

Medisinske problemer hos sosialhjelpsmottakere

Sosialmedisinsk undersøkelse av befolkningen i et saneringsstrøk

Rolf Hanoa

I denna artikel redovisas en undersökning av sociala och medicinska problem hos den vuxna befolkningen i ett saneringsområde i Oslo.

Området kännetecknades av sämre inkomst- och bostadsförhållanden än för Oslo i genomsnitt.

Undersökningsresultatet tyder på att befolkningens sociala och socialmedicinska behov och rättigheter är tillgodosedda i mycket begränsad utsträckning. Ca 23 % av de undersökta bedömdes fylla krav på förtidspension ("invalidpension") men endast ca 9 % åtnjöt en sådan pension. Den socialmedicinska uppsökande verksamheten resulterade också i en kraftigt ökad efterfrågan på social service. Den undersökta befolkningsgruppens kontakt med det sociala distriktskontoret ökade sålunda med 77 % de tolv första månaderna efter undersökningen.

Ett genomgående fynd var den samtidiga förekomsten av sociala och medicinska problem. Undersökningen pekar på nödvändigheten av ett nära samarbete mellan socialvård och hälsovård för att hjälpa denna klientgrupp. Särskilt synes det vara behov för en god psykiatrisk service för klientgruppen ifråga.

Undersökningen är genomförd vid Institut for sosialmedisin vid universitetet i Oslo där Rolf Hanoa är vitenskapelig assistent.

I nordisk sosialmedisinsk litteratur har en flere undersøkelser av sosialhjelpsklienter. Grunnleggende er Gunnar Inghes undersøkelse av langvarig sosialhjelpsunderstøttede i Stockholm, og Friis & Warburgs undersøkelse av langvarig forsorgsunderstøttede i Danmark.

Gunnar Inghe tok utgangspunkt i de familiene i

Stockholm som ved årsslutt i 1943 gjennom hovedperson i alderen 16-67 år hadde mottatt sosialhjelp i mer enn 6 måneder av inneværende år (6). En kontrollgruppe bestod av "sosiale tvillinger" til hovedpersonene, med hensyn til kjønn, alder, familietype, sivilstand, yrke og bosted. Kontrollpersonen hadde ikke mottatt sosialhjelp i 1943. Inghes allsidige sosialmedisinske undersøkelse viste at sosialhjelpsmottakerne (hovedpersonene) gjennomsnittlig representerte et lavere intellektuelt nivå enn kontrollgruppen. Oversykkeligheten blant sosialhjelpsmottakerne var betydelig, særlig hva angikk langvarige og invalidiserende psykiske og somatiske sykdommer. Det var større sykkelighet blant mannlige enn blant kvinnelige sosialhjelpsmottakere. De hyppigste somatiske sykdommer blant sosialhjelpsunderstøttede var hjerte-/karsykdommer og sykdommer i bevegelses- og støtteapparatet. De hyppigste psykiske lidelser var psykiske insuffisiensstilstander. Psykose var viktigere årsak til hjelpebehov blant menn enn blant kvinner. Blant langvarig sosialhjelpsunderstøttede fant Inghe et forholdsvis stort antall helt eller delvis arbeidsuføre.

Henning Friis og Erik Warburg stod for en undersøkelse av dansker som i regnskapsåret 1944/45 hadde mottatt kommune- eller fattighjelp i minst 8 måneder. (3) Undersøkelsen viste at det blant forsorgsklientene var forholdsvis flere kvinner enn i den danske befolkning som helhet. Legemlige sykdommer ble vurdert å ha hatt betydning for utviklingen av de økonomiske hjelpebehov hos 50 % av mennene og 52 % av kvinnene. Hyppigst forekommende legemlig årsak til utvikling av hjelpebehov var for både menns og kvinners vedkommende: sykdommer i bevegelses- og støtteapparatet, og sykdommer i fordøyelsesorganene. Psykisk lidelse ble vurdert å ha hatt vesentlig be-

tydning for utvikling av økonomisk hjelpebehov hos 75 % av mennene og 49 % av kvinnene. Såvel Friis & Warburgs undersøkelse, som Inghes, belyser de medisinske problemers sentrale rolle ved forklaring av langvarige sosialhjelpsmottakeres situasjon.

