

Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp

KJETIL VAN DER WEL (RED.)

ESPEN DAHL

IVAR LØDEMEL

BORGHILD LØYLAND

SILLE OHREM NAPER

MARIT SLAGSVOLD

Forord

Denne publikasjonen er sluttrapporten fra et samarbeidsprosjekt mellom forskere på Gruppe for inkluderende velferd (GIV) ved ØKS, og Avdeling for sykepleieutdanning (SU), begge ved Høgskolen i Oslo. I planleggingen og gjennomføringen av prosjektet har følgende forskere deltatt (i alfabetisk rekkefølge): Espen Dahl, Ivar Lødemel, Borghild Løyland, Tone Rustøen, Marit Slagsvold og Astrid Wahl.

Ansatte ved de 14 sosialkontorene i kommunene som deltok i ”Tiltaksforsøket” har vært til uvurderlig hjelp med å samle inn data i prosjektet. Datainnsamlingen strakk seg fra slutten av januar 2005 og til november samme år. Sosialkontorene i følgende kommuner og bydeler deltok i datainnsamlingen: Åsane i Bergen, Gjøvik, Harstad, Kautokeino, Kristiansund, Meldal, Molde, Moss, Narvik, Nedre Eiker, Oppegård, Orkdal, Randaberg og Skaun. Vi vil også rette en takk til Erik Stene i konsulentfirmaet Stene og Skorstad som har vært til stor hjelp som ”mellommann” mellom forskerteamet og sosialkontorene. Studien er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Vi har hatt stor glede og nytte av et godt samarbeid med våre to kontaktpersoner i direktoratet, Erik Jonassen og Per Inge Langeng. Takk også til masterstudent Therese Saltkjel for arbeid med tabeller, utforming og referanser.

Ikke minst er vi de 562 respondentene stor takk skyldig. Uten at de hadde tatt seg tid til å fylle ut spørreskjemaet, hadde ikke denne undersøkelsen sett dagens lys. Vi mener at den informasjonen de har avgitt er nyttig for norske beslutningstakere i politikk og forvaltning i deres arbeid med å utvikle politikken på dette området.

Denne rapporten er resultatet av en kollektiv innsats. Følgende personer har vært med i forfatterkollektivet: Kjetil van der Wel (hovedforfatter), Espen Dahl, Ivar Lødemel, Borghild Løyland, Sille Ohrem Naper og Marit Slagsvold.

Innholdsfortegnelse

FORORD	III
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	V

1 INNLEDNING

ESPEN DAHL, BORGHILD LØYLAND & KJETIL VAN DER WEL

1.1 Bakgrunn	1
1.1.1 Tidligere forskning på sosialhjelpsmottakere i Norge.....	5
1.2 Problemstillinger	8
1.3 Datamateriale, frafall og metode.....	9
1.3.1 Utvalg og populasjon	9
1.3.2 Datainnsamling og frafall	9
1.3.3 Etske avveiiinger.....	11
1.3.4 Spørreskjema og sammenligning	12
1.3.5 Regresjonsanalyse	13
1.3.6 Variabler	13

2 PRESENTASJON AV UTVALGET

KJETIL VAN DER WEL

2.1 Innledning	15
2.2 Resultater	15
2.2.1 Erfaringer med arbeidslivet.....	19
2.2.2 Problemer i oppveksten	21
2.2.3 Kriminalitet.....	22
2.2.4 Lese- og skrivevansker.....	22
2.3 Oppsummering	23
2.4 Hovedfunn	24

3 HELSE.....

SILLE OHREM NAPER, BORGHILD LØYLAND & KJETIL VAN DER WEL

3.1 Innledning	25
3.2 Data og metode	28
3.2.1 Måleinstrumenter	28
3.2.2 Sammenligning	29
3.2.3 Opphopning	30
3.3 Resultater	31
3.3.1 Generell helse.....	31
3.3.2 Sammenligning med uførepensjonister	34
3.3.3 Smerter	35
3.3.4 Psykisk helse	36

3.3.5	Rus: alkohol og narkotika.....	37
3.3.6	Opphopning av helseproblemer.....	38
3.4	Diskusjon.....	39
3.4.1	Generell helse.....	39
3.4.2	Smerter.....	41
3.4.3	Psykisk helse.....	41
3.4.4	Alkohol og narkotika.....	43
3.5	Hovedfunn.....	44
4	SOSIAL KAPITAL.....	47

MARIT SLAGSVOLD & KJETIL VAN DER WEL

4.1	Innledning.....	47
4.1.1	Fra sosial kontakt til sosial kapital.....	48
4.1.2	Et differensiert begrep.....	49
4.1.3	Hvorfor er sosial kapital relevant for sosialhjelpsmottakerne?.....	50
4.2	Metode.....	52
4.3	Resultater.....	54
4.3.1	Tillit.....	54
4.3.2	Sosiale nettverk med bonding sosial kapital.....	54
4.3.3	Sosiale nettverk med bridging sosial kapital.....	56
4.3.4	Sammenhenger med sosial kapital: tillit, deltakelse og sosial støtte..	58
4.4	Diskusjon.....	60
4.5	Hovedfunn.....	62
5	KONTAKT MED SOSIALKONTORET.....	65

IVAR LØDEMEL, SILLE OHREM NAPER & KJETIL VAN DER WEL

	Innledning.....	65
	Tilgjengelighet og brukervedvirkning.....	67
	Nivå på støtte.....	68
	Bruk av og erfaringer med vilkår.....	68
	Interne sammenhenger og sammenligninger.....	69
	Data og metode.....	69
	Sammenligninger.....	69
	Multivariat analyse.....	70
	Representativitet.....	70
	Resultater.....	71
	Tilgjengelighet/ brukervedvirkning.....	71
	Nivå på støtte.....	76
	Vilkår 77	
	Oppsummering og diskusjon.....	79
	Tilgjengelighet og brukervedvirkning.....	79
	Nivå på støtte.....	80
	Vilkår 81	
	Hovedfunn.....	81

6 SELVOPPFATNING, MESTRING OG EGENVERD 83

KJETIL VAN DER WEL & BORGHILD LØYLAND

6.1	Innledning	83
6.2	Metode.....	84
6.2.1	Fornøydhet med livet.....	85
6.3	Resultater	85
6.3.1	Mestring.....	85
6.3.2	Egenverd	88
6.3.3	Hvor fornøyd er du med livet?.....	88
6.3.4	Sammenhenger med mestring, egenverd og fornøydhet med livet ...	89
6.4	Oppsummering og diskusjon	90
6.5	Hovedfunn	91

7 OPPHOPNING AV PROBLEMER 93

KJETIL VAN DER WEL

7.1	Innledning	93
7.2	Metode.....	93
7.3	Resultater	94
7.3.1	Sammenhenger: hvem har størst problembelastning?	95
7.4	Oppsummering og diskusjon	96
7.5	Hovedfunn og konklusjoner	96

8 OPPSUMMERING, DISKUSJON OG KONKLUSJON..... 97

IVAR LØDEMEI OG KJETIL VAN DER WEL

8.1	Innledning	97
8.2	Oppsummering av resultater.....	98
8.2.1	Utvalget.....	98
8.2.2	Helse	99
8.2.3	Sosial kapital.....	100
8.2.4	Kontakt med sosialkontoret.....	100
8.2.5	Selvoppfatning, mestring og egenverd	101
8.2.6	Opphopning av problemer	101
8.3	Diskusjon: Funnenes relevans for utviklingen av tjenestetilbudet	102
8.4	Konklusjon	109

REFERANSER..... 113

TABELLER 121

APPENDIX..... 125

Kapittel 1:	125
Ekkluderingskategorier	125
Regresjonsanalyse.....	125
Kapittel 3:	127
Kapittel 4:	129

Kapittel 5:	129
Kapittel 6:	131
Kapittel 7:	132
VEDLEGG 1: ANALYSE AV RESPONSTID	135
VEDLEGG 2. SPØRRESKJEMA:	137



1 Innledning

ESPEN DAHL, BORGHILD LØYLAND & KJETIL VAN DER WEL

1.1 Bakgrunn

Funksjonsevnestudien har som formål å kartlegge "funksjonsevnen" til langtidsmottakere av sosialhjelp. Med "funksjonsevne" sikter vi til mental og fysisk helse, sosiale nettverk, psykologiske ressurser, og menneskelige og sosioøkonomiske ressurser som er viktige for sosialhjelpsmottakeres muligheter til å forme sine livsprosjekter. Langtidsmottakere av sosialhjelp i de 14 forsøkskommunene som var omfattet av "Tiltaksforsøket" (Lødemel og Johannesen 2005) inngår i denne studien som er utført på oppdrag av, og finansiert av, Sosial- og helsedirektoratet.

I Funksjonsevnestudien skal vi kombinere data fra to uavhengige datakilder. Den ene datakilden er offentlige registre. Den andre er spørreskjemaer som er utfylt av den enkelte sosialhjelpsmottaker, 554 i tallet. Data fra disse to kildene skal koples sammen. Dette gir oss mulighet til å følge de samme sosialhjelpsmottakerne fram og tilbake i tid gjennom offentlige registre. På denne måten kan vi forhåpentlig identifisere faktorer som kan forutsi ulike livsløp. Vi vil ha tilgang til en lang rekke opplysninger fra første måletidspunkt i 2005 ("baseline") basert på spørreskjemaet der vi har kartlagt ulike problemer og ressurser. Disse kan kombineres med opplysninger fra offentlige registre om sosioøkonomiske og sosiodemografiske forhold noen år tilbake i tid og åtte år fram i tid.

Den foreliggende rapporten avgrenser seg imidlertid til kun å formidle resultatene fra spørreundersøkelsen. Den tar sikte på å beskrive et bredt spekter av egenskaper ved sosialhjelpsmottakerne, og så langt vi har hatt mulighet til det, å sammenlikne sosialhjelpsmottakerne med "normalbefolkningen". I tråd med rapportens beskrivende og kartleggende formål, vil vi i hovedsak søke å få fram hovedmønstre og hovedtendenser i datamaterialet. Derfor har vi også fulgt noenlunde samme analytiske tilnærming i hvert kapittel: Vi ser på fordelingen av ulike egenskaper ved sosialhjelpsmottakerne, og sammenlikner dem med normalbefolkningen så langt det er mulig. Dernest ser vi på forskjeller innad blant sosialhjelpsmottakerne etter kjønn, alder, utdanning, osv. Det betyr at vi i denne omgang ikke vil forfølge analytiske problemstillinger av forklarende karakter.

Vi analyserer heller ikke alt vi har opplysninger om i spørreskjemaet. Det ville vært umulig innenfor rammen av denne rapporten. Det vil imidlertid komme flere publikasjoner fra Funksjonsevnestudien i tida som kommer der vi vil foreta denne typen analyser.

Det er flere grunner til at Funksjonsevnestudien er blitt utført. Erfaringene fra Tiltaksforsøket viste at det var behov for mer systematisk kunnskap om langtidsmottakere av sosialhjelp. I mange av kommunene i Tiltaksforsøket kom det fram at sosialarbeiderne hadde lite kunnskap om "sine" langtidsklienter og deres problemer, muligheter og ressurser. Denne erkjennelsen ga blant annet opphav til utviklingen av KIS (Kartleggingsverktøy i sosialtjenesten), et verktøy som skal være til hjelp for sosialhjelpsmottakere og sosialarbeidere når de sammen skal vurdere mottakernes muligheter på arbeidsmarkedet. KIS har således sitt fokus på mottakernes arbeidsevne og muligheter for inntektsgivende arbeid.

Tiltaksforsøket ga imidlertid holdepunkter for å anta at det ikke bare var mangel på arbeid som var problemet for mange sosialhjelpsmottakere. "Anekdotisk evidens" antydte at mangel på arbeid var mer et symptom enn en årsak til at de var sosialhjelpsmottakere; det kunne være mange andre bakenforliggende problemer de slet med, som for eksempel helseproblemer, atferdsproblemer eller lese- og skrivevansker. I denne sammenhengen var erfaringene fra Tiltaksprosjektet i Kristiansund viktige. Her gikk prosjektmedarbeiderne grundig gjennom situasjonen til de enkelte mottakerne og delte dem i tre grupper: tiltaksklare, usikre, og ikke-tiltaksklare. De kom fram til at en stor andel av sosialhjelpsmottakerne var for dårlig stilt til å kunne gjøre seg nytte av arbeidsrettede tiltak. Hvordan situasjonen var i andre kommuner var stort sett ukjent. Dette demonstrerte behovet for en bredere og mer systematisk kartlegging av de problemer og de ressurser som sosialhjelpsmottakere har.

Bedre kunnskap om sosialhjelpsmottakeres problemer og ressurser ble videre aktualisert av det politikkskiftet vi var vitne til fra siste halvdel av 1990-tallet. Fattigdom generelt, og langvarig sosialhjelpsbruk spesielt, skulle bekjempes med aktive tiltak som skulle sette deltakerne i stand til å komme seg i vanlig jobb og ut av sosialklientrollen og fattigdommen. Sentrale politikere har ofte uttrykt sterk tro på at slike virkemidler var løsningen på disse sosiale problemene. Noen sitater demonstrerer det klart: "... arbeidsrettede tiltak, er...et skoleeksempel på at dette virker etter hensikten..." (Erling Lae, Aftenposten 22.6.2000). "...kvalifiseringstiltak for langtidsmottakere av sosialhjelp... viser svært gode resultater" (Sosialkomiteen Innst.S.nr. 222, 1999-2000: 66). "...tiltakene

som er satt inn mot fattigdom [er] effektive” (Daværende Arbeids - og sosialminister Dagfinn Høybråten, Dagsavisen 9.september 2004).

Aktive arbeidsmarkedstiltak har en forholdsvis lang tradisjon i Norge og Norden. Tiltakene har ofte, om ikke alltid, vist seg å øke yrkesaktivitet og arbeidsinntekter blant deltakerne (se Lorentzen og Dahl 2005 for en oppsummering). En utbredt oppfatning så derfor ut til å være at dersom slike tiltak var nyttige for vanlige ledige, hvorfor ikke også for sosialhjelpsmottakere? Aktiveringspolitikken som har blitt ført i Norge overfor sosialhjelpsmottakere og dermed også overfor mange fattige, har likhetstrekk med den aktive arbeidspolitikken som har vært ført overfor vanlige arbeidsledige. Implisitt i en slik likeartet politikk ligger altså en forestilling om at disse gruppene er så like at de vil respondere på samme positive måte på arbeidsrettede tiltak. I nær sagt alle politiske leire var det stor tro på arbeidslinja og på sysselsettingseffektene av arbeidsrelaterte tiltak rettet mot sosialhjelpsmottakere og fattige.

Ulike typer studier viser imidlertid at vanlige arbeidsledige som mottar dagpenger så langt fra er identiske med langtidsmottakere av sosialhjelp og/eller langtids fattige (Dahl 2003, Dahl og Lorentzen 2005, Lorentzen og Dahl 2005, Halvorsen 1996, Sæbøe 1993) De to gruppene kan være svært forskjellige. Hvor forskjellige de er, og på hvilken måte, var det ikke så mye ny og solid kunnskap om, og dette var en god grunn for å gjennomføre den foreliggende studien.

I forlengelsen av dette ligger nok et poeng: Det kom tydelig fram i resultat- og effektevalueringer av de aktive tiltakenes virkninger på arbeid og inntekt, at forholdsvis få kom i arbeid. En del tiltak var helt uten effekt, mens andre tiltak overfor noen grupper virket negativt på mulighetene for arbeid og inntekt (Dahl og Lorentzen 2005, Lorentzen og Dahl 2005). Enkelte tiltak som ”skummet fløten”, dvs. som rekrutterte sosialhjelpsmottakere med best sjanser på arbeidsmarkedet, hadde en tydelig positiv effekt på sysselsetting og arbeidsinntekt. Problemet med disse tiltakene var at disse utvalgte gruppene bare utgjorde en brøkdel av sosialhjelpsmottakerne. Slike funn talte sterkt for å foreta en bred kartlegging av sosialhjelpsmottakernes problemer, ressurser, hindringer og muligheter.

Tidlig på 1990-tallet ble det foretatt enkelte større undersøkelser og forholdsvis brede kartlegginger av sosialhjelpsmottakeres levekår. Det foreligger også noen spredte og mindre anlagte undersøkelser, ofte i lokale settinger, fra annen halvpart av 1990-tallet (referert nedenfor). Disse har gitt oss viktig kunnskap om sosialhjelpsmottakeres levekår, men de besvarer likevel ikke mange av de spørsmålene som blir reist under det nye

policyregimet etter år 2000 som legger vekten på at disse problemene skal bekjempes, ja til og med avskaffes, gjennom aktiveringstiltak, aktive arbeidsmarkedsprogrammer og ordinært inntektsgivende arbeid. I en slik politisk kontekst blir det særlig viktig å vinne kunnskap om de ressurser sosialhjelpsmottakere har og hvilke problemer de sliter med i forhold til arbeidslivet. Men ikke bare forholdet til arbeidslivet er viktig. Enkelte studier viser at mange sosialhjelpsmottakere er så langt fra arbeidsmarkedet at varig og reell arbeidslivsintegrasjon er illusorisk (Lødemel og Johannesen 2005). Dette peker i retning av at det også er mange som trenger hjelp til å få et bedre liv, selv om de ikke kommer seg inn i arbeidslivet og blir økonomisk selvhjulpne. Denne innsikten kaller på mer kunnskap om hvilke betingelser som kan skape et bedre sosialt liv og høyne livskvaliteten til sosialhjelpsmottakere som har magre utsikter til å tre inn i ordinært arbeid.

Mens tidligere norske undersøkelser var inspirert av den norske levekårstradisjonen eller mer regulære helseundersøkelser, har Funksjonsevnestudien et litt annet, eller kanskje heller et mer utvidet perspektiv. Vi tar utgangspunkt i en antakelse om at sosialhjelpsmottakeres problemer er sammensatte. Betegnelsen ”sammensatte problemer” er ofte brukt om denne gruppa, men det er som regel uavklart i hvilken grad problemene er sammensatte, og hvilke problemer som inngår i denne ”sammensattheten”. I Funksjonsevnestudien vil vi senere se på i hvilken grad tidligere sosiale problemer, helse, eventuell tidligere arbeidserfaring og sosioøkonomiske og menneskelige ressurser henger sammen. Disse ressursene inngår også i levekårstilnærmingen, men vi vil i tillegg se på hvordan de henger sammen med psykologiske ressurser som opplevd mestring, oppfatning av egenverd og arbeidsinvolvering. Dette er ressurser som innflytelsesrike teorier om ”velferdsavhengighet” mener er avgjørende for å frigjøre seg fra ”sosialhjelpsavhengigheten” og komme i arbeid (Mead 1997).

Kanskje den aller viktigste begrunnelsen for denne undersøkelsen er at vi for første gang i Norge får mulighet til å følge sosialhjelpsmottakere åtte år fram i tid og studere ulike livsløp med utgangspunkt i et uvanlig rikt utvalg av faktorer. Ved å kople spørreskjemadata til offentlige registre, kan vi følge sosialhjelpskohorten 2005 i de 14 kommunene gjennom sosialhjelpen, trygdesystemet, utdanningssystemet og arbeidsmarkedet. Vi kan dessuten studere inntektsutvikling og endringer i sivilstand over de neste åtte åra. Deres ”vandringer” gjennom det norske samfunnet kan studeres i lys av de ressurser og problemer de oppgir å ha i spørreskjemaet. Dermed blir vi forhåpentligvis i stand til å forutsi ulike typer løpebaner eller livsløp. Spesielt vil vi analysere hvilke konsekvenser sammensatte problemer har for sosial integrasjon, arbeid og inntekt. En

viktig inspirasjonskilde til dette perspektivet har vært pionerarbeidet til Danziger i Michigan, USA, den såkalte ”Women’s Employment Study” (WES). Undersøkelsen ble startet i 1997 med i underkant av 1000 enslige mødre på sosialhjelp, og er fulgt opp i fem bølger av intervjuer med strukturerte spørreskjemaer (www.fordschool.umich.edu/poverty/wes). Studien viser en klar sammenheng mellom antall problemer i forhold til arbeidsmarkedet, det de kaller ”barrierer”, og sysselsettingsstatus. For eksempel, av sosialhjelpsmottakere uten noen barrierer, er over 80 prosent yrkesaktive et par år senere. Av dem med syv eller flere barrierer er ca 20 prosent yrkesaktive (Danziger, 2002: 332).

I spørreundersøkelsen har vi brukt spørsmål og spørrebatterier som er godt validert i andre studier og som har vist seg å måle det de er ment å måle. Vi har videre bestrebet oss på å bruke spørsmål som er brukt i andre norske spørreundersøkelser. Det gir oss mulighet til å vurdere hvordan ”våre” sosialhjelpsmottakere skårer på problemer og ressurser sammenholdt med normalbefolkningen.

Et generelt metodeproblem er at sosialhjelpsmottakere er vanskelige å få i tale gjennom spørreskjemaer. I mange undersøkelser er andelen som *ikke* svarer ofte stor, over 50 prosent, og det er all grunn til å tro at de som ikke svarer er svakere stilt enn dem som svarer. Det betyr at de utvalgene en sitter igjen med er positivt selektert i forhold til undersøkelsespopulasjonen. Det bildet som undersøkelsene tegner vil derfor bli for rosenrødt i forhold til populasjonen, altså dem vi ønsker å uttale oss om. I vår undersøkelse har vi tatt tak i dette problemet ved å mobilisere sosialkontorene i de 14 kommunene til aktivt å følge opp sosialhjelpsmottakerne som inngikk i utvalget. Vi brukte uvanlig lang tid på datainnsamlingen, og vi vil kontrollere for skjevheter i frafallet ved å bruke registerdata til å sjekke representativiteten i vårt utvalg av svarere. (Før denne rapporten gikk i trykken hadde vi ennå ikke koplet på registerdata, så denne frafallsanalysen må vente.)

1.1.1 Tidligere forskning på sosialhjelpsmottakere i Norge

Antallet sosialhjelpsmottakere ble mer enn fordoblet på 1980-tallet, og som følge av dette ble det på 1990-tallet foretatt flere studier av sosialhjelpsmottakere i Norge. Problemstillingene varierte, men hovedformålet var å få økt kunnskap om hvem sosialhjelpsmottakerne var, hvorfor de var kommet på sosialhjelp og hvordan de opplevde å leve på denne stønaden. De mest sentrale undersøkelsene er godt beskrevet og systematisk oppsummert i kunnskapsoversikten ”Sosialhjelpen: Forskning og forskningsbehov” (Hove og Langeng 1997).

Hovedtemaet i de fleste av studiene var som nevnt sosialhjelpsmottakernes levekår sammenlignet med andre (Sæbø 1993, Brevik 1996), men også andre tema ble berørt, blant annet livskvalitet (Seim og Hjemdal 1992), økonomiske problemer (Clausen 1991) og mestring (Hove 1992a, Solheim 1995, Halvorsen 1996). Utvalgene bestod stort sett av personer mellom 18 og 50 år som mottok sosialhjelp, mens andre utvalgsriterier varierte noe. Langtidsmottakere av sosialhjelp ble studert i flere av undersøkelsene (Seim og Hjemdal 1992, Hove 1992, Fehn 1992, Solheim 1995).

Med unntak av én kvalitativ studie (Solheim 1995), ble alle gjort på grunnlag av strukturerte intervjuer. Svarprosenten i disse studiene lå på rundt 50 prosent men varierte en del. Noen av de mindre lokale studiene med tett oppfølging hadde svarprosent på rundt 80 prosent. Flere av undersøkelsene benyttet, enten direkte eller som sammenligningsgrunnlag, data samlet inn av Statistisk Sentralbyrå i en landsrepresentativ studie av levekår blant sosialhjelpsmottakere kalt "Stønadsmottakere 1990". Bruttoutvalget bestod av 2850 personer mellom 18 og 50 år. 1 212 personer svarte. Det ga en svarprosent på 43,5 prosent. Av disse hadde 20 prosent mottatt sosialhjelp i mellom seks og tolv måneder i løpet av 1990 og 1991, mens 26 prosent hadde mottatt sosialhjelp i over tolv måneder, noe som var mer eller mindre ensbetydende med å ha sosialhjelp som hovedinntektskilde (Sæbø 1993). En grundig beskrivelse av hva som karakteriserer sosialhjelpsmottakerne i dette utvalget, med særlig vekt på bakgrunn og oppvekst, finnes i rapporten "Sosialhjelpsklienters arbeid, helse og oppvekst" (Brevik 1996).

De ulike spørreundersøkelsene på 1990 tallet fant mye av det samme når det gjaldt levekårsproblemer og manglende velferd blant sosialhjelpsmottakerne. Kort oppsummert fant de at:

- Sosialhjelpsmottakerne hadde dårligere levekår og var mer problembelastede enn den øvrige befolkningen
- Problembelastningen var større for langtidsmottakerne enn for korttidsmottakerne
- Sosialhjelpsmottakerne var innbyrdes forskjellige, men hadde gjennomgående flere problemer enn andre.

Vi vil komme tilbake til mer konkrete resultater fra undersøkelsene der det er relevant å diskutere våre funn i lys av tidligere forskning. Her vil vi bare kort gi en oversikt over hovedresultatene. Blant sosialhjelpsmottakerne som inngikk i undersøkelsene på 90-tallet var det omtrent like mange kvinner som menn, men det var en overrepresentasjon av yngre personer. Det var også en overrepresentasjon av personer som bodde alene og som var enslige forsørgere, særlig blant langtidsmottakerne. Vanskelige oppvekstforhold så ut til å

være utbredt. Mange hadde opplevd å bo hjemmefra og alkoholproblemer i hjemmet. Av utdanning hadde sosialhjelpsmottakerne betraktelig lavere utdanning enn andre og deres tilknytning til arbeidsmarkedet var vesentlig dårligere. Mange opplevde økonomiske problemer, først og fremst på grunn av mangel på arbeid og egen bolig og at de bodde alene

Et gjennomgående funn var at sosialhjelpsmottakerne slet med store og langvarige helseproblemer, både fysiske og psykiske. I tillegg var det et stort innslag av rusproblematikk, ofte i kombinasjon med andre helseproblemer og arbeidsledighet. En av undersøkelsene viste at få langtidsmottakere var fornøyd med livet sammenlignet med folk flest (Seim og Hjemdal 1992). Når det gjaldt sosial kontakt skilte sosialhjelpsmottakerne seg ikke nevneverdig ut, de hadde tilnærmet like ofte kontakt med familie og venner som andre. Det viste seg å være en overrepresentasjon av domfelte blant sosialhjelpsmottakerne, først og fremst blant menn. Kontakten med sosialkontoret bar preg av problemer med tilgjengelighet og kapasitet, og mange følte at de ikke fikk den hjelpen de trengte. Man fant i betydelig grad en opphopning av levekårsproblemer i gruppen langtidsledige. Stikkord for disse problemene var en marginal posisjon på arbeidsmarkedet, rusproblemer, dårlig helse, dårlige økonomiske levekår og en opplevelse av at sosialkontoret ikke kunne hjelpe. En studie viste at menn hadde dårligere levekår enn kvinner. De med dårligst levekår var menn over 40 mens de med best levekår var kvinner under 30. Samboere uten barn hadde dårligst levekår mens samboere med barn og eneforsørgere hadde best levekår. Levekårene ble dårligere med økende lengde på klientkarrieren (Hove 1992).

Blant senere studier som er gjort av sosialhjelpsmottakere er Marthinsen og Moes undersøkelse av ”Langtidsbrukere av sosialhjelp ved Byåsen sosialtjeneste” fra 1999 (Marthinsen og Moe 1999). Man fant blant annet at langtidsmottakerne lett fikk status som ”usynlige” klienter, at deres behov ikke ble sett, med det resultat at de følte seg maktesløse og oppgitte.

En kvalitativ undersøkelse med seks respondenter, ”Langtidsmottakere – Veien til sosialkontoret, deres livssituasjon og fremtidsutsikter” (Chudasama 2005) viste at sosialhjelpsmottakerne opplevde sosialkontorene som en ren kontroll- og utbetalingsinstans mens de selv ønsket seg gode råd, veiledning, motivasjon, oppfølging og meningsfulle aktiviteter. Langtidsmottakerne hadde store økonomiske bekymringer og levde et passivt og isolert liv.

I 2005 kom boken "Fattigdommens psykologi" av psykologen K. Underlid. Dette er en bredt anlagt undersøkelse av 25 langtidsmottakere av sosialhjelp. Her var fokus rettet mot den enkeltes subjektive opplevelser av å være fattig, og intervjudataene viste at deres livssituasjon i stor grad var preget av skyld og skam, utrygghet, tap av autonomi, sosial devaluering og truet selvbilde og selvoppfatning (Underlid 2005).

Av helt ny dato er to undersøkelser av betydningen av sosialhjelpsmottakeres økonomi. Den ene er en kvalitativ studie av sosialhjelpsmottakernes økonomiske mestring (Borgeraas 2006) og den andre er en studie av kommunal praksis for fastsettelse av økonomisk sosialhjelp og vilkår (Flermoen 2006). Begge undersøkelsene finner en positiv sammenheng mellom nivået på livsoppholdet og graden av selvopplevd velferd. Blant annet viste resultatene at de med høyere livsoppholdsnivå hadde større mestringsfølelse.

1.2 Problemstillinger

1. Hvordan fordeler langtidsmottakerne av sosialhjelp seg etter sosiodemografiske kjennetegn, helse og rus, sosial kapital, kontakt med sosialkontoret, mestring og selvoppfatning?
2. På hvilke måter skiller langtidsmottakerne av sosialhjelp i utvalget vårt seg fra befolkningen ellers på disse områdene? Vi sammenligner der vi har muligheten.
3. Er det i utvalget sammenheng mellom ressursene og problemene nevnt ovenfor og tiden som er gått siden siste arbeidserfaring, kontrollert for kjønn, alder, utdanning, etnisk tilhørighet? Er det slik at de som står lengst unna arbeidslivet (i tid), også har størst mangel på ressurser og flere problemer?
4. I hvilken grad hoper problemer seg opp hos spesielle grupper i utvalget?
5. Hvilke implikasjoner har våre funn for utformingen av sosialpolitikken?

1.3 Datamateriale, frafall og metode

1.3.1 Utvalg og populasjon

Avgrensning av respondenter ble gjort etter nærmere angitte kriterier. Respondentene skulle:

- Pr. 24. januar 2005 ha mottatt sosialhjelp sammenhengende de siste seks månedene eller mer i løpet av de siste tolv månedene.
- Være mellom 18 og 60 år.
- Ha sosialhjelp som hovedinntektskilde. Det vil si at sosialhjelpen skulle overstige summen av eventuelle andre ytelser.

I tillegg inkluderte vi sosialhjelpsmottakere som pr. 24. januar 2005 deltok på tiltak i Tiltaksforsøket (eller daværende motsvarighet), eller som deltok på andre arbeidsrettede tiltak i kommunal eller statlig regi. Det var 100 sosialhjelpsmottakere som deltok i tiltak da de ble inkludert i studien. I rapporten vil disse inngå i analyseutvalget. Det innebærer at personer som ble tatt inn på tiltak før de hadde mottatt sosialhjelp i seks måneder også kunne bli inkludert i studien

Alle som fylte inklusjonskriteriene i de 14 kommunene ble innlemmet i bruttoutvalget. Av praktiske hensyn valgte vi å gjennomføre undersøkelsen i de samme kommunene som deltok i det nasjonale Tiltaksforsøket (Lødemel og Johannessen 2005). Vi kan derfor ikke hevde at utvalget av ”våre” langtidsmottakere er representativt for alle langtidsmottakere av sosialhjelp i Norge. De valgte kommunene har likevel en god geografisk spredning og omfatter både landkommuner og bykommuner.

1.3.2 Datainnsamling og frafall

Vi sendte spørreskjemaer til sosialkontorene, som formidlet dem videre gjennom posten til den enkelte respondent i kommunen. Respondentene sendte utfylte skjemaer tilbake til oss i vedlagt frankert konvolutt. Sosialhjelpsmottakerne ble også gitt anledning til å reservere seg mot å delta i undersøkelsen og mot at vi brukte registerdata om dem. I en del tilfelle drev også sosialkontoret mer aktiv innsats for å få respondentene i tale. Datainnsamlingen varte fra februar og til november 2005, og ble gjennomført i fire ”bølger”. Respondentene mottok flaxlodd fra oss dersom de besvarte skjemaene og returnerte dem til oss.

Populasjonen som tilfredstilte inklusjonskriteriene utgjør 1292 personer. Da datainnsamlingen ble avsluttet, hadde vi mottatt 562 utfylte spørreskjemaer. Dette gir en

svarprosent på 43,5. Åtte respondenter ble ekskludert på grunn av at de hadde oppgitt høyere alder enn inklusjonskriteriene tillot, slik at det endelige utvalget for denne rapporten er 554 respondenter. I ettertid av datainnsamlingen har alle sosialkontorene gått gjennom "sine" lister over respondenter for å kvantifisere og klassifisere frafallet. Sosialkontorene oppgir at 225 personer ikke er i stand til å besvare spørreskjemaet. Grunnene til dette er for eksempel rusproblemer (76), for store lese- og skrivevansker (11), behersker ikke norsk godt nok (35), eller er for syke (39) til å fylle ut spørreskjemaet (se appendix for oversikt over disse). Det er derfor et spørsmål om de skal inkluderes i populasjonen, dvs. i den gruppen mennesker vi ønsker å uttale oss om. Det kan argumenteres for at en grunnleggende forutsetning for å delta i en spørreskjemaundersøkelse er at en er i stand til å besvare spørsmålene. Med andre ord kan en spørreskjemaundersøkelse i utgangspunktet ikke si noe om en populasjon som ikke er i stand til å besvare et spørreskjema. Dette taler således for å fjerne de 225 fra populasjonen. Vi sitter da igjen med en svaredyktig populasjon på 1067 respondenter. Beregnet på denne måten blir svarprosenten på spørreskjemaundersøkelsen 51,9 (554 av 1067).

Dette spørsmålet har imidlertid en annen side som substansielt sett er viktigere. Når 121 personer etter sosialkontorenes vurdering av forskjellige grunner ikke er i stand til å fylle ut et spørreskjema, er det lite sannsynlig at de er i stand til å delta i et arbeidsrettet tiltak, og enda mindre i stand til gå inn i en ordinær jobb. I politisk sammenheng er dette således viktig informasjon: Omkring ti prosent av målgruppa for aktive tiltak er sannsynligvis ute av stand til å delta i slike tiltak.

Utover at 225 personer vurderes som ute av stand til å delta i spørreundersøkelsen, er det i denne omgangen noe begrenset hva vi kan si om skjevheten i frafallet. En foreløpig analyse av hvem som responderte på hver av de fire purrerundene, viser at personer født i utlandet, eller som føler seg som en del av en etnisk minoritet og personer med lese- og skrivevansker svarer senere enn andre. Ut fra den antakelse at de som svarer sent ligner på dem som ikke svarer (Filion 1976, Omura 1983), gir dette holdepunkter for å hevde at disse gruppene er sterkere representert blant dem som ikke fylte ut spørreskjema (Se vedlegg 2 for detaljer).

