene (Whitehead m.fl. 1999).

Denne rapporten dokumenterer at helsetilstanden blant sosialhjelpsmottakere som gruppe er betydelig dårligere enn for befolkningen forøvrig, og bidrar sammen med annen forskning om sosialhjelpsmottakeres helse og dødelighet blant lavinntektsgrupper til å tegne et bilde av at det ikke kun er en jevn sosial gradient i dødelighet i hele befolkningen, men at en gruppe som befinner seg "på det nederste trappetrinnet" har markert høyere dødelighet enn andre. Analysen kan imidlertid ikke si noe om i hvilken grad det først og fremst er seleksjon av syke personer inn i sosialhjelpsordningen som frembringer denne sammenhengen, eller i hvilken grad det er helseskadelig å leve som sosialhjelpsmottaker over tid, eller om det først og fremst kan tilskrives andre forhold i livene deres. Her er det behov for mer forskning. Uansett er det problematisk, og bør få betydning for både politikken for å redusere sosiale ulikheter i helse og for politikken overfor sosialhjelpsmottakere.

Litteratur

- NOS. 2003. *Dødsårsaker i Norge 1991-2000*. In Norges offisielle statistikk. Oslo - Kongsvinger: SSB.
- Andr  n, T. and B. Gustafsson (2004). "Patterns of social assistance receipt in Sweden." *International Journal of Social Welfare* 13: 55-68.
- Blom, S. (1998). *Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge*. Rapporter, SSB.
- Borgan, J.-K. (2004). "Prester og fysioterapeuter lever lengst." *Samfunnsspeilet*(3).
- Borgan, J.-K. (2007). "Høyest dødelighet blant ufaglærte menn." *Samfunnsspeilet* 21(3).
- Borgeraas, E. (2006). *Knapphetens   konomi*. Oslo, SIFO.
- Borgeraas, E. and E. Dahl (2005). "Low income and "poverty lines" in Norway - a comparison of three concepts." *Upublisert*.
- Borgeraas, E. and A. M.   yb   (2003). *Minstestandard for forbruksutgifter* Oslo, SIFO.
- Brevik, I. (1996). *Sosialhjelpsklienters arbeid, helse og oppvekst*. Oslo, NIBR.
- BUF-dir (2006). *Utvikling av hjemmebaserte tiltak med statlig støtte*. Arbeidskonferanse i Drammen 23. til 25. november 2005.
- Clausen, S. E. (1996). "A classification of social assistance recipients in Norway." *Scandinavian Journal Of Social Welfare* 5(4): 208-214.
- Dahl, E. and T. Lorentzen (2003). "Dynamics of Social Assistance: the Norwegian Experience in Comparative Perspective." *International Journal of Social Welfare* 12(4): 289-301.
- Dahl, G., A. W. Enes, et al. (2006). *Langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp*. Oslo-Kongsvinger, SSB.
- Elstad, J. (2006). "Hva betyr ulike dødsårsaker for utdanningsforskjellene i dødelighet?" *Paper presentert p   Forskerkonferansen "Helseulikheter og velferdsstat" Soria Moria, Oslo 10.-11. okt. 2006*.
- Elstad, J. I. (2005). "Childhood adversities and health variations among middle-aged men: a retrospective lifecourse study." *European Journal of Public Health* 15(1): 51-58.
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. . Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- Eskild, A. (1999). "  kningen i narkotikad  dsfallene - vet vi hvorfor? ." *Tidsskriftet for den norske Lægeforening* 119(2): 247-8.
- Gerdtham, U.-G. and M. Johannesson (2003). "A note on the effect of unemployment on mortality." *Journal of Health Economics* 22(3): 505-518.
- Gjesdal, S., J. G. Mæland, et al. (2007). "Socioeconomic inequalities and mortality among disability pensioners in Norway — a population-based cohort study." *Norsk Epidemiologi* 17(1).
- Gundersen, T. and m. fl. (2004). *Rusklienter og tjenester f  r "rusreformen"*. En tverrsnittsundersøkelse. Oslo, SINTEF Helse.
- Gaasø, K. (2005). "Sosialhjelp og innvandrere: Mest hjelp til å etablere seg " *Samfunnsspeilet*(1).
- Hanssen, J. I. and L. I. Terum (1992). *Samfunnsendring og sosialhjelpsvekst*. Oslo, INAS.
- Hatland, A. and A. West Pedersen (2006). "Er sosialhjelpen et effektivt virkemiddel i fattigdomsbekjempelsen?" *Tidsskrift for Velferdsforskning* 9(2): 58-72.
- Hove, O. (1992). *En ulykke kommer sjelden alene. Langtidsmottakere av sosialhjelp - levekår og livssituasjon*. Oslo, NotaBene.
- Hyggen, C. (2006). "Risks and resources: Social capital among social assistance recipients in Norway." *Social Policy & Administration* 40(5): 493-508.
- Kaplan, G. A. (2007). "Health inequalities and the welfare state: perspectives from social epidemiology." *Norsk Epidemiologi* 17(1): 9-20.