I Norge har en enkelte nyere undersøkelser som behandler medisinske forhold hos sosialhjelpsklienter og sosialt vanskeligstilte. I boken "Samfunnsendring og sosialpolitikk" er redegjort for den omfattende samfunnsvitenskapelige undersøkelse som ble gjennomført i Nord-Odal kommune i begynnelsen av 1970-årene (7). En spesialundersøkelse innenfor Nord-Odal-prosjektet viste at nærmere 10 % av befolkningen i kommunen søkte eller fikk hjelp fra sosialomsorgen i 1969. Sosialklientgruppen hadde et forholdsvis sterkt innslag av personer med medisinsk betingede behov for trygdehjelp. Forholdsvis mange hadde medisinsk betinget reduksjon i ervervsmessig førhet. Leif A. Heløe viste i en spesialundersøkelse at tannhelsestilstanden var særlig ugunstig og behandlingsbehovet størst blant de sosialt og økonomisk vanskeligstilte.

En undersøkelse av 116 langvarig understøttede sosialklienter i Bærum kommune er nylig avsluttet (4). Den sosialmedisinske undersøkelsen viste at 61 % av sosialklientene hadde psykisk sykdom diagnostisert av psykiater, psykiatrisk behandlingstilstand eller behandlingstilstand for alkoholmisbrukere. Ytterligere 12 % av klientene anga langvarige nervøse plager, som de oftest hadde fått medikamenter for hos alment praktiserende lege. Bare 6 % av de 116 sosialklientene anga på intervjuetidspunktet at de følte seg friske, og at de dessuten ikke hadde hatt alvorlig eller langvarig sykdom tidligere.

Den rolle som hjelp etter Lov om sosial omsorg spiller i Norge, er behandlet i Regjeringens langtidsprogram for perioden 1974—1977 (2). Her pekes det på at helsesvikt hos stønadsmottakeren eller i hans familie ifølge sosialhjelpsstatistikken er hovedårsak til hjelpebehov i over halvparten av stønadstilfellene.

Disse nyere norske undersøkelsene gir imidlertid ikke noe fullstendig bilde av den medisinske si-

tuasjonen til sosialhjelpsmottakere.

Blant annet savnes en nærmere analyse av den medisinske situasjonen til sosialhjelpsmottakere i større bykommuner. Hvilke medisinske tilstander er der hyppigst forekommende blant sosialhjelpsmottakere? I hvilken grad er sykdom, skade eller lyte årsak til varig ervervsmessig funksjonshemning, som igjen skaper et økonomisk hjelpebehov, hos sosialunderstøttede? Siden sosialhjelpens former og mottakernes hjelpebehov har vært mye diskutert i den senere tid, kan det også være nyttig å studere de sosialunderstøttedes levestandard nærmere.

Forholdene i Oslo kan ha spesiell interesse i denne sammenheng. Der er de institusjonene som skal formidle hjelp etter Lov om sosial omsorg, relativt godt utbygget, sammenliknet med forholdene i mange andre kommuner. Samtidig er Oslos sosiale hjelpeapparat langt fra tilstrekkelig utbygget. De sosiale ytelser er også relativt bedre i hovedstaden enn i mange andre kommuner. Oslo har, sammenliknet med landet forøvrig, forholdsvis mange sosialhjelpsmottakere. Dette fremgår av sosialhjelpsstatistikken.

Egen undersøkelse

Data som kan belyse levestandard, medisinsk situasjon og uførhet hos sosialhjelpsmottakere i Oslo, har jeg fått gjennom en bredt anlagt sosialmedisinsk undersøkelse, utført i 1970—73, av den voksne befolkning i et saneringsstrøk i Oslo. Vi hadde valgt ut et saneringsstrøk som etter kommunal statistikk og den kommunale administrasjons erfaring representerte uvanlig lav boligstandard og uvanlig lavt inntektsnivå hos beboerne. I dette området skulle vi vente å finne forholdsvis mange med sosiale og medisinske problemer.

I det utvalgte saneringsstrøk bodde 380 personer på 20 år eller eldre. 343 (90.3 %) av disse ble med i undersøkelsen. Av de 343 var 50 fremmedarbeidere. De 293 norske hadde en alders- og kjønnsmessig sammensetning som ikke skilte seg vesentlig fra tilsvarende forhold for hele Oslo-befolkningen. Det var til sammen forholdsvis flere ugifte og før gifte menn i den norske saneringsbefolkningen enn i Oslos totalbefolkning. Av de 293

var 250 i yrkesaktiv alder (20—69 år).

