

Anne Britt Djuve og Kåre Hagen

Nyere levekårsforskning og kriteriesystemet i Oslo

En vurdering av kriteriene i Oslo kommunes kriteriesystem i lys av ny kunnskap om levekår og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen

Anne Britt Djuve og Kåre Hagen

Nyere levekårsforskning og kriteriesystemet i Oslo

En vurdering av kriteriene i Oslo kommunes kriteriesystem
i lys av ny kunnskap om levekår og sosioøkonomiske
kjennetegn ved befolkningen

© Fafo 2002
ISSN 0804-5135

Innhold

Forord	5
1 Litteraturgjennomgang	6
1.1 Barn og unge	6
Demografi	6
Inntekt	7
Helse	7
Tilsynsordninger	8
Skole	8
Barnevern	9
Antisosial atferd	10
1.2 Voksne	11
Inntekt og sosialhjelp	11
Helse	14
Psykisk helse	15
1.3 Eldre	16
Økonomi	16
Helse og hjelpebehov	16
Bruk av helsetjenester	18
Voldsfrykt	18
2 Implikasjoner for kriteriesystemet	19
2.1 Diskusjon av enkeltkriterier etter funksjonsområde	20
Tiltak for hele befolkningen: helse, sosial og kultur (ekskl. økonomisk sosialhjelp)	20
Økonomisk sosialhjelp	22
Tiltak for barn og unge	23
Barnevern	23
Tiltak for eldre	24
2.2 Avslutning/ oppsummering	24
Litteratur	25

Forord

Dette notatet er skrevet på oppdrag for Oslo kommune innenfor en budsjetttramme på 2,5 månedsværk. Oslo kommune ønsket en gjennomgang av nyere levekårsforskning som kunne være relevant for utformingen av det kriteriebaserte budsjettssystemet i Oslo, og en vurdering av de enkelte kriteriene i lys av den nye kunnskapen.

En litteraturgjennomgang på et såpass vidt felt er en omfattende oppgave. Vi har prioritert å gjengi forskning som er publisert etter Fafos forrige evaluering av kriteriesystemet (1996), og som er mest mulig relevant for utforming av sosiale indikatorer.

Anne Britt Djuve har hatt hovedansvaret for utformingen av notatet. Kåre Hagen har hatt en sentral rolle i vurderingen av de enkelte kriteriene i kapittel 2.

Vi vil takke Paul Håvard Kvangraven i Oslo kommune for god bistand i prosjektets oppstartsfase.

Oslo, november 2002

Anne Britt Djuve
Kåre Hagen

1 Litteraturgjennomgang

Omfanget av nyere forskning som kan være relevant for utformingen av kriteriesystemet er svært stort, og en screening som gjennomføres innenfor dette prosjektets rammer kan selvsagt ikke bli uttømmende. Vi har gjennomgått et stort antall rapporter, og har i presentasjonen forsøkt å etterkomme oppdragsgivers ønske om å vektlegge «nyere forskning som ikke har blitt allemannseie». Det er også vektlagt å presentere funn som er relatert til sosio-økonomiske kjennetegn ved befolkningen, siden dette er funn som kan nyttiggjøres i et kriteriesystem. Undersøkelser som understøtter og bekrefter de levekårsproblemer som allerede er kjent og som ligger til grunn for kriteriesystemets utforming, er i stor grad utelatt. Det samme gjelder statistiske oversikter over bydelsforskjeller i demografi og sosio-økonomiske forhold som Oslo kommune selv produserer. Framstillingen er organisert etter levekår for henholdsvis barn og unge, voksne og eldre.

1.1 Barn og unge

Interessen for barns og unges levekår er stor, og det produseres en stor mengde statistikk og rapporter på feltet. Innføringen av kontantstøtten (1998) og påstanden om «70 tusen fattige barn i Norge» som figureerte i valgkampen i 2001, har stimulert til en betydelig økt forskningsinteresse for barns levekår. Bortsett fra for visse helsemessige aspekter, er barns levekår knyttet svært tett til omsorgspersonen(e)s levekår, eller er indirekte effekter av deres beslutninger. Dette utgjør et stort metodisk problem i kartlegging av barns levekår, fordi sammenhengene mellom omsorgspersonen(e)s mer objektive levekårs karakteristika kan gå «begge veier». For eksempel kan lav husholdningsinntekt sette rammer for husholdets konsumevegne – som kan ramme barnet, samtidig som lav inntekt kan være et uttrykk for en prioritering av omsorg for barnet framfor yrkesaktivitet. Den typen sosialstatistiske opplysninger som rutinemessig samles inn om foreldre må derfor oppfattes som *potensialer*, mens barn *faktiske* oppvekstforhold kan oppvise betydelig variasjon innenfor ellers like nivåer på disse.

Etter hvert som barna blir eldre, blir skole, kamerater og nærmiljø stadig viktigere, og vi har i denne presentasjonen inkludert kjennetegn knyttet til både familieforhold og til barns og ungdoms nærmiljø.

Demografi

Den demografiske indikator som tradisjonelt bærer informasjon om husholdningens omsorgspotensial, er skilsmisse og eneforsørgerskap. Fra 1970-tallet og fram til i dag har det vært en klar økning i antall barn som opplever samlivsbrudd (Rønning 2001). I 1999 var antallet barn som ble berørt av skilsmisse rundt 9000, sammenliknet med cirka 5000 i 1975.

Samtidig har koblingene mellom sivilrettslige kategorier og faktiske familieforhold blitt stadig svakere. Samlivsbrudd i samboerskap har mange av de samme konsekvenser for barna som om foreldrene hadde vært formelt gift, og det reelle tallet på barn som opplever samlivsbrudd er derfor en god del høyere enn det som framkommer ved kun å telle barn av skilte foreldre.

Inntekt

Barnefamiliene hadde en sterk inntektsvekst på 1990-tallet, som følge av realvekst i lønnene, økt yrkesaktivitet blant småbarnsmødre og økte overføringer. Samtidig finnes det et ikke ubetydelig antall barn, cirka 20 000 på landsbasis, som vokser opp i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Antall yrkestilknyttede i familien, husholdningstype (enslig forsørger eller ikke) og etnisk bakgrunn er de forholdene som har størst betydning for sannsynligheten for å tilhøre lavinntektsgruppa. Barn som vokser opp i husholdninger der ingen er yrkesaktive utgjør 55 prosent av de inntektsfattige barna, mens de utgjør åtte prosent av barnepopulasjonen. Barn av enslige forsørgere utgjør 28 prosent av barna i lavinntektsgruppa, og 15 prosent av alle barn. Barn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn utgjør 27 prosent av de inntektsfattige barna, selv om de bare utgjør fire prosent av barnepopulasjonen. Hvis vi ser på gruppa av barn som opplever vedvarende lavinntekt, forsterkes betydningen av familietype og etnisk bakgrunn. Halvparten av barna som opplever vedvarende lavinntekt er første- eller andregenerasjons innvandrere fra ikke-vestlige land, like mange er barn av enslig forsørger, og seks av ti tilhører husholdninger der ingen er yrkesaktive (når vedvarende lavinntekt måles som lavinntekt i tre år eller mer)¹ (Epland 2001).

Helse

Oslo-ungdommers vurdering av egen helse varierer lite med bydel og etnisitet. Derimot varierer den noe med ungdommenes planer om videre utdanning, og mest med vurderingen av familiens økonomi: blant 15- og 16-årige gutter varierer andelen som mener de har god eller svært god helse fra 94 prosent blant dem som mener familien har svært god råd, til 77 prosent blant dem som mener at familien har dårlig råd. Tilsvarende tall blant jentene er henholdsvis 88 og 70 prosent. Bruken av helsetjenester er klart høyere blant dem som vurderer sin egen helse som dårlig. Det er et kjent funn at helse varierer med sosioøkonomisk status, faktisk ser de sosioøkonomiske ulikhetene i helse ut til å være større i Norge enn i øvrige europeiske land (Mackenbach m.fl. 1997).

Tannhelsen blant barn og unge i Oslo er bedre enn ellers i landet, selv om tannhelsen blant 5-åringer har blitt noe dårligere de siste årene (Grøtvedt og Gimmedstad 2002). Bydelsvariasjonene i tannhelse er dessuten dramatiske. I 2000 var andelen kariesfrie 5-åringer i indre øst 47 prosent, mot 85 prosent i ytre vest. Tannhelsen blant barn med innvandrerbakgrunn er klart dårligere enn hos norske barn, men dette kan neppe forklare hele forskjellen mellom bydelene. Tannhelse er i seg selv en klassisk indikasjon på ulikheter i levekår, samtidig som det selvsagt medfører større utgifter til tannhelse der tannhelsen er dårligst.

¹ Vi har her gjengitt resultater målt ved OECD-skalaen. Bruk av kvadratrotskalaen gir resultater som vektlegger betydningen av husholdningstype og antall yrkestilknyttede i husholdningen noe mer, og betydningen av etnisk bakgrunn noe mindre. Dette har sammenheng med at kvadratrotskalaen tillegger husholdningsstørrelse mindre vekt i beregningen av husholdningsøkonomien.

I tråd med tidligere undersøkelser varierer også livsstil og kosthold med sosial bakgrunn: de som vurderer familieøkonomien som dårlig, har høyere forbruk av brus og lavere fysisk aktivitetsnivå. Når det gjelder psykisk helse er det små geografiske forskjeller i selvrappor-
terte plager. Samtidig er det gjennomført studier som viser at samsvaret mellom selvrappor-
terte plager og klinisk diagnostisering er svakt. Derimot er psykologbruken klart høyest blant
jenter i indre by. Ungdom i indre øst er mer utsatt for både mobbing og vold, noe som kan
indikere større behov for psykiske helsetjenester.