- Kirkeberg, M. I., J. Epland, et al. (2006). Økonomi og levekår for ulike grupper, 2005. Oslo-Kongsvinger, SSB.
- Kravdal, Ø. (2001). "The impact of marital status on cancer survival. ." Social Science and Medicine **52**: 357-368.
- Kristofersen, L. B. (2005). Barnevernbarnas helse. Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002. Oslo, NIBR.
- Kverndokk, S. (2006). Sammenhengen mellom inntekt, inntektsulikhet og helse. Oslo, HERO - UiO.
- Lantz, P. M., J. S. House, et al. (1998). "Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality: Results From a Nationally Representative Prospective Study of US Adults." JAMA **279**(21): 1703-1708.
- Lofthus, E. and Å. Osmunddalen (1997). "Får mer fordi de trenger mer?" Samfunnspeilet(3).
- Lynch, J. E. (2000). A Cry Unheard. New Insights into the Medical Consequences of Loneliness. Baltimore, Bancroft Press.
- Midtsundstad, T. and E. Dahl (2000). Yrke og forventet levealder. Oslo, Fafo.
- Morris, J. N., A. J. M. Donkin, et al. (2000). "A minimum income for healthy living." J Epidemiol Community Health **54**(12): 885-889.
- Murray, J. E. (2000). "Marital Protection and Marital Selection: Evidence from a Historical-Prospective Sample of American Men." Demography **37**(4): 511-521.
- Mykletun, A. (2006). Mortality and work-related disability as long-term consequences of anxiety and depression: historical cohort designs based on the HUNT-2 study. Faculty of Psychology, University of Bergen. **dr. psychol.**
- Nordli Hansen, M. and U. de Vibe (2005). "Behov for Sosialhjelp og uføretrygd: Individuell ulykke eller sosial arv?" Søkelys på arbeidslivet **22**(2).
- NOS (2003). Dødsårsaker i Norge 1991-2000. Norges offisielle statistikk. Oslo - Kongsvinger, SSB.
- Næss, Ø. (2005). Life course approaches to socio-economic inequalities in adult cause specific mortality. Faculty of Medicine. Oslo, University of Oslo. **dr.med.**
- Næss, Ø., M. Rognerud, et al. (2007). Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Oslo, Folkehelseinstituttet.
- Ohrem Naper, S. and E. Dahl (2007). "Sosialhjelpsmottakeres dødelighet: I hvilken grad kan overdødeligheten tilskrives deres sosiale status? ." Norsk Epidemiologi **17**(1).
- Pape, H. and K. Stefansen (2004). Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Rege, M., K. Telle, et al. (2005). The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization. S. Norway.
- Ringbäck-Weitof, G. (2000). "Mortality among lone mothers in Sweden: a population study." The Lancet **355**: 1215-19.
- Ringbäck-Witof, G. (2001). "Social Differences, Vulnerability and Ill-health." Scandinavian Journal of Public Health **29**(Suppl 58): 199-218.
- SA Julious, J. N., and S George (2001). "Why do we continue to use standardized mortality ratios for small area comparisons?" J Public Health **23**: 40-46.
- Schou, M. B. (2005). Hva betyr selvpålevd helse for dødelighet? Belyst med data fra HUNT1, NTNU.
- Skardhamar, T. (2005). Lovbruddskarrierer og levekår. En analyse av fødselskullet 1977. SSB Rapporter. SSB. Oslo-Kongsvinger, SSB.
- Solheim, L. J. (1996). Sosialhjelp og vern av sjølvrespekten. Mestring av marginalitet. K. Halvorsen. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag.
- SSB (1989). Standard for utdanningsgruppering i offentlig norsk statistikk. Oslo, SSB.