For å oppsummere: På bakgrunn av sosialkontorenes opplysninger og vår egen frafallsanalyse, er det all grunn til å anta at utvalget vårt er bedre stilt, særlig med hensyn til rus og helse, enn populasjonen av langtidsmottakere av sosialhjelp i de 14 kommunene, og at det blant dem som vi har fått svar fra er færre innvandrere og personer med lese- og skrivevansker (se vedlegg 1). Dette er det viktig å ha i minnet når vi presenterer våre resultater.

1.3.3 Etske avveiiinger

Å forske på sårbare og vanskeligstilte grupper innebærer vanskelige etiske avveininger der hensynet til den enkeltes personvern på den ene siden og den samfunnsmessige nytten av forskningen på den andre siden må balanseres. Krav om informert samtykke og spørsmålet om respondentenes samtykkekompetanse står sentralt i denne sammenhengen.

At vi ønsket å bruke registeropplysninger om de sosialhjelpsmottakerne som sosialkontorene identifiserte, gjorde saken ekstra vanskelig. Vår sak ble oversendt av Datatilsynet til NESH (Den nasjonale forskningsetiske Komité for samfunnsvitenskap og humaniora) for vurdering og uttalelse. NESH avga en uttalelse som la stor vekt på den samfunnsnytte som lå i den kunnskap som prosjektet ville gi, men at datainnsamlingen måtte foregå på en måte som sikret respondentene nødvendig personvern og integritet. Datatilsynets ga deretter konsesjon til prosjektet og datainnsamlingsopplegget på den betingelse at følgende kriterier ble innfridd:

- At det ble gitt skriftlig informasjon til respondentene om at studien var todelt, dvs. at vi innhentet informasjon både gjennom spørreskjema og register, og at det ble gjort klart hvilke registeropplysninger som skulle brukes.
- At det ble gitt anledning til, på eget ark, å reservere seg mot bruk av registeropplysninger.
- At det i informasjonsskrivet ble gjort uttrykkelig oppmerksom på at deltakelse i undersøkelsen var frivillig, og at respondenten når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen
- At det ble gjort oppmerksom på at de som behandlet opplysningene var underlagt taushetsplikt
- At svarene på spørsmålene i skjemaet ikke kunne knyttes til den enkelte person eller gjenkjennes når resultatene fra undersøkelsen ble gjort kjent.
- At vedkommendes sosialkontor ikke ville få vite hva vedkommende svarte, og at deltakelse i undersøkelsen ikke ville få konsekvenser for utbetaling av stønaden.

- At sosialkontoret ikke skulle utøve noen form for press for å få sosialhjelpsmottakeren til å delta i undersøkelsen.
- At sosialkontoret og prosjektledelsen skulle behandle listene med navn og adresser på en sikker måte slik at ikke uvedkommende kunne få tilgang til dem.

Alle disse kravene er innfridd i undersøkelsen.

1.3.4 Spørreskjema og sammenligning

Spørreskjemaet som ble utviklet i undersøkelsen, ble utformet med tanke på å kunne sammenlikne med liknende undersøkelser foretatt i normalbefolkningen. Sammenlikningstallene i rapporten er hentet fra Levekårsundersøkelsen 2002 (LKU/SSB), European Social Survey 2002 (ESS) og undersøkelse om Livsløp, aldring og generasjon (LAG/NOVA 2004). I tillegg blir det benyttet offentlig statistikk fra Statistisk sentralbyrå.

Som vi skal se har dataene våre en betydningsfull skjevhet i forhold til sammenlikninger med normalbefolkningen: Utvalget vårt er vesentlig yngre. For en del variabler som henger sammen med alder, slik som helse og smerte, vil en direkte sammenlikning mellom utvalgene gi et feilaktig bilde. Fordi det rimeligvis er flere i de høyere aldersgruppene som har dårligere helse og flere smerter, vil vårt utvalg framstå som friskere enn det ville gjort om det var like mange med samme alder i begge utvalgene. For å løse dette problemet har vi aldersstandardisert tallene for sammenlikningsutvalgene med hensyn til alderssammensetningen i Funksjonsevnestudien der det har vært mulig. LKU 2002 og ESS 2002 har data som dekker hele aldersspennet i vårt utvalg, og har vært velegnet for aldersstandardisering. Personer i samme aldersgruppe som i Funksjonsevnestudien, dvs. 18-60 år ble inkludert og aldersstandardisert. Antall respondenter inkludert i sammenlikningstallene er da 5141 for LKU 2002 og 1606 for ESS 2002. Tall hentet fra disse kildene vil i alle tabeller presenteres med hensyn til aldersfordelingen i vårt utvalg. LAG 2004 har imidlertid kun data om personer fra 40 år og oppover. Sammenlikningstall fra denne kilden vil derfor bli gjort bare for spesifikke aldersgrupper som defineres i tabellene.

Et annet problem ved å sammenlikne på denne måten er at tallene fra normalbefolkningen inneholder data om respondenter som er sosialhjelpsmottakere eller utenfor arbeidstyrken på annet vis. Ettersom dette ikke er tatt hensyn til her er det grunn til å tro at forskjellene mellom sosialhjelpsmottakerne og normalbefolkningen er noe større enn det som framkommer her.

1.3.5 Regresjonsanalyse

I kapitlene 3-7 vil vi gjøre regresjonsanalyser for å kunne si noe om de kontrollerte sammenhengene i utvalget. Til forskjell fra en vanlig krysstabellanalyse innebærer dette at vi kan studere den relative sammenhengen mellom ulike forklaringsvariabler og en avhengig variabel. Regresjonsanalysen gir tall som forteller hvor mye den avhengige variabelen gjennomsnittlig øker når forklaringsvariabelen øker med én enhet, kontrollert for de andre variablene i modellen (Skog 1998:202).

Vi har valgt å undersøke sammenhengene mellom sosiodemografiske kjennetegn og de ulike avhengige variablene med et fast sett av kontrollvariabler, eller uavhengige variabler. Dette valget er gjort på bakgrunn av at formålet er å gi et bredt bilde av fordelingen av ressurser og problemer i utvalget vårt. Variablene vi skal bruke er kjønn, alder, utdanning, følelse av etnisk minoritetstilhørighet og tid siden siste arbeidserfaring. Unntak fra dette er sammenhenger mellom rus og psykisk helse i kapittel 3, og mellom brukererfaringer med sosialkontoret og antall problemer i kapittel 5, som representerer substansielt viktige hypoteser vi gjerne ville presentere resultater fra. (For en gjennomgang av regresjonsanalyse, se appendix).

1.3.6 Variabler

Fra spørreskjemaet skal vi i denne rapporten benytte opplysninger om:

- Sosial bakgrunn: kjønn, alder, sivilstand, innvandrerbakgrunn, antall barn, antall personer i husholdet og utdanning, og erfaringer med arbeidslivet.
- Psykisk og fysisk helse, og smerter.
- Sosialt nettverk, tillit, sosial støtte og sosial aktivitet
- Brukererfaringer med sosialkontoret.
- Mestring, egenverd, fornøydhet med livet, kriminalitet, alkohol- og narkotikabruk, lese- og skrivevansker og problemer under oppveksten.

2 Presentasjon av utvalget

KJETIL VAN DER WEL

2.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi kort presentere utvalgets sosiodemografiske profil. Vi vil der det er mulig sammenligne med tall for normalbefolkningen og tall for populasjonen av langtidsmottakere av sosialhjelp. Det første spørsmålet er hvordan sosialhjelpsmottakerne i utvalget vårt fordeler seg på variablene alder, kjønn, utenlandsfødt, utdanning, sivilstand, omsorg for barn og antall personer i husholdet, hvilken tilknytning de har til arbeidslivet, forekomsten av domfellelser og påtaleunntatelser, lese- og skrivevansker og oppvekstproblemer. Vi skal også se i hvilken grad oppvekstproblemer hopper seg opp. Tilknytning til arbeidslivet og utdanning vil inngå i en egen opphoppingsanalyse av barrierer mot arbeidslivet i kapittel 7. Det andre spørsmålet er hvordan de skiller seg fra normalbefolkningen og populasjonen av langtidsmottakere av sosialhjelp i Norge i dag. Dette siste sammenligningselementet vil også kunne gi oss indikasjoner på representativiteten til utvalget vårt. Alt i alt vil kapitlet gi et bilde av hvem vi har med å gjøre i utvalget vårt, og danne et bakgrunnsteppe for tolkning av resultater senere i rapporten.

2.2 Resultater

Tabell 2-1 viser hvordan utvalget fordeler seg etter alder, kjønn, født i utlandet, føler seg som del av etnisk minoritet og høyeste fullførte utdanning. Tabellen viser for alder at de yngre aldersgruppene er overrepresentert blant sosialhjelpsmottakerne i funksjonsevnestudien sammenlignet med befolkningen. Gjennomsnittsalderen i utvalget vårt er 34 år, mens det for hele populasjonen av langtidsmottakere er 37 år (Dahl et al. 2006). Langtidsmottakerne er altså generelt vesentlig yngre enn normalbefolkningen, men utvalget vårt er enda noe yngre, samtidig som det i SSBs populasjon av langtidsmottakere er med seks prosent som er 60 år og over.

Videre er det en tydelig overvekt av menn i utvalget sammenlignet med normalbefolkningen. Det er 58 prosent menn og 42 prosent kvinner. Dette er imidlertid

nær identisk med tallene for populasjonen av langtidsmottakere. Med hensyn til kjønn er dermed representativiteten i utvalget vårt svært god.

I utvalget vårt er det 24 prosent som oppgir at de er født i utlandet¹, mens det i normalbefolkningen er bare åtte prosent. Tilsvarende tall for populasjonen av langtidsmottakere er 32 prosent. Det er altså en betydelig større andel førstegenerasjonsinnvandrere blant langtidsmottakerne av sosialhjelp enn i resten av befolkningen. Disse er imidlertid underrepresentert i utvalget vårt. Dette samsvarer med frafallsanalysen vi har gjort som ble omtalt i kapittel 1 (se også vedlegg 1).

Tabell 2-1. Sosialhjelpsmottakere i funksjonsevnestudien, populasjonen av langtidsmottakere av sosialhjelp (SSB langtids) og normalbefolkningen etter alder, kjønn, født i utlandet, føler seg som del av etnisk minoritet og høyeste fullførte utdanning. Prosentandeler.

	FES (N=554)	SSB langtids (N=67760)	Befolkningen
<i>Alder¹</i>			
Under 25 år	26	18	11
25-39 år	42	43	28
40-60 år	31	33	35
Ikke svart	3		
<i>Kjønn¹</i>			
Menn	58	59	49
Kvinner	42	41	51
Født i utlandet ¹	24	32	8
<i>Føler seg som del av etnisk minoritet</i>			
Ja	15		
Nei	61		
Ikke svart	24		
<i>Utdanning²</i>			
Grunnskole	47	22	8
Videregående skole	41	57	65
Høyere utdanning	8	5	27
Ikke svart/ingen uoppg	4	16	

¹Sammenligningstall er hentet fra SSB-rapporten ”Langtidsmottakere av sosialhjelp” (Dahl et al. 2006). Den siste alderskategorien, 40-60 år, inneholder i sammenligningstallene de i aldersgruppen 40-59 år.

²Sammenligningstall for langtidsmottakere er hentet fra Dahl et al. (2006), mens tall for befolkningen er fra Levekårundersøkelsen 2002 og er aldersstandardisert med hensyn til aldersfordelingen i funksjonsevnestudien.

Slik som svaralternativene er gitt i Funksjonsevnestudien er det ikke mulig å sammenligne med SSBs statistikk på et mer detaljert nivå når det gjelder videregående skole. Det er kun 10 personer i Funksjonsevnestudien som har høyere utdanning utover 4 år. Vi har derfor slått sammen de to nivåene fra spørreskjema for høyere utdanning. Kategorien ’videregående’ viser ikke kun til fullført 3-årig utdanning

¹ Født i utlandet er for vårt datamateriale konstruert på bakgrunn av et spørsmål om hvor lenge en har bodd i Norge. De som ikke har svart er kodet som født i Norge. Denne variabelen gir kun en indikasjon om det faktiske antallet, og skiller ikke mellom dem som er født i vestlige og ikke-vestlige land. Er tatt med for sammenligningsens skyld.

men også til fullført realskole, grunnkurs, gymnas, folkehøgskole, VK II, yrkesskole, ett- eller toårig videregående. Dette er slått sammen for sammenligningens skyld. Utdanningsnivået i vårt utvalg er dermed lavere enn det fremkommer i tabell 2-1.

Variablene for om en føler seg som en del av en etnisk minoritet og født utenfor Norge, indikerer at hver femte eller sjette respondent i utvalget er ikke-vestlige innvandrere. Påkopling av registerdata vil vise hvor stor andel av disse som virkelig er ikke-vestlige innvandrere.

Prosentandelene for høyeste fullførte utdanning viser at det er en stor overvekt av personer med kun grunnskoleutdanning blant langtidsmottakerne av sosialhjelp (47 prosent) sammenlignet med normalbefolkningen, der denne andelen bare er åtte prosent². I hele populasjonen av langtidsmottakere er dette tallet mye lavere. Her er det bare 22 prosent som kun har grunnskole. De med videregående skole er underrepresentert i utvalget vårt sammenlignet med populasjonen av langtidsmottakere. I utvalget vårt utgjør disse 41 prosent, mens i populasjonen er det 57 prosent i denne kategorien. Sammenlignet med befolkningen er begge disse tallene lavere. Her er det 65 prosent som har videregående som høyeste utdanning. Samtidig er det markert færre med høy utdanning i utvalget vårt sammenlignet med befolkningen. Bare åtte prosent har høyere utdanning blant sosialhjelpsmottakerne mot 28 prosent i normalbefolkningen. Likevel er andelen i utvalget vårt litt høyere enn for populasjonen av langtidsmottakere, der disse bare utgjør fem prosent.

² Aldersstandardiserte tall for utdanning.

Sammenligningen av sivilstand avdekker også store forskjeller (Tabell 2-2). Bare ni prosent av sosialhjelpsmottakerne i vårt utvalg er gift eller i registrert partnerskap mot 40 prosent for normalbefolkningen³.

Tabell 2-2. Sosialhjelpsmottakere i funksjonsevnestudien, populasjonen av langtidsmottakere av sosialhjelp (SSB langtids) og normalbefolkningen (aldersstandardisert) etter sivil status, omsorg for barn og antall personer i husholdet. Prosentandeler.

	FES (N=554)	SSB langtids (N=67760)	Befolkningen
<i>Sivil status¹</i>			
Gift	9	18	40
Samboende	13	-	-
Skilt/separert	21	23	7
Ugift	55	56	53
Enke/enkemann	2	3	1
<i>Omsorg for barn</i>			
1 el. fl. U/10 år	19		
1 el. fl. 10-18 år	17		
<i>Antall personer i husholdet</i>			
1	46		
2	23		
3	16		
4	7		
5 eller flere	6		

¹Sammenligningstall for langtidsmottakere er hentet fra (Dahl et al. 2006), mens tall for befolkningen er tall fra Levekårsundersøkelsen 2002 som er aldersstandardisert med hensyn til aldersfordelingen i funksjonsevnestudien. SSB og Levekårsundersøkelsen har ikke tall for samboere. Dette svekker sammenlignbarheten av tallene, særlig for ugifte.

Dertil kommer 13 prosent som er samboende (tall mangler for normalbefolkningen og populasjonen av langtidsmottakere av sosialhjelp). Blant populasjonen av langtidsmottakere er det 18 prosent som er gift. Videre er det tre ganger så høy andel i vårt utvalg som er skilt som i normalbefolkningen, 21 prosent mot sju prosent i normalbefolkningen. I populasjonen av langtidsmottakere er tallet nær likt for skilte, 23 prosent. Andelene ugifte er omtrent like store i de tre sammenligningsgruppene. Det er imidlertid vanskelig å sammenligne disse tallene fordi mange samboende antakelig er registrert som ugifte i SSBs statistikk. I det minste kan vi si at det er markant flere skilte blant langtidsmottakere av sosialhjelp, og at utvalget vårt er representativt med hensyn til dette tallet. Det er også betydelig færre gifte i denne gruppen, men her lider utvalget vårt

³ Aldersstandardiserte tall, fordelingen for befolkningen blir dermed kunstig.

av en vesentlig underrepresentasjon. Dette kan skyldes at utvalget vårt er noe yngre enn SSBs populasjon av langtidsmottakere.

De to siste variablene ser vi at hver femte respondent i undersøkelsen har ansvar for barn under ti år, mens omkring hver sjettede ansvar for eldre barn. Variabelen for antall personer i husholdet viser at halvparten av respondentene bor alene, mens hver fjerde bor i hushold med tre mennesker eller fler.

Tabell 2-3 viser frekvensfordelingen for de variablene vi skal bruke i regresjonsanalysene i de senere kapitlene. Fra denne tabellen er det viktig å merke seg at gruppene med høyere utdanning og som føler seg som en del av en etnisk minoritet, er relativt små. Dette kan påvirke koeffisientene for disse variablene i regresjonen og føre til at signifikansnivået blir lavt. Det er dermed en fare for at faktiske sammenhenger for disse gruppene ikke vil komme fram i våre analyser. Samtidig vil den eventuelle styrken på sammenhengene være usikker.

Tabell 2-3. *Frekvensfordeling for variabler som brukes som kontrollvariabler i regresjonsanalysene (n=554).*

	N	%
<i>Kjønn</i>		
Kvinne	234	42
Mann	320	58
<i>Alder</i>		
18-29	233	42
30-44	197	36
40-60	109	20
Ikke svart	15	3
<i>Utdanning</i>		
Grunnskole	262	47
Vgs	229	41
Høyere utdanning	43	8
Ikke svart	20	4
<i>Føler seg som en del av en etnisk minoritet</i>		
Nei (og ikke svart)	471	85
Ja	83	15
<i>Arbeidserfaring, tid siden</i>		
< fem år siden	220	40
>fem år siden	127	23
Aldri	173	31
Ikke svart	34	6

2.2.1 Erfaringer med arbeidslivet

Tabell 2-4 viser at så mange som 31 prosent aldri har hatt arbeid av lengre varighet enn seks måneder. 19 prosent har ikke samlet arbeidserfaring tilsvarende ett år, og 41 prosent

har bare mellom ett og fem års samlet arbeiderfaring. På den annen side har 40 prosent av utvalget samlet arbeidserfaring på seks år eller mer, men bare 24 prosent mer enn ti år. Disse tallene må ses i lys av den lave gjennomsnittsalderen i utvalget. Det er likevel grunn til å tro at mange til tross for den lave alderen i prinsippet har vært disponible for arbeid, gitt bare svært få har utdanning utover videregående.

Tid siden siste arbeidserfaring av minst seks måneders varighet sammenhengende er grovt presentert i tabell 2-3 over. Her ser vi at 40 prosent har hatt slik arbeidserfaring i løpet av de siste fem årene, mens 23 prosent har hatt arbeid i mer enn seks måneder for mer enn fem år siden. Kategorien ”aldri” viser til dem som aldri har hatt arbeid av seks måneders varighet.

Tabell 2-4. *Arbeidserfaring. Prosentandeler (N=484-548).*

<i>Arbeidserfaring av minst 6 måneders varighet</i>	
Ja	69
Nei	31
<i>Samlet arbeidserfaring i år</i>	
Ingen år	19
1-5 år	41
6-10 år	16
11-15 år	9
16-20 år	4
mer enn 20 år	11

Tabell 2-5 viser hovedgrunn til slutt i siste jobb. 36 prosent sluttet i siste jobb på grunn av oppsigelse, permittering eller fordi stillingen var midlertidig. Mange oppgir andre grunner for slutt i siste jobb, men den viktigste av de øvrige årsakene var egen eller familiens helse. Det var 14 prosent som oppga denne grunnen til at de sluttet i siste jobb.

Tabell 2-5. *Hovedgrunn til slutt i siste jobb. Prosentandeler (N=429).*

	%
Permittert/sagt opp	15
Midlertidig stilling	21
Likte ikke jobben	3
Konflikt, mobbing	3
For dårlig lønn	3
Utdanning/tiltak	5
Omsorg for barn	4
Egen helse/familiens/barnas helse	14
Familieproblemer eller stress	4
Annet	29
Total	100

2.2.2 Problemer i oppveksten

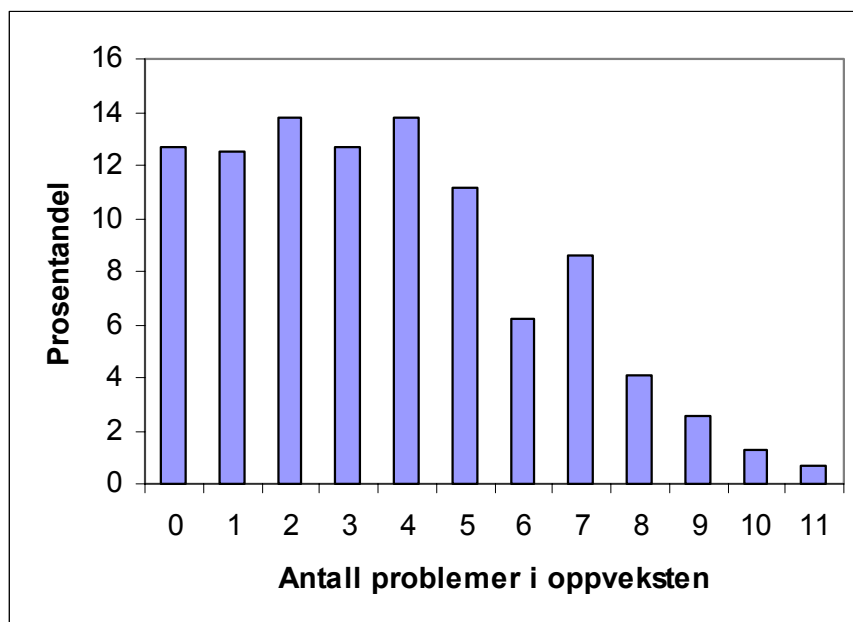
Som vi ser av tabell 2-6 er det mange av sosialhjelpsmottakerne som har opplevd forskjellige problemer i oppveksten. Slike problemer kan tenkes å henge sammen med senere stønadskarrierer. Tabellen viser gjennomgående ganske høye tall.

Tabell 2-6 *Problemer i oppvekst før fylte 16 år i prosentandeler (N=508-24).*

Økonomiske problemer i barndomshjemmet	42
Konfliktfylt forhold mellom foreldre	56
Foreldres misbruk av alkohol eller andre rusmidler	29
Seksuelt misbruk	13
Langvarig mobbing	31
Annen mishandling	20
Problemer med å få venner	26
Problemer med å følge med på skolen	58
Avbrudd i skolegang	36
Større flytting	35
Bodd hjemmefra mer enn 1 mnd	32

Nedenfor har vi gjort en analyse av oppvekstproblemer som vi så var ganske utbredt i utvalget vårt. Figur 2-1 viser frekvensfordelingen for summerte oppvekstproblemer. Drøyt tolv prosent har ingen av oppvekstproblemene vi spurte om. Vi ser her en ganske jevn fordeling opp til fem problemer, og så faller frekvensene noenlunde jevnt for de høyeste summene. Figuren forteller oss at ikke bare har mange opplevd problemer i oppveksten, men mange av langtidsmottakerne i utvalget har slitt med flere ulike typer problemer.

Figur 2-1. *Antall problemer i oppveksten. Prosentandeler (n=465).*



Tabell 2-7 viser en omvendt kumulativ optelling for summerte oppvekstproblemer. Også her ser vi at det på disse variablene er en tydelig tendens til opphopning. Hele 60 prosent

har tre eller flere oppvekstproblemer, og 35 prosent har flere enn fem. Dette må antas å være svært høyt sammenlignet med normalbefolkningen.

Tabell 2-7. *Prosentandel som har fler enn 1, 2, 3, 4, 5 og 6 oppvekstproblemer. (n=465)*

1 eller flere	87
2 eller flere	75
3 eller flere	61
4 eller flere	48
5 eller flere	35
6 eller flere	23

2.2.3 Kriminalitet

Tidligere domfellelse er en egenskap som kan vise til mange bakenforliggende problemer, og kan tillegg representere en selvstendig barriere mot deltakelse i arbeidslivet. Tabell 2-8 viser at 39 prosent av respondentene i utvalget vårt er tidligere domfelt, og at 22 prosent oppgir å ha fått påtaleunntatelse. Erfaringer med kriminelle handlinger ser dermed ut til å være ganske utbredt.

Tabell 2-8. *Domfellelse og påtaleunntatelse. Prosentandeler (n=522-49).*

	Domfellelse	påtaleunntatelse
Ja	39	22
Nei	55	66
Ønsker ikke å svare	6	13

2.2.4 Lese- og skrivevansker

I et samfunn som i økende grad baserer seg på skriftlig kommunikasjon og informasjon, kan lese- og skrivevansker utgjøre en reell barriere mot arbeidslivet (Gabrielsen & Ritland 2004)

Tabell 2-9 viser hvordan sosialhjelpsmottakerne fordeler seg på spørsmål om lese- og skriveferdigheter. De færreste i utvalget oppgir at de har dårlige ferdigheter. Samtidig er det rimelig å tenke seg at mange av dem som har lavest ferdigheter lot være å svare. Dette er i tråd med den foreløpige analysen av frafall, som viste en sammenheng mellom denne variabelen og antall påminnelser som ble sendt ut.

Tabell 2-9. *Lese- og skriveferdigheter på norsk.*

	Leseferdigheter	Skriveferdigheter
svært godt	52	40
godt	27	29
middels	15	21
dårlig	5	9
har ingen oppfatning	1	1

2.3 Oppsummering

Sosialhjelpsmottakerne i utvalget vårt skiller seg fra normalbefolkningen på flere punkter. De er betydelig yngre, det er flere menn, mange rapporterer tilhørighet til en etnisk minoritet, og bare svært få har høyere utdanning. Omtrent halvparten har kun grunnskole. Sammenligningen med populasjonen av langtidsmottakere viste imidlertid at gruppen med grunnskole som høyeste utdanning er overrepresentert i utvalget vårt, samtidig som gruppen med videregående skole var underrepresentert. I tillegg er det langt færre blant mottakerne av sosialhjelp som er gift og tre ganger stor andel som er skilt, sammenlignet med normalbefolkningen. Sammenligninger med tall for populasjonen av langtidsmottakere viste at representativiteten i utvalget vårt er ganske bra med hensyn til kjønn og alder, men at det er en viss overrepresentasjon i den yngste aldersgruppen. Vi har også en viss underrepresentasjon av utenlandsfødte. Sammenligningstallene for sivil status viste høy representativitet for kategorien ”skilt”, mens gifte var underrepresentert.

Av variablene der vi kun hadde tall for vårt utvalg kunne vi se at så mange som halvparten bor alene, at en tredjedel så å si mangler arbeidserfaring av en viss varighet, og at over halvparten ikke har mer enn fem års samlet arbeidserfaring. Det ser også ut til at helse kan være av en viss betydning for jobbslutt utover mer ordinære avganger.

Mange av sosialhjelpsmottakerne har dårligere forutsetninger enn folk flest i arbeidsfør alder for å kunne konkurrere på det ordinære arbeidsmarkedet. For det første fordi de har så lav utdanning, for det andre fordi tilknytning til, og erfaring med, arbeidslivet for mange er ganske svak, for det tredje fordi språkproblemer og innvandrerbakgrunn antakelig er mer utbredt i denne gruppen enn i befolkningen ellers, og for det fjerde fordi mange er tidligere domfelt.

Det kan også se ut som om mange i denne gruppen har vansker med å etablere familierelasjoner. Dette kan tenkes å påvirke tilgangen på sosial støtte og sosiale nettverk negativt.

Til slutt er det oppsiktsvekkende høye tall for de ulike oppvekstproblemene vi har spurt om. Dette kan tyde på at mange har levd med sosiale problemer over lang tid. Det ser også ut til at enkelte er ganske tungt belastet med flere ulike problemer.

2.4 Hovedfunn

- Mange har kun fullført grunnskoleutdanning..
- Tre ganger så mange er skilt blant sosialhjelpsmottakerne sammenlignet med normalbefolkningen.
- Halvparten bor alene.
- En tredjedel har ikke arbeidserfaring av lengre varighet enn seks måneder.
- 39 prosent er domfelt
- Det er en ganske sterk forekomst av, og opphopning av, oppvekstproblemer.

3 Helse

SILLE OHREM NAPER, BORGHILD LØYLAND & KJETIL VAN DER WEL

3.1 Innledning

I dette kapitlet kartlegger vi sosialhjelpsmottakernes helse, både fysisk og psykisk, og sammenligner med helsetilstanden til den yrkesaktive befolkningen og til uførepensjonistene. I tillegg studerer vi sammenhengen mellom sosiodemografiske kjennetegn og helse innad i utvalget. Helsetilstanden til sosialhjelpsmottakere er blant annet interessant med tanke på muligheten for overgang til ordinært arbeid. Derfor fokuserer vi på sammenhengen mellom helse og tidligere arbeidstilknytning blant sosialhjelpsmottakerne. Vi skal også se i hvilken grad ulike helseproblemer hopper seg opp i utvalget.

Vi kan forvente at helseproblemer er mer utbredt blant sosialhjelpsmottakerne enn i den yrkesaktive befolkningen. Fravær av god helse, i tillegg til de økonomiske problemene langtidsmottakere av sosialhjelp har, kan utgjøre en dobbel deprivasjon. God helse har også stor betydning for livskvalitet.

Rusproblemer og helseproblemer, særlig psykiske helseproblemer, er nært knyttet sammen. Resultater om alkohol- og rusmisbruk vil derfor også presenteres i dette kapitlet. Rusmisbrukerne blant sosialhjelpsmottakerne er kanskje en av de gruppene som står lengst unna arbeidslivet. Rusmisbruk kan tenkes å føre med seg mange andre problemer som mangel på materielle ressurser, tilgang til nettverk og dårlig helse.

Det er både empirisk og teoretisk grunnlag for at vi på forhånd kunne forvente å finne dårligere helse blant sosialhjelpsmottakerer enn i befolkningen generelt. Tidligere studier av sosialhjelpsmottakere, som vi gjennomgikk i kapittel 1, viste at det var et stort innslag av dårlig helse (Seim og Hjemdal 1992). En slik forventning underbygges også av at det generelt i befolkningen er sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og helse, i Norge som i andre samfunn. De med lavest inntekt har høyest dødelighet og dårligst egenvurdert helse (Zahl m.fl. 2003, Krokstad & Westin 2002, Dahl & Elstad 2001).

Teorier som søker å forklare den sosiale helsegradienten kan også kaste lys over hvorfor det eventuelt er en større andel med dårlig helse blant sosialhjelpsmottakere enn blant den yrkesaktive befolkningen. Det er ikke plass til noen utfyllende teorijennomgang her, men

vi vil kort presentere ulike perspektiver på sosiale ulikheter i helse vi mener er relevant i forhold til temaet for dette kapitlet. Forskningsdesignet vårt åpner ikke for å kunne teste de ulike forklaringene mot hverandre.

Tidligere tiders sammenheng mellom fattigdom og sykdom i vestlige land kunne i stor grad forklares ut fra at grunnleggende materielle behov ikke ble tilfredsstilt, for eksempel utilstrekkelig næring, dårlige boforhold og inadekvate sanitærtjenester. I dagens Norge er relevansen av slike faktorer begrenset, men i den grad det finnes noen som har så dårlig råd at det går ut over muligheten til å dekke basale behov, er det sannsynlig at de finnes blant langtidsmottakere av sosialhjelp. Selv om ren materiell nød for det meste er fraværende, finnes det fremdeles materielle *ulikheter* bl.a. i kosthold og boligkvalitet, som kan tenkes å ha helsemessige konsekvenser (Elstad 2005).

Konsekvensene av moderne fattigdom er i større grad psykososiale enn materielle. For eksempel når det gjelder bolig, er bekymringen over nabolaget, og å miste boligen sin, kanskje viktigere for helse enn mangelfull fysisk standard. Konsekvensene av belastningene ved relativ deprivasjon manifesterer seg først og fremst psykisk, som beskrevet blant annet i boka "Fattigdommens psykologi" av Underlid (2005). Men stress og psykiske belastninger har blitt vist å kunne ha negative effekter på både psykisk og fysisk helse (Marmot & Wilkinson 2006). Eksempler på slike belastninger som sosialhjelpsmottakere opplever er uforutsigbarhet og opplevelse av stigmatisering og skam (Underlid 2005). Undersøkelser har vist at den sosiale gradienten i psykososiale belastninger har samme mønster som gradienten i helseulikheter (Elstad 2005).

Konsekvensene av psykososiale belastninger avhenger også av hvilke mestingsressurser og beskyttelsesfaktorer man har å møte dem med. I tillegg til økonomiske ressurser, som vårt utvalg har mindre av enn andre, tenker man her blant annet på sosiale nettverk og grad av følelse av kontroll over eget liv. Betydningen og utbredelsen av disse ressursene blant sosialhjelpsmottakerne er tema i kapittel fire og seks. Årsakssammenhengen er her kompleks. Både lav inntekt, redusert helse og andre forhold ved livssituasjonen kan ha negative konsekvenser for mulighetene for sosial deltakelse.

Livsstil som påvirker helsen negativt er også mer utbredt i lavere posisjoner i det sosiale hierarkiet, (Elstad 2000). Det er da vanlig å tenke først og fremst på kosthold, fysisk aktivitet, alkoholbruk og røyking. Livsstil kan imidlertid ses i relasjon til strukturelle påkjenninger knyttet til sosial posisjon (ibid). I denne rapporten fokuserer vi først og fremst på rusmisbruk, både alkohol- og narkotikamisbruk.

Sosiale og materielle forhold tidlig i livet har betydning for helse i voksen alder (Marmot & Wilkinson 2006, Elstad 2005). Som vi så i det foregående kapitlet, har personene i vårt utvalg ofte opplevd problematiske oppvekstforhold av ulike slag, og mange hadde opplevd flere slike hendelser. Noen mener at forhold i barndommen først og fremst påvirker helsen i voksen alder gjennom akkumulerte risikoer gjennom livet (Elstad 2000), noe som er i tråd med erfaringene til sosialhjelpsmottakerne.

Sist men ikke minst kan det tenkes at årsakssammenhengen for sosialhjelpsmottakere er omvendt. Det kan tenkes at dårlig helse for en del av utvalget vårt er forklaringen på hvorfor sosialhjelp ble nødvendig i utgangspunktet, og har forblitt det over lengre tid. Helseproblemer kan gjøre det umulig å bli i en jobb, og vanskelig å finne ny jobb. Vi så i kapittel 1 at 14 prosent oppga egen eller barns dårlige helse som årsak til slutt i siste jobb. Dette har også et strukturelt moment: arbeidslivet stiller høye krav til at arbeidstakeres helse. Dersom vi skulle kunne si noe om hvorvidt seleksjon har gjort seg gjeldende i vårt utvalg, måtte vi ha kjent til helsestatusen ved første gangs søknad om sosialhjelp, og slik informasjon har vi ikke.