Tilsynsordninger

Over 190 000 barn gikk i barnehage ved utgangen av 2000. Tallet har steget helt fram til
1999. (Etter innføring av kontantstøtteordningen har det skjedd en liten reduksjon i etter-
spørselen etter barnehagetilbud til 1- og 2-åringer, og en vridning i retning av deltidsplass
(Risberg 2000).) I Oslo er bruken av barnehage klart lavere innen en del etniske minorite-
ter enn i majoritetsbefolkningen: i 1997 gikk 27 prosent av pakistanske barn og 47 prosent
av somaliske barn enten i kommunal barnehage eller i den muslimske barnehagen Urtehagen
(Djuve og Pettersen 1998a). Det samme gjelder for bruken av skolefritidsordning (Feiring
1996). Høye priser, lite fleksibelt tilbud og mangelfull informasjon hindrer mange innvan-
dnerforeldre i å sende barna i barnehage (Djuve og Pettersen 1998b).

Skole

Skoleprestasjoner er sterkt påvirket av foreldrenes sosiale bakgrunn (se f.eks Grøgaard 1997).
I Oslo varierer andelen barn som har foreldre med utdanning på ungdomsskolenivå eller
mindre betydelig etter bydel, i 1995 hadde 1,1 prosent av etnisk norske barn i Røa bydel
foreldre med lav utdanning, mot 15 prosent av etnisk norske barn på Romsås. Blant barn
med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn er andelen betydelig høyere i så godt som alle byde-
ler, men utdanningsstatistikken for disse er upålitelig (Djuve og Fyhn 1999). Kombinasjo-
nen av mange barn med foreldre med lav utdanning og stor andel minoritetsspråklige barn
i de østlige bydelene, representerer en stor utfordring for skoleverket. Lesetester viser
dramatiske forskjeller i elevenes ferdigheter mellom skoler i indre øst og ytre vest: andelen
som faller under det som er definert som kritisk grense for leseferdigheter, varierer fra to
prosent av elevene på Vinderen skole til 60 prosent av elevene på Møllergata skole. Ulik-
hetene har selvsagt sammenheng med andelen minoritetsspråklige elever, men det gjør ikke
nødvendigvis resultatet mindre alarmerende. Når vi samtidig vet at ulikhetene i prestasjons-
nivå i stor grad opprettholdes gjennom hele skoleløpet (Grøgaard op.cit.), kan vi forvente
store forskjeller også i avgangskarakterer. Sammenhengen mellom karakterer og videre jobb-
karriere er riktignok nokså svak. Det å falle helt ut av skolesystemet før videregående skole
er gjennomført, er imidlertid en sterk indikator på alvorlig mistilpasning (Nordisk Minis-
terråd 1999). Også her er det store ulikheter mellom bydelene. Statistikken over andelen
16–19-åringer som ikke er i videregående utdanning, viser at i ytre vest gjelder dette åtte
prosent av ungdommene, i indre øst er en av fire ungdommer falt ut av utdanningsløpet
(Djuve og Fyhn 1999).

Tabell 1.1 Prosentvis andel av elever per klasse under kritisk grense for leseferdigheter:

Vinderen	2	Kjelsås	14	Østensjø	21	Ekeberg	30	Lusetjern	47
Korsvoll	4	Bakås	14	Jeriko	21	Nordtvet	30	Lindeberg	47
Kringsjå	4	Vestli	14	Lysejordet	22	Hasle	30	Bjølsen	48
Bestum	4	Tonsenhagen	15	Lilleborg	22	Oppsal	30	Vahl	52
Disen	5	Klemetsrud	15	Bryn	23	Kampen	32	Rommen	53
Sørkedalen	6	Høybråten	15	Stenbråten	23	Skjønnhaug	32	Stig	53
Lilleaker	8	Ljan	15	Ammerud	23	Gran	32	Sinsen	56
Tåsen	9	Rustad	16	Ullevål	23	Lutvann	33	Lakkegata	58
Bolteløkka	9	Grindbakken	16	Munkerud	23	Vålerenga	33	Møllergata	60
Lambertseter	9	Tveita	17	Prinsdal	24	Majorstua	35		
Slemdal	10	Smestad	17	Hallangerbakken	24	Årvoll	37		
Trasop	11	Furuset	17	Haugen	24	Karlsrud	39		
Ila	12	Sagene	18	Uranienborg	24	Tøyen	40		
Bekkelaget	12	Veitvet	18	Svarttjern	25	Grorud	40		
Voksen	13	Manglerud	19	Ellingsrudåsen	25	Seterbråten	40		
Godlia	13	Grünerløkka	19	Løren	25	Mortensrud	41		
Grefsen	13	Bøler	19	Marienlyst	26	Tiurleiken	41		
Nordstrand	13	Bjørndal	20	Toppåsen	26	Trosterud	43		
Stovner	14	Svendstuen	20	Høyenhall	28	Gamlebyen	43		
Nedre Bekkelaget	14	Huseby	20	Skøyen	29	Ruseløkka	44		
Rødtvet	14	Nøklevann	20	Bygdøy	29	Rosenholm	44		

Kilde: Undersøkelsen Dybdeevaluering i Oslo-skolen våren 2002, Skoleetaten, Oslo.

Barnevern

Nordiske kartleggingsstudier som bygger på offentlig statistikk og egne surveydata viser at barnevernsbarnas foreldre og familier har markante og karakteristiske sosiale profiler. De kjennetegnes av sosiale og personlige problemer som både knytter seg til familiestruktur og manglende sosial integrering i utdannings-, arbeids- og samfunnsliv. Gjennomgående funn er at barn av eneforsørgere, unge mødre og arbeidsledige oftere kommer under tiltak fra barnevernet enn det andre barn gjør (Nordisk Ministerråd 1999).

I Norge er det på landsnivå ikke noen dramatisk økning i antall barn med hjelpetiltak og omsorgstiltak fra 1995 til 1999 (Kalve 2001). Det iverksettes imidlertid oftere barnevernstiltak overfor barn med etnisk minoritetsbakgrunn enn til etnisk norske barn, særlig gjelder dette såkalte andregenerasjonsinnvandrere. Som en følge av befolkningssammensetningen i Oslo er det å forvente en større økning i barnevernssaker her enn i landet for øvrig. Oslo hadde i 2002 det fjerde høyeste (relative) antallet barnevernssaker av landets kommuner, med 24 barn per 1000.

Blant andregenerasjonsinnvandrere var i 1999 på landsbasis 23 per 1000 barn i alderen 0–5 år under tiltak, mot henholdsvis 14 og 11 blant førstegenerasjonsinnvandrere og «norske» barn. For barn i skolealder var andelene i samme grupper 34, 24 og 20 per tusen barn. Blant tenåringsene er det førstegenerasjonsinnvandrere som har den høyeste klientraten, med 39 per 1000 under tiltak, mot 27 og 24 blant andregenerasjon og norske (Kalve op.cit.).

Tiltakene som iverksettes overfor barn med etnisk minoritetsbakgrunn er oftest av forebyggende karakter, mens omsorgsovertakelse skjer oftere blant «norske» barn. Ni av ti barn med minoritetsbakgrunn som mottar tiltak, får tiltak som barnehageplass, støttekontakt og avlastningshjem. Dette er tiltak som kan fortolkes som å legge til rette for språkopplæring og integrering.

Det er til dels andre årsaker som ligger til grunn for inngripen fra barnevernets side overfor klienter med minoritetsbakgrunn sammenliknet med norske klienter. For en av seks norske barnevernsklienter relateres problemene til foreldres rusbruk. Svært få barn med minoritetsbakgrunn kommer i kontakt med barnevernet av slike årsaker. For førstegenerasjonsinnvandrere er atferdsproblemer en hyppig årsak (en av fem klienter), mens dette er betydelig sjeldnere blant klienter som er andregenerasjonsinnvandrere.

En mulig forklaring på forskjellene mellom første- og andregenerasjonsinnvandrere er at den etniske sammensetningen av første- og andregenerasjon er ulik. Blant andregenerasjonsinnvandrere er det et sterkt innslag av ikke-vestlige minoriteter, spesielt pakistanere (Lie 2002). Så vidt vi har kunnet bringe på det rene, er det ikke publisert barnevernsstatistikk etter etnisk gruppe.

I Oslo varierer andelen barn under barnevernstiltak påtakelig etter bydel, fra 59 per 1000 i Gamle Oslo, til seks per 1000 i Røa bydel (Grødtvedt og Gimmestad 2002). Kombinasjonen av rusproblematikk blant norske foreldre og stor andel innvandrere i østlige bydeler, må antas å være viktige forklaringer bak dette mønsteret.

Antisocial atferd

Helland (1998) refererer undersøkelser som viser at den lille gruppa ungdom som begår mye og alvorlig kriminalitet, er oftere arbeidsledige – gjerne langtidsledige (Hammer og Bergwitz 1994) – tilpasser seg dårlig i skolen (Bakken 1998), bruker mer rusmidler (Skogen og Wickstrøm 1995) og har vokst opp under vanskeligere familieforhold (Bakken *ibid.*) enn annen ungdom. Belastende skoleerfaringer henger sammen med dårlig kognitiv-faglig fungering, og manglende tilpasning og sosial integrasjon i skolen.