Ved innkalling av personer til en institusjon, til undersøkelser med vitenskapelig formål, blir det erfaringsmessig en ikke uvesentlig svikt i fremmøtet (F.eks. var fremmøtesvikten 37—38 % ved hjertekarundersøkelsen blant menn i alderen 20—49 år i Oslo (8). I saneringsundersøkelsen valgte vi å oppsøke hver enkelt i sitt hjem, for derved å sikre størst mulig oppslutning (Undersøkelsen ble gjennomført av sykepleier Ellen Hals og artikkelforfatteren). For hver enkelt av de 343 deltakere i undersøkelsen, gjennomførte vi et detaljert sosialmedisinsk intervju, og en begrenset klinisk undersøkelse; dessuten ble det tatt blodprøver. Til alt dette brukte vi ca. 1 1/2 time på hver enkelt. Dessuten tilbød vi videre medisinsk og sosial hjelp der vi eller deltakeren mente det var behov for det.

Boligforhold og økonomi

I det utvalgte saneringsområdet registrerte vi tekniskhygieniske data for alle bebodde boliger, — også for boligene til de 9.7 % som ikke ble med i undersøkelsen. Av de undersøkte boliger hadde 94.6 % innlagt vann. Tilsvarende tall for alle boliger i hele Oslo var 99.4 % (Folketellingen 1970). 2.5 % av de bebodde boliger i saneringsstrøket hadde eget bad og wc. Tallet for hele Oslo var 72.0 %. 91.2 % av de bebodde boliger hadde hverken bad eller wc, mot 6.1 % for hele Oslo. Saneringsstrøket hadde følgelig en teknisk-hygienisk standard som var vesentlig dårligere enn standarden for Oslo som helhet. Våre registreringer bekreftet kommunens tidligere informasjoner.

Et annet mål for leveforholdene er hva slags innbo og utstyr en har i sin bolig. Opplysninger om innbo og utstyr ble registrert hos alle de 343 intervjuede. 45 % av de norske saneringsbeboere og bare 14 % av fremmedarbeiderne hadde varmtvannsbeholder eller annen fastmontert varmtvannskilde i boligen sin. 33 % av de norske beboere og 4 % av fremmedarbeiderne hadde vaske-maskin i sin bolig. 22 % av nordmenn og ingen fremmedarbeidere hadde privat telefon. 71 % av norske beboere og 18 % av fremmedarbeidere hadde soveværelsesmøbler. Disse tall vitner om at

en forholdsvis meget stor del av de intervjuede beboere hadde en lav utstyrmessig standard i sine boliger. Intervjueren vurderte 54 % av norske beboere og 92 % av fremmedarbeiderne til å ha absolutt utilfredsstillende boligforhold.

Den kommunale inntektsstatistikk viste at det området der saneringsstrøket lå, hørte blant de områder i Oslo som hadde lavest gjennomsnittsinntekt pr. inntektstaker (inntektstakere = alle personer som ble behandlet som selvstendige enheter ved skattelikningen).

Sosialhjelp og sosialhjelpsmottakere

Lov av 5. juni 1964 om sosial omsorg sier bl a: "Til den som ikke er i stand til å sørge for sitt livsopphold eller til å dra omsorg for seg selv, ytes sosialhjelp...". Hjelpen kan ifølge loven bl. a. ytes som lån eller bidrag til yrkesopplæring, som gratis privat forpleining eller opphold i sosial institusjon, eller som *bidrag eller lån til livsopphold*.

I denne undersøkelsen mener vi med sosialhjelpsmottakere, personer i yrkesaktiv alder (20—69 år) som i minst tre sammenhengende måneder inntil intervjutidspunktet eller i minst 6 av de siste 12 måneder før intervjutidspunktet, jevnlig hadde mottatt økonomisk hjelp til livsopphold (bidrag eller lån). Begge ektefeller ble regnet som sosialhjelpsmottakere, dersom de levde sammen, og en av dem falt innenfor ovennevnte definisjon.

Sosialhjelp blir ytt gjennom det lokale sosialkontor. I denne undersøkelsen dreidde det seg om et av Oslo kommunes distriktskontorer. Et distriktskontor kommer i kontakt med langt flere enn dem som vi har definert som sosialhjelpsmottakere. Distriktskontorets klientkontakt blir omtalt senere i denne artikkelen.