En underproblemstilling i denne studien er å sammenligne helsen til sosialhjelpsmottakerne med helsen til uførepensjonister, som har fått ”offentlig sertifisering” på at de er for syke til å arbeide. Når man ikke er i stand til å arbeide på grunn av sykdom finnes det i utgangspunktet sykdomsrelaterte trygdeytelser som skal sørge for ditt livsopphold, enten i en sykdomsperiode eller permanent. Det kan være ulike grunner til at noen likevel må oppsøke sosialkontoret. Det kan tenkes at de ikke har tjent opp trygderettigheter, at disse er brukt opp eller at sykdomsbildet er uavklart og sosialhjelp blir nødvendig i en overgangsperiode, for eksempel før uførepensjon blir innvilget. For eksempel fikk nærmere 20 prosent av alle som var langtidsmottakere av sosialhjelp i perioden 1997-99 innvilget uførepensjon i etterkant (Lien and Siverstøl 2006).

Vi vet fra forskning om sosial ulikhet i helse at jo høyere utdanning, jo bedre helse, at menn rapporterer om færre helseplager enn kvinner, og at kvinner oftere blir uførepensjonert. Innvandrere rapporterer oftere dårligere helse enn nordmenn, litt avhengig av hva slags mål som brukes (Blom 1998; Svalund 2005). Vi vet også at helsen forverres med økende alder.

Det har de senere årene blitt mer oppmerksomhet rundt og forståelse for smerter som et utbredt helseproblem. Smerte er en subjektiv opplevelse som enten knyttes til en skade av kroppen eller noe som kan føles som det kan skade kroppen. Det er nesten alltid en fysisk og/eller psykisk komponent forbundet med smerte. Smerte defineres av The International

Association for the Study of Pain (IASP 1986) som ”en ubehaglig sensorisk og følelsesmessig opplevelse, knyttet til truende eller eksisterende vevsødeleggelse, eller beskrevet som en slik ødeleggelse”. Det har oss bekjent ikke vært foretatt noen undersøkelser om sosialhjelpsmottakeres smertebelastning tidligere.

Sentrale spørsmål knyttet til dette er om vi kan vi gjenfinne disse forskjellene også blant sosialhjelpsmottakere, og om helsen varierer innad i gruppen tilsvarende det den gjør i befolkningen som helhet.

3.2 Data og metode

3.2.1 Måleinstrumenter

Helse forstås her ut fra en samfunnsfaglig tradisjon. Subjektiv vurdering av egen helse og konsekvenser for funksjonsevne og livskvalitet vektlegges, i kontrast til mer diagnoseorientert medisinsk forskning.

I denne studien har vi benyttet to velvaliderte og mye brukte instrumenter for å måle helse. Vi har benyttet ”Health Survey Short Form 12” (SF-12) og ”Hopkins Symptom Check List” (HSCL-10). Helse er her målt som selvrapportert, subjektiv helse.

”Health Survey Short Form 12” (SF-12) består av tolv spørsmål om helse, funksjonsevne og helserelatert livskvalitet (Ware, Kosinski et al. 2005). Spørsmålene kan summeres til to komponenter som måler henholdsvis fysisk og psykisk helse ved å gi ulik vekt til spørsmålene, men her skal vi bare vise resultatene av enkeltspørsmål.

HSCL-10 måler symptomer på depresjon og angst og består av ti ledd med fire svaralternativer som er gitt verdier fra en til fire, der én er ”ikke plaget” og fire er ”veldig mye plaget”. Gjennomsnittlig HSCL-10 skåre er i denne studien beregnet ved å summere totalt skåre for hvert individ og så dele på antall spørsmål. De som ikke har svart på tre eller flere spørsmål er ekskludert (n=33). For dem som ikke har svart på ett eller to spørsmål (n=36) er gjennomsnittet beregnet ut fra de leddene som er besvart.

I tillegg har vi beregnet hvor stor andel i hvert av utvalgene som kommer over en gitt ”grenseverdi”. Grenseverdien for psykiske plager for HSCL-10 er satt til 1,85 (Strand m.fl. 2003). Ved å bruke denne grenseverdien finner de at forekomsten i normalbefolkningen er tilsvarende den man finner ved bruk av 1.75 som grenseverdi ved HSCL-25. De som skårer over 1,85 skiller seg ut ved at de har så mange symptomer på psykiske helseproblemer at det er sannsynlig at de har en psykisk lidelse. Men det er viktig å være klar over at dette ikke betyr at de nødvendigvis har noen psykiatrisk diagnose.

Smerter er i denne studien kartlagt på samme måte som i en studie av den norske normalbefolkningen (Rustøen et al. 2004). Det er stilt ni spørsmål som er hentet fra instrumentet Brief Pain Inventory (Cleeland og Ryan, 1994). Det første spørsmålet er om man ofte er plaget med smerter eller ikke. Svarer man ja til dette spørsmålet blir man bedt om å svare på de resterende åtte spørsmålene. I instrumentet spør man om når smertene startet, smertens lokalisering, den sterkeste og svakeste smerten det siste døgn og smerten akkurat nå. Lokaliseringen av smertene markeres på en tegning av menneskekroppen og smerteindeksen måles på en skala fra null til ti. Spørsmålene som er stilt vil videre gjøre det mulig å si noe om hvordan smerter innvirker på aktivitet, hva som er årsak til smertene og behandling man mottar for smertene. I denne rapporten er kun det første spørsmålet rapportert, spørsmålet om man ofte er plaget med smerter eller ikke.

Hva som menes med ”rusproblemer” og hvor grensen skal trekkes for om man har det eller ikke, er ikke entydig. I denne undersøkelsen er respondentene selv bedt om å vurdere dette, og i tillegg angi hvorvidt de opplever at andre synes de har et rusproblem. Rapporteringen er altså subjektiv, som rapporteringen av egen helse. I og med at spørsmålet om hvor utbredt rusmisbruk er vil avhenge så mye av hvordan det defineres og operasjonaliseres, er det på dette punktet vanskelig å gjøre noen sammenligning med befolkningen som helhet.

For å kalkulere hvor stor andel av sosialhjelpsmottakerne som har alkohol- og rusproblemer til sammen, kan man ta utgangspunkt i opplevelsen av at andre synes de har et alkohol- eller rusproblem, noe som impliserer et visst omfang, noe som kan ha konsekvenser for muligheten til å komme i arbeid. Det er denne gruppen som er definert som rusmisbrukere i de logistiske regresjonsanalysene og i opphøringsanalysene.

3.2.2 Sammenligning

Både SF-12 og HSCL-10 er også brukt i SSBs Levekårsundersøkelse for 2002 (Hougen and Gløbøden 2004), men de inngår der i versjoner som inkluderer flere spørsmål. Vi bruker spørsmålene herfra som samsvarer med spørsmålene i Funksjonsevnestudien. Den delen av Levekårsundersøkelsen som spørsmålene om fysisk og psykisk helse inngår i, er et postalt spørreskjema i likhet med vår undersøkelse.

Dette gir oss muligheten til å sammenligne langtidsmottakere av sosialhjelp med befolkningen generelt. Vi er først og fremst interessert i å sammenligne med den yrkesaktive befolkningen, som sosialhjelpsmottakerne konkurrerer med på arbeidsmarkedet. Sosialhjelpsmottakerne i dette datamaterialet ble derfor ekskludert.

Dessuten var vi interessert i å sammenligne med uførepensjonisters helse. Vi bruker dermed kun de yrkesaktive, definert som de som utførte inntektsgivende arbeid av minst en times varighet forrige uke, eller som har inntektsgivende arbeid de var midlertidig borte fra forrige uke, samt studenter, i sammenligningspopulasjonen i dette kapittelet (N=4600).

Det er foretatt en egen aldersstandardiseringen for utvalget i Levekårsundersøkelsen med hensyn til den yngre alderssammensetningen av utvalget i Funksjonsevnestudien. Det er viktig å være oppmerksom på at dette påvirker andelen med dårlig helse i den yrkesaktive befolkningen slik at de blir noe lavere enn de ellers ville vært.

Sammenligningen med uførepensjonistene måtte begrenses til personer over 30 år, da det er svært få uførepensjonister i Levekårsundersøkelsen som er yngre enn det. Det er foretatt en egen aldersstandardisering for uførepensjonistene.

3.2.3 Opphopning

Til slutt vil vi lage en opptelling av hvor mange sosialhjelpsmottakere som har dårlig fysisk helse (fysisk helse begrenser gjøremål), dårlig psykisk helse (HSCL>1,85), smerter og rusproblemer (andre tror). Hvert av problemene gis verdien 1, og telles så opp. Slik vil vi også få informasjon om hvor mange som ikke har noen av problemene.

3.3 Resultater

3.3.1 Generell helse

En langt større andel av sosialhjelpsmottakere enn av den yrkesaktive befolkningen har helseproblemer som går ut over deres evne til å fungere i hverdagen. Det går fram av tabell 3-1 som presenterer svarfordelingen på de ulike spørsmålene som er hentet fra SF-12. Svaralternativet som antas å angi så dårlig helse at det reduserer funksjonsevnen, er valgt ut. Med unntak av de tre første spørsmålene, som er uten tidsangivelse, er det her spurt om situasjonen de siste fire ukene.

Tabell 3-1. Helsemål (SF-12) for utvalget (N=511-544) sammenlignet med den yrkesaktive befolkningen (N=3464-3492). Prosentandeler. Aldersstandardisert.

	Sosialhjelp.	Yrkesaktive
Dårlig generell helse	18	1
Helse begrenser moderat aktivitet mye	13	2
Helse begrenser gå opp trappen mye	10	2
Utrettet mindre enn ønsket pga fysisk helse	48	19
Hindret i å utføre gjøremål pga fysisk helse	45	15
Utrettet mindre enn ønsket pga følelsesmessige problemer	56	14
Utrettet gjøremål mindre grundig enn vanlig pga følelsesmessige problemer	45	9
Smerter påvirket arbeid mye/ svært mye	20	4
Helse-/følelsesmessige problemer påvirker sosial omgang hele eller nesten hele tiden ⁴	27	3
Ikke følt seg rolig og harmonisk	13	3
Ikke hatt mye overskudd	26	6
Følt deg nedfor og trist mye/ nesten-/hele tiden	38	5

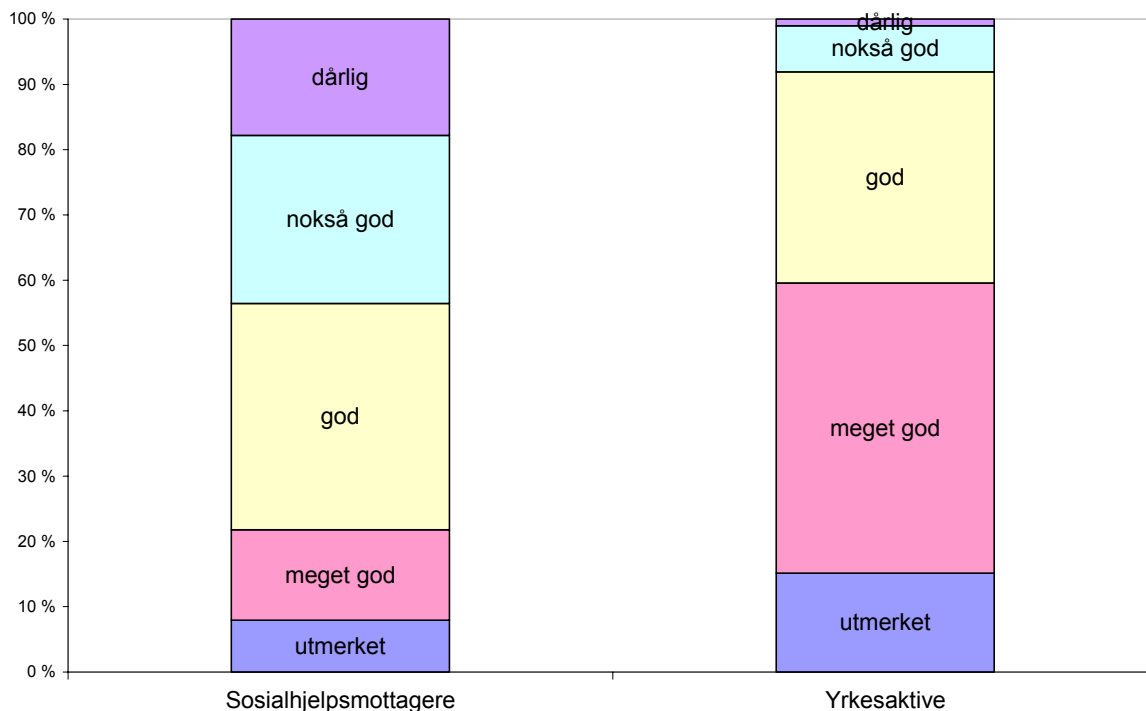
Det er ytterst få, kun én prosent, av den yrkesaktive befolkningen som oppgir at helsen deres generelt er dårlig, mot 18 prosent av sosialhjelpsmottakerne. Selv om dette bare gjelder rundt en femtedel av sosialhjelpsmottakerne, er det altså langt flere enn i den yrkesaktive befolkningen. Ser vi på fordelingen på alle svarkategoriene, viser det seg at nesten halvparten (44 prosent) av sosialhjelpsmottakerne svarer ”dårlig” eller ”nokså god” helse, mens dette gjelder bare rundt hver tiende (åtte prosent) i den øvrige befolkningen, som vist i figur 3-1.

Samtidig, og det gjelder for alle spørsmålene, er det mange sosialhjelpsmottakere som ikke har noen helseproblemer. Det er for eksempel rundt 20 prosent som sier at de har utmerket eller meget god helse, og dersom vi også inkluderer ”god” gjelder det i overkant

⁴ I LKU2002 er svaralternativene Mye og Svært mye

av halvparten. Forskjellen til den øvrige befolkningen er likevel markert, langs hele skalaen.

Figur 3-1



De neste spørsmålene dreier seg om helsemessig funksjonsevne. Helseproblemer legger store begrensninger for selv moderate fysiske aktiviteter som å gå tur for langt flere sosialhjelpsmottakere enn andre.

Rundt halvparten av sosialhjelpsmottakerne har problemer med å utrette sine daglige gjøremål på grunn av sin fysiske helse eller emosjonelle problemer. Slår man sammen dem som svarer at de er blitt hindret i å utføre gjøremål enten på grunn av sin fysiske helse eller på grunn av følelsesmessige problemer, gjelder dette til sammen hele 67 prosent. Begrensninger av emosjonell art opptrer fire ganger så hyppig som i normalbefolkningen. Forskjellene er noe mindre når det gjelder fysisk funksjonsbegrensning, men er fremdeles betydelige og signifikante. Spørsmålene om fysisk og emosjonell funksjonsbegrensning er et ja/ nei spørsmål. Vi kan derfor snu dette på hodet og si at ca. halvparten ikke har helseproblemer som begrenser aktiviteten. Formuleringen i dette og andre spørsmål fører trolig til at forskjellene undervurderes: ”Arbeid eller andre daglige gjøremål” innebærer

sannsynligvis mindre krevende aktiviteter for sosialhjelpsmottakerne enn for den yrkesaktive delen av befolkningen.

Mange sosialhjelpsmottakere opplever at smerter hemmer deres vanlige arbeid, omtrent tre ganger flere enn i hele befolkningen. Her vises kun de som har svart ”mye” eller ”svært mye”. Smerteproblematikken behandles grundigere i neste underkapittel.

27 prosent svarer at deres fysiske helseproblemer eller følelsesmessige problemer påvirker deres sosiale omgang, noe som er relevant i forhold til funnene om sosiale nettverk som presenteres i kapitel 4.

De tre siste spørsmålene måler mental helse og vitalitet. 26 prosent svarer ”ikke i det hele tatt” på spørsmålet om de har hatt mye overskudd i løpet de siste fire ukene. 36 prosent har følt seg nedfor og trist hele eller mye av tiden. Igjen er det en markant forskjell i forhold til den øvrige befolkningen der det er et fåtall som rapporterer om fravær av harmoni og overskudd, og at de er nedfor størstedelen av tiden.

Det kan se ut til at forskjellen mellom sosialhjelpsmottakerne og befolkningen generelt er særlig stor på de spørsmålene som fanger opp psykisk helse. Som det går fram av avsnitt 3.3.4 er det mye psykiske helseplager blant sosialhjelpsmottakerne.

Sammenhenger med helse

Så langt har vi funnet at mange har dårlig helse, men langt fra alle. Det neste spørsmålet vi behandler blir da: Er noen grupper mer utsatt for helseproblemer enn andre? Tabell A-1 (se appendix) viser resultatene av den multivariate logistiske regresjonsanalysen, med ”generell helse” som avhengig variabel.

Det er ikke noen kjønnsforskjell i egenvurdering av helse blant sosialhjelpsmottakere. Helsen svekkes med alderen, og sosialhjelpsmottakere er ikke noe unntak. En krysstabell viser at blant dem under 30 år har ti prosent dårlig helse. For 30- til 44-åringene er det 19 prosent som vurderer helsen si som dårlig. Andelen øker til 36 prosent blant de som er 45 til 60 år. Effekten av alder på helse blir enda sterkere når vi kontrollerer for andre relevante variabler, særlig utdanningsnivå og tidligere arbeidserfaring.

Analysen viser tendenser til at de med høyere utdanning sjeldnere enn de med lavere utdanning vurderer helsen sin som dårlig. Fordi det er så få med høyere utdanning i gruppen, er dette funnet imidlertid ikke signifikant.

De blant langtidsmottakerne av sosialhjelp som føler seg som en etnisk minoritet er ikke mer utsatt for å ha dårlig helse enn de som ikke gjør det er.

De som aldri har vært i arbeid av en viss varighet har to og en halv gang større relativ risiko for å ha dårlig helse enn dem som har hatt minst ett arbeidsforhold de siste fem årene. For dem som har vært i arbeid, men ikke de siste fem årene, er sjansen doblet i forhold til dem som har nyere arbeidserfaring.

Siden dette kapitlet også omhandler rus, er det naturlig å studere sammenhengen mellom rusproblemer og dårlig helse. Det viser seg at de som har rusproblemer ikke hyppigere enn andre svarer at de har dårlig helse, alt annet likt.

Selv om det er en viss sammenheng mellom noen av disse forklaringsvariablene og den avhengige variabelen, forklarer denne modellen svært lite av variasjonene i helse.

3.3.2 Sammenligning med uførepensjonister

I tabell 3-2. sammenlignes helsen til langtids sosialhjelpsmottakere med helsen til uførepensjonister.

Tabell 3-2 Sammenligning med uføre. Prosentandeler. Alder 30 år +. Aldersstandardisert.

	Sosialhjelps- mottakere (n=284-298)	Uføre- pensjonister (n=206-210)
Dårlig generell helse	25*	15
Helse begrenser moderat aktivitet mye	17	16
Helse begrenser gå opp trappen mye	14	18
Utrettet mindre enn ønsket pga fysisk helse	59*	72
Hindret i å utføre gjøremål pga fysisk helse	53*	67
Utrettet mindre enn ønsket pga følelsesmessige problemer	58	48
Utrettet gjøremål mindre grundig enn vanlig pga følelsesmessige problemer	47	35
Smerter påvirket arbeid mye/ svært mye	28	24
Helse-/følelsesmessige problemer påvirker sosial omgang hele eller nesten hele tiden ⁵	32*	21
Ikke følt seg rolig og harmonisk	13	15
Ikke hatt mye overskudd	27	31
Følt deg nedfor og trist mye/ hele tiden	40*	24

*Konfidensintervallene overlapper hverandre ikke.

Forskjellen mellom uførepensjonister og sosialhjelpsmottakere er mindre enn forskjellene til befolkningen ellers. For resultatene i denne tabellen er det beregnet 95 prosent konfidensintervall. * markerer at konfidensintervallene ikke overlapper hverandre.

Det er faktisk flere sosialhjelpsmottakere enn uførepensjonister som oppgir å ha dårlig helse. Dersom man ser på svarfordelingen på alle verdiene på dette spørsmålet, ser man

⁵ Svaralternativene i LKU er Mye og svært mye

imidlertid at det også er flere sosialhjelpsmottakere som har utmerket og meget god helse. Andelen som svarer ”dårlig” og ”nokså god” til sammen er omtrent lik i de to gruppene. Resultatene fra de andre spørsmålene er noe blandet, men det er sosialhjelpsmottakerne som kommer dårligst ut på flest av spørsmålene. På spørsmålene om fysisk helse hindrer en i å utføre gjøremål svarer signifikant flere uførepensjonister positivt. Det er særlig på spørsmål som måler psykisk helse at sosialhjelpsmottakere skårer dårligere.

3.3.3 Smerter

Da vi skulle kartlegge funksjonsevnen hos langtids sosialhjelpsmottakere, var vi interessert i å vite hvor mange av sosialhjelpsmottakerne som rapporterte smerte. Som vi så i det foregående opplever 20 prosent av utvalget at smerte påvirker arbeidet mye eller svært mye.

Tabell 3-3. *Er du ofte plaget med smerte. Prosentandeler . (Ikke aldersstandardiserte tall for befolkningen).*

	Sosialhjelp. (n=554)	Befolkningen (n=1912)
Ja	46	28
Nei	51	69
Ikke svart	3	3
Total	100	100

Det går fram av tabellen at 46 prosent av sosialhjelpsmottakerne svarer at de er plaget med smerte. Sammenligner vi langtidsmottakere av sosialhjelp mot normalbefolkningen, ser vi at sosialhjelpsutvalget skiller seg vesentlig fra den norske normalbefolkningen, ved at mange flere av sosialhjelpsmottakerne rapporterer smerte. I normalbefolkningen er det 28 prosent som rapporterer at de ofte er plaget med smerter.

Sammenligningen med normalbefolkningsstudien på spørsmålet om smerter er ikke alderstandardisert. Det er derfor av betydning å opplyse om at gjennomsnittsalderen på respondentene i denne studien er svært ulik. Gjennomsnittsalderen i funksjonsevnestudien er som tidligere nevnt 34 år. De informantene som rapporterer at de har smerter har en gjennomsnittsalder på 36 år. I smertestudien gjort på den norske normalbefolkningen er gjennomsnittsalderen 45 år. Gjennomsnittsalderen i normalbefolkningsstudien er altså vesentlig høyere enn i denne studien (Rustøen, Wahl 2004). Når vi vet at tendensen til å rapportere og oppleve smerter øker med alderen, er tydelig at smerter er et betydelig problem for langtidsmottakere av sosialhjelp.

Sammenhenger med smerte

Tabell A-2 (se appendix) viser at de kvinnelige langtidsmottakerne av sosialhjelp i denne undersøkelsen rapporterer smerter oftere enn menn, alt annet likt. Tendensen til å rapportere smerter øker jo eldre langtidsmottakerne er. Å føle seg som en del av en etnisk minoritet øker sjansen for å ha smerter sammenlignet med ikke å oppleve seg som en del av en etnisk minoritet når alt annet er likt

3.3.4 Psykisk helse

I tabell 3-4 vises hvor store andeler av sosialhjelpsmottakerne i undersøkelsen som oppgir å være veldig mye eller ganske mye plaget av forskjellige psykiske plager vi har spurt om. I tillegg viser den gjennomsnitt og standardavvik for utvalget for hvert spørsmål som teoretisk varierer mellom én (Ikke plaget) og fire (Veldig mye plager). Mange sosialhjelpsmottakere opplever disse plagene, fra 15 prosent som har opplevd plutselig frykt uten grunn i løpet av de to siste ukene, til 47 prosent som føler håpløshet med tanke på fremtiden. Plagene er langt mer utbredt enn i den yrkesaktive befolkningen. Blant sosialhjelpsmottakerne er ikke dette noe som plager et lite mindretall, men på de fleste spørsmålene er det en tredjedel eller mer som svarer at de er plaget.

Tabell 3-4. *Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget av noe av dette? (N=527-537) Veldig mye eller ganske mye plaget. Prosentandeler. Aldersstandardisert.*

	Sosialhjelpsmottakere			Yrkesaktive		
	% plaget	Gj.snitt	St.av.	% plaget	Gj.snitt	St.av.
Plutselig frykt uten grunn?	15	1,65	0,90	1	1,11	0,38
Matthet eller svimmelhet?	19	1,81	0,87	2	1,13	0,40
Stadig redd eller engstelig?	22	1,81	0,95	3	1,26	0,52
Lett for å klandre deg selv?	32	2,11	1,02	6	1,42	0,62
Følelse av å være anspent?	34	2,16	1,00	7	1,42	0,67
Nedtrykt, tungsindig?	37	2,18	1,02	7	1,40	0,67
Følelse av å være unyttig?	36	2,20	1,07	4	1,28	0,57
Følelse av at alt er et slit?	44	2,37	1,07	4	1,19	0,52
Søvnproblemer?	42	2,37	1,05	6	1,38	0,65
Håpløshet m.t.p. fremtiden?	47	2,48	1,13	5	1,32	0,62

Gjennomsnittsskåren på spørsmålene er 2,11 for sosialhjelpsmottakerne, som vist i tabell 3-5, mot 1,29 for den yrkesaktive befolkningen. Gjennomsnittsskår over 1,85 regnes som indikasjon på psykisk lidelse, som redegjort for i 3.2.1. Det gjelder en svært stor andel av sosialhjelpsmottakere, 58 prosent har psykiske plager, mot færre enn en av ti i den yrkesaktive befolkningen.

Tabell 3-5 HSCL-10. Gjennomsnittsskåre og forekomst (i prosent) av psykiske plager over grenseverdi for sosialhjelpsmottakere (N=530) og den yrkesaktive befolkningen (N=3859). Aldersstandardisert.

	Sosialhjelpsmottakere	Yrkesaktive
Gjennomsnittsskåre	2,11	1,29
Forekomst (≥ 1.85)	58 %	8 %
Cronbach's alfa	0,91	0,88

Sammenhenger med psykisk helse

Det er altså en svært stor andel som har psykiske plager i denne gruppen. Hvordan varierer dette innad i gruppen? Den logistisk regresjonsanalysen i tabell A-3 (se appendix), der den avhengige variabelen er kodet som over/ under grenseverdien 1,85 på HSCL-10, viser at de med høy utdanning har vesentlig lavere sjanse for å ha en psykisk lidelse enn de som ikke har utdanning over grunnskolen. De demografiske kjennetegnene kjønn, etnisk bakgrunn og alder har ingen betydning for sannsynligheten for å ha en psykisk lidelse.

Psykiske lidelser varierer noe med tidligere arbeidserfaring. Forskjellene mellom dem som nylig har vært i arbeid og de øvrige kategoriene er ikke signifikante, men de som har vært i arbeid for mer enn fem år siden har signifikant større sannsynlighet for å ha en psykisk lidelse enn dem som aldri har vært i arbeid.

Det som mer enn noe annet forklarer forekomsten av psykiske lidelser i denne analysen, er hvorvidt personene har rusproblemer eller ikke. De som har det, har over tre og en halv gang så stor relativ risiko for å ha en psykisk lidelse.

3.3.5 Rus: alkohol og narkotika

Tabell 3-6. Alkohol og narkotikaproblemer. Prosentandeler (N=542-48).

	Ja, noe	Ja	Ikke nå, men før	Nei
Har (hatt) problemer med alkohol	7	8	14	71
Opplever at andre synes har alkoholproblem	-	16	-	84
Har (hatt) problemer med narkotika	9	14	13	65
Opplever at andre synes har rusproblem	-	26	-	74

15 prosent av utvalget har problemer med alkohol, hvorav halvparten bare ”noe problemer” (tabell 3-6). Nesten like mange sier de *har hatt* problemer med alkohol. Andelen som opplever at andre synes de har et alkoholproblem er tilsvarende. Litt flere, 23 prosent, har problemer med narkotika, inkludert ni prosent som bare har litt narkotikaproblemer. Samtidig rapporterer 26 prosent at de opplever at andre mener at de har et rusproblem.

En del har problemer med blandingsmisbruk. Av dem som har alkoholproblemer har 37 prosent også problemer med narkotika. Av dem som har narkotikaproblemer er det

25 prosent som har alkoholproblemer. Rundt halvparten av sosialhjelpsmottakerne hverken har eller har hatt alkohol- eller narkotikaproblemer.

Det er til sammen 32 prosent som opplever at andre synes de har et alkohol- eller rusproblem.

Sammenhenger med rus

Den multivariate regresjonsanalysen som presenteres i tabell A-4 (se appendix) viser at rusproblematikken er langt mer framtrødende blant mannlige sosialhjelpsmottakere enn blant kvinnelige. Det er også flere mannlige enn kvinnelige rusmisbrukere i normalbefolkningen. Det er i aldersgruppen 30 til 44 år at innslaget av rusproblematikk er størst. Videre analyser, som ikke er med her, viser at alkoholmisbruk er mest utbredt i den eldste aldersgruppen, mens disse i liten grad har problemer med narkotika. I den yngste aldersgruppen er det nesten like mange som i gruppen 30-44 år som har problemer med narkotika, mens det er få som har alkoholproblemer, slik at i sum forekommer rusmisbruk hyppigst blant de mellom 30-44 år. Blant menn i aldersgruppen 30-44 år i utvalget vårt er det hele 46 prosent som har rusproblemer.

Langvarige sosialhjelpsmottakere med innvandringsbakgrunn har i langt mindre grad enn etniske nordmenn problemer med rus. Sannsynligheten for å være rusmisbruker synker med økende utdanning. Risikoen for å ha rusproblemer er dobbelt så stor for dem som aldri har vært i arbeid og nesten dobbelt så stor for dem som ikke har vært i arbeid de siste fem årene, kontrollert for alder.

3.3.6 Opphopning av helseproblemer

Spørsmålet her er hvilken grad helseproblemene vi har sett på hopper seg opp i utvalget. Hvor mange har flere av disse problemene, og hvor mange har ingen av dem? Opptellingen er basert på spørsmålene om fysisk helse begrenser gjøremål, om en har dårlig psykisk helse (HSCL>1,85), om en har smerter og om en har rusproblemer. Tabell 3-7 viser at 21 prosent ikke har noen av disse helseproblemene. Det er drøye 20 prosent som har henholdsvis to eller tre av problemene, mens hver fjerde respondent har så mange som tre av problemene. Hver tiende respondent, har alle fire problemene.

Tabell 3-7. Opphopning av helseproblemer for fysisk helse begrenser gjøremål, har dårlig psykisk helse (HSCL>1,85), smerter og rusproblemer. (N=481).

0	21
1	22
2	23
3	24
4	11

3.4 Diskusjon

3.4.1 Generell helse

20 prosent av sosialhjelpsmottakerne har så alvorlige helseproblemer at de karakteriserer helsen sin som ”dårlig”. Når dette gjelder kun én prosent av den yrkesaktive befolkningen, gir det en indikasjon på at de som svarer dette har en helsetilstand som er vanskelig å forene med ordinært lønnet arbeid, i særdeleshet for sosialhjelpsmottakere som har redusert funksjonsevne på andre områder i tillegg. Dette vil vi imidlertid først få vite noe mer konkret om når vi i videre analyser undersøker betydningen av helse for å komme i arbeid i tiden etter vår kartlegging. Vi ser imidlertid allerede nå at de som har liten grad av tilknytning til arbeidslivet har dårligere helse enn andre, det er mange av dem med dårligst helse som ikke har vært i jobb de siste fem årene, eller ikke i det hele tatt.

Rundt halvparten av sosialhjelpsmottakere føler at enten fysisk helse eller følelsesmessige problemer reduserer deres aktiviteter i dagliglivet. Dette gjelder hele 67 prosent hvis vi summerer de to. I tillegg til å eventuelt hemme mulighetene for yrkesdeltagelse, går dette utover livskvaliteten. Blant annet er det i overkant av en fjerdedel som sier at helseproblemer av ulik art begrenser sosial omgang. For denne gruppen ser det dermed ut til at dårlig helse, ikke bare dårlig økonomi, kan være en årsak til lav sosial deltakelse. Som vi vil se i neste kapittel er det mange sosialhjelpsmottakere som deltar lite sosialt.

Samtidig er det langt fra alle som har helseproblemer. Særlig gjelder det de unge, som samtidig utgjør den største gruppen. Generelt vet vi at unge har best helse, og det gjelder også sosialhjelpsmottakerne, selv om det er en større andel i den yngste aldersgruppen som har dårlig helse enn blant ungdom flest. Siden det blant dem som er under 30 år er få som har dårlig helse, må de ha andre grunner til å være på sosialhjelp.

Andelen som oppgir å ha dårlig helse kan synes overraskende lav i denne undersøkelsen, både blant langtidsmottakerne og i den yrkesaktive befolkningen.

Svarkategoriene for generell helse er som nevnt innledningsvis ulik de kategoriene som er brukt i en del andre undersøkelser, og andelen som svarer ”dårlig helse” påvirkes i særlig stor grad av dette. For eksempel finner Elstad & Krokstad (2003) med utgangspunkt i HUNT-data at 60 prosent av de ikke-yrkesaktive (35-59 år) har dårlig helse. I de øvrige undersøkelser om sosialhjelpsmottakeres helse har man hatt med en gradering av ”dårlig” i svaralternativet. I undersøkelser fra 1990-tallet av sosialhjelpsmottakeres helse fant man at mellom 14 og 30 prosent opplevde å ha dårlig helse, men dette avhenger først og fremst av svaralternativer og utvalg (Seim m.fl. 1992, Hjelmdal m.fl. 1992, Brevik 1996).

Dette understøtter samtidig forståelsen av at den, til sammenligning, lille andelen vi finner, består av individer med store helseproblemer. Det faktum at det er flere sosialhjelpsmottakere enn uførepensjonister blant dem over 30 år som rapporterer dårlig helse, illustrerer også seriositeten av helseproblemene de opplever.

Vi har allerede nevnt at helse varierer med alder, blant sosialhjelpsmottakere som blant folk flest. Varierer helse etter andre sosiodemografiske kjennetegn på tilsvarende måte?

At det er mange av sosialhjelpsmottakerne som har lav utdanning har sammenheng med at det er mange i gruppen som har dårlig helse: Som i befolkningen for øvrig finner vi en helsegradient etter utdanning. Men vi vet ikke om dette skyldes at de med lav utdanning har større sannsynlighet for å bli sosialhjelpsmottakere når de blir syke.

Vi finner ingen forskjeller i sosialhjelpsmottakeres helse basert på kjønn og etnisk tilhørighet. I hvilken grad man finner kjønnsforskjeller i helseforhold i andre undersøkelser, avhenger av hvilket helsemål som brukes. I Levekårsundersøkelsen finnes det en svak tendens til at sannsynligheten for å ha dårlig helse er større for kvinner, men dette er ikke signifikant. Det samme finner Dahl & Elstad (2001). Menn i alle aldersklasser som var med i Helseundersøkelsene i Oslo (HUBRO) vurderte jevnt over sin helse som bedre enn kvinner gjorde (Grødtvedt 2002). Det er flere kvinner enn menn blant uførepensjonister. 17,2 vs. 13,1 per 1000 i 2001 (Dahl 2005).

Blom (1998) finner mindre sykdom blant innvandrere enn blant nordmenn basert på en levekårsundersøkelse blant innvandrere, men de er overrepresentert ved noen sykdommer. Dessuten finner han at innvandrere i større grad vurderer at sykdommen begrenser arbeidsevnen. Når man legger til grunn en subjektiv helsevurdering, kan forskjeller i funn skyldes både faktisk dårligere helse og kulturelle forskjeller for vurdering av egen helse. Det kan for øvrig også gjelde mellom sosialhjelpsmottakere og normalbefolkningen, menn og kvinner m.m. I HUBRO fant man at fødeland i høy grad var utslagsgivende for vurdering av egen helse. Blant innvandremenn i 40-årsalderen var det knapt 50 prosent

som vurderte sin helse som god eller svært god, mens tilsvarende tall for menn født i Norge var vel 80 prosent (Grødtvedt 2002).