Andre norske undersøkelser viser dessuten at det er en sammenheng mellom kriminalitet, høyt alkoholkonsum og illegal rusmiddelbruk (Pape 1995, Skogen og Wickstrøm 1995).

Zeuner (1990) finner også at sannsynligheten for å utvikle alvorlig flergangskriminalitet har sammenheng med familie og skolebakgrunn (dårlige forhold i skolen er viktigst, ved siden av sosioøkonomisk svakerestilte hjem). Zeuner konkluderer med at integrasjon i utdanningssystemet eller arbeidsmarkedet er de mest effektive virkemidlene for å hindre kriminalitet.

Det er også gjort studier som viser at omfanget av antisocial atferd er større i områder der det bor flere problembelastede barn og unge enn andre steder, noe som kan gjøre tettbygde strøk og bykjerner mer utsatt. Fenomenet er en vel dokumentert terskeffekt, som betyr at når miljøer blir større enn en viss kritisk masse, utvikles gjengatferd. Flere studier påpeker betydningen av kameratenes sosiale belastning (Sarnecki 1987, Martens 1992). Rutter m.fl. (1998) fant et større omfang av antisocial atferd i områder med opphopning av sosialt vanskeligstilte familier, mye inn- og utflytting av beboere og lite uformell sosial kontroll. Martens framhever andre faktorer som er viktige for om problemene slår ut: familiens sosioøkonomiske status, etnisk bakgrunn, familiens størrelse (store familier mer utsatt), familiebrudd, relasjon foreldre-barn, boligsituasjon og befolkningssammensetning.

Risikofaktorer for alvorlig antisocial atferd og lovbrudd oppsummeres i Nordisk Ministerråd (1999) til: gutter i ungdomsalder, særlig i byer, og som har bare én forsørger, vanskelig oppvekst, begrenset intellektuell utrustning, antisosiale venner og det å mislykkes i skolen. Muligheten til å predikere hvem som får problemer er likevel sterkt begrenset, blant annet

fordi personlighetstrekk også er viktig. Selv om foreldres arbeidsløshet er viktig, modereres effekten av hvor store konsekvenser ledigheten får for familiens økonomi, av familieklima og foreldrenes og barnas mestringsferdigheter. Langtidsledighet virker særlig i kombinasjon med andre problemer foreldrene måtte ha.

Nordisk Ministerråd (1999) peker også på at det er en todeling av forskningen på alvorlige atferdsproblemer: en sosiologisk/kriminologisk tradisjon, som fokuserer på makrososiale perspektiver, og en psykologisk/psykiatrisk, som fokuserer på antisosial atferd og atferdsyndromer, individuelle disposisjoner og samspill med påvirkninger fra familie og venner. Det makrososiale perspektivet retter søkelyset mot behovet for sosialpolitiske reformer som kan føre til utjevning av sosiale og økonomiske skjevheter og avskaffe problemproduserende forhold som arbeidsledighet, økonomisk stress og boligproblemer. Det mikrososiale perspektivet legger mer vekt på behandling.

1.2 Voksne

De kommunale tjenester for voksne som er tenkt fordelt ved hjelp av sosioøkonomiske kriterier, er i hovedsak helsetjenester og sosialhjelp. Vi har derfor konsentrert oss om å presentere forskning om sosioøkonomiske og demografiske variasjoner i helsetilstand og sosialhjelpsbruk.

Inntekt og sosialhjelp

De siste par årene har det vært påstått at Norge har utviklet et fattigdomsproblem. Den sittende regjeringen har lagt fram en tiltaksplan mot fattigdom, og i den forbindelse er det gjort en betydelig innsats for å frambringe kunnskap om de faktiske nivåer på sosial marginalisering i Norge. Sammenfatningsvis må det likevel konkluderes med at det ikke har skjedd noen dramatiske endringer i hvilke grupper som har størst problemer. Problematisk fattigdom (i motsetning til forbigående lavinntekt) finnes i all hovedsak blant (unge) enslige menn, noen grupper funksjonshemmede, enslige forsørgere, langtids arbeidsledige, personer med rusproblemer og blant familier med ikke-vestlig bakgrunn med svak tilknytning til arbeidsmarkedet.

Kunnskap om befolkningens inntektssituasjon og hvem som er fattig er selvsagt av stor betydning for utformingen av et kriteriebasert budsjettssystem. Som vi allerede har sett, er behovet for en rekke kommunale tjenester større blant personer som (også) har lav inntekt. Økonomisk sosialhjelp er en ytelse som nærmest per definisjon varierer med inntektsforhold, men ikke så tett med sosial marginalisering som ofte antatt. Mange er inntektsfattige uten å bruke sosialhjelp, og mange mottar sosialhjelp uten å komme inn under tradisjonelle definisjoner av inntektsfattigdom (Fløtten, under arbeid). Det er en betydelig gjennomstrømming blant dem som mottar sosialhjelp fra ett år til et annet, hvilket avspeiler at det er et betydelig innslag av (forbigående) betalingsproblemer i befolkningen som løses ved å motta sosialhjelp. Dessuten er det et betydelig antall som har lav inntekt ett år, uten at dette avspeiler noen faktisk eller en risiko for fattigdom (for eksempel studenter eller personer som er hjemme med barn og som forsørges av andre).

Tabell 1.2 Risiko for ulike former for fattigdom/sosial eksklusjon blant grupper i befolkningen 1998 (1995 for boligproblemer).

	Inntekts- fattigdom (OECD 86)	Sosialhjelps- fattigdom	Bolig- problemer (LKU 1995)	Økonomiske problemer	Eksklusjon i form av ensomhet	Dårlig tilknytning til arbeidsmarkedet (her: arbeidsledighet)
Enslig ungdom under 24 år	++	++	++	++	-	++
Eldre (65+)	+	-	-	-	++	Ikke relevant
Barnefamilier	-	-	-	-	-	-
Enslige forsørgere	-	++	-	++	++	+
Enslige	++	+	+	++	++	-
Kvinner	-	-	-	+	++	-
Etniske minoriteter	++	++	?	++	++	+
Arbeidsledige	++	++	-	++	++	++
Personer som mottar uførepensjon	-	+	-	++	++	++
Rusmisbrukere	Antatt stor	Antatt stor	Antatt store	Antatt store	Antatt stor	Antatt stor

++ Stor andel av gruppa som har problemer i forhold til gjennomsnittet i befolkningen (mer enn 5 prosentpoeng over gjennomsnitt)

+ Noe overrepresentasjon av personer med problemer i forhold til gjennomsnittet i befolkningen (2–5 prosentpoeng over gjennomsnitt)

- ikke overrepresentasjon eller mindre utsatt enn andre

? ikke informasjon

Kilde: Fløtten m.fl. 2002.

I et notat til Sosialdepartementet om strategier og tiltak for å forebygge fattigdom, presenterte Fafo en oversikt over ulike befolkningsgruppers risiko for sosial eksklusjon etter ulike definisjoner (Fløtten m.fl. 2002). Unge enslige, enslige og etniske minoriteter framstår som grupper som har stor risiko for både inntektsfattigdom og sosialhjelpsfattigdom, se tabell 1.2. Enslige forsørgere og mottakere av uførepensjon har ikke større sannsynlighet for inntektsfattigdom etter denne definisjonen, men opplever i stor grad økonomiske problemer og er overrepresenterte som sosialhjelpsmottakere. Dette kan tyde på at sosialhjelpen til disse gruppene bidrar til at de løftes ut av inntektsfattigdom, men at de likevel opplever forbruksfattigdom. For en redegjørelse og diskusjon av de ulike fattigdomsmålene, henvises til Fløtten m.fl. (op.cit.).

Sosialhjelpsbruken er fortsatt høy blant enslige menn, men falt i løpet av nittitallet for de yngste aldersgruppene. Samtidig var det en høy andel av de unge sosialhjelpsbrukerne som hadde sosialhjelp som viktigste inntektskilde (SSB 1999b).

I løpet av 1990-tallet ble det stadig flere uførepensjonister, og i 1999 var 60 prosent av disse kvinner. Kvinnene utgjør dessuten nærmere 90 prosent av de uføretrygdede som mottar folketrygdens minstepensjon (Andersen m.fl. 2002). Mer enn hver fjerde husholdning der hovedinntektskilden var uføretrygd mottok bostøtte i 1999, en av seks uførepensjonisthusholdninger mottok sosialhjelp. Kun fire prosent av uførepensjonistene hadde vedvarende lavinntekt 1996–1999. Åtti prosent av disse var aleneboende, 46 prosent var skilte.

Også antallet langtidssyke økte på nittitallet. I løpet av 1999 var i overkant av 100 000 personer registrert som aktive i attføringssystemet. En av fire av disse mottok sosialhjelp.

I 1999 mottok 17 prosent av enslige forsørgere sosialhjelp. Etter inntekts- og formuesundersøkelsens definisjon var det cirka 107 000 enslige forsørgere i 1999. Blant enslige forsørgere med vedvarende lavinntekt mottok hele 54 prosent sosialhjelp. Enslige forsørgere som mottar sosialhjelp er i stor grad kjennetegnet ved at de er unge (under 30 år), er småbarnsmødre (yngste barn under tre år) og ved at de har svak tilknytning til arbeids-

markedet. Det er tre ganger så vanlig at enslige mødre mottar sosialhjelp som at enslige fedre gjør det.