- SSB. (2006, 17.08.2006). "Sosialhjelpsmottakere med og uten innvandringsbakgrunn etter alder. 2005." Retrieved 7.12.2006, from <http://www.ssb.no/emner/03/04/30/soshjelpk/tab-2006-08-17-09.html>.
- St.meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Starrin, B., M. K. Blomkvist, et al. (2003). "Socialbidragstagande och statusbunden skamkänsla - En prövning av ekonomisociala band modellen." Socialvetenskaplig tidskrift **10**(1).
- Stewart, J. M. (2001). "The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status." Journal of Health Economics **20**(5): 781-796.
- Sund, E. and S. Krokstad (2005). Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- Sæbø, G. (1995). Når pengene ikke strekker til. Om ulike økonomiske problemer blant sosialklientene - og hva de skyldes. Oslo, INAS.
- Sætre, S. (2006). Hugo. Oslo, J. M. Stenersens Forlag.
- Toresen, J. and I. Brevik (2004). Dødelighet, sosial posisjon og utgifter til pleie og omsorg i Oslo. NIBR. Oslo, NIBR.
- Underlid, K. (2005). Fattigdommens psykologi. Oslo, Det norske Samlaget.
- Uniken Venema, H. P., H. F. Garretsen, et al. (1995). "Health of migrants and migrant health policy." Social Science & Medicine **41**(6): 809-818.
- van der Wel, K., E. Dahl, et al. (2006). Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp. Oslo, HiO.
- Vaage, O. F. (2004). Trening, mosjon og friluftsliv. Oslo-Kongsvinger, SSB.
- Wallman, T., H. Wedel, et al. (2006). "The prognosis for individuals on disability retirement An 18-year mortality follow-up study of 6887 men and women sampled from the general population." BMC Public Health **6**(1): 103.
- Whitehead, M., B. Burstrom, et al. (1999). "Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden." Social Science & Medicine **50**(2): 255-70.
- Wilkinson, R. G. (1996). Unhealthy societies. New York, Routledge.
- Zahl, P.-H., M. Rognerud, et al. (2003). "Sosial ulikhet og utvikling i dødelighet hos enslige i Norge." Tidsskriftet for den norske Lægeforening **123**(13-14): 1822-5.
- Zahl, P. H., M. Rognerud, et al. (2003). Bedre helse - større forskjeller. En analyse av hvordan inntekt, utdanning og husholdningsstørrelse har påvirket dødeligheten i befolkningen i periodene 1970-77, 1980-87 og 1990-97. Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Appendiks

Tabell A1 Antall personår (risikotid), antall dødsfall, summarisk og aldersspesifikk dødsfallsrate (SDR) for sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning.

	Sosialhjelpsmottakere						Øvrige befolkning					
	Menn			Kvinner			Menn			Kvinner		
Alders-gruppe	Personår (x 1000)	Dødsfall	Rate (per 1000)	Personår	Dødsfall	Rate (per 1000)	Personår	Dødsfall	Rate (per 1000)	Personår	Dødsfall	Rate (per 1000)
18-22	163971,28	488	2,976	168543,96	142	0,843	1580840,3	1248	0,789	1491936,3	414	0,277
23-27	175486,85	693	3,949	149868,29	217	1,448	1681009,2	1300	0,773	1613913,2	567	0,351
28-32	146216,53	757	5,177	111150,9	261	2,348	1605493,2	1572	0,979	1562187,3	823	0,527
33-37	114631,6	826	7,206	86975,655	283	3,254	1609635,3	2231	1,386	1576437,7	1363	0,864
38-42	87079,196	866	9,945	69559,073	309	4,442	1573917,0	3497	2,222	1526498,8	2257	1,479
43-47	65310,187	908	13,903	53964,523	359	6,653	1640529,2	6383	3,891	1580968,8	4108	2,598
48-52	36680,392	751	20,474	34790,557	354	10,175	1240868,0	7523	6,063	1221106,4	4762	3,900
53-57	23789,88	689	28,962	22056,911	344	15,596	956353,6	10280	10,749	998087,49	6080	6,092
Totalt	813165,91	5978	7,352	696909,87	2269	3,256	11888646	34034	2,862	11571136	20374	1,737