Våre resultater som gjelder etniske minoriteter er beheftet med mye usikkerhet, både når det gjelder reliabilitet og statistisk styrke. Det er få som har oppgitt at de føler seg som en etnisk minoritet, og de som gjør det, kan tilhøre etniske grupper som er svært forskjellige seg i mellom. Senere skal registerdata kobles på Funksjonsevnestudien, og vi vil da få sikrere tall på innvandringsbakgrunn.

3.4.2 Smerter

Nesten halvparten av langtidsmottakerne av sosialhjelp rapporterer at de ofte er plaget av smerter. Dette er en betydelig høyere andel enn i den norske normalbefolkningen. Studien viser videre at sjansene til å rapportere smerter øker med økt alder, og at kvinner rapporterer smerter oftere enn menn. De to siste funnene samsvarer med normalbefolkningsstudien (Rustøen, Wahl, et al. 2004). Internasjonale studier viser den samme tendens. (Blyth et.al 2001; Buskila et al. 2000).

Videre bearbeiding av data fra funksjonsevnestudien vil kunne gi svar på om smertene som rapporteres er kroniske, hvilken intensitet de har, og om sosialhjelpsmottakere rapporterer smerter på sammen områder av kroppen som normalbefolkningen. Dette vil kunne si noe om hvor invalidiserende smertene er og i hvilken grad de kan hemme langtidsmottakeren av sosialhjelp å komme i arbeid.

Det er en tendens i materialet til at det å føle seg som en del av en etnisk minoritet øker sjansene for å rapportere smerter. Litteraturen har beskrevet kulturelle variasjoner i opplevelsen av smerte, men i vår studie skal vi være noe forsiktige med å trekke konklusjoner ettersom de som er med i dette utvalget er få og representerer alle verdensdeler.

3.4.3 Psykisk helse

At det først og fremst er mentale helseproblemer en stor andel av langtidsmottakerne av sosialhjelp lider av, er i tråd med den type belastninger som vil følge av å være fattig, eller relativt deprivert, i dagens velferdssamfunn, som vi var inne på i innledningen til dette kapittelet.

Dette funnet kan også tenkes å harmonere med seleksjonshypotesen, fordi det gjelder diffuse helseplager som kanskje ikke blir diagnostisert og utløser trygdeytelser så raskt. Den multivariate analysen viser imidlertid at det først og fremst er rusmisbruk som er korrelert med de psykiske lidelsene vi har kartlagt. Dette er i tråd med annen kunnskap

som har kommet de siste årene. Årsaksrekkefølgen mellom rusmisbruk og psykiske problemer har man i liten grad greid å finne ut av.

HSCL-10 er også tidligere blitt brukt som mål på sosialhjelpsmottakeres helse, i undersøkelsen *Stønadsmottaker 1990*, med N=1212 (Brevik 1996). Der brukes 1,75 som grenseverdi⁶. Brevik finner at 1/3 skårer høyere enn det. Gjennomsnittsverdien i den undersøkelsen er 1,62. Tallene i Funksjonsevnestudien er altså ganske mye høyere, men dette betyr likevel ikke nødvendigvis at sosialhjelpsmottakere har fått dårligere helse de siste 15 årene. Sannsynligvis avspeiler det blant annet at hans utvalg består av alle sosialhjelpsklienter, ikke bare langtidsklienter. Også Marthinsen og Moen (1999) har brukt HSCL, men deres undersøkelse er bare basert på 52 personer, som er noe lite for å bruke et slikt mål. Gjennomsnitt for hele utvalget var 1,73. Med andre ord fant heller ikke de så utbredte symptomer på psykiske plager som vi har funnet.

Til sammenligning fant (Strand m.fl. 2003), basert på Levekårsundersøkelsen i 1998, at gjennomsnittskåren for SCL-10 for hele befolkningen var 1,36. Blant dem med lav utdanning var den 1,43, og blant dem som oppgav å ikke ha noen inntekt forrige uke var den 1,44. 17 prosent av menn med lav inntekt hadde HSCL-25 skåre over 1,75. (Rognerud, Strand et al. 2002). Våre funn viser altså at sosialhjelpsmottakerne skårer betydelig dårligere på psykisk helse enn andre med lav inntekt.

Samtidig gir HSCL lavere andeler med psykiske lidelser enn andre tilsvarende måleinstrumenter, både på grunn av tidsdimensjonen, og omfanget av lidelsene som fanges opp. HSCL er ment å fange opp indikasjoner på depresjon og angst, men psykiske lidelser omfatter lang mer enn det. I HSCL skal respondentene oppgi plager *de to siste ukene*. Dersom tidsspennet hadde vært lenger, for eksempel et helt år, ville forekomsten av mentale plager også ha økt. For eksempel finner Kringlen m.fl. (2001) i en befolkningsstudie fra Oslo at 33 prosent av befolkningen hadde en psykisk lidelse i løpet av en tolv måneders periode. Her inkluderes også rusmisbruk og flere typer psykiske lidelser, noe som ville ha ført til at vår andel ville vært langt høyere.

Dessuten er det viktig å huske på at i vår rapport er forekomsten i normalbefolkningen kunstig lav som følge av alderstandardiseringen, i forhold til hva som kommer fram i andre undersøkelser. Uten alderstandardisering ville forekomsten vært på 10,2. Dette tilsvarer funn som er gjort i andre undersøkelser med samme måleinstrument.

⁶ Ved bruk av 1,75 som grenseverdi blir forekomsten i Funksjonsevnestudien 62,6%

3.4.4 Alkohol og narkotika

Rusproblematikk blant langtidsmottakere av sosialhjelp er sannsynligvis underrapportert i vår undersøkelse. 74 personer i det opprinnelige utvalget ble vurdert av sosialkontoret til å ha for store rusproblemer til å være i stand til å besvare spørreskjemaet.

Operasjonalisert ut fra hvem som opplever at andre synes at de har et alkohol- eller rusproblem, er det en tredjedel av sosialhjelpsmottakerne som har rusproblemer. Operasjonaliseringen kan problematiseres ved å sammenligne svarfordelingen på de ulike spørsmålene våre. Vi spurte om rusproblemer på to ulike måter: vi bad sosialhjelpsmottakeren selv angi hvorvidt han hadde rusproblemer, og så hvorvidt han oppfattet at andre syntes han hadde det. 75 prosent av dem som selv oppgir å ha et alkoholproblem opplever samtidig at andre synes de har det. 20 prosent av dem som har hatt et alkoholproblem, men ikke nå lenger, opplever at andre fremdeles synes de har et alkoholproblem. Bare tre prosent av dem som ikke oppgir å ha alkoholproblem opplever at andre synes de har det. 80 prosent av dem som sier de har rusproblemer opplever samtidig at andre synes de har et rusproblem. 30 prosent av dem som selv ikke lenger synes de har et narkotikaproblem opplever at andre synes de har et rusproblem, og det gjelder også seks prosent av dem som selv ikke mener å ha noe narkotikaproblem.

Vi kan ut fra gjennomgangen av grad av samsvar på de ulike spørsmålene konkludere med at resultatene fra de to ulike måtene å spørre om rusproblemer på korrelerer så godt at det er forsvarlig å bruke ”andres oppfatninger” som mål på slike problemer.

Vi har ikke funnet tilsvarende spørsmål i undersøkelser som dekker hele befolkningen, og det er derfor ikke mulig å sammenligne direkte. Det vanlige i spørreundersøkelser er å be folk angi hvor mye de drikker, og så sette en grense for hva man anser som ”stordrikkere” (minst ti cl. ren alkohol om dagen). Ut ifra denne definisjonen antar man at det finnes 60 -70 000 stordrikkere i Norge (Sirus).

Vi har også spurt hvor ofte de drikker alkohol, uavhengig av mengde. Resultatene fra dette spørsmålet er ikke rapportert i vår rapporten, men det er fem prosent som svarer at de drikker daglig eller nesten hver dag. Det vil si at det er langt færre respondenter som kan beskrives som ”stordrikkere” enn det er som oppgir at de har et alkoholproblem, og sammenligningen sier derfor ikke så mye. Et tilsvarende spørsmål om hyppighet av alkoholkonsum i Levekårsundersøkelsen viser at det gjelder bare rundt én prosent i befolkningen generelt.

Om tallene for alkoholmisbruk er usikre, er forekomsten av misbruk av illegale rusmidler enda mer usikkert. Det er anslått at det finnes mellom 11- 15 000 aktive

sprøytemisbrukere i Norge (Den norske lægeforening 2006). Tall for øvrige rusmidler finnes ikke, og vi vet heller ikke hvor utbredt blandingsmisbruk er i befolkningen. For populasjonen av sosialhjelpsmottakere er det imidlertid anslått at omkring 38 prosent har betydelige rusproblemer (Gundersen et al. 2004). Dette gir støtte til våre funn.

De som har rusproblemer har redusert sannsynlighet for å ha høyere utdanning og tidligere arbeidserfaring. Dersom rusmisbruket startet tidlig, er det sannsynlig at det har hatt konsekvenser for utdanning og arbeid. Samtidig er det nær sammenheng mellom psykiske problemer og rusproblematikk (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Det kan derfor tenkes at rus er en bakenforliggende faktor som forklarer mye av sammenhengen mellom sosialhjelpsbruk og psykisk helse, men samspillet mellom disse faktorene er komplekst.

3.5 Hovedfunn

- 20 prosent av sosialhjelpsmottakerne har dårlig generell helse. Nesten ingen i den yrkesaktive befolkningen har så dårlig helse.
- 45 prosent har så dårlig fysisk helse at det går utover evnen til å fungere i dagliglivet.
- På visse områder har sosialhjelpsmottakerne dårligere helse enn uførepensjonister. Av dem over 30 år svarer 25 prosent av sosialhjelpsmottakerne og 15 prosent av uførepensjonistene at de har dårlig helse.

-
- Blant sosialhjelpsmottakerne er det en spesielt høy forekomst av psykiske plager. Dette gjelder hele 58 prosent.
 - 46 prosent av sosialhjelpsmottakerne rapporterer at de ofte er plaget med smerter, mot 28 prosent i resten av befolkningen.
 - Ikke alle har helseproblemer. 21 prosent har verken dårlig fysisk eller psykisk helse, smerter eller rusproblemer. På den annen side har 79 prosent ett av disse problemene, eller flere.
 - 1/3 har problemer med rus. Det gjelder mest menn, aldersgruppen 30-44 år, etniske nordmenn, de med lav utdanning og de som ikke har vært i arbeid de siste fem årene.
 - Det er en sammenheng mellom rusmisbruk og psykiske lidelser blant sosialhjelpsmottakerne.
 - De som aldri har vært i arbeid har hyppigere enn andre svekket helse.

-

4 Sosial kapital

MARIT SLAGSVOLD & KJETIL VAN DER WEL

4.1 Innledning

Spørsmål vi skal besvare i dette kapitlet er: Hvor mye sosial kapital har sosialhjelpsmottakerne sammenlignet med andre deler av befolkningen? I hvilken grad har de generalisert tillit – tillit til folk flest? Har sosialhjelpsmottakerne mer tillit, mindre eller like mye som andre? Hva slags typer nettverk har de sammenlignet med befolkningen ellers? Til slutt stiller vi spørsmålet om sosial kapital er ulikt fordelt etter kjønn, alder, følelse av etnisk minoritetstilhørighet, utdanning og tid siden siste arbeidserfaring. Sosiale nettverk og tillit tenkes innenfor rammen av sosial kapital-teorien og representerer viktige ressurser som kan tenkes å hjelpe sosialhjelpsmottakerne over i arbeid eller over i en forbedret livssituasjon, og vil også kunne si noe om i hvilken grad de er inkludert i samfunnet.

Begrepet ”sosial kapital” bygger på ideen om at sosiale nettverk og relasjoner er en *ressurs*; en ressurs for dem som deltar i nettverkene, men også for utenforstående og for samfunnet som helhet. Det hersker en del uenighet rundt begrepets innhold og målenivå, men med sosial kapital menes det vanligvis “sosiale nettverk og normer om gjensidighet og tillit som springer ut av dem” (Putnam 2000: 19)⁷. De to viktigste byggesteinene i sosial kapital er *nettverk* og *tillit*. Disse komponentene representerer henholdsvis en strukturell og en kulturell dimensjon ved begrepet. Ulike måter å måle sosial kapital på dekker bredt fra indikatorer på uformell sosial omgang til deltakelse i organisasjonsliv eller frivillig arbeid, tilhørighet i lokalmiljø, tillit til andre, tillit til institusjoner, og verdier og normer om gjensidighet. De forskjellige indikatorene er ment å fange inn samhandlingsressurser både på individ- og samfunnsnivå.

Sosial kapital ses som en individuell ressurs ut i fra de relasjoner og nettverk enkeltpersoner har tilgang til, men forstås også som en fellesressurs. Et samfunn eller nærmiljø kan være rikt på sosial kapital i betydningen av at folk der har mye kontakt,

inngår i formelle og uformelle nettverk, og har høy tillit til hverandre. På denne måten vil også den som bor i et slikt miljø, men har lite individuell sosial kapital profitte. Sosial kapital-begrepet rommer slik forbindelsen mellom det individuelle, det lokale og det samfunnsmessige nivået. Begrepet er nært beslektet med sosiologiske begreper som sosial integrasjon og solidaritet og har røtter tilbake til flere av sosiologiens klassikere, blant andre Durkheim, Marx og Weber. Av nyere bidragsytere er de mest sentrale Bourdieu (1986), Coleman (1988) og Putnam (2000).

Sosial kapital har vist seg å ha betydning for både individers og samfunns livssjanser og vekstmuligheter, og mye av oppmerksomheten i sosial kapital-forskningen er rettet mot *effektene* eller *avkastningen* av sosial kapital, ikke først og fremst mot forekomsten. Mange empiriske funn kan vise til klare sammenhenger mellom sosial kapital og positive resultater på ulike levekårsområder. “Det viser seg å være en ofte sterk [positiv] sammenheng mellom sosial kapital og utdanning, økonomisk suksess, helse og [lav] kriminalitet” (Field 2003:62)⁸. Også på områdene psykisk helse, livskvalitet og det å komme i arbeid har sosial kapital vist seg å være viktig.

4.1.1 Fra sosial kontakt til sosial kapital

Sosiale ressurser i betydningen ”sosial kontakt” og ”sosial støtte” har vært studert i flere undersøkelser av langtidsmottakere av sosialhjelp som ble foretatt på 1990-tallet (Seim og Hjemdal 1992, Hove 1992, Sæbø 1993, Brevik 1996). I hovedsak ble sosial kontakt og sosial støtte undersøkt ut i fra spørsmålet om levekår blant sosialhjelpsmottakere (Seim og Hjemdal 1992, Hove 1992). Et klart funn i disse undersøkelsene var at mens sosialhjelpsmottakere skilte seg ut fra resten av befolkningen når det gjaldt blant annet utdanning, helse, arbeid og økonomi, så skilte de seg ikke ut når det gjaldt sosial kontakt. Sosialhjelpsmottakerne hadde tilnærmet like mye kontakt med sine foreldre, søsken og venner som andre, og like mange hadde fortrolige å snakke med. Studiene viste at sosialhjelpsmottakerne i liten grad var mer sosialt isolerte enn andre.

Sosial kontakt og sosiale nettverk ble først og fremst målt som kontakt med de nærmeste, selv om enkelte studier også inkluderte spørsmål om naboer, kollegaer og andre (Hove 1992). Dataene sa imidlertid ikke noe om innholdet eller kvaliteten på de sosiale nettverkene og dermed heller ikke noe om typen ressurser som de representerte. For å

⁷ Egen oversettelse.

⁸ Egen oversettelse.

nærme seg denne problemstillingen, ble det i en av undersøkelsene skilt mellom ”psykologisk nettverk” og ”økonomisk nettverk”, med henvisning til hvilke personer respondentene kunne henvende seg til når de var nedtrykte/deprimerte og hvem de kunne låne penger av (Hove 1992).

I sin kunnskapsoppsummering om sosialhjelp peker Hove og Langeng i kapitlet om fremtidige forskningsbehov på viktigheten av å gå videre i studiet av sosiale nettverk og få mer kunnskap om de sosiale nettverkenes kvalitet og innhold (Hove og Langeng 1997). I denne studien er hensikten å gå videre med dette spørsmålet om hvilke typer nettverk som representerer hvilke typer ressurser, og i hvilken grad sosialhjelpsmottakerne har tilgang til disse.

Ved å bruke sosial kapital-begrepet både utvides og spesifiseres spørsmålet om sosiale ressursers betydning. *Utvidelsen* ligger i å fokusere på tillit og gjensidighet, og de kulturelle betingelsene for at sosiale nettverk kan være til noen nytte. Her understrekes det relasjonelle aspektet, den enkeltes forbindelse med omgivelsene og forutsetninger for å kunne ta de sosiale ressursene i bruk. *Spesifiseringen* ligger i å undersøke *hva slags* nettverk sosialhjelpsmottakerne har, mer enn *om* de har nettverk. I forlengelsen av dette ligger fokuset på *effekten* av nettverket for å komme seg over i arbeid eller en forbedret livssituasjon. Det underliggende spørsmålet er hva som skal til for å bedre deres livssjanser og –situasjon. Dette vil vi belyse i senere analyser av datamaterialet.

4.1.2 Et differensiert begrep

Mye av litteraturen om sosial kapital fokuserer på de positive resultatene av mye sosial kapital, og denne sammenhengen er godt dokumentert. Samtidig er sosial kapital i seg selv ikke nødvendigvis et gode, den kan også avstedkomme negative og uønskede effekter for individene og/eller samfunnet. For eksempel kan sosiale nettverk være ekskluderende og bidra til å reproducere ulikhet eller til å produsere asosial atferd. Dette diskuteres mye i litteraturen og det pekes på behovet for mer kunnskap om hva slags type sosial kapital som er av betydning for hvilke grupper og hvilke formål.

Det skilles gjerne mellom ulike typer sosial kapital (Woolcock 1998)⁹:

- ”bonding social capital” som viser til sterke *bånd* mellom personer med lik bakgrunn og sosial identitet, som for eksempel familie og nære venner.
- ”bridging social capital” viser til svakere bånd – eller *broer* – mellom personer med ulik bakgrunn og sosial identitet knyttet til kjønn, alder, utdanning, etnisitet, klasse, osv.
- ”linking social capital” viser til klatrende *stiger* til personer som befinner seg høyere oppe i rang – og statussystemet.

Mens bonding sosial kapital er viktige for å *klare seg*, er bridging sosial kapital viktige for å *komme videre* og linking sosial kapital viktige for å *klatre*. Nettverk med bonding sosial kapital kan være eksklusive og lukkede sirkler der særpregede identiteter og homogenitet forsterkes. Bonding sosial kapital kan være en viktig kilde til sosial støtte og følelse av tilhørighet. Nettverk med bridging sosial kapital og folk fra ulike sosiale sirkler derimot, bidrar til å skape bredere og mer sammensatte identiteter og lojaliteter (Putnam 2000). I litteraturen om sosial kapital er det særlig fokus på bridging sosial kapital og dens integrerende effekt både for individet og samfunnet. Nettverk med mye bridging sosial kapital antas å skape tillit og gjensidighet mellom individene. Forklaringsmekanismer her knytter seg blant annet til at nettverk formidler informasjon, innflytelse, erfaringer med tillit, løfter og forpliktelser (Lin 2001).

4.1.3 Hvorfor er sosial kapital relevant for sosialhjelpsmottakerne?

I alle internasjonale studier topper Norge og de nordiske landene statistikken når det gjelder å ha mye sosial kapital (OECD 2001). Nordmenn er sosialt og sivilt deltakende og ikke minst har de høy sosial tillit til andre. Dette vekker internasjonal oppmerksomhet og nysgjerrighet, særlig fordi Norge også scorer høyt når det gjelder velferd og velstand. I denne sammenhengen er det interessant å spørre hvordan denne ressursen som også antas å være et fellesgode, er fordelt mellom befolkningen og en gruppe av de mest utsatte, nemlig langtidsmottakerne av sosialhjelp. Er tillit til folk flest jevnt fordelt eller er sosial kapital, som økonomisk og human kapital¹⁰, systematisk ulikt fordelt? Når vi sammenligner med den øvrige befolkningen får vi kunnskap om hvordan en skjev fordeling av disse

⁹ Av mangel på gode oversettelser for ’bonding’, ’bridging’ og ’linking’, vil vi videre i kapitlet benytte begrepene på engelsk.

nettverksressursene representerer og forsterker mulighetsforskjeller mht. å komme inn på arbeidsmarkedet og å bli selvhjulpne.

Granovetters teori om ”The strength of weak ties” viste betydningen av svake bånd for å skaffe seg en jobb (Granovetter 1973). Å ha tilgang på nettverk med mange svake bånd ga best resultater på jobbmarkedet. Siden den gang har flere studier pekt i samme retning, og i de senere årene har denne problemstillingen blitt ført videre med sosial kapital-begrepet og bridging sosial kapital. Studier fra England (Unwin 1996), Spania (Aguilera 2002) og Sverige (Korpi 2001) peker på sammenhengen mellom å være knyttet opp i sosiale nettverk og å få tilgang til arbeid. Studier av New Deal-arbeidsprogrammer fra England har vist at målrettet bruk av bridging sosial kapital, og også linking sosial kapital der deltakerne kobles til personer i høyere posisjoner enn dem selv, gir bedre resultater enn tradisjonelle kurs- og kompetansehevende tiltak (Field 2003). I en kanadisk studie fant man at sjansen for å bli selvhjulpne for sosialhjelpsmottakere var mer bestemt av sosial kapital enn av human kapital eller demografiske karakteristika (Levesque and White 2001).

Også i Norge vet vi at nettverk er viktige for å komme i jobb; tall fra A-etat har vist at 37 prosent får jobber gjennom personlige nettverk og at bare 50 prosent av nye stillinger utlyses. Hvem du kjenner teller i stadig større grad for om du får jobb. Nettverk er kanaler for å skaffe seg informasjon (f.eks. om jobber) men også for omdømme, sosial kompetanse og tilhørighet. I dette ligger det at sosial kapital også har betydning for andre forhold enn bare å komme i arbeid. Økt livskvalitet, sosial tilhørighet og muligheten til å nyttiggjøre seg aktiveringstiltak kan være eksempler på andre gunstige konsekvenser..

En av de mest robuste sammenhengene i sosial kapital-litteraturen er sammenhengen mellom sosial kapital og human kapital. Denne sammenhengen ser ut til å være sterkere for svakere stilte grupper. En norsk undersøkelse av minoritets elever konkluderte med at sosial kapital så ut til å ”trumfe” ulempene knyttet til sosial klasse og lite kulturell kapital (Lauglo 2000). Ettersom utvalget vårt mottar individuelt orienterte tiltak, rettet mot den enkeltes humane kapital, er sammenhengen mellom human og sosial kapital et viktig tema. Når så få av dem med størst problemer kommer i jobb som følge av arbeidsrettet tiltak, kan sosial kapital kaste lys over dette?

En kvalitativ studie av nitten personer som deltok på tiltaket Daghøgskolen kan illustrere relevansen av å skille mellom ulike typer nettverk for sosialhjelpsmottakere

¹⁰ 'Human kapital' referer til individers kunnskaper og ferdigheter

(Haug 2003). Daghøgskolen, som fokuserte på kompetanse og utvikling av deltakernes muligheter i utdanning, arbeid og samfunn, førte til en økning av sosial kapital blant deltakerne mens de var på tiltak. Dette ga positive utslag på blant annet selvtillit, mestring og følelsen av tilhørighet. Samtidig så det ikke ut til at deltakerne etter tiltakets slutt klarte å nyttiggjøre seg den økte sosiale kapitalen ved tilgang til nye arenaer, personer eller muligheter. Tvert i mot, flere opplevde at de hadde hatt tilgang på en ressurs som de opplevde å tape og savne etterpå. Grunner til dette var blant annet psykisk helse, manglende sosial kapital fra før og manglende sosial kapital blant de andre deltakere. Selv om de hadde utbytte av å være sammen med andre i samme situasjon, noe som tilsvarer bonding sosial kapital, ga ikke dette resultater i form av nye ressurser og muligheter. Flere oppga at de etter avsluttet tiltak hadde mer kontakt med lærerne enn med de andre deltakerne, noe som tilsvarer bridging sosial kapital. Dette ble satt i sammenheng med at deltakerne endret ønsker underveis, fra ønske om sosialt samvær til ønske om arbeid eller bedret økonomi. Dette sosiale nettverk som kan oppstå i et sosialt rom som Daghøgskolen, kan heller enn å være en styrke, opprettholde avvik, forsterke en marginal posisjon, og derved føre til at folk får mindre eller negativ kapital (Granovetter 1973, Haug 2003:89).

Mer om sosial kapital-begrepet og anvedelse av det i norsk forskning kan leses i Norges Forskningsråds utredning av begrepet (Norges Forskningsråd, 2005).

4.2 Metode

Tillit utgjør den ene dimensjonen i begrepet sosial kapital og refererer til ”generalized trust” eller generell sosial tillit. Det dreier seg her om tillit en har til ”generelle andre”, til tenkte og tilfeldige personer en kan støte på. I sosial kapital-sammenheng betraktes tillit som en viktig forutsetning for samhandling med andre, og kan nesten forstås som en motivasjon for samhandling.

Graden av tillit til andre, eller sosial tillit, måles gjennom tre spørsmål. Spørsmål 1 omhandler det å stole på folk: ”Vil du si at folk flest er til å stole på, eller at man ikke kan være forsiktig nok i omgangen med andre mennesker?” Respondentene blir bedt om å sette ring rundt et tall på en skala fra 0 til 10, der 0 er liten tillit og 10 er mye tillit. Spørsmål 2 omhandler ærlighet: ”Tror du at folk flest ville prøve å utnytte deg hvis de fikk muligheten, eller ville de forsøke å være ærlige?” Også på en skala fra 0 til 10. Spørsmål 3 tematiserer hjelpsomhet: ”Vil du si at folk stort sett forsøker å være hjelpsomme eller at de stort sett

sørger for seg selv?” Tilsvarende skala fra 0 til 10. Dette er konvensjonelle mål for sosial kapital (Putnam 2000).

I presentasjonen av dataene om tillit deler vi skalaen i tre slik det gjøres i en del andre undersøkelser. De som scorer fra 0-3 har liten tillit til andre og regnes som ”low trusters”, de som scorer fra 4-6 har middels tillit og de som scorer fra 7 til 10 har mye tillit og regnes som ”high trusters”, de tillitsfulle. Vi vil sammenligne med tall for normalbefolkningen basert på data fra European Social Survey (ESS 2002).

Ved hjelp av spørsmål om relasjoner til familie og venner, ønsker vi å kartlegge i hvilken grad sosialhjelpsmottakerne har tilgang på sosial støtte, sosial kontakt og praktisk hjelp. På denne måten kan vi si noe om sosialhjelpsmottakernes bonding-relasjoner. Spørsmålene som er benyttet her ligner spørsmål som har vært brukt i tidligere levekårsundersøkelser både blant befolkningen og blant sosialhjelpsmottakere. Her vil vi sammenligne med tall fra Levekårsundersøkelsen 2002.

For å kunne si noe om langtidsmottakernes bridging sosial kapital, har vi spurt om kontakt med naboer, deltakelse i organisasjoner og foreninger, og deltakelse i ulike fritidsaktiviteter som innebærer kontakt med andre. Det å være medlem i en organisasjon eller å være aktiv i frivillig arbeid står sentralt i forskningen om sosial kapital og har vist seg å ha være sterkt korrelert med sosial tillit. Det bridging elementet i slik deltakelse er at mange frivillige organisasjoner er møtesteder for mennesker med ulik bakgrunn hva gjelder alder, kjønn, etnisitet, klasse osv. Sosial kontakt og samhandling på tvers av sosial og kulturell tilhørigheter tenkes å bidra til å bygge tillit og normer om gjensidighet. Forekomsten av bridging-relasjoner sammenlignes med tall fra SSBs statistikkbank og Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (LAG).

Til slutt skal vi analysere tillit, sosial deltakelse og sosial støtte ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse. Her skal vi se om det er interne variasjoner i utvalget med hensyn til kjønn, alder, utdanning og tid siden siste arbeidserfaring.

4.3 Resultater

4.3.1 Tillit

Tabell 4-1. *Sosial tillit: Prosentandel med liten sosial tillit. Sammenligning med normalbefolkningen. Aldersstandardisert.*

	Sosialhjelpsmottakerne (N=545-8)	Bef.* (N=1633-5)
Ikke være forsiktig nok	36	7
Andre vil utnytte meg	29	5
Andre sørger for seg selv	32	11

* European Social Survey 2002

Som vi ser av tabell 4-1 skiller utvalget med sosialhjelpsmottakerne seg mye fra folk flest, med en langt høyere andel som har lite sosial tillit. I Norge har generelt en høy andel av befolkningen mye tillit til andre, over 60 prosent. Sosialhjelpsmottakerne skiller seg ut ved å ved at en betydelig lavere andel har høy tillit.

4.3.2 Sosiale nettverk med bonding sosial kapital

Her ser vi på sosialhjelpsmottakernes nettverk og innslaget av bonding sosial kapital. Ut fra sosial kapital-begrepet antas slike bånd å finnes mellom personer som ligner hverandre hva gjelder sosial bakgrunn og identitet. Dette indikerer tilgang på ressurser som er viktige for å klare seg.

Tabell 4-2. *Bonding sosial kapital: Ofte¹ kontakt med de nærmeste. Sammenligning med normalbefolkningen. Prosentandeler. Aldersstandardisert.*

	Sosialhj. (N=510-54)	Bef.* (N=4034-5096)
Har ofte kontakt med foreldre	69	74
Har ofte kontakt med søsken	58	67
Har ofte kontakt med venner	79	97

¹”Ofte” er månedlig kontakt eller oftere.

* Levekårsundersøkelsen 2002.

Vi ser av tabell 4-2 at langt over halvparten av sosialhjelpsmottakerne har hyppig kontakt med sine nærmeste, dvs. med foreldre, søsken og særlig med venner. Dette sammenfaller med tidligere funn og indikerer at flertallet av sosialhjelpsmottakerne ikke er sosialt isolerte, men i utstrakt grad har bånd til sine nærmeste. Likevel er det noe færre enn i befolkningen.

Hyppighet i kontakt sier i seg selv ikke noe om kvaliteten på kontakten, om den er god eller dårlig. Ved å fokusere på fordelingen mellom bonding og bridging sosial kapital i sosialhjelpsmottakernes nettverk kan vi gjøre noen antakelser om hva slags typer ressurser nettverkene representerer.

I neste tabell (tabell 4-3) ser vi på sosialhjelpsmottakernes tilgang på gode venner og om de har noen som står dem nær som de kan snakke fortrolig med, utenom familien.

Tabell 4-3. *Bonding sosial kapital: Har venner og fortrolige¹. Sammenligning med befolkningen. Aldersstandardisert.*

	Sosialhj. (N=548-56)	Bef.* (N=4695-5149)
Har gode venner på stedet	73	91
Har gode venner andre steder	76	88
Har noen å snakke fortrolig med (utenom familien) ²	72	91

*Levekårsundersøkelsen 2002.

¹ Andelene for Funksjonsevnestudien er for dem som har svart ”i perioder” eller ”hele tiden”, mens det for befolkningen er ”ja”.

² Spørsmålsformuleringen i Levekårsundersøkelsen omfattet ikke ”utenom familien”.

Tabellen viser noe av det samme mønstret med rundt tre fjerdedeler av utvalget som sier de har tilgang på gode venner og ”noen som står dem nær og som de kan snakke fortrolig med”. Med svært høye andeler i befolkningen på dette spørsmålet, er imidlertid forskjellen mellom utvalget og befolkningen noe større enn for spørsmålet om hvor ofte de har kontakt med de nærmeste. Dette kan skyldes spørsmålsformuleringen i Levekårsundersøkelsen, der ”utenom familien” ikke var med, men funnene i denne tabellen stemmer godt overens med tabell 4-2. Igjen finner vi støtte for at flesteparten ikke kan sies å være sosialt isolerte, og at forekomsten av bonding sosial kapital er relativt stor. Samtidig er det verdt å legge merke til at rundt 25 prosent svarer nei på spørsmålene om sosial kontakt. Dette kan innebære det at et relativt stort mindretall av sosialhjelpsmottakerne er sosialt isolert.

Selv om mange oppgir å ha gode venner og noen som står dem nær, er det 35 prosent som svarer at de ”ofte” føler seg ensomme, 40 prosent at de føler seg ensomme ”av og til”, 19 prosent ”sjelden” og seks prosent ”aldri”. Vi har ikke direkte sammenlignbare tall for befolkningen, men noen tall fra Statistisk sentralbyrå har vist at 95 prosent oppgir å være ”lite/ikke plaget” av ensomhet. Følelsen av ensomhet kan si noe om kvaliteten på relasjonene de har.

I tabell 4-4 er spørsmålet om de tror de ville få hjelp fra noen utenom det offentlige hjelpeapparatet hvis de ble akutt syke eller kom i en situasjon der de trengte hjelp. Over 62 prosent svarer ”ja”, at de ville få hjelp fra andre enn det offentlige. Mens elleve prosent svarte ”nei”, var det 27 prosent som svarte ”vet ikke”. Det vil si at bortimot 40 prosent ikke er sikre på om de har noen som kan hjelpe dem i en akutt situasjon.

Tabell 4-4. *Bonding sosial kapital: Tilgang på hjelp i en vanskelig situasjon – utenom det offentlige hjelpeapparatet (N=552). Prosentandeler.*

Ja	62
Nei	11
Vet ikke	27

Tabell 4-5. *Bonding sosial kapital: Tilgang på hjelp i en vanskelig situasjon – av hvem? (N=436) Prosentandeler.*

Familie	58
Venner	48
Naboer	15
Andre	12
Ingen	5

(Her kunne respondentene krysse av for flere)

Om vi ser på hvem de mener de ville fått hjelp fra, oppgir 58 prosent av dem som svarte ”ja” på at de ville fått hjelp, at de ville fått hjelp av familien mens 48 prosent ville fått hjelp av venner (tabell 4-5). Igjen tyder tallene på at båndene til familie og venner representerer hjelp og støtte til å klare seg. Vi ser også at 15 prosent ville fått hjelp fra naboer mens tolv prosent ville fått hjelp fra andre. Fem prosent ville ikke fått hjelp fra noen.

4.3.3 Sosiale nettverk med bridging sosial kapital

I dette avsnittet ser vi på i hvilken grad respondentene har bridging sosial kapital. Dette innebærer kontakt ut over sin egen nærmeste krets, til andre som kan utvide deres sosiale sirkel og bidra med ressurser de selv eller deres nærmeste ikke har.

Naboer regnes for å være en relasjon med innslag av bridging sosial kapital, dvs. de representerer større distanse og større innslag av heterogenitet enn bonding sosial kapital. Tabell 4-6 viser at noe under halvparten ikke kjenner noen naboer så godt at de besøker dem. Dette er nesten dobbelt så mange som i befolkningen. Typen av nabolag, mangel på fast bolig og kanskje mye flytting, er mulige forklaringer.