Av de 293 norske beboere i saneringsstrøket, var 250 i yrkesaktiv alder. Blant de 250 registrerte vi ialt 16 (6.4 %) sosialhjelpsmottakere. Alle de 50 fremmedarbeiderne i saneringsstrøket var i yrkesaktiv alder. Vi fant ingen sosialhjelpsmottaker blant dem. Den alders- og kjønnsmessige sammensetning av gruppene av norske beboere i yrkesaktiv alder, og sosialhjelpsmottakere, fremgår av tabell 1.

Tabell 1. Saneringsstrøkets norske beboere i yrkesaktiv alder (n=250) og sosialhjelpsmottakere (n=16) etter alder og kjønn

Alder	Norske beboere		Sosialhjelpsmottakere	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
20–29 år	33	37	0	1
30–39 år	20	15	3	2
40–49 år	19	11	3	2
50–59 år	29	33	1	3
60–69 år	22	31	1	0
Sum	123	127	8	8

Av de 16 sosialhjelpsmottakere hadde 10 sosialhjelp som hovedinntektskilde. Blant de 10 var det to ektepar der kvinnene var husmødre. De øvrige 6 hadde ikke sosialhjelp som hovedinntektskilde: 1 var selger, 1 arbeidet som rengjøringsassistent, 1 var sykmeldt bryggearbeider, 1 var sykmeldt vaskehjelp, 1 var sykmeldt snekker, og han forsørget sin ektefelle ved sine sykepengar og sosialhjelp.

Kasus: En 53-årig ugift mann arbeidet som bokselger. Han var betydelig hemmet i sitt arbeid på grunn av nervøse plager og asthma. Salget gikk dårlig, og han hadde i lengre tid hatt behov for sosialhjelp som supplement til sin inntekt.

Etter intervjuerens vurdering hadde 54 % av de 293 norske beboerne absolutt ikke tilfredsstillende boligforhold. Tilsvarende tall for gruppen på 16 sosialhjelpsmottakere var 88 %. 31 % av de norske beboere vurderte sin økonomiske situasjon som vanskelig. Alle sosialhjelpsmottakere vurderte sin økonomiske situasjon som vanskelig. Sosialt representerte sosialhjelpsmottakerne en ugunstigstilt gruppe blant de 293 norske beboere, som igjen var en sosialt ugunstigstilt gruppe blant befolkningen i Oslo.

Helseforhold

Blant de 16 sosialhjelpsmottakerne var det bare 1 som var frisk og hadde alminnelig god helse. De øvrige 15 hadde alle en eller flere alvor-

lige og/eller plagsomme medisinske tilstander. 12 av de 15 hadde mental lidelse som den mest alvorlige og/eller plagsomme tilstand (hovedlidelse). 1 hadde degenerativ rygg sykdom som hovedlidelse, 1 hadde sequelae etter hodeskade (etter slagsmål), mens 1 hadde sequelae etter ryggtraume som hovedlidelse. Mentale lidelser spilte altså en dominerende rolle som hovedlidelse. Fellesdiagnosen mentale lidelser, som brukes i denne artikkelen, svarer til Rikstrygdeverkets diagnosegruppe: mentale og psykonevrotiske forstyrrelser, atferdsforstyrrelser. Av de 12 med mental hovedlidelse hadde 3 sekundær alkoholisme som hovedlidelse, mens 4 hadde angstnevrose, 2 depressiv nevrose og 3 psykisk insuffisientstilstand.

Som den nest mest alvorlige og/eller plagsomme tilstand (bilidelse) spilte legemlige lidelser en dominerende rolle. Av de 15 syke sosialhjelpsmottakerne hadde 2 degenerativ rygg lidelse som bilidelse, 2 hadde organisk neurologisk lidelse, 1 hadde posttraumatisk encephalopathi, 4 hadde andre somatiske lidelser, 5 hadde mental lidelse og 1 hadde ingen bilidelse.

En kan konkludere med at sosialhjelpsmottakerne i den undersøkte saneringsbefolkningen var (med unntak av 1 person) en gruppe med vesentlige medisinske problemer. Intervjuene avklarte at alle de 15 hadde symptomrike tilstander. Den medisinske tilstand var for hver enkelt en vesentlig årsak til at de hadde behov for økonomisk hjelp.

Flere av sosialhjelpsmottakerne levde i en situasjon som liknet på situasjonen til denne kvinnen:

Kasus: En 46-årig skilt kvinne hadde vært yrkesaktiv med skiftende jobber størstedelen av sitt voksne liv. Hun hadde voksne, fraflyttede barn. Kvinnens hovedlidelse var en symptomrik depressiv nevrose. Ryggplager og misbruk av alkohol kom i tillegg. De siste 3 årene hadde hun hatt vansker med å arbeide på grunn av de medisinske plagene. Det ble til at hun tok ulike småjobber, som ikke ga tilstrekkelig utkomme. Derfor måtte hun søke distriktskontoret om supplerende sosialhjelp.