Andel med lav personlig inntekt ga ikke utslag på sosialhjelpsutgifter i Fafos analyse av kommunale utgifter til sosialhjelp (Midtsundstad m.fl. 1999). På grunn av at samsvaret mellom inntekt og sosialhjelpsbehov ikke er helt godt, brukes gjerne andre forhold til å indikere sosialhjelpsbehov. I Rattsøutvalgets innstilling, *Et enklere og mer rettferdig inntektsystem for kommuner og fylkeskommuner* (NOU 1996:1), ble det plukket ut tre sosioøkonomiske indikatorer som de mente hadde sterk sammenheng med sosialhjelpsutgiftsnivået i kommunene: andelen skilte og separerte, andelen flyktninger og innvandrere uten rett til integreringstilskudd og andelen arbeidsledige. Utvalget av indikatorer støttet seg på en rekke analyser utført av Statistisk sentralbyrå (Langørgen 1995).

Fafos analyse (Midtsundstad m.fl., *ibid.*) viste at Langørgens indikatorer fortsatt hadde stor forklaringskraft. Effektene av innbyggerantall og andel innvandrere og flyktninger viste seg å være robuste. På noen punkter skilte imidlertid våre resultater seg fra Langørgens:

1. Vi fant at andel på ordinære arbeidsmarkedstiltak var en bedre indikator på sosialhjelpsbruk enn andel helt ledige, som ble brukt i Langørgens analyser. En forklaring på dette kan være at andelen på tiltak i større grad enn andel helt ledige er en indikator på langtidsledighet, noe som i så fall er i tråd med Langørgens funn om at langtidsledighet er en bedre indikator på sosialhjelpsbruk enn andel helt ledige. Utslagene av å bruke det ene eller det andre målet på arbeidsledighet er likevel ikke dramatiske, hovedkonklusjonen er at arbeidsledighet er en god indikator på sosialhjelpsbruk. (I denne sammenheng bør det likevel nevnes at andelen registrerte ledige/personer på tiltak gikk noe ned fra 1997 til 1999. Dersom denne utviklingen fortsetter, kan yrkesstatus svekkes som indikator på sosialhjelpsbruk.)
2. Vi fant ingen sammenheng mellom andelen skilte og separerte og kommunens sosialhjelpsutgifter per innbygger. Derimot fant vi at andel personer med overgangsstønad samvarierer med høye sosialhjelpsutgifter for kommunen. De to indikatorene måler delvis samme fenomen, og det er ikke overraskende at andel på overgangsstønad er en sterkere indikator enn andel skilte og separerte.
3. I tillegg fant vi at andel uføretrygdede samvarierer positivt med sosialhjelpsbruk. (Denne sammenhengen må antas å ha blitt svakere etter at minstepensjonen ble hevet betydelig i 1998.)

Vi gjennomførte også nye analyser der bydelene i Oslo ble trukket med som egne enheter, etter modell av Rongens evaluering av Rattsøutvalgets analyser (1996). I tillegg splittet vi opp ikke-vestlige innvandrere etter landbakgrunn. Disse analysene ga en svært høy forklaringskraft på variasjoner i sosialhjelpsutgifter. De viktigste indikatorene på sosialhjelpsbruk var et hopningsmål for andelen skilte/separerte og andelen arbeidsledige (dvs et samspillsledd), samt landbakgrunn. Samspillsleddet vil slå ut uavhengig av om det faktisk er de samme personene som er både skilte/separerte og arbeidsledige, men det er rimelig å anta at når begge disse andelenes er høye, er også andelen som tilhører begge kategorier høy. Funnet er i tråd med undersøkelser av psykisk helse som viser at konsekvensen av arbeidsledighet er mer alvorlig for enslige (Øverås m.fl. 1999). Andelen innvandrere fra Pakistan eller Marokko forklarte alene hele 59 prosent av variasjonen i sosialhjelp. I denne sammenheng er det vik-

tig å understreke at analysene er gjort på bydels/kommunenivå, ikke på individnivå. Analysen sier derfor ikke noe om hvor mye pakistanerne mottar i sosialhjelp, vi vet bare at de i stor grad bor i bydeler der sosialhjelpsbruken er stor. På landsnivå er andelen pakistanere/marokkanere for liten til at sosialhjelpsbruken i disse gruppene alene kan forklare så mye som 59 prosent av variasjonene i sosialhjelpsbruk. Kombinasjonen av en overhyppighet av sosialhjelpsbruk blant pakistanere og marokkanere (kjent fra andre kilder) og tendensen til at de bor i områder der sosialhjelpsbruken generelt er høy, fører likevel til at andelen pakistanere/marokkanere i en bydel eller kommune er en svært god indikator på sosialhjelpsforbruket. Det kan også være verdt å merke seg at andelen indere samvarierer negativt med sosialhjelpsbruk – jo flere indere, jo lavere sosialhjelpsutgifter.

Når analysene gjøres uten å splitte opp ikke-vestlige innvandrere etter landbakgrunn, fant vi klare bydelseffekter for bydelene 4, 5 og 6. Disse hadde store og signifikant høyere sosialhjelpsutgifter enn øvrige bydeler og små kommuner. Ved å splitte innvandrergruppa etter landbakgrunn, forsvant så godt som alle bydelseffektene – med unntak av Sogn og Ullern, som hadde signifikant lavere sosialhjelpsutgifter.

Når det gjelder nyere forskning om fattigdom, har det foregått en markert dreining bort fra bruk av rene (årlige) inntektsdata, og over til en større oppmerksomhet på lavinntektens *varighet*, variabler som antyder noe om risiko for å havne i fattigdom og på å utvikle flerdimensjonale mål på *sosial eksklusjon*. Internasjonalt er det særlig EU-landenes beslutninger om å utarbeide nasjonale tilstandsbeskrivelser ut fra en felles indikatorliste som har drevet dette arbeidet. I Norge er det satt i gang en femårig forskningsinnsats på sosial marginalisering, men foreløpig foreligger det ikke fullførte empiriske undersøkelser som er relevante i denne sammenhengen. Samtidig er det slik at de 21 indikatorene som man er enige om å anvende i EU, burde være godt egnet til å kartlegge omfangene av sosial eksklusjon i Oslo.

Helse

Helseundersøkelsen i Oslo (Grøtvedt 2002) bekrefter de velkjente og godt dokumenterte sammenhenger mellom helse og sosial bakgrunn. De høyeste andelenene som har hatt hjerteinfarkt finner vi blant personer med grunnskoleutdanning og spesielt blant personer som ikke er i inntektsgivende arbeid. Alder og kjønn har også stor betydning, i tillegg er innvandrere, spesielt fra ikke-vestlige land, mer utsatt enn nordmenn. Liknende resultater ble funnet for andre diagnoser. For diabetes er sammenhengen med ikke-vestlig landbakgrunn spesielt sterk. De geografiske forskjellene er også påtakelige, med høyere sykkelighet og dødelighet spesielt i indre øst. Spesielt utpreget er forskjellen i dødelighet av medikamentbruk/overdose, her er dødeligheten mer enn tre ganger så høy i indre øst som i ytre vest. Likevel var dødeligheten av overdoser/medikamentbruk høyere i ytre vest enn på landsbasis.

«Risikoatferd» som fysisk inaktivitet, usunt kosthold (fedme) og røyking varierer i stor grad etter de samme sosioøkonomiske mønstre som helse: det er de med lav utdanning, de yrkespassive og innvandrerne som er fysisk inaktive. Overvekt er særlig utbredt blant lavt utdannede og yrkespassive kvinner, og det er kun blant kvinnene det er en signifikant sammenheng mellom utdanningsnivå/yrkesdeltakelse og overvekt. Røyking er klart minst utbredt blant personer med utdanning på høgskole/universitetsnivå og blant kvinner med minoritetsbakgrunn.

Også selvrapportert helse varierer betydelig etter utdanningsnivå, og ikke minst etter yrkestilknytning, dessuten varierer den med sivil status og fødeland. De friskeste gruppene er selvsagt de unge, samt menn, høyt utdannede, heltidsarbeidende, gifte/ samboende og etniske nordmenn.

Sammenhengen mellom yrkesdeltakelse og helse er ikke et nytt funn, og det er ikke overraskende at førtidspensjonerte og uførepensjonister har dårligere helse enn yrkesaktive (Blekesaune og Øverbye 2001). Dahl og Birkelund (1999) finner imidlertid på grunnlag av levekårsdata fra 1995 at klasseskillene i selvrapportert helse nå er så godt som utvisket blant yrkesaktive menn og kvinner i alderen 25–66 år i Norge. Forfatterne peker på at dette er et nytt funn i forhold til etablert kunnskap på feltet. Når tidligere yrkesaktive i alder 25–66 år inkluderes i analysene, er de tradisjonelle klasseskillene i helse fremdeles til stede. Ufaglærte arbeidere har klart høyere sannsynlighet for å utvikle både langvarig sykdom, muskel- og skjelettsykdommer og psykiske plager. Seleksjonen av arbeidsstokken etter helse er dessuten sterkere for arbeidere enn for funksjonærer, noe som forklarer at klasseforskjellene blant dem som fortsatt er yrkesaktive, er små. En stadig vanskeligere situasjon på arbeidsmarkedet for personer med helseplager støttes også av en rapport om funksjonshemmedes levekår, som viser synkende yrkesdeltakelse og økende arbeidsledighet blant funksjonshemmede (Hem 2000).