Tabell 4-6. *Bridging sosial kapital: Anall. naboer de kjenner så godt at de besøker dem. Sammenligning med normalbefolkningen. Prosentandeler. Ikke aldresstandardisert.*

	Sosialhj. (N=555)	Bef.*
Ingen	47	25
1	20	-
2	15	-
3 eller flere	18	-

* SSB

Sosialhjelpsmottakerne deltar vesentlig mindre i organisasjoner og foreninger enn normalbefolkningen (tabell 4-7). Sammenligningen med utvalget fra LAG viser at bare tolv prosent av sosialhjelpsmottakerne er aktive medlemmer, mot 41 prosent for samme aldersgruppe i LAG. Likevel er det mange som har vært aktive medlemmer tidligere, 37 prosent i funksjonsevnestudien mot 41 prosent i befolkningen i samme aldersgruppe. Andelen som aldri har vært medlem, halvparten av sosialhjelpsmottakerne, er imidlertid mye større enn tilsvarende andel i normalbefolkningen, der dette bare gjelder hver én av fem respondenter.

Tabell 4-7. *Bridging sosial kapital: Aktivt medlem i organisasjoner og foreninger for hele utvalget i FES og for aldersgruppen 40-49 i FES og LAG. Prosentandeler.*

	Soshj. alle (N=507)	Sosialhj. (N=108)	Bef. (N=1162)
Er aktivt medlem nå	11	12	41
Har vært aktivt medl. tidligere	33	37	41
Har aldri vært aktivt medlem	56	51	18

Når det gjelder den empiriske sammenhengen man tidligere har funnet mellom å være medlem i en organisasjon og å ha høy sosial tillit, har det vært stilt spørsmål ved om dette først og fremst skyldes seleksjon. Heller enn at folk får økt tillit ved å omgås andre i organisasjonsaktiviteter, kan det forholde seg slik at organisasjoner tiltrekker seg personer som allerede har mye tillit. Nyere studier kan tyde på at dette har mye for seg (Hooghe og Stolle 2003). I tråd med dette vil liten tillit blant sosialhjelpsmottakerne i vårt utvalg kunne være en forklaring på liten deltakelse i organisasjonslivet.

I tabell 4-8 har vi forsøkt å dele inn ulike gjøremål langs bonding-bridging-dimensjonen selv om ikke alle gjøremålene lett lar seg plassere. Spørsmålene er sortert skjønnsmessig med de med høyest relevans for bridging sosial kapital øverst i tabellen, og de med større innslag av bonding-relasjoner nedover. Tallene viser i første omgang at bortsett fra ”å hjelpe andre” er det flere sosialhjelpsmottakerne som utfører disse gjøremålene sjelden (sjeldnere enn noen ganger i året) enn andre i befolkningen. Det er store forskjeller for samtlige aktiviteter.

Tabell 4-8. *Sjelden deltakelse i sosiale aktiviteter og gjøremål¹ for hele utvalget og aldersgruppen 40 – 49 i FES og LAG. Prosentandeler*

	Sosialhj. (N=539-548)	Sosialhj. (N=112-115)	Bef. (N=1163)
Sjelden frivillig arbeid for for./org	86	90	52
Sjelden på kurs/foredrag	72	84	42
Sjelden trening innendørs	69	84	55
Sjelden på kino/utstilling	69	88	37
Sjelden på internett/e-post	49	71	28
Sjelden på kafe/restaurant	45	62	13
Sjelden turer utendørs	27	33	5
Sjelden besøk av/hos andre	15	24	2
Sjelden hjelper andre	9	14	46

¹ (Sjelden = "sjelden" og "aldri", sjeldnere enn "noen ganger i året")

Hvis vi først ser på tallene for sosialhjelpsmottakerne, ser vi at de aktivitetene som flest sosialhjelpsmottakere gjør sjeldent i større grad er de antatte bridging aktivitetene øverst i tabellen. I den andre enden av tabellen er det fallende andeler som sjelden deltar i bonding aktiviteter, i særlig grad "besøk hos/av andre" og "hjelper andre". Denne tendensen gjelder både for hele utvalget av sosialhjelpsmottakere og for aldersgruppen 40-49 år, men er sterkere for hele utvalget. Hvis vi sammenligner 40-49-åringene i utvalget vårt med samme aldersgruppe i normalbefolkningen, ser vi at hovedbildet er det samme som for befolkningen med lavere andeler for sjelden deltakelse i bonding aktiviteter. Det er interessant å merke seg at andelen som sjelden hjelper andre er betydelig større i befolkningen enn den er blant sosialhjelpsmottakerne.

4.3.4 Sammenhenger med sosial kapital: tillit, deltakelse og sosial støtte

I tabell A-5 (se appendix) har vi beregnet den relative sjansen for å rapportere liten tillit til andre, for å delta aktivt i organisasjoner og for å ikke ha noen fortrolige utenom familie på stedet (sosial støtte) for langtidsmottakerne av sosialhjelp i utvalget. Analysen gir svar på hvilke sammenhenger det er mellom kjønn, alder, utdanning, om en føler seg som en del av en etnisk minoritet og tid siden sist en hadde arbeid, og sosial kapital. Hvilke egenskaper hos sosialhjelpsmottakerne er det som henger sammen med sosial kapital?

Tillit

Når det gjelder tillit til andre finner vi at det ikke var noe forskjell på menn og kvinner i utvalget. Mellom de ulike aldersgruppene, derimot, var det tydelige forskjeller. Sammenlignet med de yngste i utvalget har 30-44-åringene 45 prosent lavere sjanse for å

ha lav tillit til folk flest, mens 45-60-åringene har 66 prosent lavere sjanse, alt annet likt. Det ser dermed ut til at jo eldre en er jo mer tillit har en til andre.

Videre finner vi at tilliten øker med høyere utdanning. De som har fullført videregående skole har redusert sjanse for å rapportere lav tillit. Tallet for de med høyest utdanning er ikke statistisk signifikant, men peker i samme retning. (Manglende signifikans skyldes antakelig at det er så få i utvalget med høyere utdanning). Denne gruppen har 32 prosent lavere sjanse for å svare at de har lav tillit til folk flest enn gruppen med kun grunnskoleutdanning, alt annet likt. Dermed kan vi si at de med kun grunnskoleutdanning har lavere tillit enn de med videregående eller høyere utdanning.

De som føler seg som del av en etnisk minoritet viste ingen betydelig forskjell fra de øvrige i tilbøyeligheten til å rapportere lav tillit.

Et viktig funn er at tidligere erfaring med arbeidslivet viser en temmelig sterk sammenheng med tillit. De som ikke har vært i arbeid de siste fem årene har nesten dobbelt så stor sjanse for å rapportere lav tillit til andre sammenlignet med dem som har vært i arbeid i løpet av de siste fem årene. De som aldri har vært i arbeid har noe lavere sjanse for å rapportere lav tillit enn dette, men fortsatt 64 prosent høyere enn dem som har vært i arbeid i løpet av de fem siste årene.

Oppsummert kan vi si at alder og utdanning henger sammen med tillit. De som står lengst unna arbeidslivet (i tid) har klart lavere tillit til folk flest.

Deltakelse

Sammenhengene med deltakelse i forening eller organisasjon, eller bridging sosial kapital, er ikke forskjellig for menn og kvinner. Det er heller ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom alder og deltakelse, noe som ikke er i tråd med det man vanligvis vil å finne i normalbefolkningen.

Det er heller ingen forskjell i tilbøyeligheten til å delta i organisasjoner og mellom dem med grunnskole som høyeste utdanning og dem som har fullført videregående. For dem som har fullført høyere utdanning er sjansen derimot hele fem ganger høyere enn for dem med grunnskole, alt annet likt. De med høyest utdanning deltar vesentlig oftere i organisasjoner og foreninger.

Det å føle seg som en del av en etnisk minoritet mer enn dobler sjansen for aktiv deltakelse i foreninger og organisasjoner, alt annet likt.

Også for deltakelse finner vi en klar sammenheng med avstanden til arbeidslivet i tid. De som ikke har vært i jobb de siste fem årene har 75 prosent lavere sjanse for delta i

foreninger og organisasjoner sammenlignet med dem som har hatt arbeid i løpet av de siste fem årene, alt annet likt. Også her finner vi en noe svakere effekt blant dem som aldri har vært i arbeid (49 prosent lavere enn for dem som har vært i arbeid i løpet av de fem siste årene).

Om sammenhengene mellom de målte egenskapene ved langtidsmottakerne og deltakelse i organisasjoner og foreninger, kan vi dermed si at å ha høyere utdanning og å føle seg som en del av en etnisk minoritet gir større sjanse for å delta i organisasjoner og foreninger, mens å ha vært uten arbeid en stund, eller aldri hatt arbeid, gir lavere sjanse.

Sosial støtte – å ha noen fortrolige

Til slutt finner vi for sammenhenger med sosial støtte, som indikerer bonding sosial kapital, at menn har nesten dobbelt så stor sjanse som kvinner for å ikke ha noen fortrolige utenom familien, alt annet likt. Mennene i utvalget har dermed vesentlig lavere tilgang på sosial støtte enn det kvinnene har.

Det ser ikke ut til å være noen sammenheng mellom sosial støtte og alder, utdanning eller å føle seg som en del av en etnisk minoritet.

De som har hatt arbeid, men ikke de siste fem årene, har 64 prosent høyere sjanse for ikke å ha noen fortrolige der de bor sammenlignet med dem som har hatt arbeid i løpet av de siste fem årene.

Oppsummert kan vi si at det å være mann gir størst risiko for å ha lite sosial støtte, og dernest at de som ikke har vært i arbeid på en god stund også er utsatt for sosial isolasjon.

4.4 Diskusjon

På grunnlag av analysene kan vi si at utvalget med langtidsmottakere av sosialhjelp er kjennetegnet ved å ha lite sosial kapital sammenlignet med folk flest. De har lavere tillit til andre og i mindre grad tilgang til nettverk som kan tilføre dem viktige ressurser. Sosialhjelpsmottakerne har også mindre kontakt med familie og venner, men her er forskjellene mindre iøynefallende. Resultatene fra analysen tegner et bilde av en gruppe med svært liten samfunnstilknytning og relativt få muligheter for sosial inkludering. Det er grunn til å tro at disse aspektene ved sosialhjelpsmottakernes sosiale kapital henger sammen og virker som en negativ spiral. Det å ha liten tillit til andre kan tenkes å virke inn på evnen til å etablere nettverk med ukjente eller folk flest, og lite erfaring med ukjente kan i sin tur svekke tilliten til andre.

Et annet viktig funn her er sammenhengen mellom arbeidstilknytning og sosial kapital i utvalget. Gjennomgående var det slik at de som sto lengst unna arbeidslivet, det vil si de som hadde vært i jobb men ikke de siste fem årene, og de som aldri hadde vært i jobb, hadde lavere sosial kapital. Dette stemmer overens med resultater fra flere studier som viser en positiv sammenheng mellom å ha mye bridging sosial kapital og sjansen for å finne arbeid blant vanlig arbeidssøkende. Disse studiene peker på at det ikke er hvem du er eller hva du kan, det er hvem du kjenner som betyr noe for å finne og få seg en jobb. Det handler om tilgang på informasjon om ledige jobber og muligheter, men også at noen kan gi anbefalinger eller referanser. Mangel på sosial kapital blant sosialhjelpsmottakere er dermed ensbetydende med færre kanaler og færre muligheter til å komme inn på arbeidsmarkedet. Videre er arbeidsplassen også en arena for utvikling av sosial kapital. Derfor kan det å ikke delta på denne arenaen forsterke et allerede svakt utgangspunkt. På jobben treffes folk med forskjellig bakgrunn og tilhørighet, noe som kan virke befordrende på den enkeltes sosiale kapital. Det har vært etterlyst flere studier av arbeidsplassen som arena for utvikling av sosial kapital, som en utvidelse av fokus på ulike kilder til sosial kapital (Field 2003). Hvorfor de som aldri hadde vært i jobb hadde noe større sjanse for høyere sosial kapital, i form av tillit og nettverk, enn dem som hadde vært i jobb, men ikke de siste fem årene, er vanskelig å svare på. Det vi kan si er at det ikke har med kjønn, alder, utdanning eller etnisk minoritetstilhørighet å gjøre.

En annen forklaring på hvorfor sosialhjelpsmottakerne har lavere sosial kapital, er at det å ha tillit til andre har sammenheng med hva man har opplevd under oppveksten og i barndommen. Grunnlaget for tillit legges tidlig. Vi så i kapittel to at mange hadde opplevd ulike problemer og belastende tilstander i oppveksten. Dette kan tenkes å virke negativt inn på tilliten de har til andre i dag. Samtidig har man innenfor sosial kapital-forskningen skilt mellom en grunnleggende type tillit og den sosiale tilliten, som man hevder er mer påvirkelig av erfaringer i voksenlivet.

En tredje hypotese kan stilles i forhold til miljøet noen av sosialhjelpsmottakerne befinner seg i. I et aktivt rusmiljø kan det for eksempel være gode grunner til ikke å ha tillit til folk flest. Stoler man på andre kan det straffe seg. I tillegg kommer det at tillit har en tendens til å gå i gode og dårlige selvforsterkende sirkler, med mistillit som avler mistillit likeså mye som tillit avler tillit.

Det kan også tenkes at aspekter ved velferdssystemet er med på å skape forskjellene som vi har sett i analysene mellom sosialhjelpsmottakerne og befolkningen ellers.. En slik hypotese ligger til grunn for forskningen som den svenske sosial kapital-forskeren Bo

Rothstein har gjort på sammenhengen mellom sosial kapital og utformingen av offentlig velferd. I en studie av fordelingen av sosial kapital mellom dem som mottar henholdsvis behovsprøvde ytelser som sosialhjelp og universelle ytelser, og dem som ikke mottar ytelser, finner de svenske forskerne at sosialhjelpsmottakerne skiller seg ut med liten sosial tillit (Kumlin og Rothstein 2004). Kontrollert for mange bakenforliggende faktorer, viser resultatene at de som mottar universelle ytelser eller ikke mottar offentlige ytelser har langt mer sosial kapital enn dem som mottar behovsprøvde ytelser. Forskerne argumenterer for at behovsprøvde velferdsordninger er med på å undergrave den sosiale tilliten mellom dem som mottar og gir ytelsene, men også til befolkningen generelt. I korthet er forklaringen at behovsprøvde systemer forutsetter kontroll og mistanke, som igjen er med å prege forholdet mellom mennesker. Dette mener de er forklaringen på det såkalte ”skandinaviske paradokset”, forekomsten av på den ene siden mye uformell, sosial, sivil og frivillig deltakelse, og på den andre siden omfattende offentlig velferd. Andre studier har vist en sammenheng mellom sosial kapital og type velferdsregime (Halvorsen 2005). Her fant man mest sosial tillit i land med sosialdemokratiske velferdsregimer og minst sosial tillit i land med tidligere sosialistregimer. Regimetype så ut til å kunne forklare mer enn individuelle kjennetegn av variasjonen i tillitsnivået mellom forskjellige land.

4.5 Hovedfunn

- Sosialhjelpsmottakerne har mindre sosial tillit enn befolkningen ellers. 36 prosent av respondentene har liten tillit til folk flest. Til sammenligning har bare sju prosent av den øvrige befolkningen liten sosial tillit.
- Et kjennetegn ved sosialhjelpsmottakernes nettverk er innslaget av bonding sosial kapital med mye kontakt med de nærmeste, som antas å ha lik sosial bakgrunn og identitet. Likevel har sosialhjelpsmottakerne mindre kontakt med familie og venner enn befolkningen ellers.
- Nettverkene ser i liten grad ut til å representere bridging sosial kapital, målt gjennom medlemskap i organisasjon og graden av frivillig arbeid, nabokontakt, og deltakelse i ulike sosiale aktiviteter. Sammenlignet med befolkningen har sosialhjelpsmottakerne betydelig mindre av denne typen sosial kapital.

-
- Å stå utenfor arbeidslivet henger klart sammen med mindre sosial kapital blant langtidsmottakerne av sosialhjelp i utvalget.
 - Mennene i utvalget mangler dobbelt så ofte som kvinner fortrolige utenom familie der de bor.

5 Kontakt med sosialkontoret

IVAR LØDEMEL, KJETIL VAN DER WEL & SILLE OHREM NAPER

Innledning

I dette kapitlet kartlegger vi langtidsmottakernes vurdering av kontakten de har hatt med sosialkontoret. Vi skal se hvilken grad respondentene i utvalget vårt synes det er lett å komme i kontakt med sosialkontoret, om de opplever at de får være med å avgjøre hva slags hjelp de skal få, om nivået på støtten er tilstrekkelig til å søke og skaffe seg jobb, og om de har blitt stilt vilkår til. Vi foretar også ulike sammenligninger når det gjelder spørsmålene om tilgjengelighet og brukervedvirkning. Her ser vi både på interne sammenhenger i utvalget, foreliggende funn fra andre samtidige studier og fra tidligere undersøkelser. Det siste har som siktemål å gi tentative vurderinger av utviklingen i brukererfaringer de siste 15 år.

Funksjonsevnestudien omhandler først og fremst ulike kjennetegn ved langtidsmottakerne av sosialhjelp. Dette kapitlet skiller seg ut ved at vi fokuserer på respondentenes vurdering av sin kontakt med tjenesteapparatet. Det er flere grunner til at vi har valgt å ta med dette temaet i spørreundersøkelsen.

Sammenlignet med flertallet av velferdsstatens brukere er sosialhjelpsmottakere sannsynligvis mer avhengige av å ha en god kontakt med ”sin” tjeneste. Når en person oppsøker velferdsstatens siste sikkerhetsnett, betyr det at andre muligheter er prøvd og at en dermed har begrensede valgmuligheter. Samtidig er ofte brukernes problemer sammensatt, noe som stiller høye krav til tjenestene som ytes fra sosialkontoret. Dette kan illustreres av at brukerne av sosialkontorer er de som er minst fornøyd med tjenestene sammenlignet med andre velferdsbrukere (Wedde 2005).

I tillegg til å sikre brukeren et materielt eksistensminimum, skal sosialkontoret også bidra med hjelpetiltak med sikte på gjøre brukeren selvhjulpent. Igjen er sosialhjelpsmottakere mer avhengige av kvaliteten på tjenesten- og kontakten med tjenesteapparatet enn hva tilfellet er med det flertallet som har andre rettigheter. Eventuelle konflikter, tilgjengelighetsproblemer eller andre forhold som fører til at brukeren avbryter sin kontakt med sosialkontoret vil i de fleste tilfeller ha ett av to utfall. Enten kan bruddet

bidra til at brukeren skaffer seg andre inntekter, for eksempel ved å komme i arbeid, eller bruddet kan føre til en forverring av en allerede utsatt posisjon/situasjon. Både bortfall av inntektssikring, hjelpetiltak og personlig kontakt med en sosialarbeider kan aksellerere prosesser i retning av sosial eksklusjon. På denne måten er kvaliteten på kontakten mellom bruker og tjeneste avgjørende for i hvilken grad idealene om brukermedvirkning blir oppfylt, og retten til en individuell plan blir reell.

Mens kontakten med sosialkontoret på denne bakgrunn er viktig for alle dets brukere, er langtidsmottakerne spesielt sårbare i situasjoner der de opplever denne kontakten som vanskelig. Sammenlignet med dem som kun mottar sosialhjelp i en kortere periode, og dem som mottar supplerende sosialhjelp i kort eller lang tid, er langtidsmottakerne per definisjon mer avhengig av den hjelpen sosialkontoret tilbyr.

Samarbeidet og kontakten med sosialkontoret er på denne måten interessant i et funksjonsevneperspektiv, ikke som en del av de individuelle ressursene og problemene, men som en relevant kontekst. Samarbeidet med sosialkontoret kan betraktes som en kontekstuell barriere eller ressurs, alt ettersom det fungerer godt eller dårlig. Dette kapitlet bidrar dermed til å utvide bildet av langtidsmottakernes ressurser og problemer, og muligheter for å komme over i mer tilpassede ordninger som jobb, tiltak eller trygd.

Dess lenger en person mottar sosialhjelp, dess større er sannsynligheten for fortsatt mottak. En viktig vei ut av langtidsmottak er overgang til arbeid (Lien og Sivertstøl 2006). Jo lenger en har mottatt sosialhjelp, dess fjernere er en fra arbeidsmarkedet. God tilgjengelighet, tilpassede ytelser og tiltak er derfor avgjørende for at langtidsmottakere skal lykkes i å komme i arbeid eller oppnå rettigheter til trygd som et varig alternativ til sosialhjelp. Dersom sosialkontoret derimot avgrenser seg til å tilby minimumsytelser, og lar være å tilby gode tjenester som sikter mot en selvhjulpen tilværelse, kan resultatet bli at kontoret heller enn å sikre hjelp til selvhjelp medvirker til langvarig avhengighet gjennom ”innelåsing”.

Økonomisk sosialhjelp er ment å være en kortvarig ytelse. Dersom arbeidet i sosialtjenesten er innrettet med dette som formål, utgjør langtidsmottakerne en gruppe som tjenesten ikke er innrettet på å betjene. På denne bakgrunn kan den nåværende kontakten med sosialkontoret være like avgjørende for brukernes funksjonsevne som tidligere erfaringer i for eksempel oppvekst og skolegang

I Funksjonsevnestudien finner vi store forskjeller i langtidsmottakernes helse og andre forhold som en kan anta vil påvirke evnen til å bli selvhjulpen. Når vi inkluderte et sett med spørsmål om mottakernes kontakt med sosialkontoret er vi derfor både interessert i

hvordan svarene kan sammenlignes med funn fra undersøkelser som fokuserer på hele spekteret av sosialhjelpsmottakere, og i hvilken grad det er forskjell mellom ulike grupper i utvalget. Gitt at de med flest problemer er de med sterkest behov for hjelp og støtte vil vi i dette kapitlet fokusere på om opphopningen av problemer innad i gruppen korrelerer med hvilke svar respondentene gir spørsmålene. Spørsmålene vi ønsker å belyse her er:

- Hvordan oppleves tilgjengeligheten til sosialkontorets tjenester?
- I hvilken grad opplever langtidsmottakerne at de er delaktige aktører i valg av støtteformer og tiltak?
- Er nivået på den økonomiske stønaden tilstrekkelig for å skaffe en jobb?
- Hvor mange sosialhjelpsmottakere har opplevd å bli stilt vilkår til, og opplever de det som hensiktsmessig for å komme i jobb?
- Finner vi interne forskjeller mellom ulike grupper langtidsmottakere, hva slags hjelp de får og hvordan de opplever/vurderer denne hjelpen?
- Skiller langtidsmottakernes erfaringer seg fra andre sosialhjelpsmottakere i dag?
- Skiller våre respondenters svar seg fra det som fremkom i studier av langtidsmottakere på 1990-tallet?

Tilgjengelighet og brukervedvirkning

På 1980- og 1990-tallet fikk ”tilgjengelighetsteorien” (Hoven 1980) stor oppmerksomhet i sosialhjelpsforskningen. Teorien skiller mellom *køer* (et sett av prioriteringsregler for hvordan køen av brukere skal prioriteres, *terskler* (definert som et sett av adgangsregler som definerer hvem som har rett til en ytelse), og *skranker* (regelsett for hvordan tildelingen av ytelser og samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker skal foregå). God tilgjengelighet er en første forutsetning for at sosialkontoret skal kunne tilby sine brukere nødvendig hjelp. I Funksjonsevnestudien har vi avgrenset oss til (ett) spørsmål som antyder graden av køproblemer.

Da tilgjengelighetsteorien oppsto var det mindre fokus på brukervedvirkning enn det vi ser i dag. Siden de konkrete målene er overlappende velger vi å diskutere spørsmålene knyttet til terskler og skranker som uttrykk for opplevd graden av brukervedvirkning. Når brukerne er sikret forsvarlig tilgjengelighet til sosialtjenesten, er det tjenestens oppgave å frembringe gode og individuelt tilpassede tilbud til dem som trenger det for å kunne tilpasse seg eller, helst, komme ut av en vanskelig situasjon. Brukervedvirkning er både et gode i seg selv og et middel til å oppnå gode tjenester (Andreassen 1998). Det første grunnlag ut fra deltakerdemokratiske ideal, altså som en rettighet for meningsberettigede samfunnsborgere. I denne sammenhengen vi mest opptatt av brukervedvirkning som et virkemiddel for å oppnå gode brukerrettede tjenester (NOU nr 13 2004). Ved at brukerne

aktivt trekkes med i utforming og valg av tjenester, kan brukermedvirkning være et virkemiddel for at tjenestene skal få høyere kvalitet og med det bli mer effektive virkemiddel for å forbedre og effektivisere tjenestene. De seneste årene har vi vært vitne til økt fokus på brukermedvirkning og brukerretting, som begge har vært sentrale virkemidler og mål for ulike nasjonale satsinger rettet mot sosialtjenesten i løpet av det siste tiåret. Brukermedvirkning er også nært knyttet til prosessen som har resultert i retten til å få utarbeidet en individuell plan (IP), en rett som også er lovfestet i sosialtjenesteloven.

I Funksjonsevnestudien har vi spurt om respondentene opplever at de selv er med på å avgjøre hva slags hjelp de skal få; om det er enighet mellom dem og saksbehandlerne om den hjelpeform som blir valgt; og om de har tillit til at saksbehandler har prøvd å finne de beste løsningene.

Nivå på støtte

Teorien bak spørsmålet om den økonomiske støtten fra sosialkontoret er tilstrekkelig til å søke og skaffe seg lønnet arbeid er at det er nødvendig med en viss økonomisk kapasitet for å være i stand til å søke jobb. Det kan for eksempel være å ha penger nok til å kunne se presentabel ut og ha tilgang på pc. Dette står i motsetning til ”incitamenttankegangen”, og troen på at stønadene må holdes lave for å oppfordre folk til å søke jobb og ikke låse dem inne i en klientrolle.

Sosialhjelpsmottakerne oppgir ofte at dette er et problem. SIFO konkluderer også med at det er en klar sammenheng mellom mestringsevne og størrelsen på livsoppholdsbeløpet (Borgeraas 2005:69). I følge Borgeraas er det spesielt de som vil, og mener de kan komme i arbeid, som opplever at lave ytelser setter stengsler for dem i bestrebelsene på å bli selvhjulpne (Ibid: 96). Telemarksforskning finner at de som er mest avhengige av sosialhjelp gjennomgående får lavere ytelser enn andre som følge av lokalt skjønn (Flermoen 2006). Langtidsmottakerne er mer avhengige av hjelpen fra sosialkontoret enn andre. Og om de refererte funnene gjelder denne gruppen, gir det grunn til å be om deres syn på hvorvidt den økonomiske støtten fra sosialkontoret setter dem i stand til å søke og skaffe seg jobb.

Bruk av og erfaringer med vilkår

Det kan stilles ulike vilkår som mottakeren må oppfylle for å få økonomisk sosialhjelp. Med økende vekt på ”arbeidslinja” i sosialpolitikken de senere årene, har det blitt mer vanlig å stille vilkår om arbeid som motytelse til sosialhjelp eller deltagelse i arbeidsrettede tiltak i regi av Aetat (Lødemel og Johannesen 2005). Det er usikkert hvor omfattende

bruken av slike vilkår er i Norge i dag. I landet som helhet fant Flermoen at om lag en av tre sosialarbeidere brukte vilkår om ”arbeid for sosialhjelp” ofte eller av og til (Flermoen 2006:59). I rapporten konkluderer Telemarksforskning med at innsamlet materiale tyder på at det har vært en økning av slik vilkårsbruk de siste årene (Ibid:60). I gjennomføringen av nasjonale satsinger med bruk av arbeidsrettede tiltak varierer vilkårsbruken. I Tiltaksforsøket ble det brukt vilkår for fire av fem deltakere i tiltak (Lødemel og Johannessen 2006:95). I arbeidssatsingen under Tiltaksplan mot fattigdom var det derimot bare brukt vilkår for omtrent halvparten av deltakerne (Schafft m fl 2005). Vi ønsker å undersøke hvor stor andel av sosialhjelpsmottakerne som har blitt stilt vilkår om arbeid eller deltagelse i arbeidsrettede tiltak, og i hvilken grad de fant dette hensiktsmessig med tanke på å komme i jobb.

Interne sammenhenger og sammenligninger

I rapporten for øvrig har vi sammenlignet kjennetegn ved sosialhjelpsmottakerne med normalbefolkningen. Det finnes naturligvis ingen undersøkelse av hvordan den øvrige befolkningen har opplevd møtet med sosialkontoret. Vi har derfor lett etter noen interne sammenhenger. Spørsmålet er om vi kan finne sammenhenger mellom karakteristika ved langtidsmottakerne og deres opplevelser og erfaringer i møte med sosialkontoret. Så langt det lar seg gjøre vil vi gjøre sammenligninger over tid og mellom grupper av sosialhjelpsmottakere. En hypotese kan være at mens kjøproblemer var fremtredende rundt 1990 - da antallet sosialhjelpsmottakere nådde ett historisk topp-punkt – kan andre former for tilgjengelighetsproblemer være mer fremtredende i dag. I tråd med funn fra andre studier kan det videre tenkes at langtidsmottakere opplever andre og sterkere problemer med tilgjengelighet sammenlignet med hele gruppen av sosialhjelpsmottakere.

Data og metode

Sammenligninger

I dette kapitlet nyttes både data fra vår survey og funn fra undersøkelser fra tidlig på 1990-tallet, samt brukerundersøkelser fra de siste to årene. I sammenlikningene mellom langtidsmottakerne og andre sosialhjelpsmottakere i dag bruker vi funn fra tre nyere studier: Samordningsforsøket som er evaluert av Telemarksforskning (Møller 2005), brukerundersøkelsen gjennomført av TNS-Gallup for Oslo kommune i 2005, og fra brukerundersøkelser gjennomført i regi av prosjektet ”bedre kommune”

(<http://bedrekommune.no>) i et større antall kommuner samme år. Da disse studiene omfatter hele spektret av sosialhjelpsmottakere, gir det mulighet til å sammenligne langtidsmottakernes kontakt med sosialkontoret med erfaringer gjort av gruppen sosialhjelpsmottakere sett under ett.

For å studere interne sammenhenger i vårt materiale har vi nyttet variabelen som viser opphopning av problemer hos langtidsmottakerne (se kapittel 7) for å se om det er sammenheng mellom brukererfaring med sosialkontoret og antall problemer en har..

I den historiske sammenligningen av langtidsmottakere nytter vi to studier: Olav Hoves studie av langtidsmottakere i Oslo (Hove 1992) der han intervjuet 168 langtidsmottakere av sosialhjelp i en bydel i hovedstaden i perioden 1989 til 1991¹¹. Siden undersøkelsen kun omfattet et sosialkontor, som hadde spesielt store tilgjengelighets- og kapasitetsproblemer i undersøkelsesperioden, gjør vi oppmerksom på at resultatene ikke er helt sammenlignbare. For ett av våre spørsmål ("tilgjengelighet") kan vi i tillegg nytte data fra Statistisk sentralbyrås landsomfattende "*Undersøkelse om stønadsmottakere i 1990*" (Sæbø 1993).

Multivariat analyse

De ulike temaene vil bli analysert ved hjelp av logistisk regresjon for å undersøke interne variasjoner mellom grupper i utvalget. I analysene vil vi benytte en variabel som viser opphopning av problemer hos langtidsmottakerne (se kapittel 7) for å belyse spørsmålet om i hvilken grad problembelastning påvirker hvor fornøyd en er med hjelpen en får. I krysstabellanalysene er den fullstendige versjonen av opphopningsvariabelen brukt, mens i de logistiske regresjonsanalysene har vi måttet bruke en redusert versjon av denne, fordi vi ikke kan kontrollere for de samme egenskapene to ganger. Dette gjelder utdanning og arbeidserfaring. Den fullstendige versjonen har slått sammen dikotome variabler for fysisk helsebegrensninger i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunntak, dårlig psykisk helse, kun grunnskole, kort arbeidserfaring. I den reduserte versjonen er utdanning og arbeidserfaring tatt ut.

Representativitet

Respondentene i Funksjonsevnestudien kommer fra 14 norske kommuner. Som vi så i kapittel 2 er de likevel med få unntak representative for populasjonen av langtidsmottakere i landet. I dette kapitlet må vi i tillegg spørre om *sosialkontorene* er representative for

landet som helhet. Mens god geografisk spredning, og både småkommuner og byer medvirker til god representativitet, skiller disse 14 kommunene seg ut på ett viktig punkt: De har alle deltatt i et fire-årig nasjonalt forsøk der ett hovedmål har vært å utvikle bedre tjenester for langtidsmottakere (Tiltaksforsøket 2000-2004). Selv om fokuset i forsøket var utviklingen av bedre arbeidsrettede tiltak, hadde forsøket flere delmål som siktet mot å forbedre den generelle innsatsen overfor målgruppen (Lødemel og Johannessen 2005). Samlet kan man derfor forvente at sosialkontorene i disse kommunene har opplevd en sterkere utvikling av tjenestetilbudet enn hva som er tilfellet i landets kommuner sett under ett. Om dette er riktig, er det mulig at svarene som presenteres i dette kapitlet gir et bilde av en mer tilgjengelig og brukerorientert sosialtjeneste enn ellers i landet¹². Avhengig av hvordan vilkår blir praktisert, kan økt bruk av vilkår utgjøre et unntak fra antagelsen om at tjenesten er blitt mer tilgjengelig og brukerrettet. Etter fire år med fokus på arbeidsrettede tiltak er det grunn til å forvente en mer omfattende bruk av vilkår i respondentenes hjemkommuner.

Resultater

Tilgjengelighet/ brukermedvirkning

Tabell 5-1. *Var det i 2004 lett å komme i kontakt med saksbehandleren din på sosialkontoret? Prosentandeler. (n=552).*

Alltid lett	Nesten alltid lett	Både/og	Nesten alltid vanskelig	Alltid vanskelig	Total
13	23	31	21	13	100

”Køproblemer” måles med spørsmålet om hvor lett det var å komme i kontakt med saksbehandler”. En tredjedel oppgir at det alltid eller nesten alltid var vanskelig å komme i kontakt med sosialkontoret, mens 37 prosent svarer at det var lett. 31 prosent svarer både/og.

Tabell 5-2 *I det store og hele, er du selv med på å avgjøre hva slags hjelp du får fra sosialkontoret? Prosentandeler. (n=550).*

I stor grad	I noen grad	Både/og	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke	Total
18	18	25	19	12	7	100

¹¹ I denne studien ble langtidsmottaker definert som ”personer som har mottatt sosialhjelp i minst 8 måneder de siste 2 år”. Respondentene var i alderen 20-49 år.

¹² Vi merker oss likevel at Møller (2005) fant små forskjeller i brukertilfredshet mellom kommunene som deltok i det nasjonale Samordningsforsøket og en gruppe sammenligningskommuner.

Resultatene viser at det er stor forskjell på hvorvidt man føler at man har innflytelse på hva slags hjelp man får fra sosialkontoret. Svarene fordeler seg omtrent i tre: Litt over en tredjedel av mottakerne synes de til en viss grad eller i stor grad har innflytelse på hvilken hjelp de skulle få. I underkant av en tredjedel synes at de ikke har innflytelse, mens den resterende tredjedelen er ambivalente, og svarer ”både og” eller ”vet ikke”.