Uførhet

Alle de 250 norske beboere og de 50 fremmedarbeidere i yrkesaktiv alder (20—69 år) ble vurdert med hensyn til varig ervervsmessig uførhet p g a sykdom, skade eller lyte. Vurderingen bygget på intervju og egen klinisk undersøkelse. Intervjuet omfattet bl a en rekke spørsmål om utdanning, tidligere og aktuell yrkesaktivitet, arbeidsforhold, sykehistorie og sykefravær. Uførevurderingen ble foretatt i felleskap av professor Per Sundby og artikkelforfatteren. Vurderingen ble lagt så nær opp til trygdeadministrasjonens praksis som mulig. Men uførevurderingen vil jo alltid måtte bli skjønnsmessig og holdningspreget. Dette gjelder især psykiatriske tilfeller.

Lov av 17. juni 1966 om folketrygd setter som krav for tildeling av uførepensjon bl. a. at an etter gjennomgått behandling, og mulig opptrening-/attføring, fortsatt skal være 50 % eller mer varig ervervsmessig ufør, p g a sykdom, skade eller lyte. Ingen av de 50 fremmedarbeiderne fylte dette kravet. Av de 250 norske beboere i yrkesaktiv alder var det etter vår vurdering 58 (23 %) som fylte dette kravet. Av de 58 var det 23 som oppebar folketrygdens uførepensjon. Blant de 250 var det ingen andre enn de 23 som var uførepensjonister i folketrygden. Frekvensen av uførepensjonsmottakere i den undersøkte norske befolkningsgruppe var vesentlig større (menn: 9.8 %, kvinner: 8.7 %) enn frekvensen for hele Oslos befolkning (menn: 5.1 %, kvinner: 6.8 %). Av de 58 som vi anså som uføre, hadde 35 ikke folketrygdens uførepensjon.

En av sosialhjelpsmottakerne kom med blant de 23 uførepensjonister fordi vedkommende, etter lange perioder med sosialhjelp, fikk tilstått uførepensjon på intervjutidspunktet. Av de øvrige 15 sosialhjelpsmottakerne (hvorav 1 var frisk) hørte 14 blant de 35 uføre uten uførepensjon.

En kan konstatere at nesten alle de i saneringsstrøkets befolkning, som hadde mottatt sosialhjelp over lengre tid, var varig ervervsmessig uføre på medisinsk grunnlag, og fylte, etter vår vurdering, lovens krav for å få uførepensjon. I uførevurderingen inngikk også vurdering av mulighetene for attføring. Attføring var avvist av kli-

enten, eller forsøkt uten å lykkes, hos 3 av de 14 pensjonsløse, uføre sosialhjelpsmottakere. En gjennomgikk på intervjutidspunktet attføring, uten att det så ut til att ervervsevnen skulle bli bedre. For de øvrige 10 ble det aktuelle attføringstilbud i Oslo funnet å være uhensiktsmessig og/eller ikke egnet til å bedre klientenes funksjonsevne. Vår vurdering av dette kan diskuteres. Noen vil nok være mer tilbakeholdne enn vi har vært m h t å erklære relativt unge mennsker med ikke-psykotisk mental lidelse, berettiget til uførepensjon. Et kasus kan belyse vår vurdering.

Kasus: En 35-årig, skilt kvinne hadde mottatt sosialhjelp som hovedinntektskilde i snart 2 år. Tidligere hadde hun arbeidet som ekspeditrise og på bensinstasjon, men nervøse plager hadde ført til langvarig sykmelding. Etter et år med sykepenger hadde hennes lege avslått å sykmelde henne lengre. Deretter hadde hun bedt om sosialhjelp. Det dreidde seg om angstnevrose og moderat misbruk av milde ataraxica. Kvinnen bodde hos en slektning. Sosialkontoret og kommunens sosiallege hadde foreslått at kvinnen skulle forsøke attføring. Dette motsatte hun seg. Tanken på å måtte prøve noe nytt ga angst-anfall og hysteriske reaksjoner. Kvinnen var sosialt isolert, passivisert og maktet ikke å gjøre noe mer enn litt husarbeid. Vi fant at det påtenkte attføringsforsøk ville være uhensiktsmessig og ikke føre frem. Hun ble vurdert å være mer enn 50 % varig ervervsmessig ufør, og etter vår mening berettiget til uførepensjon.