Psykisk helse

Øverås m.fl. (2000) sammenstiller funn fra norsk og internasjonal forskning når det gjelder sammenheng mellom sannsynligheten for å utvikle psykiske problemer og demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen. Forfatterne påpeker betydelige metodiske utfordringer i denne typen forskning som tar utgangspunkt i pasientpopulasjoner, knyttet til seleksjonsproblemer til behandling/diagnostisering. Større befolkningssurveyer er i hovedsak basert på egenrapporterte helseproblemer, samtidig som det er betydelig sprik i egnevurdert psykisk helse og kliniske diagnoser.

Undersøkelser av pasientpopulasjoner viser at flertallet av pasientene er enslige, og at mange har somatiske lidelser i tillegg til de psykiske. Eldre pasienter faller dessuten ofte utenfor behandlingstilbudet. Generelle befolkningsundersøkelser både i Norge og internasjonalt peker på at sosialhjelpsmottakere, personer med lav sosioøkonomisk status, uføre, enslige og arbeidsledige har forhøyet sannsynlighet for psykiske lidelser. Det er også studier som viser at disse forholdene forsterker hverandre: menn, lavt utdannede, alder 30–40 år, negativ endring i samlivsforhold, stram økonomi og sosial isolasjon øker sannsynligheten for at arbeidsledighet skal føre til psykisk sykdom (Halvorsen 1994). Også flytting antas å ha betydning for omfanget av psykiske lidelser, både direkte ved at enkelte områder (som for eksempel Oslo) «importerer» personer med et betydelig behandlingsbehov fra andre deler av landet (Øverås 2000), og ved at stor flyttefrekvens svekker det sosiale nettverket. Siden alvorlige psykiske problemer gjerne ledsages av økonomiske problemer, er det grunn til å tro at tilflyttingen av personer med slike problemer er størst i bydeler med lave boligpriser. Sintef/NIF har foretatt undersøkelser av ulike befolkningsgruppers faktiske bruk av tjenester fra psykiatriske institusjoner. Også disse viser overrepresentasjon av enslige, brukere av uføretrygd, sosialhjelpsmottakere og personer med lav utdanning (Øverås 2000).

Helseundersøkelsen i Oslo (2002) viste også at selvrappporterte psykiske helseproblemer var mest utbredt blant personer som ikke hadde inntektsgivende arbeid, enslige og blant personer med lav utdanning. Dessuten er slike problemer klart mer utbredt blant ikke-vestlige innvandrere. Grøtvedt peker på at det kan være kulturelle forskjeller i det å snakke om egne helseplager som kan ligge bak disse forskjellene. Det er likevel grunn til å anta at forhold som lav yrkesdeltakelse, flyktningbakgrunn og problemer knyttet til å leve i et fremmed land vil kunne medføre et høyere nivå av psykiske problemer i enkelte grupper.

1.3 Eldre

Kommunale tjenester til eldre domineres av helse- og omsorgstjenester. Kunnskapen om hvilke eldre som har behov for helse- og omsorgstjenester har nok ikke endret seg så mye de siste årene. Vi har likevel gjengitt en del data fra eldredelen av den ferske helseundersøkelsen i Oslo, siden det her presenteres Oslo-data som ikke tidligere har vært presentert. Enkelte andre supplerende studier er også referert.

Økonomi

Andelen eldre, forstått som personer over ordinær pensjonsalder, har fått en stadig bedre økonomi det siste tiåret. Dels skyldes dette at nye kohorter eldre kommer til, og dels er det en effekt av Stortingets heving av Folketrygdens minstepensjon i 1998 (Epland 2000). Likevel, det er fremdeles en stor andel av de eldre som, sammenliknet med de middelaldrende, har lav inntekt (og dermed også forbruksnivå). Det er svært få eldre som har problemer med å klare sine løpende utgifter (SSB 1999), og kombinasjon av sosialhjelp og alderspensjon forekommer i svært liten grad (kun 3200 personer på landsplan i 200). Hvor mange eldre som defineres som inntektsfattige er sterkt avhengig av hvilken ekvivalensskala som velges, altså i hvilken grad man mener det er stordriftsfordeler knyttet til store husholdninger. Ved bruk av OECD-skalaen er det kun én prosent av de eldre som regnes som inntektsfattige (under halvparten av medianinntekten), mot fire prosent i befolkningen generelt. Ved bruk av kvadratrotsskalaen er det 13 prosent av de eldre og seks prosent av befolkningen generelt som regnes som inntektsfattige. Det store spriket har sammenheng med at ved bruk av kvadratrotsskalaen, havner lavinntektsgrensen under minstepensjonen. Kvadratrotsskalaen gir også en høy andel eldre som har vedvarende lavinntekt. Enslige eldre kvinner med minstepensjon er overrepresentert blant eldre med vedvarende lavinntekt (Andersen m.fl. 2002). Allment vil det være slik at økonomiske problemer blant eldre i liten grad kan fanges opp ved å kartlegge deres inntekt, i stedet må oppmerksomheten rettes mot (forholdet mellom inntekt og) store, ufrivillige kostnader, som for eksempel bolig og medisiner.

Helse og hjelpebehov

Hjerte- og karsykdommer og sykdommer i skjelett- og muskelsystemet er de vanligste lidelsene blant eldre. Så mange som åtte av ti eldre rapporterer at de har en sykdom, skade

eller funksjonshemming av varig karakter. Helsen svekkes normalt med økende alder, og hjelpebehovet stiger tilsvarende. Blant eldre mellom 67 og 79 år er en tredjedel hjelpetrenende, mens dette gjelder over halvparten av de aller eldste. Når det gjelder bruk av hjemmetjenester ser det ut til at det går et skille ved rundt 80-årsalder, mens institusjonsbruken særlig inntreer i slutten av åttiårene. Bruken av kommunale omsorgstjenester er noe høyere blant kvinner enn blant menn for alle aldersgrupper over 66 år (SSB 1999). I Oslo var bruken av hjemmehjelp blant 75- og 76-åringer størst blant kvinner og menn med lav utdanning. Tolv prosent av kvinnene og sju prosent av mennene med lav utdanning hadde hjemmehjelp minst fire ganger siste år, sammenliknet med henholdsvis sju og tre prosent for personer med høy utdanning.

Hansen og Platz (1995) viser ut fra et dansk materiale at sammenhengen mellom alder og førlighet (og dermed hjelpebehov) er sterkere blant kvinner enn blant menn, og at kvinners førlighet blir raskt dårligere rett før 90-årsalder. Undersøkelsen har kartlagt førlighet blant personer over 80 år, og andelen kvinner som karakteriseres som å ha dårlig førlighet stiger sakte fra 21 prosent blant 80–81-åringene, til 28 prosent blant 85–87-åringene, mens den er på 52 prosent blant 88–90-åringene og på 57 prosent blant dem som er over 91. Blant mennene er sammenhengen mellom alder og dårlig førlighet mye svakere, andelen stiger fra 18 prosent blant 80–81-åringene til 23 prosent blant dem over 91.

Helseundersøkelsen i Oslo viser klare forskjeller i selvrapportert helse etter utdanningsnivå, også for eldre (75- og 76-åringer). Andelen som vurderer sin egen helse som svært god er 48 prosent blant kvinner med utdanning på grunnskolenivå, mot 67 prosent blant kvinner med utdanning på høyskole/universitetsnivå. Blant menn er tilsvarende tall 58 og 75 prosent. Blant mennene er det også større utbredelse av helseplager hos de enslige. Det er særlig muskel- og skjelettplager som varierer med utdanningsnivå. Også egenrapporterte psykiske plager varierer klart med utdanningsnivå, også her slik at det er de lavt utdannede eldre som har de største plagene. For menn er det også signifikant større utbredelse av slike plager blant enslige. For kvinner er det en statistisk sikker sammenheng mellom utdanningsnivå og vansker med å bevege seg i eller ut av boligen, mens det blant menn er en klart høyere andel blant dem som bor alene som har slike vansker. Blant kvinner er dessuten både vansker med å lese avisen og problemer med å høre hva som blir sagt i en samtale mer utbredt blant dem som har lav utdanning. Det er rimelig å se dette i sammenheng med mangelfull tilpasning av hjelpemidler.

Sammenhengene mellom utdanning og helseproblemer for eldre er entydige og vel dokumenterte. Derimot er det større usikkerhet om hvilke mekanismer som skaper denne sammenhengen, eller rettere, hva utdanningsnivå faktisk avspeiler. I prinsippet er det et samspill mellom to kategorier av faktorer: sosial arv og livsstil. Sosial arv vil henseile på hvordan forhold i tidlig oppvekst påvirker hvordan, og hvor raskt, aldringsprosessen forløper. Særlig er det grunn til å tro at dette kan spille en stor rolle for innvandrergupper. Ulike utdanningsgrupper har ulik livsstil. Det er en klar tendens til et bedre og sunnere kosthold, større bevissthet om helserisiko og større fysisk aktivitet jo lenger utdanning en person har. For kriteriesystemets sosialstatistiske treffsikkerhet spiller det i prinsippet ingen rolle hvilken mekanisme som genererer sammenhengen mellom utdanning og etterspørsel etter hestetjenester. Siden både oppvekstvilkår og livsstiler endrer seg etter hvert som befolkningen «skiftes ut» med nye fødselskull, må det med jevne mellomrom etterprøves om sammen-

hengene mellom utdanningsnivå og helseproblemer (for en gitt aldersgruppe) er stabile, eller om, slik det er visse indikasjoner på, at nye kohorter med høyere utdanning og bedre oppvekstmiljø får «utsatt» den normale helsesvekkelsen til en høyere alder.