Tabell 5-3. *I det store og hele, er du og saksbehandler stort sett enige om hva som skal gjøres for å hjelpe deg? (n=552).*

Enige	Både/og	Uenige	Vet ikke	Total
31	45	12	12	100

Kun tolv prosent sier her at de stort sett er uenige med saksbehandler, men nesten halvparten svarer både og. Omlag tre av ti er stort sett enige. Den store andelen som krysser av for mellom-svaralternativene kan enten forklares med at de har forholdt seg til mange ulike saksbehandlere som de i varierende grad er enige med, eller at det vedtas stadig nye tiltak.

Tabell 5-4. *I hvilken grad har du tillit til at saksbehandler har prøvd å finne den beste løsningen for deg? Prosentandeler. (n=553).*

I stor grad	I noen grad	Både/og	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke	Total
27	23	18	19	8	5	100

Nesten halvparten har tillit til at saksbehandler har prøvd å finne den beste løsningen. 27 prosent svarer at de ikke har tillit til saksbehandler på dette punktet.

Sammenlikninger av brukererfaringer

I denne delen gir vi tentative svar på to spørsmål. Det første spørsmålet er avledet fra tilgjengelighetsteorien som bygger på en forståelse av at ressurssvake vil ha størst problemer med tilgjengelighet og opplever minst grad av brukermedvirkning: Skiller langtidsmottakernes opplevelse av tilgjengelighet og brukermedvirkning seg fra gruppen sosialhjelpsmottakere sett under ett? For det andre spør vi om funn fra tidligere studier kan gi tentative svar på om langtidsmottakernes opplevelse av møtet med sosialkontoret har endret seg fra 1990 til i dag. Spørsmålet er inspirert av de endringer som vi har kunnet observere i sosialhjelpen i løpet av denne perioden. For det første er det grunn til å forvente at kø-problemene er mindre omfattende i dag enn for femten år siden. Den gang nådde sosialhjelpen en historisk topp med om lag 180 000 stønadstilfeller (1993). I dag er dette tallet redusert til om lag 130 000 tilfeller. Ettersom det ikke har foregått en nedbemanning på sosialkontorene i denne perioden burde det tilsi at det i dag er mindre køproblemer enn

det var tidlig på 1990-tallet. For det andre er det grunn til å spørre om de siste års fokusering på brukervedvirkning har ført til en sterkere opplevelse av brukervedvirkning hos dem som mottar sosialhjelp. Spesielt kan en slik utvikling forventes å ha skjedd i kommuner som har deltatt i nasjonale satsinger med økt brukervedvirkning som eksplisitt mål, noe som gjelder alle kommunene som har deltatt i Funksjonsevnestudien.

Vi sammenlikner først våre funn med andre nåtidige studier som omhandler hele gruppen av sosialhjelpsmottakere. I evalueringen av Samordningsforsøket ble det gjennomført en brukerundersøkelse i de deltakende kommunene (Møller 2005). To av spørsmålene omhandlet kø-problematikk.¹³ På begge spørsmål var flertallet fornøyd med tjenestens tilgjengelighet (henholdsvis 51 og 56 prosent). Dette er en høyere andel fornøyde enn det vi fant hos langtidsmottakerne (36 prosent) Ett spørsmål omhandlet brukervedvirkning¹⁴. Her oppga omtrent halvparten at de var fornøyd med tjenesten (51 prosent). Tallene tyder på at fornøydhet med både tilgjengeligheten og opplevelsen av brukervedvirkning var høyere i denne studien som var rettet mot hele spektret av sosialhjelpsmottakere enn tilfellet var hos langtidsmottakerne. Der svarte vel en tredjedel at de opplevde en brukerrettet tjeneste.

Både Funksjonsevnestudien og Samordningsforsøket henter data fra kommuner som har vært omfattet av nasjonale forsøk der brukervedvirkning inngår som sentralt mål. Andre undersøkelser favner kommuner som ikke har vært med på slike nasjonale satsinger. Brukerundersøkelsen for Oslo (Oslo kommune 2005) finner større grad av tilgjengelighet (75 prosent fornøyd) og omtrent samme fordelingen av brukertilfredshet som evalueringen av Samordningsforsøket. Et sett med kommuneundersøkelser gjennomført av Kommunes Sentralforbund (<http://bedrekommune.no>) finner på tilsvarende måte større grad av tilgjengelighet og brukerfornøydhet sammenlignet med Funksjonsevnestudiens survey til langtidsmottakere.

Denne fremstillingen av samtidige studier gir så langt støtte til tilgjengelighetsteoriens antakelse av om at langtidsmottakere opplever dårligere tilgjengelighet og mindre brukervedvirkning enn sosialhjelpsmottakere sett under ett.

For å undersøke dette videre, gjennomførte vi analyser der vi brukte graden av opphopning av problemer hos langtidsmottakerne i utvalget som uavhengig variabel i

¹³ Spørsmålene var noe annerledes formulert enn det som ble brukt i Funksjonsevnestudien: nå frem på telefon og ventetid for samtale med saksbehandler.

¹⁴ Spørsmålet omhandlet opplevelsen av å kunne påvirke veivalg eller løsning i forhold til egen sak.

analyse av to spørsmål knyttet til kontakten med sosialkontoret. Dette kan gi svar på om denne tendensen til at de med flere problemer er mindre fornøyd også gjelder internt blant langtidsmottakerne i utvalget vårt.

Tabell 5-5. *Alltid og nesten alltid lett å komme i kontakt med sosialkontoret etter antall barrierer Fullstendig opphøringsvariabel (fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunnlatelse, dårlig psykisk helse, kun grunnskole, kort arbeidserfaring).* (N= 452)

Antall barrierer:	0-1	2-3	4-7	Alle
<i>Lett å komme i kontakt?</i>				
Nei (Ikke ja)	56	66	72	65
Ja	45	34	29	35
	101	100	101	100

Tabell 5-5 viser fordelingen av dem som sier det alltid eller nesten alltid er lett å komme i kontakt med sosialkontoret for gruppene med null til ett problem, to til tre problemer og for dem med fire eller flere problemer. I siste kolonne ser vi tall for hele utvalget, slik vi også så i tabell 5-1. Tallet for dem som har svart alltid eller nesten alltid lett avviker så vidt fra tabell 5-1. Dette skyldes at det er en del som ikke inngår i opphøringsvariabelen, slik at utvalget er noe redusert i denne analysen (N=452).

Det gir mest mening å se på tallene for dem som har svart ja, fordi ”nei” her er en restkategori som inneholder alle som har svart noe annet enn alltid og nesten alltid lett, også kategorien ”Både/og”. Tallene viser en tydelig tendens til at det er mindre prosentandeler blant dem med flere problemer som har svart alltid og nesten alltid lett. Denne sammenhengen er signifikant. Blant dem som ikke har noen av problemene i opphøringsvariabelen eller bare ett er det 45 prosent som svarer dette, mens det blant dem som har fire eller flere problemer bare er 30 prosent.

Det kan være andre egenskaper ved sosialhjelpsmottakerne som skaper denne sammenhengen, slik som utdanning og arbeidserfaring. Derfor har vi gjort en regresjonsanalyse for å gi mer presise tall for denne sammenhengen (Se tabell A-6, appendix).

Analysen av sammenhengen mellom antall problemer og tilgjengelighet ved sosialkontoret viser at de som har flest barrierer/problemer er minst tilbøyelig til å rapportere at det er lett å komme i kontakt med sosialkontoret, alt annet likt. Sammenlignet med dem som ikke har noen av problemene i opphøringsvariabelen har de med 1-2 og flere enn tre problemer henholdsvis 44 og 49 prosent lavere tilbøyelighet til å rapporterer

dette. De som aldri har vært i jobb, har 35 prosent lavere tilbøyelighet enn de som har hatt arbeidserfaring de siste fem årene. Sammenlignet med de som kun har grunnskole har de med høyest utdanning 93 prosent høyere tilbøyelighet til å rapportere at det er lett å komme i kontakt med sosialkontoret.

Tilsvarende analyse av brukermedvirkning er gjengitt i tabellene 5-6 og A-7 (se appendix for A-7).

Tabell 5-6. *I stor grad og i noen være grad med på å avgjøre hva slags hjelp en får etter antall barrierer. Fullstendig opphopningsvariabel (fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunntatelse, dårlig psykisk helse, kun grunnskole, kort arbeidserfaring). (N= 447)*

Antall barrierer:	0-1	2-3	4-7	Alle
<i>Med på å avgjøre hjelp?</i>				
Nei (Ikke ja)	60	64	68	64
Ja	40	36	32	36
	100	100	100	100

Tabell 5-6 viser andelene som har svart ”i stor grad” og ”i noen grad” på spørsmål om en får være med å avgjøre hva slags hjelp en skal få på sosialkontoret, sammenlignet med dem som ikke har svart dette, for grupper med ulikt antall problemer. Tallene viser en svak negativ tendens til at det er en sammenheng mellom antall problemer og vurderingen av hvorvidt man opplever å være med på å avgjøre hva slags hjelp en får. Sammenhengen er ikke signifikant. Det er 40 prosent blant dem med ingen eller ett problem som svarer dette, mens det tilsvarende tallet blant dem med flest problemer er 32 prosent.

Tabell A-7 (se appendix) bekrefter at det er en svak ikke-signifikant sammenheng mellom antall problemer og brukermedvirkning. I tillegg ser vi at menn har 31 prosent lavere tilbøyelighet enn kvinner til å rapportere at de er med på å avgjøre hva slags hjelp de skal få, alt annet likt. De som er 30-44 år har 39 prosent lavere tilbøyelighet, og de som har videregående skole har 37 prosent lavere tilbøyelighet. De som aldri har vært i arbeid har 34 prosent lavere tilbøyelighet til å rapportere at de er med på å avgjøre hva slags hjelp de skal få.

Utviklingen i sosialtjenesten de siste femten årene gir videre grunn til å undersøke om disse problemene kan ha endret seg i løpet av denne perioden. Olav Hove (1992) fant i sin studie av langtidsmottakere i Oslo at tre fjerdedeler av respondentene opplevde dårlig tilgjengelighet hos sosialkontoret. Når andelen er høyere enn det vi finner i

Funksjonsevnestudien er forklaringen sannsynligvis både de spesielle tilgjengelighetsproblemene som preget sosialtjenesten i Oslo i den perioden¹⁵, og den generelle nedgangen i tilstrømmingen til sosialkontorene de siste femten årene. I en nasjonal studie som omfattet hele spektret av sosialhjelpsmottakere, var det 45 prosent som mente at det alltid eller nesten alltid var lett å få kontakt med saksbehandler (Sæbø 1993:21)

Finner vi en tilsvarende nedgang i problemer knyttet til brukermedvirkning? Mens 36 prosent av respondentene i Funksjonsevnestudien oppga at de i stor eller i noen grad opplevde at de var med på å avgjøre hva slags hjelp de fikk, var det tilsvarende tallet i Hoves studie 33 prosent. På spørsmål om de mente saksbehandleren hadde prøvd å finne den beste løsningen for dem var tallet på fornøyde 50 prosent i Funksjonsevnestudien og 45 prosent i studien fra 1992. Dette tyder på at sosialmottakernes opplevelse av brukermedvirkning ikke har forandret seg vesentlig de siste 15 årene.

Hove fant også at kontakten med sosialkontoret var dårligere for dem med (antatt) større opphopning av problemer¹⁶. Dette er dermed en tendens som må sies å ha vært stabil de siste årene.

Nivå på støtte

Tabell 5-7. Den økonomiske støtten fra sosialkontoret setter meg i tilstrekkelig stand til å søke/skaffe meg en jobb. Prosentandeler. (n=562).

Svært enig	Nokså enig	Nokså uenig	Svært uenig	Vet ikke	Total
8	21	22	33	16	100

Tabell 5-7 viser at over halvparten av utvalget ikke er enig i at nivået på den økonomiske ytelsen de får fra sosialkontoret er tilstrekkelig for å skaffe seg jobb. Andelen som er misfornøyd med den økonomiske støtten er større enn andelen som er misfornøyd med samhandlingen med og tilgjengeligheten på saksbehandleren.

Tabell 5-8. Svært enig eller nokså enig i at den økonomiske støtten fra sosialkontoret setter en i tilstrekkelig i stand til å søke/skaffe seg en jobb etter antall barrierer. Fullstendig opphopningsvariabel (fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunnlatelse, dårlig psykisk helse, kun grunnskole, kort arbeidserfaring). (N= 439)

Antall barrierer:	0-1	2-3	4-7	Alle

¹⁵ Hove viser til en studie fra Trondheim som underbygger dette. Berg (1986) finner en større grad av tilfredshet blant langtidsmottakere

¹⁶ I Hove's studie definert som svært lang tid på sosialhjelp, fattigdom og dårlige levekår.

Støtte tilstrekkelig?

Nei (Ikke ja)	47	70	86	71
Ja	53	30	14	29
	101	100	100	100

Tabell 5-8 viser andelene som har svart ”Svært enig” eller ”Nokså enig” på spørsmål om nivået på den økonomiske støtten setter en i tilstrekkelig stand til å søke/skaffe seg en jobb. Tallene viser en sterk sammenheng. Blant dem som ikke har noen eller ett av problemene i opphopningsindeksen er det 53 prosent som svarer at støtten er tilstrekkelig, mens i gruppen med flest problemer er denne andelen bare på 14 prosent. Denne sammenhengen er sterkt signifikant.

Tabell A-8 (se appendix) viser den relative sjansen for å rapportere ”svært enig” eller ”nokså enig” på spørsmål om nivået på den økonomiske støtten setter en i tilstrekkelig stand til å søke/skaffe seg en jobb. De med videregående skole har 44 prosent lavere tilbøyelig til å være enig i dette enn dem med grunnskoleutdanning. De med etnisk minoritetstilhørighet har imidlertid 88 prosent høyere tilbøyelighet til å rapportere at de er enige i utsagnet enn dem som ikke har det. De med flere barrierer har betydelig lavere tilbøyelighet til å være fornøyd med støtten fra sosialkontoret i dette henseende. De med 1-2 problemer har 63 prosent lavere tilbøyelighet, og de med flest problemer har hele 84 prosent lavere tilbøyelighet enn dem som ikke har noen av problemene som inngår i den reduserte opphopningsvariabelen.

Vilkår

Tabell 5-9. *Har sosialkontoret stilt vilkår om å delta på arbeidsretta tiltak og/ eller arbeid for sosialhjelp. Prosentandeler. (n=546).*

Ja	54
Nei	35
Vet ikke	11

Over halvparten av klientene i funksjonsevnestudien har opplevd at sosialkontoret har stilt vilkår om deltagelse i arbeidsrettede tiltak og/ eller å måtte arbeide for sosialhjelp (tabell 5-9). Dette er sannsynligvis flere enn i landet som helhet. Alle de 14 kommunene som er representert i denne spørreundersøkelsen har deltatt i tiltaksforsøket hvor nettopp bruk av arbeidsrettede tiltak var hovedvirkemidlet.

Basert på tidligere kunnskap som rapportert i innledningen, er det sannsynlig at langt flere har måttet delta på arbeidsrettede tiltak enn som har måttet arbeide for sosialhjelp.

Vi ønsket også å få vite i hvilken grad de som hadde opplevd å bli stilt vilkår til opplevde dette som hensiktsmessig. Spørsmålet (spm.75) skulle i utgangspunktet bare besvares av dem som hadde svart ja på det foregående. Men mens det var 295 som svarte at ja, sosialkontoret har stilt vilkår, var det 383 som besvarte spørsmålet om hvorvidt de opplevde at bruken av vilkår var hensiktsmessig. Da vi bare ønsket synspunktet til dem som faktisk hadde opplevd å bli stilt vilkår til, har vi valgt ut disse i tabell 5-10.

Tabell 5-10 *Hvis vilkår, opplever du at bruken av det er hensiktsmessig mht å komme i jobb? Prosentandeler. (N=289).*

Ja, bruken av vilkår er hensiktsmessig	51
Nei, bruken av vilkår betyr lite	30
Nei, bruken av vilkår virker mot sin hensikt	19
Total	100

Halvparten av dem som har erfart bruk at vilkår, opplever at bruken var hensiktsmessig. En tredjedel opplevde at bruken spilte liten rolle, mens 20 prosent opplevde at bruken virket mot sin hensikt.

Målet med å stille vilkår om å delta i arbeidsretta tiltak er at flere skal komme seg i arbeid. De har per definisjon ikke kommet dit på spørretidspunktet, men de opplever kanskje at deltakelse hjelper dem på veien til jobb. Hvorvidt bruken av vilkår faktisk har ført til at de har kommet i arbeid, kan vi foreløpig ikke svare på, men det vil bli et tema når deltagerne følges over tid.

Omfanget av bruken av vilkår er nylig kartlagt i en landsrepresentativ undersøkelse (Flermoen 2006). Det undersøkes ikke her hvor stor andel av sosialhjelpsmottakerne som har opplevd å bli stilt vilkår til, men saksbehandlere og sosialledere har redegjort for hvor ofte de benytter ulike typer vilkår. Det fremkommer at vilkår om Arbeid for sosialhjelp brukes lite: Kun 16 prosent av saksbehandlerne bruker det ofte, 17 prosent av og til og 67 prosent sjelden. Det er også spurt om bruk av ”Vilkår knyttet til kvalifiserings- eller kompetansehevende tiltak”, som kan antas å forstås noenlunde likt vårt ”arbeidsretta tiltak”. Denne typen vilkår er langt mer utbredt: 65 prosent av saksbehandlerne stiller ofte slike vilkår og 25 prosent av og til.

Det er også undersøkt hvilke grupper av stønadsmottakere som det oftest benyttes vilkår overfor, uten at type vilkår er spesifisert. 97 prosent av saksbehandlerne stiller ofte vilkår til unge stønadsmottakere, rundt 70 prosent stiller ofte vilkår til innvandrere og langtidsledige.

Tabell 5-11 nedenfor viser andelene som har svart at de har blitt stilt vilkår til for de ulike problemgrupperingene. Her ser vi at gruppen med to til tre problemer har høyest

andel som har blitt stilt vilkår til, 62 prosent, mot omtrent halvparten for de to andre gruppene.

Tabell 5-11. *Blitt stilt vilkår til etter antall barrierer. Fullstendig opphøringsvariabel (fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunnlatelse, dårlig psykisk helse, kun grunnskole, kort arbeidserfaring). (N= 447)*

Antall barrierer:	0-1	2-3	4-7	Alle
<i>Blitt stilt vilkår til?</i>				
Nei	50	38	48	43
Ja	50	62	52	56
	101	100	100	100

Regresjonsanalysen av sammenhenger med om en er blitt stilt vilkår til, tabell A-9 (se appendix), viser at menn har 60 prosent større sjanse for å bli stilt vilkår til enn kvinner, mens de i alderen 30-44 hadde 40 lavere sjanse for dette, alt annet likt. Det er ingen signifikant effekt av antall problemer.

Oppsummering og diskusjon

Tilgjengelighet og brukervedvirkning

Frekvensfordelingen viste at for utvalget som helhet opplevde en tredjedel at det var lett å komme i kontakt med saksbehandler, mens en tilsvarende andel opplyste at det var vanskelig. Kjøproblemer er derfor klart til stede. De tre spørsmålene som gir informasjon om opplevelsen av brukervedvirkning ga lignende resultater. En tredjedel oppga at de i liten eller ingen grad var med på å avgjøre hva slags hjelp de fikk. Bare en av ti rapporterte at de i liten grad var enige med saksbehandler om hva som skulle gjøres for å hjelpe dem. Når nesten halvparten svarte ”både/og” tyder det likevel på stor ambivalens rundt dette spørsmålet. At også en av fire hadde liten tillit til at saksbehandler har prøvd å finne den beste løsningen, tyder dette samlet på at et ikke uvesentlig mindretall opplever problemer knyttet til brukervedvirkning.

Når vi sammenlignet langtidsmottakernes svar med funn med nyere forskning rettet mot alle som mottar sosialhjelp, fant vi at langtidsmottakerne gjennomgående rapporterte om mindre grad av brukertilfredshet. Dette gjaldt både opplevelsen av tilgjengelighet og brukervedvirkning. Sammenligningen ga således støtte til tilgjengelighetsteorien. Om vi godtar at langtidsmottakere er mer å ressursvake enn gjennomsnittet av de som mottar sosialhjelp, tyder sammenligningen på at de ressursvake opplever større problemer knyttet både til tilgjengelighet og til brukervedvirkning.

Dette bekreftes langt på vei av analysene av interne variasjonen i utvalget. De multivariate analysene ga sterkest støtte til antakelsen knyttet til tilgjengelighet. De med flere problemer var også minst fornøyd tilgjengeligheten. Analysen knyttet til spørsmålet om brukermedvirkning ga et mindre entydig svar. Vi fant først at andelen som svarte at de i stor grad eller noen grad var med på å avgjøre valg av tiltak minsket i gruppene med flere problemer. I motsetning til spørsmålet om tilgjengelighet var denne sammenhengen ikke signifikant i regresjonen, men viste likevel en negativ effekt for dem med flere problemer.

Endelig var vi interessert i om tidligere forskning kunne gi oss innblikk om endring fra tidlig 1990-tall langs disse dimensjonene. Med et materiale med begrenset sammenlignbarhet til rådighet, kan vi så langt bare gi tentative antydninger om slike endringer. Dette var en periode med stor tilstrømming til sosialkontorene, og det er derfor sannsynlig at kø-problematikk var mer fremtredende den gang enn i dag. Studien av langtidsmottakere i Oslo (Hove 1992) viste større omfang av tilgjengelighetsproblemer enn det vi fant i utvalget til Funksjonsevnestudien. Tall fra en nasjonal survey rettet til hele populasjonen i 1990 tyder derimot på bedre rapportert tilgjengelighet enn hos dagens langtidsmottakere (Sæbø 1993). Med slike tvetydige funn kan vi ikke si noe om tilgjengeligheten er blitt bedre eller dårligere med årene.

Sammenlignet med Hove sin studie fra Oslo i 1990, fant vi ikke at den (tilsynelatende) forbedringer i tilgjengelighet for langtidsmottakere ga seg utslag i en tilsvarende øket rapportert tilfredshet med hensyn til brukermedvirkning¹⁷. I følge Hove var det en sterk sammenheng mellom (på den en siden) opplevd brukermedvirkning og problemer med tilgjengelighet. Dess større tilgjengelighetsproblemer, dess svakere brukermedvirkning. Dette underbygger at verken tilgjengeligheten eller brukermedvirkningen har bedret seg nevneverdig de siste femten år, og at det nå som den gang er de mest størst hopning av problemer som opplever størst problemer i sitt møte med sosialkontoret.

Nivå på støtte

Over halvparten av langtidsmottakerne i utvalget rapporterer at den økonomiske støtten fra sosialkontoret ikke setter dem i tilstrekkelig stand til å søke- og skaffe seg jobb. Videre fant vi en sterkt signifikant sammenheng mellom opphopning av problemer og dette spørsmålet. Dess flere problemer langtidsmottakerne hadde dess oftere oppga de at den

¹⁷ Vi har ikke tilgang til sammenlignbare data om brukermedvirkning på tidlig 1990-tall.

økonomiske støtten var for lav. Svarene på dette spørsmålet peker i samme retning som svarene på spørsmålene og tilgjengelighet og brukervedvirkning.

Det er kanskje ikke overraskende at mange mener at den økonomiske støtten er for lav. Men om svarene vi har fått stemmer godt overens med virkeligheten er det paradoksalt at et virkemiddel som skal motivere folk til å komme seg i jobb tvert i mot gjør det vanskeligere. Jobbsøking er et tidkrevende arbeid som i dag forutsetter aktiv bruk av internett. Om en ikke har råd til PC hjemme blir det mindre tid til jobbsøking. Å gjennomføre jobbintervjuer forutsetter også at en kan se representabel ut. Dette koster. Økonomi kan også være et viktig element i å skaffe seg kontakter og få innpass i nettverk som kan føre til at en får tilbud om jobb.

Vilkår

Over halvparten av klientene i funksjonsevnestudien har opplevd at sosialkontoret har stilt vilkår om deltakelse i arbeidsrettede tiltak og/ eller å måtte arbeide for sosialhjelp. Dette er sannsynligvis flere enn i landet som helhet. Halvparten av dem som har erfart bruk at vilkår, opplever at bruken var hensiktsmessig. En tredjedel opplevde at bruken spilte liten rolle, mens 20 prosent opplevde at bruken virket mot sin hensikt.

Det er ingen sammenheng mellom antall problemer og om en har blitt stilt vilkår til. Likevel har gruppen med to til tre problemer en høyere andel som har blitt stilt vilkår til enn de som ikke hadde noen og de som hadde flere enn tre problemer. Mennene rapporterer oftere enn kvinner at de blir stilt vilkår til, mens de i alderen 30-44 hadde lavere sjanse for dette.

Hovedfunn

- Det er store variasjoner i hvilken grad man er fornøyd med tilgjengeligheten og samhandlingen med saksbehandler. Det er nesten like mange som er misfornøyd som er fornøyd, og mange svarer vet ikke og både og.
- Mer enn hver tredje mener de får være med å avgjøre hva slags hjelp de får. Nesten like mange mente de ikke fikk anledning til dette.
- Litt over halvparten mener at nivået på den økonomiske støtten er utilstrekkelig for å skaffe seg jobb.

- I overkant av halvparten har opplevd at sosialkontoret har stilt vilkår for hjelpen. Av disse mener halvparten at bruken av vilkår var hensiktsmessig.
- Sammenligninger viste at langtidsmottakerne er mindre fornøyd med tilgjengelighet og brukervedvirkning enn andre mottakere av sosialhjelp.
- Sammenligning over tid kunne ikke gi svar på om tilgjengeligheten har blitt bedre siden nittitallet. Langtidsmottakerne opplever ikke mer brukervedvirkning i dag enn på nittitallet.
- Tendensen i den interne sammenligningen peker i retning av at de med flest problemer er mindre fornøyd med ytelsene.

6 Selvoppfatning, mestring og egenverd

KJETIL VAN DER WEL & BORGHILD LØYLAND

6.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi først undersøke hvordan langtidsmottakere av sosialhjelp svarer på spørsmål om mestring og egenverd. Vi redegjør også for hva de svarer på spørsmålet om hvor fornøyd eller misfornøyd de er med livet. Vi sammenligner våre funn med normalbefolkningen der det er mulig. Deretter skal vi se på sammenhengen mellom tid siden siste arbeidserfaring, kontrollert for effekten av ulike demografiske kjennetegn for henholdsvis mestring, egenverd og om de er fornøyde/misfornøyde med livet.

Selvoppfatning viser til individers generelle vurdering av seg selv. Denne vurderingen kan sies å bestå av to elementer; mestring og egenverd (Cast & Burke 2002:1042). Mestringsvurdering handler om i hvilken grad en ser på seg selv som handledyktig, mens vurdering av egenverd går på om en føler at en har verdi som individ (ibid). Mestring og egenverd er viktige psykologiske og følelsesmessige ressurser som setter oss i stand til å handle og delta i sosiale sammenhenger, og til å ta viktige valg i eget liv. Mestring kan videre defineres som ”kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke indre og /eller ytre krav, som etter en persons oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser.” (Lazarus og Folkman, 1984:141). Mestring handler altså om ulike typer atferd og psykologiske prosesser som individer tar i bruk når ens ressurser stilles på prøve. Strategiene og handlingene den enkelte person tar i bruk for å kontrollere så vel indre som ytre krav og konflikter kan være både hensiktsmessige og uhensiktsmessige.

Selvoppfatning er nært knyttet til identitet. I følge George Herbert Mead dannes selvet og selvoppfatningen gjennom samhandling med andre. Når vi får respons fra omgivelsene kan vi tenke oss inn i den andres sted og se oss selv ”utenfra” (Mead og Morris 1934). På denne måten konstitueres selv og identitet sosialt gjennom interaksjon med andre.

Mestring og egenverd er ressurser som kan tenkes å henge sammen med opplevelsen av egen posisjon i samfunnet, ulike sosiale roller og identiteter. Det er en etablert innsikt at også slike følelsesmessige ressurser er systematisk skjevfordelt i samfunnet; jo lenger ned i

det sosiale hierarkiet en befinner seg, jo lavere er opplevelsen av egenverd og kontroll over eget liv er lavere (Elstad 2000: 74-78, Roseberg & Pearlin 1978).

Samtidig er de følelsesmessige belastningene større. Sosiale hierarkier har en tendens til å oppleves som naturlige hierarkier, og for dem i de lavere sosiale sjiktene kan dette føre til frustrasjon, håpløshet, kronisk stress og mindreverdighetsfølelse (Wilkinson 1996). Å føle at det er lite en kan gjøre for å forandre situasjonen sin kan igjen ha konsekvenser for hvilke valg en gjør i forhold til utdanning og arbeidsliv, og for livsstil og helse. At sosialhjelpsmottakerne befinner seg i en marginalisert og stigmatisert situasjon gir i tråd med dette grunn til å forvente større grad av fatalisme, lavere mestringsfølelse, lavere egenverd og mindre generell fornøydhet med livet i denne gruppen.

Grunnlaget for mestring og egenverd kan vi anta legges tidlig i livet gjennom sosialisering og læring, og gjennom ulike hendelser og tilstander i oppvekstmiljøet. Sårbarhetshypotesen går blant annet ut på at de som vokser opp i ufordelaktige sosioøkonomiske omgivelser er mer utsatt for hendelser som påvirker følelsen av trygghet og tillit til samfunnet og andre mennesker i negativ retning (Elstad 2000: 74). Vi så i kapittel 2 at mange ble mobbet, hadde problemer med å få venner og opplevde ulike vanskeligheter i hjemmet. Alt i alt hadde sosialhjelpsmottakerne flere oppvekstproblemer enn vi ville vente å finne blant folk flest. Dette kan ha påvirket mestring og selvoppfattelse negativt.

6.2 Metode

Mestring måles i dette kapitlet ved hjelp av en mestringsskala med syv spørsmål (Pearlin & Schooler 1978) og med svaralternativer langs en fem-punkts Likertskala (se tabell 6-3). Ut fra disse er det konstruert en additiv indeks som teoretisk varierer mellom 7 og 35, der høyere tall skal indikere høyere mestringsfølelse. Spørsmålene ble summert for dem som hadde svart på alle. En sammenligning av indeksene vil bli gjort med tall fra Levekårsundersøkelsen 2002. Dette datasettet inneholder kun fem av spørsmålene. Derfor vil kun de samme spørsmålene benyttes fra vårt materiale i sammenligningen. I regresjonsanalysen vil imidlertid den fullstendige versjonen brukes. Analysen vil bli gjennomført som en lineær regresjon. I tillegg til at det ikke er vanlig å lage noen grenseverdi for hva som er høy og lav mestring, sikrer dette i større grad at den observerte variasjonen på variabelen blir (bedre) ivarettatt.

Indeksen har en Cronbach's alpha på 0,73 for Funksjonsevneutvalget når alle syv spørsmålene er med. Dette er innenfor det intervallet som er vanlig. Reliabiliteten for skalaen ser dermed ut til å være god. Tabell 6-1 viser sammenligningen med Levekårsundersøkelsen for versjonen med bare fem spørsmål. Det er verdt å merke seg at Cronbach Alpha i tabellen viser at reliabiliteten er størst for Levekårsundersøkelsen, og at varianten med kun fem spørsmål har bedre reliabilitet enn den med syv.

Tabell 6-1. *Sammenligning av mestringsindeks med fem spørsmål mellom Levekårsundersøkelsen 2002 og Funksjonsevnestudien.*

	LKU	FES
Cronbach Alpha	0,846	0,779
Gjennomsnitt	20,10	14,75
Varians	15,46	23,05
Standardavvik	3,93	4,80

Egenverd måles ved hjelp av self esteem-scale (Rosenberg 1965) som i vårt spørreskjema inneholder fem spørsmål med fire responsgrader (se tabell 6-4). Indeksen er konstruert for å måle voksnes følelse av egenverd (Rosenberg 1965, Robinson et al. 1991). I likhet med mestringsindeksen vil også denne brukes som en additiv indeks. Variabelen vil inngå i en lineær regresjonsanalyse. Nedenfor i tabell 6-2 ser vi at indeksen har en forholdsvis høy reliabilitet.

Tabell 6-2 *Selvoppfatningsindeks.*

Cronbach Alpha	0,803
Gjennomsnitt	12,89
Varians	11,23
Standardavvik	3,41

6.2.1 Fornøydhets med livet

Spørsmålet ” Hvor fornøyd eller misfornøyd er du alt i alt med livet ditt nå for tiden?” analyseres i logistisk regresjon. Her vil vi undersøke den relative risikoen for å svare misfornøyd og svært misfornøyd. (se tabell 6-5).

6.3 Resultater

6.3.1 Mestring

Tabell 6-3 viser grovt hvordan sosialhjelpsmottakerne har svart på mestrings spørsmålene. De opprinnelige svaralternativene var: svært enig, enig, hverken enig eller uenig, uenig og

svært uenig. For å øke lesbarheten av tabell 6-3 har vi slått sammen svaralternativene til enig, verken-eller og uenig. Det er også tatt med gjennomsnitt for utvalget som viser grad av mestringsfølelse for hvert spørsmål fra 1-5, etter de opprinnelige svaralternativene. Høyere gjennomsnitt indikerer høyere mestringsfølelse.

De fleste respondentene er ikke enige i at de har lite kontroll over hva som hender dem. Likevel er det 29 prosent som er enige i utsagnet. Det neste spørsmålet kan supplere dette. Her er det en god overvekt, hele 73 prosent, som er enige i at hva som hender dem først og fremst er avhengig av dem selv. Denne påstanden er det bare 11 prosent som er uenige i. Videre er halvparten av dem som har svart enige i at de har enkelte problemer de ikke klarer å løse selv, og en overvekt, 57 prosent, som er uenige i at det er lite de kan gjøre for å forandre viktige sider ved livene sine. Også det siste spørsmålet uttrykker en ganske sterk tro på egne handlingsressurser. Hele 63 prosent er enige i at hvis de bestemmer seg, kan de gjøre nesten hva som helst. Disse spørsmålene om mestring indikerer dermed at sosialhjelpsmottakerne i utvalget vårt generelt rapporterer en ganske sterk følelse av autonomi, til tross for at de som gruppe objektivt sett har mange problemer og befinner seg i en marginalisert situasjon med begrensede ressurser og muligheter.

Spørsmål fem og seks avdekker at det er ganske mange i utvalget som rapporterer avmaktfølelse. Til sammen 54 prosent er enige i at de ofte føler seg hjelpeløse stilt ovenfor problemer, og 56 prosent at de føler det som om de bare blir dyttet hit og dit i livet. Alt i alt gir dermed disse spørsmålene et noe tvetydig inntrykk. Gjennomsnittene for de enkelte spørsmålene viser også denne tvetydigheten. Spørsmål to, fem og seks trekker det samlede gjennomsnittet mest ned, mens spørsmål to trekker mest opp. Indeksen som ble brukt i tabell 6-1 der spørsmål to og syv var tatt ut hadde også bedre reliabilitet enn denne indeksen.