For 13 av de 14 pensjonsløse, uføre sosialhjelpsmottakere var hovedlidelse identisk med primærårsak til uførhet. 12 av de 14 hadde mental lidelse som primærårsak til uførhet. *Tabell 2* viser forholdet mellom mental lidelse og somatisk lidelse som primærårsak til uførhet hos de 14, hos de 35 pensjonsløse uføre og hos de 23 uføre med pensjon. Tabellen viser at det var en særlig stor andel med mental lidelse som primærårsak, blant uføre, pensjonsløse sosialhjelpsmottakere.

Tabell 2. Forholdet mellom mental lidelse og somatisk lidelse som primærdrsak til varig ervervsmessig uførhet. Uføre sosialhjelpsmottakere uten pensjon, alle uføre uten pensjon og alle uføre med uførepensjon blant de 250 norske beboere i alderen 20–69 år.

	Uføre sosial- hjelpsmotta- kere uten pensjon n = 14	Alle uføre uten uføre- pensjon n = 35	Alle uføre med uføre- pensjon n = 23
Mental lidelse	86 %	63 %	43 %
Somatisk lidelse	14 %	37 %	57 %

Det er av interesse å se i hvilken grad det var gjort noe for å skaffe de 14 uføre sosialhjelpsmottakere uførepensjon. 2 hadde tidligere søkt uførepensjon og fått avslag. En av disse ble henvist til en attføring som ikke førte frem. Av de øvrige 3 som hadde blitt tilbudt eller hadde forsøkt attføring, var det to hvis saker trolig ville bli tatt opp som uføresaker på et noe senere tidspunkt. Blant de øvrige 9 var det 2 som ventet på resultatet av behandling av søknad som uførepensjon. De resterende 7 hadde ikke søkt. For 5 av disse tok intervjueren initiativ til søknad om uførepensjon.

Distriktskontorets klientkontakter

Til nå har vi sett på de som mottok sosialhjelp over lengre tid. Det lokale distriktskontor ble også oppsøkt av personer som søkte om sosialhjelp en enkelt gang eller for kortere tid. Dessuten var det mange pensjonister som kontaktet distriktskontoret for å søke om kommunale tilleggssytelser til folketrygdens ytelser (bl a tilleggspensjon, boligtilskudd og kort for fri lege og medisiner, hjemmehjelp eller plass i institusjon/trygdebolig). Videre bli distriktskontoret oppsøkt av andre kategorier, f eks foreldre som ville søke om plass for sine barn i daginstitusjon.

Et distriktskontors arbeidsoppgaver og arbeidsmåte er beskrevet i utredningen "Hva gjør et distriktskontor?" (1) Utredningen omhandler arbeidet ved 9. (Tveita) distriktskontor i Oslo. En registrering av hvor mye tid 9. distriktskontor

brukte på ulike arbeidsoppgaver, viste at ca. halvparten av kontorets arbeidstid ble brukt til saksbehandling. En analyse av hva saksbehandlingstiden ble brukt til, viste at vel halvparten av den samlede saksbehandlingstid gikk til sosial omsorg (sosialhjelp). Ca 1/5 av tiden gikk til trygdesaker (pensjonist-saker). Denne tidsfordeling kan vel variere noe fra det ene distriktskontor i Oslo til det andre, avhengig av den lokale befolknings sammensetning og sosiale situasjon.

I forbindelse med vår egen undersøkelse, gjorde distriktskontoret som saneringsstrøket hørte under (ikke 9. distriktskontor), registreringer av sine kontakter med de 343 voksne personer som vi hadde undersøkt. Distriktskontoret avklarte hvem som etter kontorets dokumenter hadde vært sosialhjelpsmottakere, ifølge vår definisjon, og også hvem som hadde mottatt sosial hjelp for kortere tid, samt hvilke pensjonister og andre som hadde oppsøkt distriktskontoret.

Distriktskontorets registrering av sosialhjelpsmottakere stemte overens med vår registrering. I tillegg til de 16 sosialhjelpsmottakere, etter vår definisjon, hadde distriktskontoret registrert 4 personer som i løpet av de siste 12 månedene før vårt intervju med dem fant sted, hadde mottatt sosialhjelp en enkelt gang eller for en kort periode. Ialt ble det da 20 personer med sosialhjelpskontakt i løpet av de 12 siste måneder før intervjudtidspunktet, og med eventuell fortsatt kontakt i løpet av de neste 12 måneder. Dessuten hadde 7 personer sosialhjelpskontakt bare i løpet av de 12 første månedene etter intervjudtidspunktet. Se tabell 3.