Bruk av helsetjenester

Lavt utdannede menn går noe oftere til allmennlege enn menn med høyere utdanning. Det er også en tendens til det samme blant kvinner, men sammenhengen er ikke signifikant. Når det gjelder bruk av spesialisthelsetjenester er tendensen faktisk at bruken er høyere blant dem med høy utdanning – noe som er oppsiktsvekkende tatt i betraktning at helsetilstanden er dårligst blant dem som har lav utdanning. Andelen som legges inn på sykehus er likevel høyest blant dem som har lav utdanning (kvinner) (Grøtvedt 2002).

Voldsfrykt

I indre øst svarer hele 30 prosent av de eldre kvinnene at de føler seg svært utrygge i nærmiljøet, i tillegg svarer 47 prosent at de er litt utrygge. Blant menn svarer til sammen 54 prosent at de føler seg litt eller svært utrygge. I ytre vest svarer 60 prosent av kvinnene og ni prosent av mennene at de føler seg litt eller svært utrygge. Andelen som føler seg utrygge varierer også med utdanningsnivå, men det er rimelig å anta at dette skyldes ulikt utdanningsnivå i ulike bydeler (Grøtvedt 2002).

2 Implikasjoner for kriteriesystemet

I de foregående avsnittene har vi forsøkt å trekke fram forskning som kan ha relevans for vurderingen av treffsikkerhet og robusthet i det kriteriesettet som nå brukes. Vi har ingen oppsiktsvekkende eller dramatisk nye innsikter å rapportere. Dette er heller ikke overraskende. Tidligere evalueringer av kriteriesystemet har funnet at dets treffsikkerhet er gjennomgående god, og sammenhengene mellom behovsindikatorer og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen endrer seg sakte – så lenge samfunnet ellers ikke preges av store svingninger i arbeidsledighet og sosiale reformer.

Samtidig er det viktig å kontinuerlig etterprøve systemets kunnskapsforutsetninger. På noen områder har også datatilfanget og kunnskapen økt siden den forrige eksterne evalueringen av kriteriesystemet. Dette gjelder særlig levekår blant barn: fattigdom blant barn med etnisk minoritetsbakgrunn, svake skoleprestasjoner (leseferdigheter) i grunnskolen og lav fullføringsgrad i videregående skole i indre øst. Kunnskapen om sammenhengen mellom behov for barnevernstjenester og trekk ved foreldre er kanskje ikke så ny, men har i liten grad vært systematisert og kommunisert til omverdenen.

Internasjonal forskning tyder på at barnefattigdom kan få varige negative konsekvenser for dem som opplever det. I Norge har det fram til nå vært forsket lite på disse sammenhengene.² Den internasjonale forskningen gir likevel grunn til å ta utviklingen svært alvorlig. Hvilke implikasjoner denne kunnskapen skal få for kriteriesystemet, er likevel ikke uten videre innlysende. Den nære sammenhengen mellom foreldres levekår og barns oppvekstvilkår gjør at levekårsproblemer blant barn vanskelig kan løses gjennom alene å rette tiltak direkte mot barna. Økonomiske overføringer til fattige barnefamilier kan løse økonomiske problemer. Barnehagebruk, deltakelse i skolefritidsordning, leksehjelp, støttetiltak gjennom for eksempel barnevernet vil også kunne redusere noen av de uheldige konsekvensene foreldrenes levekårsproblemer måtte ha for barna. Vi er likevel av den oppfatning at de mer grunnleggende endringene i barnas oppvekstvilkår krever at man griper fatt i foreldrenes situasjon. Tiltak for å få rusavhengige foreldrene ut av misbruket, yrkespassive inn i arbeidsliv eller utdanning og svakt integrerte innvandrere til å lære norsk og delta i arbeidsliv og samfunnsliv, vil ha en mer varig og avgjørende innflytelse på barnas situasjon. En slik satsing vil nok kreve mer dyptgripende endringer enn en justering av kriterier og vektorer i kriteriesystemet.

Dette eksemplifiserer den «reaktive» virkemåten til kriteriesystemet: systemet er i stor grad utformet for å utjevne sosiale ulikheter som allerede har oppstått, og i mindre grad egnet til å fordele midler for å forebygge at slike forskjeller utvikler seg. Forebygging er selvsagt en betydelig mer krevende oppgave, blant annet fordi målrettet forebygging krever solid kunnskap både om risikogrupper og hva som skal til for å forhindre at sosiale problemer utvikler seg. I tillegg er det erfaringsvis vanskelig å få gjennomslag for langsiktig forebygging i kommunale budsjettprosesser. Likevel er vi av den oppfatning at den foreliggende kunnskapen

² Et prosjekt om barnefattigdom og dens konsekvenser er for tiden under oppstart ved Fafo.

om sammenhengene mellom oppvekstvilkår, foreldrekjennetegn og skoleprestasjoner og senere yrkeskarriere, problematferd og kriminalitet er et innspill til en vridning av virkemidler i forebyggende retning.

2.1 Diskusjon av enkeltkriterier etter funksjonsområde

Tiltak for hele befolkningen: helse, sosial og kultur (ekskl. økonomisk sosialhjelp)

Andel ikke gifte personer 67 år og over. Enslighet er en sikker indikator på stor etterspørsel etter kommunale tjenester. De som i dag befinner seg i denne aldersgruppa tilhører fremdeles alderskohorter hvor ekteskap operasjonaliserer godt de sosiale nettverksressurser som omgir personen. Først når etterkrigskohortene om 10–15 år kommer opp i denne alder, kan det forventes større endringer.

Uføretrygdete 18–66 år. Å motta uførepensjon fra Folketrygden er en god og stabil indikator på svekket helse, lav utdanning og lav inntekt. De senere årene har det vært en viss avlastning på etterspørselen etter uførepensjon via AFP-ordningen. På den annen side har det kommet et nytt tilsig av personer med innvandrerbakgrunn.

*Lavinntektsindeks*lavutdanningsindeks (40–49 år)*andel 20–66 år.* Begrunnelsen for å danne dette produktet av enkeltindikatorer har vært at det skal avspeile en hopningsproblematikk, altså at kombinasjonen av lav utdanning og lav inntekt samtidig, medfører et større problemomfang enn summen av dem. Det er et problem i vurderingen av dette kriteriet at den litteraturen vi har gjennomgått ikke spesifikt har studert denne type hopning. I Fafos evaluering av kriteriesystemet (Djuve m.fl. 1996) ble sammenhengen mellom det daværende kriteriet ugift 20–49 år*lav utdanning*lav inntekt og sannsynligheten for å ha oppsøkt sosialkontor siste tolv måneder undersøkt. Sammenhengen var ikke spesielt sterk, og det viste seg at en modell som erstattet dette kriteriet med de tre uavhengige kriteriene andel med lav utdanning, andel 20–49 år med lav inntekt og andel skilte, ga et bedre resultat. Det var imidlertid et alvorlig problem i denne analysen at antallet personer i gruppa ugift 20–49 år/lav utdanning/lav inntekt/opsøkt sosialkontor i løpet av siste tolv måneder var svært lite i vårt datamateriale (13 personer). Et tilsvarende problem er i ferd med å innhente Oslo kommunes lavutdanningsindeks: med økende utdanningsnivå blir andelen personer med utdanning på grunnskolenivå stadig mindre. På den annen side kan det hevdes at lav utdanning dermed blir en enda sterkere indikator på hjelpebehov: jo vanligere det blir å ta videregående utdanning, jo sterkere marginalisering innebærer det å ikke ha utdanning utover grunnskole. Etter hvert som det blir færre og færre i gruppa lavutdannede i alder 40–49 år, blir det likevel problematisk å bruke en lavutdanningsindeks for denne aldersgruppa til å beregne hopningsproblematikk for hele befolkningen. Det er dessuten et problem med denne typen indekser at den reelle hopningen kan variere fra bydel til bydel. Dersom det mest problemutløsende er lav utdanning og lav inntekt *samtidig*, vil bydeler som har store grupper av hver, men lite overlapp, overkompenseres for sitt problemnivå. Det ville klart være å foretrekke å framskaffe data over hvor mange som faktisk har både lav utdanning og

lav inntekt. Dette vil kreve en kobling av inntektsdata og utdanningsregisteret, samt å gjøre dataene tilgjengelige etter bydel. Teknisk sett bør dette være uproblematisk for SSB, og vi vil anbefale Oslo kommune å undersøke denne muligheten.

På den annen side viste Fafos evaluering av kriteriesystemet i 1996 at de multiplikative indeksene sannsynligvis er unødvendig kompliserte, og at det samme tildelingsmønsteret kan oppnås ved hjelp av enklere indikatorer.

Når utdanningsnivået øker, er det et nærliggende alternativ å utvide lavutdanningsbegrepet til også å omfatte videregående utdanning. Vi tror imidlertid at dette vil svekke treffsikkerheten til kriteriet, siden videregående utdanning er så bredspektret. Kanskje vil utdanningsnivå på sikt bli et uegnet kriterium for å fordele midler til sosialhjelp.

Når det gjelder helseproblematikk er det fortsatt sterke utslag av utdanningsnivå. Dette forklares gjerne med at utdanningsnivå henger sammen med livsstil. Selv om forskjellene i helse gjerne er størst etter fylte 40 år, viser gjennomgangen at helseforskjeller etter utdanningsnivå gjelder for hele den voksne befolkningen. I tillegg varierer barns helse med foreldrenes sosioøkonomiske status. En lavutdanningsindeks for aldersgruppa 40–49 år alene kan derfor bli en for snever indikator på helseproblemer i befolkningen. Dersom andelen lavutdannede i gruppa 40–49 år samvarierer nært med andelen lavutdannede totalt i bydelene, bortfaller problemet, men med en stadig mindre gruppe lavutdannede og stor flytteaktivitet er risikoen til stede for at vi kan få store grupper lavutdannede i for eksempel gruppa 30–39 år i bydeler med få lavutdannede i aldersgruppa 40–49 år, og omvendt. Sammenhengen mellom barns helse og foreldres sosioøkonomiske status kan dessuten gi grunn til å vie foreldres utdanningsnivå spesiell oppmerksomhet.