Tabell 6-3. *Mestringsressurser i prosentandeler og gjennomsnitt for fem svaralternativer der høyere tall indikerer bedre mestring. (N=539-43).*

	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Gjennomsnitt (Totalt=3,2)
1. Lite kontroll over hva som hender meg	29	27	45	3,32
2. Hva som hender er først og fremst avh. av meg selv	73	17	11	3,98
3. Noen av mine prob. kan jeg rett og slett ikke løse	50	17	33	2,74
4. Lite jeg kan gj. for å frndr. viktige sider ved livet mitt	22	21	57	3,51
5. Stilt overfor probl føler hjelpeløs	54	21	26	2,60
6. Føler som bare blir dyttet hit og dit i livet	56	17	27	2,58
7. Hvis jeg bestemmer meg kan jeg gjøre hva som helst	63	19	18	3,69

Hvis vi sammenligner med normalbefolkningen (tabell 6-4), ser vi at sosialhjelpsmottakerne i langt større grad svarer ”enig” og i noe større grad ”verken enig eller uenig”. Gjennomsnittene for spørsmålene i tabell 6-4 viser at normalbefolkningen svarer mer konsistent fra spørsmål til spørsmål, variasjonene er ikke så store. Reliabiliteten for denne indeksen var også vesentlig høyere enn for funksjonsevnestudien, slik vi så i tabell 6-1. Gjennomsnittet for mestringsindeksen i funksjonsevnestudien er 26 prosent lavere enn i Levekårsundersøkelsen. Til sammen viser dette at sosialhjelpsmottakerne har vesentlig lavere mestringsopplevelse enn normalbefolkningen. Selv om svarene var preget av en viss inkonsistens, var reliabilitetsmålet på et akseptabelt nivå.

Tabell 6-4. *Mestringsressurser i prosentandeler og gjennomsnitt for fem svaralternativer der høyere tall indikerer bedre mestring. (Data: LKU 2002, N=3838-3851, 25 % ikke svart).*

	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Gjennomsnitt (Totalt=4,04)
1. Lite kontroll over hva som hender meg	6	14	80	4,11
3. Noen av mine prob. er det ikke mulig for meg å løse	13	14	73	3,91
4. Ikke mye jeg kan gjøre for å forandre på viktige ting i livet mitt	6	12	82	4,17
5. Jeg føler ofte at jeg er hjelpeløs når det gjelder å takle livets problemer	5	12	83	4,21
6. Av og til føler jeg som en brikke i livets spill	13	24	63	3,82

6.3.2 Egenverd

I tabell 6-4 ser vi hvordan respondentene svarer på spørsmål om seg selv og om sin vurdering av egenverd. De opprinnelige svaralternativene svært enig, enig, uenig og svært uenig er forenklet til kun enig og uenig. I tillegg viser tabellen gjennomsnittet for utvalget for hvert spørsmål som teoretisk varierer mellom en og fire, basert på de opprinnelige spørsmålene, der høyere tall indikerer bedre selvbilde.

De fleste, 69 prosent, har en positiv holdning til seg selv. Samtidig er det 61 prosent som føler seg ubrukelig til tider. På spørsmålet om man føler at man ikke har så mye å være stolt av, fordeler utvalget seg ganske likt. En tydelig overvekt, 73 prosent, ser på seg selv som en verdifull person. Likevel er det så mange som 62 prosent som skulle ønske de hadde mer respekt for seg selv.

Selv om det i disse to tabellene ser ut til at mestringsfølelsen og egenverden ikke er veldig lav, er det viktig å understreke at det trengs sammenlignende tall for å si noe definitivt om dette.

Gjennomsnittene for hvert spørsmål avviker ikke så mye fra det totale gjennomsnittet for indeksen. Dette viser også reliabilitetsanalysen i tabell 6-2 som viste en Cronbachs Alpha på 0,80.

Tabell 6-5. *Vurdering av egenverd i prosentandeler og gjennomsnitt for fire svaralternativer der høyere tall indikerer høyere opplevelse av egenverd (N=538-45).*

	Enig	Uenig	Gjennomsnitt (Totalt 2,58)
1. Positiv holdning til meg selv	69	31	2,84
2. Føler meg ubrukelig til tider	61	39	2,33
3. Føler jeg ikke har så mye å være stolt av	49	51	2,54
4. Føler meg som verdifull person	73	28	2,93
5. Skulle ønske meg mer respekt for meg selv	62	38	2,27

6.3.3 Hvor fornøyd er du med livet?

Tabell 6-6 viser hvordan sosialhjelpsmottakerne i utvalget vårt fordeler seg på denne variabelen fra svært fornøyd til svært misfornøyd. 23 prosent er svært fornøyd og fornøyd, mens 33 prosent er misfornøyd og svært misfornøyd. Den største gruppen svarer både og. Disse tallene er i samsvar med tidligere funn fra 1992 (Seim og Hjemdal 1992). Det er altså ti prosent flere som er misfornøyd med livet akkurat nå enn som er fornøyd. Tallet på hvor mange som er fornøyd er veldig lavt. Seim og Hjemdal sammenlignet med tall fra

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fra 1984-86, og fant at i denne befolkningen var hele 82 prosent fornøyd, 15 prosent svarte både og, og bare tre prosent var ikke fornøyd. Det er ikke grunn til å tro at tallene for normalbefolkningen i dag har forandret seg vesentlig. Sammenlignet med disse tallene er det svært få blant sosialhjelpsmottakerne som er fornøyd med livet.

Tabell 6-6. *Fornøyd/misfornøyd med livet nå for tiden. Prosentandeler (N=551).*

Svært fornøyd	Fornøyd	Både og	Misfornøyd	Svært misfornøyd	Total
7	16	44	19	14	100

6.3.4 Sammenhenger med mestring, egenverd og fornøydhet med livet

I tabell A-10 (se appendix) har vi gjort en analyse av sammenhenger med mestring, egenverd og fornøydhet med livet blandt langtidsmottakerne av sosialhjelp i utvalget. Analysen gir kontrollerte sammenhenger for kjønn, alder, utdanning, om en føler seg som en del av en etnisk minoritet og tid siden sist en hadde arbeid.

Mestring

Analysen viser at det er få sammenhenger med mestringsvariabelen for ulike egenskaper i utvalget. Den eneste signifikante effekten er for egenskapen fullført videregående skole, som gir en økt mestring på ett indekspoeng, alt annet likt. Høyere utdanning er ikke signifikant, men har en høyere koeffisient enn den for videregående skole. Utdanning ser dermed ut til ha betydning for mestring.

Det er overraskende at det ikke er noen signifikante forskjeller etter arbeidserfaring. Man kunne vente at de som var i arbeid i løpet av de siste fem årene hadde bedre mestringsopplevelse enn dem som ikke har vært det. Det er imidlertid en ikke-signifikant tendens til at de med mindre arbeidserfaring har lavere mestring.

Egenverd

Det er ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene i rapporteringen av egenverd. Alder ser ut til å ha en viss betydning, selv om koeffisienten bare er signifikant for den eldste aldersgruppen (45-60 år). Disse har omkring ett indekspoeng høyere selvtilitt enn referansegruppen (kvinne i yngste alderskategori med kun grunnskoleutdanning, som ikke føler seg som del av etnisk minoritet, og som har vært i jobb i løpet av de siste fem årene)

I analysen ser vi også at de med høyere utdanning har 1,5 indekspoeng høyere mestring enn referansekategorien.

De som har vært i jobb, men ikke i løpet av de siste fem årene, rapporterer lavere egenverd, alt annet likt, mens sammenhengen med egenverd for dem som aldri har vært i jobb er noe svakere og ikke signifikant.

Oppsummert kan vi si at det å stå utenfor arbeidslivet ser ut til å henge sammen med lav selvtillit. De eldste i utvalget og de med mest utdanning har høyere vurdering av egenverd enn de yngre og de med lav utdanning.

Fornøydhets med livet

Menn er oftere misfornøyd med livet enn kvinner, alt annet likt. Vi fant ingen andre signifikante sammenhenger her.

6.4 Oppsummering og diskusjon

I analysen av sosialhjelpsmottakernes selvoppfatning har vi for det første sett at de opplever vesentlig lavere mestring enn normalbefolkningen. Dette funnet gir støtte til hypoteser om at marginaliserte grupper har lavere mestring enn andre, noe som kan være et resultat av livshendelser i oppveksten, av mindreverdighetsfølelse og av få positive bekreftelser av selvet. Samtidig kan det også tenkes at statusen som sosialhjelpsmottaker ytterligere forsterker denne tendensen.

Vi har også sett at sosialhjelpsmottakerne svarte mer inkonsistent enn normalbefolkningen på mestringsspørsmålene. Når alle syv spørsmålene var tatt med, ble bildet av tvetydighet i svarene styrket. Svarene er overraskende optimistiske i kontrast til de mer 'objektive' handlingsressursene mottakerne har til rådighet. En mulig tolkning av dette er at vektleggingen av at det er mottakeren selv som må ta kontroll over situasjonen sin kanskje til en viss grad er lært i møte med stønadsapparatet. Til tross for tvetydigheten var både indeksen med fem og syv spørsmål reliable på et akseptabelt nivå.

Den rapporterte følelsen av egenverd blant sosialhjelpsmottakerne ga inntrykk av at mange har et positivt selvilde. Likevel svarte 30-60 prosent, på ett spørsmål nær, på en måte som indikerer lavere egenverd. Dette virker som en ganske høy andel, og bygger opp under antagelsen av at denne gruppen har få følelsesmessige ressurser.

At så mange som en tredel oppgir at de er misfornøyde med livet styrker dette bildet. En fjerdedel var riktignok fornøyd, mens nærmere halvparten svarte både og. Sammenlignet med tall for normalbefolkningen er det svært få som er fornøyd med tilværelsen.

Resultatene fra regresjonsanalysene viste få signifikante sammenhenger mellom arbeidserfaring og sosiodemografiske kjennetegn, og mestring. Bare de som hadde gjennomført videregående hadde signifikant høyere mestring. Dette er i og for seg ikke overraskende, det er mer overraskende at vi ikke fant noen effekt av avstand til arbeidslivet i tid. Antakelig var viktige kontrollvariabler utelatt fra analysen, slike som oppvekstproblemer og rus.

Resultatene fra analysen av følelse av egenverd var mer i tråd med forventningene. De som hadde vært ute av arbeidslivet i kortest tid hadde høyere opplevelse av egenverd. Dette gjaldt også for dem med høyere utdanning og alder.

Til slutt så vi at menn oftere enn kvinner rapporterer at de er misfornøyd med tilværelsen.

6.5 Hovedfunn

- Sosialhjelpsmottakerne har lavere mestringsfølelse enn normalbefolkningen.
- Mange rapporterer lav følelse av egenverd.
- Sammenlignet med normalbefolkningen er det svært få blant langtidsmottakerne som er fornøyd med tilværelsen.
- Hverken sosiodemografiske kjennetegn eller arbeidserfaring har noen sterke sammenhenger med mestring, utenom det å ha fullført videregående skole. Høyere utdanning ser også ut til å gi høyere grad av mestring, men denne koeffisienten er ikke signifikant.
- Å stå utenfor arbeidslivet henger sammen med lav følelse av egenverd. De eldste i utvalget og de med mest utdanning har best selvfølelse.
- Menn har større risiko for å være misfornøyd med livet enn kvinner, alt annet likt.

7 Opphopning av problemer

KJETIL VAN DER WEL

7.1 Innledning

Som vi har sett i de foregående kapitlene, er det grunn til å tro at 'sosialhjelpsmottakere' er en uensartet gruppe. Det innebærer at de har ulike problemer, og ulike behov for hjelp. I dette kapitlet skal vi undersøke om det er slik at undergrupper blant sosialhjelpsmottakerne er spesielt hardt belastet med problemer som representerer barrierer mot arbeidslivet, eller om antall problemer er jevnt fordelt i utvalget. Ettersom antallet som er på sosialhjelp har sunket det siste tiåret og mange kanskje er kommet inn i arbeidslivet, kan det være grunn til å forvente at de som blir igjen har flere barrierer (SSB: statistikkbanken, Danziger 1999:7). Å ha én barriere representerer ikke nødvendigvis noe problem, men når barrierene hopper seg opp, blir arbeidsevnen dårligere og attraktiviteten på arbeidsmarkedet mindre. Eksempler på slike barrierer mot arbeidslivet fra en amerikansk undersøkelse er mangel på nylig arbeidserfaring, dårlig helse, lav utdanning, rusmisbruk, ikke tilgang på transportmidler som egen bil eller kollektivtransport, diskriminering, vold i hjemmet, egne barns helseproblemer og domfellelse (Danziger et al. 2000, Danziger & Seefeldt 2002).

7.2 Metode

Opphopningsvariabelen er konstruert som en additiv optelling av dikotome variabler (Danziger et al. 2000). Variablene som er tatt med er tenkt å representere barrierer mot arbeidslivet. Vi har valgt følgende sju variabler: Kun grunnskole, fysiske helseproblemer som hindrer arbeid, dårlig psykisk helse ($HSCL10 > 1,85$), lese- og skrivevansker, rusproblemer, kortvarig arbeidserfaring, og domfellelse/påtaleunnløstelse. Variablene for hvert problem er konstruert som dikotomer (0-1) der 1 indikerer et problem, og deretter addert slik at ett problem får tallet 1, to problemer 2 osv. Variabelen utgjør en kontinuerlig variabel og analyseres ved hjelp av lineær regresjon. Variabelen varierer mellom null og sju. Utvalget av variabler er valgt dels ut i fra hva litteraturen har pekt ut som barrierer mot arbeidslivet, og dels ut i fra skjønn. Kun grunnskole, dårlig helse, rusproblemer, kortvarig arbeidserfaring pekes ut som egenskaper hos langtidsledige som øker risikoen for ikke å komme i jobb (Hammer 2000, Malmberg Heimonen og Julkunen 2000, og Russel &

o'Connel 2000). Domfellelse representerer etter vårt skjønn en barriere på arbeidsmarkedet, ikke minst i lokalsamfunn der slike erfaringer er mer synlige. Vi så også i kapittel 2 at lese- og skrivevansker er langt mer utbredt blant dem som ikke er i arbeid sammenlignet med dem som er i arbeid (Gabrielsen & Ritland 2004). Antall problemer i gjennomsnitt er 2,68, og standardavviket er på 1,54.

7.3 Resultater

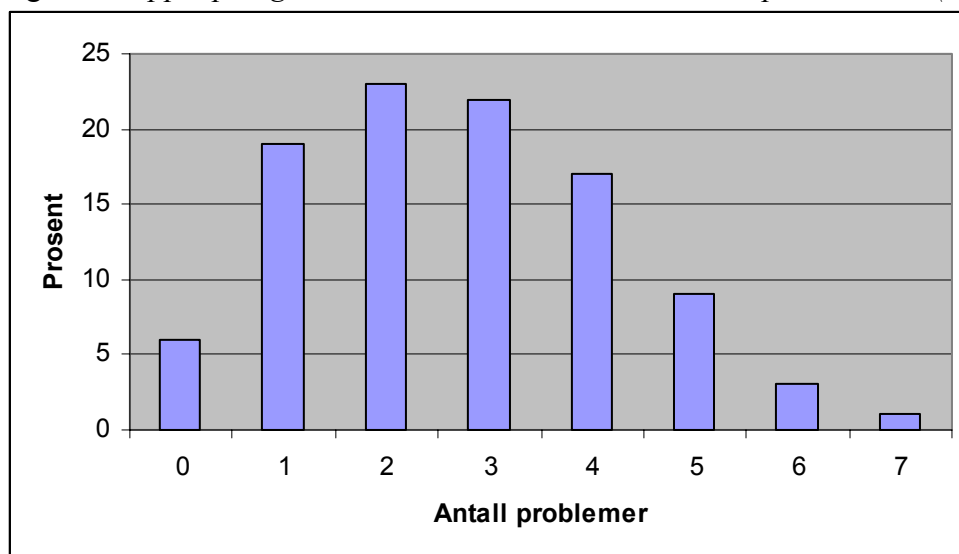
Tabell 7-1 viser frekvensfordelingen på opphopningsvariabel. Fordelingen er illustrert i figur 7-1.

Tabell 7-1. *Opphopning av problemer. Opptelling av indikatorer for kun grunnskole, fysisk helse hindrer arbeid, psykisk helse (HSC10 > 1,85), lese- og skrivevansker, rusproblemer, kortvarig arbeidserfaring, og domfellelse/påtaleunnlatelse, og omvendt kumulativ opptelling. (N=441)*

Antall Prob.	Frekv i prosent	Omvendt kum. prosent
0	6	
1	19	94
2	23	75
3	22	52
4	17	30
5	9	13
6	3	4
7	1	1

Det er bare seks prosent som ikke har noen av de problemene eller barrierene vi har tatt med, og 19 prosent har ett problem. 26 prosent, eller hver fjerde, har ingen eller kun ett av problemene. Nærmere halvparten har to til tre barrierer, mens nesten en tredel har fire eller flere problemer. Den omvendt kumulative opptellingen viser også at hele 75 prosent har to eller flere problemer, mens 52 prosent har tre eller flere problemer. Grovt sett kan vi si at hver fjerde langtidsmottaker av sosialhjelp bare har moderate problemer, halvparten har vesentlige hindringer mot å komme i jobb, og nær en tredel har et høyt antall barrierer mot arbeidslivet.

Figur 7-1 Opphopning av barrierer mot arbeidslivet basert på tabell 7-1 (N=441).



7.3.1 Sammenhenger: hvem har størst problembelastning?

Den multivariate analysen i tabell A-11 (se appendix) viser at menn i gjennomsnitt har 0,7 flere problemer enn kvinner. Ingen andre koeffisienter er signifikante, men det er en svak tendens til at de eldste i utvalget har flere problemer, og at de som føler seg som en del av en etnisk minoritet har færre problemer.

At det var en statistisk signifikant effekt bare for kjønn, kan skyldes at variasjonen i utvalget ikke er så veldig stor. Men det kan også skyldes at vi ikke har kunnet kontrollere for alle de samme variablene som er brukt i de øvrige regresjonene i rapporten, fordi de inngår i indeksen som er avhengig variabel i denne analysen. Samme variabel kan ikke brukes på begge sider av ligningen.

Utdanning og arbeidserfaring er egenskaper vi kan forvente at ville virke inn på antall problemer. Hvis utdanning og arbeidserfaring tas ut av opphopningsindeksen lar det seg gjøre å kontrollere for disse egenskapene i en regresjonsanalyse. Dette har vi gjort i tabell A-12 (se appendix).

I denne analysen har fortsatt menn en del flere problemer enn kvinner. Funnene tyder videre på at lav utdanning, å være mann og å ha lite arbeidserfaring er mer utbredt blant dem med flere problemer. De som har gått på videregående har færre problemer enn dem uten utdanning utover grunnskole. Sammenhengen mellom høyere utdanning og antall problemer peker i samme retning, men er ikke signifikant. Dette kan skyldes det lave antallet i utvalget som har høyere utdanning (se kap 2).

De som har hatt arbeidserfaring av mer enn seks måneders varighet, men ikke de siste fem årene, har flere problemer enn dem som har vært det, mens vi ikke finner noen sammenheng med antall problemer for dem som aldri har vært i arbeid.

7.4 Oppsummering og diskusjon

Frekvensfordelingen for antall problemer (tabell 7-1, figur 7-1) viser at det er en tydelig tendens til opphopning av barrierer mot arbeidslivet blant langtidsmottakerne av sosialhjelp i utvalget vårt. Halvparten har vesentlige hindringer mot å komme i jobb (to til tre problemer), og nær en tredel har et høyt antall barrierer mot arbeidslivet (fire eller flere). Likevel er det en fjerdedel av langtidsmottakerne av sosialhjelp som bare har få problemer. Disse forskjellene i problembelastning tilsier at et variert tiltaksrepertoar er nødvendig for å møte langtidsmottakernes behov.

Analysene av sammenhenger i utvalget med antall problemer viser at menn har flere problemer enn kvinnene i referansekategori. Analysen av den reduserte opphopningsvariabelen tillot kontroll for utdanning og arbeidserfaring. Resultatene viser at dem med videregående skole har færre problemer enn dem med grunnskole, mens dem med lite arbeidserfaring har flere enn dem med arbeidserfaring, alt annet likt.

Det er viktig å merke seg at disse funnene først og fremst har en deskriptiv verdi. Vi kan ikke si noe om årsaksrekkefølger her, som at det å ha lav utdanning og lite arbeidserfaring leder til større problemer. Det kan like gjerne være slik at antall problemer mottakerne oppga i spørreskjemaet er uttrykk for en større belastning over tid som har påvirket både utdanning og (dermed) arbeidserfaringer. Det er dermed ikke gitt at tiltak som handler om utdanning og arbeid alene vil bedre den totale situasjonen for de med flest problemer.

7.5 Hovedfunn og konklusjoner

- Det er en klar tendens til opphopning av problemer hos mange av respondentene i utvalget. Nær en tredel hadde fire eller flere problemer.
- Menn, de som har vært uten jobb lenge og de med kun grunnskoleutdanning hadde størst belastning av problemer.

8 Oppsummering, diskusjon og konklusjon

IVAR LØDEMELO OG KJETIL VAN DER WEL

8.1 Innledning

I dette avsluttende kapitlet oppsummerer vi først hovedresultatene fra de foregående syv kapitler. Deretter diskuterer vi funnenes relevans for utviklingen av aktuelle tjenesteområder¹⁸. Endelig konkluderes kapitlet og rapporten i den avsluttende delen.

Funksjonsevnestudien har som formål å kartlegge ”funksjonsevnen” til langtidsmottakere av sosialhjelp. Med ”funksjonsevne” sikter vi til mental og fysisk helse, smerte, sosiale nettverk, psykologiske ressurser, menneskelige og sosioøkonomiske ressurser mv., som er viktige for sosialhjelpsmottakeres muligheter til å forme sine livsprosjekter. Langtidsmottakere av sosialhjelp i de 14 forsøkskommunene som var omfattet av ”Tiltaksforsøket” inngår i studien.

De som er avhengige av økonomisk sosialhjelp er en tallmessig liten gruppe, men likevel en sentral gruppe i både det pågående reformarbeidet i arbeids- og velferdssektorene, og i den særskilte nasjonale satsingen mot fattigdom. Det sentrale målet i reformene er å innrette velferdsordningene slik at flere kommer i arbeid og at færre i yrkesaktiv alder lever på offentlige overføringer. Av de om lag 700 000 mennesker som står utenfor arbeidsmarkedet og mottar offentlig inntektssikring i yrkesaktiv alder, utgjør langtidsmottakere av sosialhjelp en relativt liten gruppe (67 760) (Dahl et al. 2006). Også blant dem som regnes som fattige er dette en liten gruppe. Det skrives senere i rapporten at gruppen langtidsmottakere er økende(bekymringsfullt); si det også her slik at ikke antallet kan virke bagatellaktig? Likevel har sosialhjelpsmottakere generelt, og langtidsmottakere spesielt, blitt omfattet med stor oppmerksomhet i de senere års satsing på å redusere fattigdommen gjennom styrking av arbeidslinjen. I Bondevik-regjeringens Tiltaksplan mot

¹⁸ En mer omfattende diskusjon med fokus på utfordringer i NAV-reformen finnes i den foreløpige rapporten fra prosjektet: van der Wel m fl (2006) *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp*. Gruppe for inkluderende velferd (GIV) og Avdeling for sykepleieutdanning, Høgskolen i Oslo (se www.hio.no/giv)

fattigdom var nettopp langtidsmottakere av sosialhjelp hovedmålgruppen i satsingen på arbeidsrettede tiltak som virkemiddel for å redusere fattigdom. Foreløpige signaler fra den rødgrønne regjeringen tyder på at også denne vil prioritere gruppen høyt.

8.2 Oppsummering av resultater

8.2.1 Utvalget

Rapporten bygger på spørreskjema som er fylt ut av 554 langtidsmottakere av sosialhjelp i 14 kommuner. Alle disse kommunene deltok også i det nasjonale Tiltaksforsøket (Lødemel og Johannesen 2005). Etter en langvarig og arbeidskrevende datainnsamling oppnådde vi å få svar fra over femti prosent av populasjonen, et høyt tall i en så omfattende spørreskjemaundersøkelse rettet mot denne målgruppen.

Yngre mennesker er sterkt overrepresentert blant disse langtidsmottakerne sammenlignet med normalbefolkningen. Også sammenlignet med populasjonen av langtidsmottakere er det en viss overrepresentasjon av dem under 25 år i vårt utvalg. Gjennomsnittsalderen er 34 år. Det er også en overvekt av menn i utvalget. Dette stemmer overens med tall for populasjonen av langtidsmottakere. Respondentene er videre sjeldnere gift, og oftere skilt enn normalbefolkningen, og halvparten bor alene. Bare halvparten har fullført grunnskoleutdanning. Her skiller respondentene seg sterkt fra normalbefolkningen, der bare en av ti har grunnskole som høyeste utdanning. Andelen i populasjonen av langtidsmottakere med grunnskole som høyeste utdanning er imidlertid lavere enn i vårt utvalg, noe som tyder på at denne gruppen er overrepresentert i utvalget vårt.

Ikke uventet skiller utvalget seg også sterkt fra befolkningen for øvrig når det gjelder arbeidserfaring. Omlag 20 prosent har mindre enn ett års samlet arbeidserfaring, mens 40 prosent har fra ett til fem års samlet arbeidserfaring. Nesten en tredjedel har aldri hatt et arbeidsforhold av lengre varighet enn seks måneder. De som har vært i arbeid oppgir ofte at jobbene var midlertidige eller at de ble sagt opp fra siste jobb.

Samtidig er det viktig å merke seg at 40 prosent har vært i arbeid i seks år eller mer. Bildet er derfor sammensatt; utvalget spenner fra en stor gruppe med manglende eller svak tilknytning til arbeidslivet, til en litt mindre gruppe med lengre, om ikke nødvendigvis sammenhengende, arbeidserfaring.

Mange har hatt problemer i oppveksten, og mange har vært belastet med opptil flere slike problemer. 35 prosent av utvalget har fem eller flere av elleve slike oppvekstproblemer vi har valgt å spørre om. De problemene som rapporteres hyppigst er

økonomiske problemer, konflikter i barndomshjemmet og problemer med å følge med på skolen. Det er også verdt å merke seg at hver tredje har opplevd langvarig mobbing.

39 prosent har vært domfelt, mens 22 prosent har fått påtaleunntatelse. Under ti prosent rapporterer lese- og skrivevansker, men det er grunn til å tro at mange av dem som ikke svarte har slike vansker.

8.2.2 Helse

Studien avdekker et bilde av omfattende og til dels alvorlige helseproblemer hos en stor andel av langtidsmottakerne. En av fem har dårlig generell helse. Nesten ingen, kun en prosent, av den yrkesaktive befolkningen har så dårlig helse. Om vi tar med den neste graden av fem graderte svarkategorier på spørsmålet om helse, oppgir nesten halvparten helseproblemer. I befolkningen ellers finner vi bare ti prosent innenfor disse to gradene. Dette bildet av omfattende helseproblemer blir styrket av at 45 prosent av sosialhjelpsmottakerne oppgir at fysisk helse hindrer utførelsen av daglig gjøremål. Spesielt er utbredelsen av psykiske plager høy. Seks av ti oppgir så mange symptomer på slike plager at det er sannsynlig at de har en psykisk lidelse. Tilsvarende tall for normalbefolkningen er mindre enn en av ti. Videre er nesten halvparten, mot 28 prosent i normalbefolkningen, ofte plaget av smerter.

På grunnlag av tidligere forskning forventet vi at langtidsmottakerne ville ha vesentlig dårligere helse enn normalbefolkningen. Disse forventningene ble innfridd. I tillegg har vi sett at også *omfanget* av helseproblemer hos respondentene i utvalget vårt må sies å være overraskende stort. Fire av fem har enten dårlig fysisk helse, dårlig psykisk helse, rusproblemer eller smerter, og omtrent hver tredje langtidsmottaker har tre av disse fire helseproblemene. Samtidig er det 20 prosent som ikke har noen av disse helseproblemene. Flere sosialhjelpsmottakere enn uførepensjonister rapporterer dårlig helse. Av dem over 30 år svarer 25 prosent av sosialhjelpsmottakerne og 15 prosent av uførepensjonistene at de har dårlig helse. I den yrkesaktive befolkningen er det kun én prosent som rapporterer på denne måten. Her må vi ta høyde for at ulike grupper kan ha ulike rapporteringstilbøyeligheter avhengig av livssituasjon, og at psykisk helse kan slå ut forskjellig fra fysisk helse. Disse tallene er likevel tankevekkende.

En av tre har problemer med rus. Det gjelder mest menn, aldersgruppen 30-44 år, etniske nordmenn, de med lav utdanning og de som ikke har vært i arbeid de siste fem årene.

Selv om studien avdekker omfattende helseproblemer i denne gruppen, er det likevel viktig å merke seg at dette ikke gjelder alle. Mange har så god helse at den(helsen) alene ikke skulle skape hindringer for å komme i arbeid.

8.2.3 Sosial kapital

Personers sosiale ressurser, eller deres sosiale kapital, har vist seg viktig for både livskvalitet og for evne til å få lønnsarbeid. Vi har derfor inkludert spørsmål om sentrale aspekter ved sosial kapital i spørreundersøkelsen. Et sentralt tema innen sosial kapital-forskningen er i hvilken grad folk oppgir å ha tillit til andre mennesker. Sosial tillit har vist seg å ha sammenheng med å være sosialt deltakende, noe som er avgjørende både i sosiale relasjoner og i arbeidslivet. Sammenlignet med andre land har folk i Norge stor grad av tillit. Færre enn en av ti nordmenn oppgir å ha liten sosial tillit til andre. Dette står i kontrast til våre respondenter: omtrent en tredjedel oppga å ha liten sosial tillit.

Nettverk er et annet sentralt tema innen denne forskningstradisjonen. Vi har studert to aspekt ved nettverk som anses som spesielt viktige. Mens *bonding sosial kapital* viser til tette relasjoner mellom folk som er like en selv, (familie, venner), er *bridging sosial kapital* svakere bånd mellom personer med ulik bakgrunn og sosial tilhørighet. Bonding sosial kapital er viktig for å *klare seg* og bridging sosial kapital er viktig for å *komme videre*. Våre respondenter skiller seg ikke sterkt fra befolkningen ellers når vi studerer omfanget av tette bånd, i form av tett kontakt med ens nærmeste. Derimot ser de ut til å mangle bridging sosial kapital, som har vist seg viktig for å komme videre, for eksempel i overgangen fra langtids ledighet og inn i arbeidslivet.

Analysen av sammenhenger i utvalget viser at å stå utenfor arbeidslivet henger klart sammen med mindre sosial kapital blant langtidsmottakerne av sosialhjelp i utvalget. Mennene i utvalget mangler dobbelt så ofte som kvinner fortrolige utenom familien.

8.2.4 Kontakt med sosialkontoret

Langtidsmottakerne er avhengige av økonomisk støtte fra sosialkontoret for sitt daglige livsopphold. De omfattende problemene som gruppen strir med tyder også på at de burde ha nytte av det sosialfaglige arbeidet som sosialkontoret skal tilby. God tilgjengelighet til, og godt samarbeid med, sosialkontoret er derfor spesielt viktig for denne gruppen, også sammenlignet med andre som oppsøker kontoret for hjelp.

Det er store variasjoner i hvilken grad respondentene er fornøyd med tilgjengeligheten og samhandlingen med saksbehandler. Det er nesten like mange som er misfornøyd som

er fornøyde, og mange svarer vet ikke og både og. Litt over halvparten mener at nivået på den økonomiske støtten er utilstrekkelig for å kunne skaffe seg jobb.

I overkant av halvparten har opplevd at sosialkontoret har stilt vilkår for hjelpen. Av disse mener halvparten at bruken av vilkår var hensiktsmessig. Det er vanskelig å avgjøre om disse funnene er ”bra” eller ”dårlig”, på grunn av manglende sammenligningsgrunnlag.

Sammenligninger viste at langtidsmottakerne er mindre fornøyd med tilgjengelighet og brukervedvirkning enn andre mottakere av sosialhjelp. I tråd med tilgjengelighetsteori kan dette skyldes at de har flere problemer. En slik sammenheng finner vi også internt i vårt materiale. De som har flest problemer er minst fornøyd med kontakten med sosialkontoret.

Tendensen i den interne sammenligningen peker i retning av at de mer ressurssterke brukerne er mer fornøyde med ytelsene. Domfelte, narkomane og tidligere alkoholmisbrukere er mest misfornøyd. Kvinner er noe mer tilfredse enn menn, og de med høy utdanning er noe mer tilfredse enn de øvrige, men det er få sammenhenger som er signifikante.

8.2.5 Selvoppfatning, mestring og egenverd

Mestring og egenverd er viktige ressurser for å handle og ta viktige valg i livet, og for å klare seg i arbeidslivet. Samtidig kan disse ressursene være under press når en befinner seg i en marginalisert livssituasjon.

Resultatene viser at sosialhjelpsmottakerne har lavere mestringsfølelse enn normalbefolkningen, og mange rapporterer lav følelse av egenverd. En tredel er misfornøyd med tilværelsen, men 44 prosent svarer ”både og”. Likevel er nesten en fjerdedel fornøyd med livet.

Hverken sosiodemografiske kjennetegn eller arbeidserfaring har (noen) sterke sammenhenger med mestring, bortsett fra det å ha fullført videregående skole, alt annet likt. Verdt å merke seg er at det å stå utenfor arbeidslivet henger sammen med lav følelse av egenverd og at de eldste i utvalget og de med mest utdanning har best selvfølelse. Menn har dessuten større risiko for å være misfornøyd med livet enn kvinner.

8.2.6 Opphopning av problemer

Resultatene fra analysen av hopning viser at det er en tydelig tendens til opphopning av barrierer mot arbeidslivet blant langtidsmottakerne av sosialhjelp i utvalget vårt.

Halvparten har vesentlige hindringer mot å komme i jobb (to til tre problemer), og nær en tredjedel har et høyt antall barrierer mot arbeidslivet (fire eller flere). Likevel er det en fjerdedel av langtidsmottakerne av sosialhjelp som kun har få eller moderate

problemer. Disse vil representere en målgruppe for arbeidsrettede tiltak, mens de øvrige antakelig har behov for mer langsiktig oppfølging.

De multivariate analysene viser imidlertid at det ikke er lett å si noe om hvilke grupper som har flest problemer. Menn har flere problemer enn kvinner, de med videregående skole har færre problemer enn dem med grunnskole, og de med lite arbeidserfaring har flere enn de som har arbeidet de siste fem årene.

8.3 Diskusjon: Funnenes relevans for utviklingen av tjenestetilbudet

Med utgangspunkt i noen av funnene som Funksjonsevnestudien har frembrakt skisserer vi i denne delen problemer knyttet til dagens tjenestetilbud. Vi drøfter også mulige fremtidige løsninger innenfor rammene av en reformert velferdspolitik og organiseringen av denne. Mange sider ved de pågående velferdsreformene vil påvirke tjenestetilbudet for langtidsmottakere av sosialhjelp. Materialet i funksjonsevnestudien er også omfattende og denne diskusjonen kan derfor ikke bli utfyllende. Vi tar her opp noen sentrale perspektiver, mens andre perspektiver og temaer som fremkommer av materialet blir tatt opp siden i selvstendige analyser. I den foreløpige rapporten fra Funksjonsevnestudien (Wel m.fl. 2006) presenterte vi etter oppfordring fra oppdragsgiver en omfattende diskusjon der vi tok utgangspunkt i reformene som er under utarbeiding (særlig NAV-reformen). Når denne rapporten kommer i hyllene kjenner vi sannsynligvis mer til rammene for de nye velferdsordningene¹⁹.