23 personer hadde i løpet av de 12 siste måneder før intervjudtidspunktet, og eventuelt fortsatt i de neste 12 måneder, kontakt med distriktskontoret om ytelser til pensjonister. Ialt hadde 48 personer oppsøkt distriktskontoret med pensjonistsaker i løpet av enten de 12 siste måneder før intervjudtidspunktet, med eventuell fortsatt kontakt i løpet av de neste 12 måneder, eller bare i løpet av de 12 første måneder etter intervjudtidspunktet. Av de 343 undersøkte personer, var det 1 som i løpet av tiden 12 måneder før til 12 måneder etter intervjudtidspunktet hadde kontaktet sosialkontoret om andre saker enn sosialhjelp og pensjonistsaker.

Tabell 3. *Personer fra saneringsstrøkets voksne, undersøkte befolkning (n=343) som hadde vært i kontakt med distriktskontoret i løpet av tidsrommet 12 måneder før til 12 måneder etter intervju tidspunktet*

Sakstype	Kontakt i løpet av de siste 12 mnd. før intervju, og eventuelt fortsatt kontakt i de neste 12 mnd.	Kontakt bare i løpet av de 12 første mnd. etter intervju	Kontakt i løpet av de 12 siste mnd. før intervju, i løpet av de 12 første mnd. etter intervju eventuelt i begge perioder
Sosialhjelp	20	7	27
Pensjonistsak	23	25	48
Andre saker	0	1	1
Sum	43	33	76

I alt 76 personer av de 343 undersøkte var i kontakt med distriktskontoret i løpet av en toårs periode. Ingen av de 50 fremmedarbeiderne hadde vært i kontakt med distriktskontoret. De 76 utgjorde 26 % av de 293 norske beboerne i saneringsstrøket.

Av de 76 personene var det 33 som bare var i kontakt med distriktskontoret i løpet av de 12 første månedene etter intervju tidspunktet. De 33 representerte en klientøkning på 77 %. Hver enkelt av disse 33 var av intervjueren blitt oppfordret til å søke distriktskontoret for sine problemer. Denne oppfordring var trolig en vesentlig årsak til at de kontaktet distriktskontoret.

Registreringen av distriktskontorets klientkontakter viste at kontakten med (de 16) sosialhjelpsmottakerne, etter vår definisjon, bare var en del av distriktskontorets klientkontakter i den undersøkte befolkningsgruppe.

Diskusjon

Undersøkelser som er referert til tidligere i denne artikkelen, viser at langvarig sosialhjelpsunderstøttede er en gruppe mennesker med særlig ugunstige leve- og helseforhold. Vår undersøkelse

av sosialhjelpsmottakere fra et saneringsstrøk i en storby, bekrefter at gruppen har særlig dårlige leveforhold, og at gruppen er medisinsk forholdsvis sterkt belastet. Liksom undersøkelsen fra Bærum (4) belyser vår undersøkelse de psykiatriske lidelsenes fremtredende plass blant denne gruppe klienter.

Ingen av de undersøkte 50 fremmedarbeiderne hadde hatt kontakt med sosialkontoret. Dette forhold skyldtes ikke fravær av vesentlige sosiale problemer. Mange fremmedarbeidere ga uttrykk for at de ikke ønsket å være norske myndigheter til byrde, og at de ville greie seg selv. Noen mente de ville kunne få vanskeligheter ved fortsatt oppholds- og arbeidstillatelse, dersom de bad om sosialhjelp.

16 sosialhjelpsmottakere blant 250 undersøkte i yrkesaktiv alder i en sosialt ugunstigstilt befolkningsgruppe, kan synes å være et beskjedent antall. Våre funn peker mot at mange flere av de 250 hadde behov for langvarig sosialhjelp, — eventuelt i påvente av andre hjelpetiltak som f.eks uførepensjon. Tallet på sosialhjelpsmottakere må også sees i sammenheng med at flere av de sosialt og medisinsk vanskeligstilte hadde uførepensjon. Frekvensen av uførepensjonister i den undersøkte norske befolkningsgruppe var vesentlig høyere enn for hele Oslos befolkning. Blant de 250 var det noen hjelpetrengende som levde på understøttelse fra familie.