Arbeidsledighet brukes ikke i kriteriesystemet. Sammenhengen mellom arbeidsledighet og psykiske helseproblemer er imidlertid sterk, spesielt når arbeidsledigheten kommer i kombinasjon med enslighet.

Flytteindeks. Flytting kan fungere som indikator på blant annet omfang av psykiske helseproblemer. Tilflytting av personer med stort behandlingsbehov kan gi betydelig utslag på bydelsbudsjettene, og det er grunn til å tro at tilflyttingen er størst i bydeler med stor gjennomstrømming. Sammenhengen er likevel nokså usikker, og bydeler kan ha stor gjennomstrømming uten at det medfører tilflytting av spesielt krevende psykiatriske klienter.

Ikke-vestlige innvandrere m/utenlandsk statsborgerskap. Det framlegges stadig mer dokumentasjon på at innvandrerbefolkningen har større helseproblemer og høyere sosialhjelpsbruk enn den etnisk norske befolkningen. Derimot foreligger ingen studier som kan indikere at statsborgerskap er en god operasjonalisering av levekårsforskjeller mellom innvandrere med norsk versus de med utenlandsk statsborgerskap. Derimot finnes det omfattende data om forskjeller mellom ulike nasjonalitetsgrupper. Andelen pakistanere/marokkanere forklarer for eksempel en svært stor andel av variasjonene i kommunale utgifter til sosialhjelp. Dette er grupper som har vært lenge i Norge, og der mange har tatt norsk statsborgerskap. Dette i seg selv kan være en grunn til å vurdere hensiktmessigheten i å skille etter norsk eller utenlandsk statsborgerskap. De store variasjonene i sosialhjelpsbruk etter etnisk gruppe gjør dessuten at en sammenslåing til alle ikke-vestlige skjuler viktige forskjeller. Dersom det er slik at inderne i Oslo i hovedsak bor på vestkanten, mens pakistanerne bor i indre øst, vil en slik sammenslåing medføre en overkompensasjon av sosialhjelpsutgifter på vestkanten. Samtidig er det politisk og etisk svært vanskelig å innføre nasjonalitetsspesifikke kriterier. Det ville klart vært å foretrekke om man kunne finne fram til indikatorer som var knyttet

til sosioøkonomi framfor etnisitet. Resultatene fra Fafos evaluering av kriteriesystemet i 1996 viste imidlertid at ikke-vestlig bakgrunn hadde selvstendig effekt på både sannsynligheten for å ha oppsøkt sosialkontor og for sannsynligheten for å ofte oppleve problemer med å klare sine løpende utgifter, selv etter kontroll for arbeidsledighet, uføretrygding, sivilstatus, lavutdanning og lavinntekt. Mulige forklaringer på dette kan være at mange ikke-vestlige husholdninger har bare én yrkesaktiv voksen, og at arbeidsledighet derfor får mer alvorlige konsekvenser, samt at mange av husholdningene er barnerike. For eksempel kunne det vært spennende å prøve ut konsekvensene av å bruke antall barn i husholdninger der ingen voksne er yrkesaktive som tildelingskriterium.

Økonomisk sosialhjelp

Andel ikke-gifte personer 20–49 år. Sosialhjelpsbruken er fortsatt større blant enslige, noe som støtter bruken av en slik indikator. Samtidig kan inndelingen i aldersgrupper selvsagt diskuteres. Blant annet har sosialhjelpsbruken blant helt unge avtatt de senere årene. På den annen side har mange av de yngste sosialhjelpsbrukerne sosialhjelp som viktigste inntektskilde, og beløpene kan derfor bli høyere. Det er også kjønnsforskjeller i sosialhjelpsbruk. For å få en best mulig inndeling etter aldersgrupper kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i hvilke aldersgrupper som faktisk utgjør de største brukergruppene, samt at man ser på hvor store beløp det er snakk om for ulike grupper. Kartleggingen kan med fordel splittes på kjønn.

Lavinntektsindeks. Samsvaret mellom lav inntekt og etterspørsel etter sosialhjelp er lav, i den forstand at mange har lav inntekt uten å supplere med sosialhjelp. Likevel gir den geografiske fordelingen av lav inntekt er rimelig god indikator på behov. Denne indikatoren ville nok blitt bedre dersom den kunne måle varig lavinntekt, for eksempel over minst tre sammenhengende år.

Lavutdanningsindeks 40–49 år. Andelen lavt utdannede blant sosialhjelpsbrukerne synker, dels som følge av generell økning i utdanningsnivået, og dels som følge av at sosial marginalisering ikke er så sosialt klassespesifikk som tidligere. Dette gjelder særlig for de yngste. Som rene behovsindikatorer bør det nok vurderes å prøve ut for eksempel langtidsledighet blant unge og/eller omfanget av uførepensjonering i ung alder

For de to siste indikatorene *flytteindeks* og *antall kommunale boliger til vanskeligstilte* har vi ikke kommet over nyere rapporter utover det vi allerede har referert under «tiltak for hele befolkningen».

Som før nevnt er utviklingen innen velferdsstatlig fattigdomsbekjempelse å beskrive problemene med indikatorer på *sosial marginalisering* og *risiko for fattigdom*. For eksempel kan en lavinntektsgrense ved 60 prosent av medianinntekten (per forbruksenhet) antyde noe om risiko for å havne i større problemer. Risikoen øker jo mer varig en slik lavinntektssituasjon har vært. Andel av barna som vokser opp i lavinntektshushold er en annen mulig indikator for slik sårbarhet. Mulige indikatorer på lav grad av sosial integrasjon kan være (langvarig) arbeidsledighet i ung alder, andelen av husholdningene uten noen tilknytning til arbeidsmarkedet og andelen i yrkesaktiv alder med svært lav utdanning. Slike data ville gi en bedre beskrivelse av etterspørselen etter sosialhjelp. Samvariasjonen med de eksisterende kriteriene er nok likevel høy, og det er derfor usikkert om nye kriterier ville fange den geografiske fordelingen av etterspørselen noe bedre enn dagens indikatorer.

I etterspørselen etter sosialhjelp er det en stor komponent av rusmisbruk og psykiatriske problemer. Slike problemer er vanskelige å fange med sosialstatistiske data før problemene blir manifeste. På den annen side er det gode grunner til å tro at det er en nær sammenheng mellom manifeste problemomfang og problempotensialer.

Tiltak for barn og unge

Enslige forsørgere. Her kan det være grunn til å gjøre dette kriteriet mer spesifikt. Behovet for kommunale tjenester kan antas å være større jo yngre forsørgeren er, og jo flere barn hun har. En forenkling kunne rett og slett være antallet barn av enslige forsørgere under (for eksempel) 30 år.

Hjelpestønadmottakere i ulike aldersintervaller. Her har vi ikke kommet over nyere rapporter av interesse.

Ikke-vestlige innvandrerbarn (0–6 år) m/utenlandsk statsborgerskap. Barn med minoritetsbakgrunn har et veldokumentert behov for kommunale tjenester. Samtidig er det etter vår oppfatning ingen grunn til å vektlegge statsborgerskapet. En bedre indikator i så måte er språkbakgrunn. I denne forbindelse bør det kanskje lages koblinger mellom minoritetskriteriet i fordelingsystemet og det som er under utvikling for fordeling av midler til skolene.

Lavutdanningsindeks 40–49 år. Her bør det vurderes om det ikke er mulig å få et bedre og mer direkte mål på foreldrenes utdanningsnivå. Hvis samvariasjonen er stor mellom antall barn med lavt utdannede foreldre og antall 40–49 åringer med lav utdanning, kan nåværende kriterium likevel brukes.

Andre kriterier? Det arbeides mye med å få til standardiserte målinger av skoleprestasjoner og med et rutinisert tildelingssystem for midler til skolene. Det er klart at knapt noe kriterium måler ressurser i oppvekstmiljøet bedre enn skoleprestasjoner, og det burde være effektivitetsgevinster å hente ved å samordne kriteriene for tildeling av midler til skolene og til bydelene.

Barnevern

Enslige forsørgere. Igjen vil vi hevde at dette kriteriet kan gjøres mer spesifikt med henblikk på foreldres alder og antallet barn. For *ikke-vestlige innvandrere* gjelder, som over, at bruken av statsborgerskap som indikator vanskelig lar seg begrunne. Etterspørselen etter barnevernstjenester er vanskelig å fange med standardiserte indikatorer, hvilket gjør at *barn 0–17 år under barnevernstiltak* er en fornuftig og direkte indikator på problemomfang. Et viktig argument for dette kriteriet er at bydelene må ha en viss sikkerhet for at det utmåles ressurser, slik at iverksatte tiltak kan følges opp over lengre tid.

Indekser for *lav utdanning* og *lav inntekt* har sin begrunnelse i at ressursvake oppvekstforhold øker sannsynligheten for omsorgsvikt.

I tillegg til disse indikatorene er foreldres arbeidsledighet og ikke minst rusbruk utløsende for behov for barnevernstjenester. Statistikk over det siste er imidlertid ikke lett tilgjengelig.