Tabell A2 Kategorisering av dødsårsaker og antall dødsfall av ulike årsaker etter sosialhjelpsbruk og kjønn

Dødsårsakskategori	ICD-10	Sosialhjelp			Øvrige befolkning		
		Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Røykerelatert kreft	C00-C15, C25, C30-C39, C64-C68	443	198	641	4654	2843	7497
Annen kreft	Resten av C	334	423	757	6432	8774	15206
Ischemisk hjertesykdom	I20-25	653	146	799	6254	1378	7632
Øvrige hjerte-/ karsykdom	Resten av I	349	158	507	3292	1619	4911
Sykdommer i åndedrettsorg.	J	164	148	312	972	857	1829
Andre sykdommer	EGHIK-Q	510	290	800	3135	2124	5259
Rus og psykiske lidelser	F + SSBs definisjon ¹	1753	420	2173	1949	567	2516
Voldsomme dødsfall ² ,	V,W,X,Y,Z	937	234	1171	3355	906	4261
Selv mord	X60-X84, Y87.0	545	166	711	2332	820	3152
Ukjent/-bestemt	R	293	86	379	1664	491	2155
Totalt		5981	2269	8250	34039	20379	54418

¹

¹ Tabell 12 på <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/>

² Unntatt selvmord og alkohol-/narkotikarelaterte

Tabell A3 Aldersstandardisering av dødsfallsrate for sosialhjelpsmottakere med øvrige befolkning som standardbefolkning.

	Menn			Kvinner		
Aldersgruppe	Dødsfallsrate sosialhjelpsmottakere	Personår befolkning	Forventede antall dødsfall	Dødsfallsrate sosialhjelpsmottakere	Personår befolkning	Forventede antall dødsfall
18-22	2.976	1580840.3	4705	0,843	1491936.3	1258
23-27	3.949	1681009.2	6638	1,448	1613913.2	2337
28-32	5.177	1605493.2	8312	2,348	1562187.3	3668
33-37	7.206	1609635.3	11599	3,254	1576437.7	5130
38-42	9.945	1573917.0	15653	4,442	1526498.8	6781
43-47	13.903	1640529.2	22808	6,653	1580968.8	10518
48-52	20.474	1240868.0	25406	10,175	1221106.4	12425
53-57	28.962	956353.6	27698	15,596	998087.49	15566
Totalt	7.352	11888646	122818	3,256	11571136	57682

Aldersstandardisert dødsfallsrate menn = $(122818/11888646)*1000 = 10,33$

Aldersstandardisert dødsfallsrate kvinner = $(57682/11571136)*1000 = 4,99$

Aldersstandardisert dødsfallsrate begge kjønn: $((57682+122818)/(11571136+11888646))*1000=7,69$

Tabell A4 Årsaksspesifikke dødsfallsrater (aldersstandardisert) for sosialhjelpsmottakere og øvrige befolkning, og relativ risiko.

	Menn			Kvinner		
	Sosialhjelp	Øvrige bef.	RR	Sosialhjelp	Øvrige bef.	RR
Røykerelatert kreft	107,4	39,1	2,7	57,0	24,6	2,3
Annen kreft	71,6	54,1	1,3	100,8	75,8	1,3
Ischemisk hjertesykdom	153,6	52,6	2,9	41,7	11,9	3,5
Andre hjerte/ kar sykd	78,4	27,7	2,8	40,6	14,0	2,9
Sykd. Åndedrettsorg	39,9	8,2	4,9	41,6	7,4	5,6
Annen sykdom	87,1	26,4	3,3	62,7	18,4	3,4
Psykiske lidelser/ Rus	246,1	16,4	15,0	68,3	4,9	13,9
Ytre årsaker	132,5	28,2	4,7	39,5	7,8	5,1
Selv mord	63,5	19,6	3,2	26,7	7,1	3,8