Nesten alle sosialhjelpsmottakerne fylte lovens krav for tildeling av uførepensjon, etter vår vurdering. Noen hadde hatt eller hadde søknad om uførepensjon til behandling i trygdeadministrasjonen. Ytterligere noen ville fått fremmet uføresak etter en tid, gjennom distriktskontorets rutinemessige vurdering av om det skal taes initiativ til å fremme uføresøknad for den enkelte langvarig sosialhjelpsunderstøttede. Således fungerte sosialhjelpen i visse tilfeller som økonomisk understøttelse mens en ventet på avgjørelse i pensjonssak. Men for noen sosialhjelpsmottakere var det ikke i utsikt at uføresak skulle bli fremmet. Delvis hadde behandlende lege vært avvisende når klienten hadde reist spørsmål om uførepensjon, delvis manglet distriktskontoret medisinsk informasjon

til å kunne oppfatte tilfellet som uføretillfelle, delvis var det andre årsaker til at uførespørsmålet ikke var blitt tilfredsstillende vurdert. De 5 sosialhjelpsmottakere som intervjueren tok initiativ til uføresøknad for, fikk alle innvilget uførepensjon. For alle de 14 uføre, pensjonsløse sosialhjelpsmottakerne ville folketrygdens utelser til uføre gitt et bedre økonomisk utkomme enn den sosialhjelp de fikk.

Distriktskontorets registrering av klientkontakter viste at mange hjelpetrequende som ikke hadde vært i kontakt med kontoret før vårt intervju med dem, oppsøkte kontoret etterpå. Denne økning i antall registrerte klienter må vel til en viss grad tilskrives vår veiledningsvirksemhet overfor de undersøkte personer. Det er rimelig å anta at tilsvarende grundig sosialmedisinsk veiledningsvirksemhet på massebasis i Oslo ville føre til betydelig økt pågang på distriktskontorene.

Konklusjon

Det at sosialhjelpsmottakerne i så stor grad har medisinske problemer, peker på nødvendigheten av et nært samarbeid mellom sosial- og helseetaten for å hjelpe denne klientgruppen (2). Den sykkelighet vi har registrert blant dem sier klart at det er behov for god psykiatrisk service for denne klientgruppen. Det er viktig at hjelpeapparatet er tilstrekkelig utbygd til at uførepensjonssaker kan fremmes så snart det foreligger grunnlag for det.

I denne undersøkelsen har vi belyst sosialhjelpsmottakernes individuelle problemer. Men årsakene til den enkeltes medisinske og sosiale problemer må ikke bare søkes på individplan; liksom hjelpetiltakene også blir utilstrekkelige om de bare består av individuell hjelp.

LITTERATUR

1. *Andersson & Skjånes As*: "Hva gjør et distriktskontor?" Utredning om virksomheten ved 9. distriktskontor i Oslo kommunes sosialavdeling. Hefte. Oslo 1971
2. *Finansdepartementet* (Det kgl. norske): "Langtidsprogrammet 1974—1977. Spesialanalyse 2, Sosialpolitikk". Vedlegg til Stortingsmelding nr. 71, 1972—73. Kapittel 10
3. *Friis, H & Warburg, E*: "Langvarigt forsorgsunder-

støttede". Teknisk forlag, København 1960

4. *Guttormsen, G*: Personlig meddelelse primo april 1975
5. *Hanaa, R*: "Sosialmedisinske behov og uførhet i en saneringsbefolkning i Oslo". Vil foreligge i bokform i 1976
5. *Inghe, G*: "Fattiga i folkhemmet". Almqvist & Wiksell, Stockholm 1960
7. *Midré, G*: "Samfunnsending og sosialpolitikk". Gyldendal Norsk forlag, Oslo 1973
8. "Oslo-undersøkelsen. En epidemiologisk-preventiv undersøkelse av koronar hjertesykdom og andre atherosklerotiske sykdommer hos yngre og midaldrende menn i Oslo". Hovedprotokoll 1972. Oslo-undersøkelsens sekretariat, Medisinsk poliklinikk, Ullevål sykehus, Oslo

Sten Losman
Björn Wagnsson

Patienträtt

AWE/GEBERS



"Patienträtt är en angelägen och välbehövlig bok. Den borde finnas i väntrummen på våra sjukhus!"
Agneta Roth i Kvällsposten
Ca 24:-, pocketbok

AWE/GEBERS