Tiltak for eldre

Andel ikke-gifte personer 67–79 år/andel ikke-gifte personer 80–89 år. Personer som bor alene mangler muligheten til å få hjelp av personer de bor sammen med, og har dermed større behov for offentlig hjelp. I tillegg er visse sykdommer mer utbredt blant enslige, spesielt hos menn. Samtidig er det funn som tyder på at sammenhengen mellom alder og førlighet er sterkere hos kvinner, slik at kvinner over 80 år har et spesielt stort hjelpebehov. Dersom kjønnsfordelingen blant de eldre varierer mellom bydelene, vil dette være av relevans for kriteriesystemet.

Voldsfrykt varierer sterkt med bydel, samtidig som både frykten i seg selv og eventuelle konsekvenser i form av motvillighet mot å gå ut må forventes å ha negative helsekonsekvenser. Det kan vurderes å bruke data om voldsfrykt fra helseundersøkelsen i Oslo til å kompensere for dette, men slike data er relativt dyre å oppdatere.

Lavutdanningsindeks 67+. Helseundersøkelsen i Oslo viser at de faktiske og selvopplevde ulikhetene i helse fortsatt er betydelige. På sikt, det vil si når etterkrigskohortene blir eldre, bør det vurderes å løfte dette kriteriet opp i alder.

Dødelighetsindeks. Aldersspesifikke dødelighetsrater er en tradisjonell, lett målbar indikator på helseproblemer – for dem som dør. Det er noe omdiskutert hvorvidt den også måler helseproblemer blant dem som ikke dør, og det er usikkert hvor god indikatoren egentlig er for etterspørselen etter omsorgstjenester.

Vanskelige boligforhold for eldre (tilgjengelighet/sanitærstandard). Ingen nye funn.

2.2 Avslutning/ oppsummering

Gjennomgangen viser at kriteriene i kriteriesystemet fortsatt speiler viktige sosiale forskjeller i Oslo. Samtidig er det grunn til å utrede nærmere om enkelte kriterier kunne ha vært erstattet med mer direkte mål på det man er ute etter. Spesielt gjelder dette de multiplikative indeksene. Det er også forskning som tyder på at arbeidsledighet, som i dag ikke brukes i kriteriesystemet, er en sterk indikator innenfor flere funksjonsområder. Spesielt er arbeidsledighet i kombinasjon med familietype (enslighet) en viktig indikator.

Vi har også foreslått en avgrensning av gruppa enslige forsørgere, siden dette er en stor og sammensatt gruppe. Både økonomiske problemer og omsorgssvikt er klart mest utbredt blant de yngste enslige forsørgerne, noe som innebærer at en aldersmessig avgrensning oppover av denne kriteriegruppa vil gi en mer treffsikker fordeling.

Tema for dette notatet har i hovedsak vært å undersøke sammenhengen mellom sosio-økonomiske kjennetegn og levekår/behov for kommunale tjenester. Med andre ord har det vært fokusert mer på *hvem* som har levekårsproblemer enn på *hvor mange* som har slike problemer. Et av de mer bekymringsfulle funnene er likevel omfanget av levekårsproblemer blant barn med etnisk minoritetsbakgrunn. utfordringene knyttet til å avhjelpe den typen levekårsproblemer blant barn – og konsekvensene av dem – kan ikke alene løses gjennom endringer i kriteriesystemet, men krever evne og vilje til forebyggende innsats.

Litteratur

- Andersen, Arne S. Eva Birkeland, Jon Epland og Mads Ivar Kirkeberg, red. (2002) *Økonomi og levekår for ulike grupper trygdemottakere, 2001*. SSB Rapporter 2002/20
- Backe-Hansen, Elisabeth (2002) *Barnefattigdom: en diskusjon av tilstandsbilder, konsekvenser og tiltak*. Nova skriftserie nr 1/02
- Blekesaune, Morten og Einar Øverbye (2001) *Levekår og livsvilkår hos uførepensjonister og mottakere av avtalefestet pensjon*. NOVA rapport 10:2001
- Dahl, Espen og Gunn Birkelund (1999) *Syssetting, klasse og helse 1980–1995. En analyse av fem norske levekårsundersøkelser*. Fafo-rapport 294
- Djuve, Anne Britt, Torkel Bjørnskau og Kåre Hagen (1996) *Fra behov til budsjett. En evaluering av Oslo kommunes kriteriebaserte budsjettfordeling mellom bydelene*. Fafo-rapport 210
- Epland, Jon (2001) *Barn i husholdninger med lav inntekt*. Rapporter 9/2001, SSB
- Feiring, Eli (1996) *Lek og lær! En evaluering av skolefritidsordningen i Oslo kommune*. Fafo-notat 1996:5
- Fløtten, Tone (under arbeid) *Poverty and Social Exclusion in Estonia and Norway* (arbeidstittel. Doktorgradsavhandling, slutføres i 2003)
- Fløtten, Tone, Espen Dahl og Arne Grønningsæter (2002) *Den norske fattigdommen. Hva er det, hvor lenge varer den, og hva gjør vi med den?* Innspill til Sosialdepartementet. Fafo-notat 2001:16
- Grøgaard, Jens (1997) *Skolekontroversen*. Doktorgradsavhandling ved Fafo. Fafo-rapport 222
- Grøtvedt, Liv (2002) *Helseprofil for Oslo. Voksne*. Nasjonalt fokehelseinstitutt, Oslo kommune: KS Program for Storbyrettet forskning
- Grøtvedt, Liv og Anne Gimmestad (2002) *Helseprofil for Oslo. Barn og unge*. Nasjonalt fokehelseinstitutt, Oslo kommune: KS Program for Storbyrettet forskning
- Halvorsen, K. (1994) *Arbeidsløshet og arbeidsmarginalisering – levekår og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hansen, Eigil Boll og Merete Platz (1995) *80–100-åriges levekår: En interviewundersøkelse blandt eldre i 75 kommuner*. Rapport 95:14. København: Socialforskningsinstituttet
- Helland, Håvard (1998) *Forebygging av problematferd blant ungdom. En litteraturstudie*. Rapport 11. Oslo: NOVA

- Hem, Karl-Gerhard (2000) «Funksjonshemmedes levekår». I: Tor Inge Romøren, red., *Usynlighetskappen*. Oslo: Akribe Forlag
- Kalve, Trygve (2001) «Innvandrerbarn i barnevernet – oftere hjelp, men færre under omsorg». *Samfunnsspeilet* nr 2. SSB
- Langørgen, Audun (1995) *Faktorer bak kommunale variasjoner i utgifter til sosialhjelp og barnevern*. Forskningsavdelingen/Seksjon for offentlig økonomi og personmodeller. Oslo: SSB
- Lie, Benedicte (2002) *Innvandring og innvandrere*. Statistiske analyser/50. Statistisk sentralbyrå
- Mackenbach, J.P. m.fl. (EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health) (1997) «Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe: a comparative study.» *Lancet*, 349:1655–1659
- Martens, P.L. (1992) *Familj, oppvåxt och brott*. Stocholms-prosjektet. Brottforebyggande rådet
- Midtsundstad, Tove, Espen Dahl og Anne Britt Djuve (1999) *Jakten på storbyfaktoren. En analyse av sosialhjelpsforbruket i Norge*. Fafo-rapport 319
- Nordisk Ministerråd (1999) *Barn og ungdoms levekår i Norden. Marginalisering av barn og unge i Norden – en kunnskapsstatus*. TemaNord 1999:547
- Pape, Hilde (1995) *Karakteristika ved ungdomskriminalitet og unge lovovertredere*. Politihøgskolens forsknings- og utredningsavdeling, UNGforsk
- Rutter, M., H. Giller og A. Hagell (1998) *Antisocial behaviour by young people. The main messages from a major new review of the research*. London: Cambridge University Press
- Rønning, Elisabeth (2001) «Barns levekår før og nå». *Samfunnsspeilet*, 4. SSB
- Statistisk sentralbyrå (1999) *Statistiske analyser 1999/32*
- Skogen, K og L. Wickstrøm (1995) «Kriminalitet og klasse. Selvrapportert kriminalitet og annen problematferd blant norsk ungdom.» *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskap*, 82, 32–47
- Statistisk sentralbyrå (1999b) *Sosialhjelp og barnevern*. NOS
- Zeuner, L. (1990) *Normer i skred. Ungdomskriminalitetens sociale og kulturelle aspekter*. Publikasjon 12. København: Socialforskningsinstituttet
- Øverås, Siv, Christine Friestad og Espen Dahl (1999) *Behovskartlegging i Oslopsykiatrien. Kunnskapsstatus og utfordringer for videre forskning*. Fafo-notat 1999:20
- Øverås, Siv (2000) *Særskilte kostnadsforhold i Oslo- og Finnmarkpsykiatrien*. Fafo-notat 2000:18

Nyere levekårsforskning og kriteriesystemet i Oslo

Dette notatet er skrevet på oppdrag for Oslo kommune. De ønsket en gjennomgang av nyere levekårsforskning som kunne være relevant for utformingen av det kriteriebaserte budsjettssystemet i Oslo, og en vurdering av de enkelte kriteriene i lys av den nye kunnskapen. Det er prioritert å gjengi forskning som er publisert etter Fafos forrige evaluering av kriteriesystemet (1996), og som er mest mulig relevant for utforming av sosiale indikatorer.



Fafos
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafos.no

Fafos-notat 2002:23
Bestillingsnummer 697
ISSN 0804-5135