At vi i Norge har en stor gruppe langtidsmottakere av sosialhjelp står i seg selv i strid med formålet til Lov om sosiale tjenester. Loven pålegger kommune å tilby økonomisk støtte som ett av flere virkemidler for å fremme brukernes egen evne til å bli selvhjulpne. I følge lovgiver skal hjelpen derfor være kortvarig. Når andelen langtidsmottakere lenge har vært økende og nå utgjør over halvparten av alle som får støtte fra sosialkontoret (Dahl m fl 2006), kan situasjonen kanskje beskrives som en systemsvikt i velferdsstaten. At dette i tillegg til å være et sosialpolitisk problem også er en uønsket situasjon for mange enkeltindivid kan vi lese ut av funksjonsevnematerialet.

¹⁹ Vi har også tidligere (Lødemel og Johannessen 2005: Kap 9) diskutert utfordringer forbundet med - og foreslått reformer av - en arbeidslinje som ikke er tilpasset de store og sammensatte problemer som mange langtidsmottakere strir med.

Basert på opplysninger gitt av respondentene presenterte vi utvalget vårt i kapittel 2. I disse dataene ligger det også viktige innsikter for dem som skal uforme fremtidens politikk. Statusen som langtidsmottaker viser seg i de fleste tilfeller å være et foreløpig siste stopp i en serie av problemer og nederlag. I vårt utvalg kan vi finne spor etter familiære problemer, men vi ser også at flere av velferdsstatens institusjoner ikke har fungert like godt for alle. Kanskje har den høye andelen med manglende utdanning sammenheng med reformene på 1990-tallet (Reform 94) da den obligatoriske skolegangen i praksis ble utvidet til 13 år. Ved å gi en allmenn rett til tre-årig videregående skole, gav reformen en større andel av årskullene muligheten til å oppnå høyere kompetanse. I den videregående skolen fikk teoretiske fag - og med det krav om teoretisk kunnskap - en sterkere rolle også innen de yrkesfaglige studieretningene. Igjen er hovedbildet positivt. Dagens høyeffektive arbeidsliv krever teoretisk kompetanse også innen yrkesfagene. Med større innslag av teoretiske fag og muligheter for å oppnå studiekompetanse gjennom et yrkesfaglig løp, utsettes avgjørende fremtidsvalg på en fornuftig måte og adgangen til høyere utdanning omfatter flere enn før. Likevel er det mulig at når arbeidslivet i økende grad krever formalkompetanse, med vitnemål fra avsluttet videregående som et minstekrav, blir overgangen fra ungdom til selvstendig voksen kanskje mer problematisk for mange enn før. Evalueringer har vist at ca. en av fem ikke avslutter videregående skole og at frafallet/bortvalget er høyere i de yrkesfaglige studieretningene (Markussen m.fl 2006). For disse er kanskje terskelen inn i arbeidslivet høyere enn før. For noen, blir alternativet sosialhjelp som kilde til livsopphold.

For å hindre at flere kommer i denne situasjonen hos neste generasjon unge må vi derfor blant annet se på om det kan gjennomføres reformer som sikrer en bedre oppfølging av unge som står i fare for å falle ut av skolen og styrking av muligheten for å oppnå realkompetanse i de tilfeller hvor fullført videregående skole fremstår et realistisk alternativ. Mens påpekningen av strukturelle problemer i utdanningssystemet er et eksempel på politikkområder som må tas med i vurderingen av tiltak for å som kan *forebygge* langtidsmottak i fremtiden, vil vi her fokusere på noen implikasjoner som våre funn kan ha for tiltakene rettet mot dagens langtidsmottakere av sosialhjelp.

I det følgende tar vi først for oss virkemidlersom kan fremskaffe mer systematisk om langtidsmottakernes problemer og ressurser, før vi ser på hvilke implikasjoner økt kunnskap kan ha for virkemiddelapparatet.

Systematisk kartlegging av brukerne :en forutsetning for et godt tjenestetilbud

Gjennom den nasjonale sosialstatistikken har vi lenge vært klar over *omfanget* av det vedvarende og økende problemet med at folk forblir sosialhjelpsmottakere over lang tid. Derimot har verken sentrale beslutningstakere eller lokale iverksettere frembrakt tilstrekkelig systematisk kunnskap *om* langtidsmottakerne og *hvorfor* noen forblir avhengige av sosialhjelp. Funksjonsevnestudien har ikke som mål å gi et endelig svar på det siste spørsmålet. Derimot har studien gitt et bidrag ved å fremskaffe mer *kunnskap om* langtidsmottakerne. Grundige kartlegginger av problemer og ressurser er en nødvendig forutsetning for å kunne utvikle (utviklingen av) individuelle planer i et tjenesteapparat som skal tilby individuelt tilpassede tilbud. Det er vanskelig å tenke seg skreddersøm uten at det tas mål.

I det fire-årige Tiltaksforsøket ble det tidlig avdekket at den kommunale sosialtjenesten hadde lite systematisk kunnskap om sine brukere (Lødemel og Johannessen 2005). Denne innsikten ga grunnlaget for å eksperimentere med kartleggingsverktøy, noe som begynte i to kommuner og som senere bidro til utviklingen av det nasjonale kartleggingsverktøyet for sosialtjenesten (KIS). Gjennom systematisk kartlegging av sosialtjenestemottakere i kommunen, skaffet de mest aktive kommunene seg både god dokumentasjon av behov og et nyttig verktøy for utviklingen av en mer systematisk og målrettet tjeneste (ibid: kap 4 og s. 200-2004).

Omfanget av de problemene som er avdekket i Funksjonsevnestudien gir ytterligere grunn til å arbeide for en videre utvikling av kartleggingsverktøy. Vi vil argumentere for at man med utgangspunkt i KIS videreutvikler verktøyet langs tre dimensjoner: bredde og utbredelse og dessuten opplæring av lokale fagfolk. KIS dreier seg i dag primært om kartlegging av personers *arbeidsevne*. Vi anser denne avgrensingen som politisk motivert ut fra den forståelsen som var rådende da arbeidet med KIS startet opp i 2003. Funnene som er presentert i denne rapporten viser at det er et behov for å utvide verktøyet til også å inkludere andre sider ved brukernes funksjonsevne. I dag har direktoratet satt i gang et arbeid for å videreutvikle kartleggingsverktøyet, der en bredere tematisk innretning inngår som et mål.

Selv om KIS har vært tilgjengelig i tre år, er det fortsatt et mindretall av kommunene som har tatt i bruk verktøyet (Rambøll 2006). Denne type systematisk kartlegging representerer en ny arbeidsmåte i sosialtjenesten. Det er derfor grunn til å forvente at det vil ta tid før alle landets kommuner tar det i bruk, og, ikke minst, før det inngår som et verktøy i det daglige arbeidet. I dag har både Aetat og trygdekontor fått tildelt oppgaver

som krever økt bruk av kartlegging og individuelle planer. Tidligere evalueringer tyder på at disse statlige etatene ikke har kommet lenger enn den kommunale sosialtjenesten i å utvikle og bruke kartleggingsverktøy rettet mot denne målgruppen (se for eksempel Lødemel og Johannessen 2005). I Tiltaksforsøket fant vi også flere eksempler på at kartleggingsarbeidet av felles brukere tjente som katalysator og ”lim” for en god og konstruktiv utvikling av (det tverretatlige samarbeidet mellom Aetat og sosialtjenesten. Dette tyder på at et tilpasset kartleggings- og planarbeid kan bli en sentral komponent i det interne samarbeidet i NAV.

Endelig er opplæring og utdanning viktige forutsetninger for å sikre at nye arbeidsverktøy blir tatt i bruk. Opplæringstiltak rettet mot dagens iverksettere må i tillegg til skolering i bruk av slike verktøy også fokusere på holdninger. Tiltaksforsøket viste at mange sosialarbeidere vegret seg mot å bruke kartleggingsverktøy fordi de mente dette ville ”sette klientene i bås”²⁰ I et lengre perspektiv er det også avgjørende at kartleggingsmetodikk inngår i utdanningen av fremtidens faglige personale i den kommunale sosialtjenesten. I tillegg til i sosialarbeiderutdanningen, kan slik skolering også utgjøre et viktig felleselement i de forskjellige utdanninger som sikrer den nødvendige faglige rekrutteringen til fremtidens Arbeids- og velferdsetat.

Aktive tiltak

Bedre kartlegging er en nødvendig, men langt fra tilstrekkelig, forutsetning for et mer individuelt tilpasset tiltaksarbeid. Om vi avgrenser oss til det tiltaksrepertoaret som blir brukt i dag, kan økt bruk av kartlegging komme i konflikt med idealet om sosial inkludering. Det kan skje ved at den økte innsikten i brukernes problemer og ressurser blir brukt for å skille mellom de ”tiltakverdige” og de en ikke vil satse på. For tiltaksgruppen kan resultatet bli ”creaming”, der de med best muligheter for å komme i arbeid blir valgt ut og de øvrige enten fortsetter som passive mottakere, eller blir satt på tradisjonelt preventivt ”arbeid for sosialhjelp”. Resultatet av å ”skumme fløten” kan være tilsynelatende godt fordi mange kommer i arbeid, mens effekten i realiteten er svak fordi mange uavhengig av tiltak ville klart seg.

Funksjonsevnestudien dokumenter behovet for et bredere tiltaksregister enn de ”aktive arbeidsretta tiltak” som har vært dominerende i nasjonale forsøk og satsinger rettet mot

²⁰ For en diskusjon om disse funnene og holdningen, se Lødemel og Johannessen 2005, kapittel 9.

målgruppen de siste fem år. Dette er også erkjent av sentrale myndigheter, noe som har gitt seg utslag i både Sosial- og helsedirektorets nye satsing på ”tettere individuell oppfølging” (TIO) og signaler fra den politiske ledelsen. Til det siste kan både den økte bruken av begreper som ”sosial inkludering” og signaler om et vidt tiltaksreportoar for de som inngår Velferdskontrakt tolkes i den retning.

Likevel er det verdt å minne om at mange sosialhjelpsmottakere, og en del av langtidsmottakerne blant disse også kan gjøre seg nytte av tradisjonelle arbeidsrettede tiltak. Slik vi vurderer det vil de fleste arbeidsføre langtidsmottakerne få bedre utbytte av arbeidsrettede tiltak ved å kombinere disse med ulike støttetiltak. Flertallet av målgruppen vil, først og fremst trenge andre typer tiltak, enten som ledd i en ”trapp” som skal bringe dem nærmere det ordinære arbeidslivet, eller også som forberedelse til mer varige aktiviteter i tilknytning til ordinært arbeid eller som alternativ til vanlige jobber. Funksjonsevnestudien gir grunn til spesielt å fremheve tiltak rettet mot styrking av brukerens sosiale kapital, human kapital og helse.

Økt fokus på nettverk og tillit

Våre funn viser at sosial kapital forskningen kan tilføre viktig ny innsikt i forhold til personer med svak arbeidsmarkedstilknytning og som står i fare for sosial eksklusjon. Ved å inkludere spørsmål om nettverk og tillit kan fremtidige kartleggingsverktøy få tilført ny kunnskap om forhold som påvirker både folks liv til å klare seg og til å komme videre - for eksempel inn i arbeidslivet. Vi mener også å ha funnet belegg for å vektlegge sosial kapital dimensjoner som element i en videreutvikling av aktive tiltak rettet mot langtidsmottakere. I seg selv kan enn argumentere for at aktive tiltak kan skape muligheten for nettverksdannelse: sosialhjelpsmottakere bringes sammen med andre i en liknende situasjon og kan dele erfaringer og kunnskaper om systemet, rettigheter med mer. Det er også mulig at dette kan føre til mer varige vennskap. Selv om denne form for tette bånd muligens kan motvirke visse sosiale utstøtningsprosesser, er det mer tvilsomt om det direkte kan styrke deltakernes arbeidsmarkedssjanser. De nettverk som dannes vil muligens mangle de nødvendige koplinger til arenaer innen yrkeslivet. Tiltak som finner sted på en arbeidsplass kan tilføre sosialhjelpsmottakerens nettverk nye, viktige kontaktflater med arbeidsgivere og kolleger. Vi har omtalt slike kontaktflater som ”broer” og ”stiger” fordi de gir kontakt til personer fra andre sosiale lag, med andre erfaringer og berøringsflater og dermed flere og andre typer av ressurser. Funksjonsevnestudien har vist at sosialhjelpsmottakerne har lite av slike typer kontaktflater. Denne dimensjonen i tiltak

overfor sosialhjelpsmottakere kan muligens styrkes ytterligere om en danner nettverk blant deltakere som er utplassert i en praksisplass, om en tildeler deltakeren en personlig ressursperson (mentor, coach eller tilsvarende) med sterk tilknytning til arbeidslivet, om en danner nettverk av slike ressurspersoner, eller om en danner lokale nettverk med arbeidsgivere som har sosialhjelpsmottakere i praksisplass. Slike nettverk kan muligens bidra til å spre informasjon og ideer om relevante jobbmuligheter, og personer i slike nettverk kan tipse hverandre om relevante kandidater for jobb. Det kan også tenkes at slike nettverk kan skape det engasjement på arbeidsplasser og i lokalområder som er nødvendig om en skal lykkes med å hjelpe personer med mange og sammensatte fysiske, psykiske og sosiale problemer nærmere på arbeidslivet. Om en slik tenkning vinner innpass i kommunenes arbeidsmarkedsrettede sosiale arbeid, vil en gå fra å jobbe med klienter i et individperspektiv til å jobbe i et mer relasjonelt perspektiv, som samtidig intervensjoner i den sosiale struktur som sosialhjelpsmottakerne er innleiret i. Det igangværende mentorordningsprosjekt i Trondheim kommune hvor man vil kople sosialhjelpsmottakere med relevante mentorer som har fotfeste i arbeidslivet representerer et første skritt for en lovende praksis i den retning. Den nye satsningen på en tettere individuell oppfølging av sosialhjelpsmottakere (TIO-satsningen), kan også ses som en lovende utvikling i det sosialpolitiske arbeidet, særlig dersom denne satsningen inntenker betydningen av folks sosiale nettverk i forhold til å kunne fastholde folk i en positiv kurs inn mot arbeidslivet.

Human kapital

Funksjonsevnestudien dokumenterer at manglende formalkompetanse (her målt som nivå på høyeste utdanning) utgjør en sentral del av brukernes lave funksjonsevne. En stor andel av langtidsmottakerne bærer på en historie av problemer i oppveksten og manglende kvalifisering i ungdomsårene. For dagens mottakere aktualiserer dette behovet for langsiktige tiltak der både tilgang til terapeutisk hjelp og støtte til å oppnå formalkompetanse må inngå blant virkemidlene. For dagens langtidsmottakere gir funnene også grunn til å se nærmere på hvordan realkompetanse i noen tilfeller kan være et alternativ til oppnådd formalkompetanse. For mange ligger avbrutt skolegang så langt bak i tid, og erfaringene med utdanningssystemet er så problematiske at det er vanskelig å tenke seg et løp der vitnemål fra videregående skole kan være et realistisk alternativ. Med tanke på å forebygge langtidsmottak av sosialhjelp er det avgjørende å få til et godt og forpliktende samarbeid mellom NAV og oppfølgingstjenesten (OT).

Fokus på helse

I Tiltaksforsøket fant vi at mange tiltaksdeltakere hadde problemer med å få hjelp fra det lokale helsevesenet. Spesielt gjaldt dette psykologtjenester. De omfattende helseproblemene som blir dokumentert her (Kap. 3), der psykiske problemer fremstår som spesielt viktige, aktualiserer ytterligere behovet for å sikre et godt samarbeid mellom tiltaksapparatet og helsetjenesten. Stortingsproposisjonen tar for seg behovet for å sikre et godt samarbeid mellom NAV og en rekke tjenestoområder som grenser til NAV. Det fremheves at det særlig er viktig å vurdere å knytte til NAV lokale tjenester som er rettet mot å gjøre personer selvhjulpne og/eller som er viktige i arbeidsrettede prosesser. Den lokale helsetjenesten er ikke blant de tjenester som nevnes (St.prp. 46, 2004-2005, s. 82-83). Til tross for at departementet ser gode grunner til å legge de kommunale helsetjenestene inn i den nye samlede arbeids- og velferdsforvaltning, anbefaler departementet å ikke regulere en slik organisering (Ot.prp. 47, 2005-2006, s. 42). Så langt vi kjenner til arbeider NAV-interim likevel med modeller der det er inntegnet samarbeid mellom de lokale arbeids- og velferdskontorene og helsetjenesten. Våre funn tilsier at en slik kopling er svært viktig, både for å bedre tilgangen til behandling og for å utvikle en utvidet arbeidslinje rettet mot målgruppen.

For en stor andel av dagens langtidsmottakere bør tiltakene først og fremst rettes mot deres helseproblemer. Om vi sammenholder våre funn med erfaringene fra Kristiansund (der 45% gikk til uføretrygd eller medisinsk rehabilitering), utgjør denne gruppen kanskje halvparten av dagens langtidsmottakere. Vi regner det som sannsynlig at flesteparten av disse allerede ville vært uføretrygdet dersom de hadde en fortid med varige arbeidsforhold. For denne gruppen har arbeidsretta tiltak først og fremst gitt dem muligheter til å utløse de rettighetene de ellers ville ha fått gjennom det ordinære arbeidslivet. Vi har derfor fått en paradoksal situasjon der arbeidslinja fremmer trygdelinja. Når arbeidsretta tiltak på denne måten først og fremst tjener som *avklaring* reiser det vanskelige spørsmål om politikkenes innretning og funksjon.

Om hovedfokuset bør være på helse trenger det ikke nødvendigvis bety at arbeid ikke skal inngå i hjelpetiltakene for denne gruppen. Tidligere kvalitative undersøkelser viser at mange av de som på grunn av helseproblemer ikke kommer i ordinært arbeid, likevel har stor glede og nytte av sin nye rolle som "arbeidstaker" i en tiltaksgruppe eller på en praksisplass. Det gir grunn til å foreta nye vurderinger av hva vi skal definere som arbeid i Norge. Det gir også grunn til å vurdere om en kombinasjon av tiltak kombinert med behandling kan være et varig, helsefremmende og mer verdig alternativ til trygd for mange

av de som i dag har for svake helse til å gå over i de ordinære arbeidslivet. Endelig viser omfanget av helseproblemer at for eksempel støtte fra psykolog i større grad bør inngå også i arbeidsrettede tiltak for mange av de som raskere kan nærme seg eller tre inn i det ordinære arbeidsliv.

8.4 Konklusjon

Vi har sett i denne rapporten at langtidsmottakerne av sosialhjelp skiller seg fra normalbefolkningen på mange områder. Det er flere unge, betydelig flere med grunnskole som høyeste utdanning og mange som bor alene. Tilknytningen til arbeidslivet er relativt svak for de fleste. Mange har store helseproblemer, også i form av fysisk funksjonsevne, men de psykiske helseproblemene er særlig markante sammenlignet med tall for den yrkesaktive befolkningen og for uførepensjonister. Likevel har også mange god helse. Videre har respondentene i utvalget vårt svært lav tillit til andre og deltar lite i organisasjoner og aktiviteter som kan tenkes å representere ”brobyggende” sosial kapital, sammenlignet med folk flest. Mange har likevel god tilgang til relasjoner med venner og familie. De sosialhjelpsmottakerne med størst problemer er minst fornøyd med sosialkontoret. Mange har rusproblemer og mange ser ut til å ha hatt store belastninger i oppveksten. En stor del av sosialhjelpsmottakerne har også vært involvert i kriminalitet, noe som er rimelig å se på bakgrunn av rusproblemene og opphopningen av problemer forøvrig i denne gruppa.

Opphopningen av ulike typer av fysiske, psykiske og sosiale problemer blant mange av langtidsmottakerne viser at en arbeidsrettet satsning rettet mot denne gruppa står overfor store utfordring. Sett i dette perspektivet kan det synes paradoksalt at sosialhjelpsmottakerne gir uttrykk for tro på egne evner i den grad de faktisk gjør. Det er kanskje nødvendig at både de som daglig møter brukerne og de som står ansvarlige for å stake ut den politiske kursen reflekterer nøye over forholdet mellom vilje og evne hos langtidsmottakerne av sosialhjelp.

Sosialarbeiderne i den kommunale sosialtjenesten er de som har mest kontakt med disse brukerne. Kan det være at de senere års utvikling henimot å vektlegge klientens muligheter og ressurser har gjort at begrensninger og problemer undervurderes? I så fall står en i fare for gjøre brukerne en bjørnetjeneste. Erfaringer fra Tiltaksforsøket viser at det var kartlegging gjennom tidsavgrensede tiltak utenfor sosialkontoret heller enn det langvarige

sosiale arbeidet på sosialkontoret som avdekket helseproblemer og utløste trygderettigheter.

Overgangen fra langtidsmottak til arbeid avhenger i prinsippet av to faktorer, brukerens ressurser og arbeidslivets evne til å tilby arbeid. I motsetning til de øvrige deler av den norske arbeidslinja, best eksemplifisert ved avtalen om Inkluderende arbeidsliv (IA), har de siste 10-15 års politikk for å inkludere langtidsmottakere av sosialhjelp vært preget av et heller ensidig fokus på brukernes ressurser. Vi kan videre skille mellom to typer individuelle ressurser, evne og vilje. Et klart uttrykk for at det var viljen som måtte stimuleres finner vi i forarbeidene til vilkårsparagrafen i Sosialtjenesteloven. I Arbeidssatsingen i Tiltaksplan mot fattigdom (Bondevik II) ser vi en sterkere vektlegging av å ville påvirke brukernes evne. Middelet var her å gi brukerne økt tilgang til det mer systematiske og ressurssterke tiltaksapparatet hos daværende Aetat. Mens vi venter på den endelige utformingen av satsingen til den rødgrønne regjeringen, må vi gå til de politiske signalene som så langt har kommet fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet. I denne sammenheng er de to viktigste signalene fra statsråd Bjarne Håkon Hansen å få sosialhjelpsmottakerne ”opp om morran” og at de som kommer seg opp og inngår Velferdskontrakt vil få en ytelse tilsvarende det doble av dagens nasjonale norm for økonomisk sosialhjelp. Om de to signalene virker svært forskjellige, er de i denne sammenheng to sider ved en og samme forståelse av hva som kan endre folks liv. Begge signalene fra departementet legger til grunn til at det er viljen mer enn evnen som må styrkes hos målgruppen. Videre bygger begge på signalene at en kan påvirke brukerne ved hjelp av incentiver- enten disse er i form av ”pisk” (”opp om morran”) eller ”gulrot” (doblet ytelse). Signalene bygger på forestillingen om den rasjonelle aktør, som responderer best på økonomiske stimuli. Funnene som er representert i Funksjonsevnestudien tyder på at denne teorien har begrenset verdi overfor dagens langtidsmottakere.

Uten solid kunnskap om brukernes, ressurser og problemer, og om hva som kan føre til endring, risikerer vi at tiltak påfører den enkelte nye nederlag og bygger ned sentrale psykologiske ressurser heller enn å styrke dem. Det trengs mangefasetterte tiltak, ofte over lang tid, som kan avhjelpe klientenes sammensatte problemer og som samtidig kan bidra til en realistisk forståelse av nåværende situasjon og fremtidige muligheter. I Norge har vi i dag en unik situasjon der den lave arbeidsledigheten, en sterk reformvilje og en økende forståelse av problemer, knyttet like mye til sosial eksklusjon som til materiell fattigdom,

burde legge grunnlaget for en bedre politikk for en gruppe som har vært omfattet av mye oppmerksomhet, men lite tilpassede tiltak

Referanser

Aftenposten 22.6.2000

Aguilera, M.A (2002). The Impact of Social Capital on Labor Force Participation: evidence from the 2000 Social Capital Benchmark Survey in *Social Science Quarterly*, Vol 83 (3), s. 853-74.

Andreassen, T. A. (1998). Betingelser for brukernedvirkning. I Øverlier, T. (red.). *Fot i hose?: erfaringer i brukernedvirkning*. Oslo: Kommuneforlaget

Blom, S. (1998). *Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge*. Rapporter, SSB.

Blyth F.M, L.M March, A.J Barnabic, L.R Jorm, M. Williamson, M.J Cousins. (2001) Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, Vol 89 (2-3), s.127-34

Borgeraas, E. (2006). *Knapphetens økonomi. En kvalitativ studie av sosialhjelpsmottakernes økonomiske mestrings*. Oslo: SIFO.

Bourdieu (1983/1986). "The forms of capital". I Richardson, John G. (ed): *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (241-258). New York: Greenwood Press

Brevik, I. (1996). *Sosialhjelpsklienters arbeid, helse og oppvekst*. Oslo: NIBR.

Buskila D., G. Abramov, A. Biton, L. Neumann. (2000) The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *The journal of Rheumatology*, Vol. 27, s. 521-5.

Cast, A.D. & P.J. Burke (2002). "A Theory of Self-Esteem". *Social Forces*, Vol. 80, (3) s. 1041-1068.

Chudasama, K (2005). *Langtidssosialhjelpsmottakere. Veien til sosialkontoret, deres livssituasjoner og fremtidsutsikter. Masteroppgave i sosialt arbeid*. HiO, avd. ØKS.

Clausen, S.E. (1991). *Domfelte sosialhjelpsmottakere*. NIBR-rapport 1991:20. Oslo.

Cleeland C.S., K.M. Ryan. (1994) Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*; Vol. 23, s.129-38.

Coleman J.S. (1988). "Social Capital in the Creation of Human Capital". *American Journal of Sociology*, Vol. 94, s. 95-120.

Dagsavisen 9.9.2004

Dahl E. (2003). Does "workfare" work? The Norwegian experience. *International Journal of Social Welfare*, Vol. 12 (4) s. 274-288

- Dahl E., T. Lorentzen, (2005) What works for whom? An effect evaluation of Active Labour Market Programs in Norway. *International Journal of Social Welfare*, Vol. 14 (2), s. 86-98.
- Dahl, G. (2005). *Uførepensjonisters bakgrunn*. Oslo-Kongsvinger: SSB.
- Dahl, E. & J.I. Elstad (2001). Recent changes in social structure and health inequalities in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, (Suppl.) 55, s.7-18
- Dahl, G., A. Walstad Enes, T. Jørgensen og C. Trewein (2006). *Langtidsmottakere av sosialhjelp*. Rapporter 2006/13. SSB: Oslo-Kongsvinger.
- Danziger, S .et al. (2000). *Barriers to the employment of welfare recipients*. University of Michigan.
- Danziger, S.K. & K.S. Seefeldt (2002). "Barriers to employment and the 'hard to serve': Implications for service, sanctions, and time limits". *Focus*, Vol. 22, (1, Special Issue).
- Danziger, S.H. (1999). "Chapter 1 – Introduction. What are the Early Lessons?" In: Danziger, Sheldon H. (1999). *Economic Conditions and Welfare Reform*. University of Michigan.
- Den norske lægeforening (2006). *På helsa løs - når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*. Statusrapport. Den norske legeforening.
- Elstad, J. I. (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. NOVA-rapport 9/00. Oslo: NOVA.
- Elstad, J.I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial – og helsedirektoratet.
- Elstad, J.I. & S.Krokstad (2003). Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Social & Medicine*, 57(8):1475-1489
- Fehn, I. L Stjernholm. (1992). "Det er jo normalt å jobbe-": langtidsmottakere av sosialhjelp og deres forhold til arbeidslivet. NKSH-rapport. Oslo: Norges kommunal- og sosialhøgskole.
- Field, J. (2003): *Social Capital*. London: Routledge.
- Filion F.L. (1976). Exploring and correcting for nonresponse bias using follow-ups of non-respondents. *Pacific sociological review*, Vol. 19(3), s. 401-8.
- Finnvold, J.E. (2006). "Fastlegen som portvaktar for spesialisthelsetenester: Ikkje berre eit spørsmål om helsa til pasienten." *Samfunnsspeilet*(2). SSB: Oslo.
- Flermoen, S. (2006). *Sosialtjenesten – praksis ved bruk av økonomisk stønad og vilkår*. Bø: Telemarksforskning.

-
- Gabrielsen, E. og A.A. Ritland.(2000). ”Tre av ti leser for dårlig”. *Samfunnsspeilet* (4). SSB:Oslo
- Gundersen T et al. (2004). Rusklienter og tjenester før "rusreformen": en tverrundersøkelse. Oslo: SINTEF Unimed, 2004. SINTEF rapport STF 78.
- Granovetter, M.S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, Vol. 78 (6), s. 360-80.
- Grødtvedt, L. (2002). *Helseprofil for Oslo*. Voksne. Oslo: Norsk Folkehelseinstitutt.
- Halvorsen, K. (1996). *Mestring av marginalitet. Å leve og overleve som sosialklient*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Halvorsen, K. (2005) *Legitimacy of Welfare States in Transitions from Homogeneity to Multiculturalism: A Matter of Trust?* Paper for ESPAnet 2005 Conference.
- Hammer, T. (2000). ”The Probability of Re-entering Education among Unemployed Youth. A Comparative Study of Six Countries in Northern Europe”. In: Furlong, A. og T. Hammer (2000). *Youth Unemployment and Marginalisation in Northern Europe*. Nova rapport 18/00.
- Hammer, T. & C. Hyggen. (2006). Stengte dører? I Hammer, T. & E. Øverbye, (red.): *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haug, E. (2003). *Fra begrensninger til muligheter. En kvalitativ studie av langtidsbrukere av sosialtjenesten og deres muligheter etter gjennomføringen av et tilrettelagt tilbud som Daghøgskolen*. Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap. NTNU. Rapport nr. 40.
- Hooge, M. and D. Stolle (eds), (2003). *Generating Social Capital*. Hamshire, England: Palgrave.
- Hougen, H.C. and M.A. Gløbøden (2004). *Samordnet levekårsundersøkelse 2002 - tverrsnitt*. Dokumentasjonsrapport. Notat, SSB.
- Hove, O. (1992). ”En ulykke kommer sjelden alene”. *Langtidsmottakere av sosialhjelp – levekår og livssituasjon*. NotaBene. NKSH-rapport nr. 92: 4.Oslo.
- Hove, O. (1992). *Lite hjelp å få... Langtidsmottakere av sosialhjelp – forholdet til sosialkontoret: Tilgjengelighetsproblemer og hvilken hjelp som ytes*. NotaBene. NKSH-rapport nr. 92:7. Oslo.
- Hove, O. og P.I. Langeng (1997). *Sosialhjelpen: Forskning og forskningsbehov*. HiO-rapport. Nr.4. Oslo.
- Hoven, F.H. (1981). *Byråkratierfaringer og klientatferd*. Rapport, Agder distriktshøgskole: Kristiansand.
- Kommuneforlagets nettsted.

<http://www.bedresosialtjeneste.no/bedrekommune/bedresosialtjeneste.jsp>

(lastet ned 25.6.2006)

- Korpi, T. (2001). Good Friends in Bad Times? Social networks and job search among the unemployed in Sweden. *Acta sociologica*, Vol. 33 (2), s. 157-70.
- Kringlen, E., S. Torgersen, et al. (2001). "A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study". *American Journal of Psychiatry* Vol 158 (7).
- Krokstad, S. and S. Westin (2002). "Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway." *Scandinavian Journal of Public Health* s. 30: 113-24.
- Kumlin, S. og B. Rothstein (2005). Making and Breaking Social Capital. The Impact of Welfare-State Institutions. *Comparative political studies*, Vol 38 (4), s. 339-365.
- Lauglo J. (2000). Social Capital Trumping Class and Cultural Capital? Engagement with school among immigrant youth, pp. 142-67 in S. Baron, J. Field and T. Schuller (eds). *Social Capital: critical perspectives*. Oxford: University Press.
- Lazarus, R.S. og S. Folkman (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Leonard, I. & C. Schooler (1978). "The Structure of Coping". *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 19, 2-21.
- Levesque, M. og D. White. (2001) Capital social, capital humain et sortie de l'aide social pour des prestataires de longue duree. *Canadian Journal of Sociology*, Vol 26 (2), s.167-92.
- Lien, S. og Ø. Sivertstøl. (2004). Langtidsmottak av sosialhjelp 1997-1999. Veier inn og samtidige aktiviteter. Oslo, SSB.
- Lien, S. og Ø. Siverstøl. (2006). *Veier ut av langtidsmottak av sosialhjelp*. Notater. Oslo, SSB.
- Lin, N. (2001). *Social Capital. A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lorentzen, T og E. Dahl. (2005). Active Labour Market Programmes in Norway: Are they helpful for social assistance recipients? *Journal of European Social Policy*, Vol, 15, s. 27-45.
- Lødemel, I. og H. Trickey (2001). A new contract for social assistance. I Lødemel og Trickey (eds.). *An Offer You Can't Refuse – Workfare in international Perspective*. Bristol: The Policy Press.
- Magasinet Aktuell. 2.2.2006

-
- Malmberg-Heimonen, I. og I. Julkunen (2000). "Gender, family context and labour-market involvement in six Northern European Countries". In Furlong, A og T. Hammer (2000). *Youth Unemployment and Marginalisation in Northern Europe*. Nova rapport 18/00.
- Marmot & Wilkinson (2006). *Social determinants of health*. Oxford:University press.
- Marthinsen, E. og R.B. Moe (1999). *Langtidsbrukere av sosialhjelp ved Byåsen sosialtjeneste i 1998*. Trondheim, BUS Midt-Norge.
- Mead, G. og C.W. Morris (1934). *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviourist*. Chicago: University of Chicago Press
- Mead L. (ed.) (1997). *The New Paternalism*. Washington DC: Brookings Institution Press
- Møller, G. (2005) *Evaluering av samordningsforsøkene. Første delrapport om brukernes erfaringer med økt samarbeid mellom Aetat, sosialtjenesten og trygdeetaten*. Arbeidsrapport nr 1/2005. Telemarksforskning-Bø.
- Norges Forskningsråd (2005). *Sosial kapital*. Oslo: Norges Forskningsråd
- NOU (2004:13). *En ny arbeids- og velferdsforvaltning. Om samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*. Sosialdepartementet
- OECD (2001) *The well-being of nations: the role of human and social capital*. Paris: Organisation of Economic Co-operation and Development.
- Omura G.S. (1983). Correlates of item nonresponse. *Journal of the Market Research Society*, Vol 25 (4), s. 321-38.
- Oslo kommune. 2005. *Brukernes vurdering av sosialtjenesten. Resultater fra en spørreundersøkelse*. Oslo kommune – Helse og velferdsetaten
- Pampel, Fred C. (2000). *Logistic Regression – A Primer*. London: Sage Publications. Pearlín,
- Putnam, R. (2000) *Bowling Alone*, New York: Simon & Schuster.
- Regjeringen (2005). *Soria Moria- erklæringen*.
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og Mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Robinson J.P., P.R. Shaver & L.S. Wrightsman (1991). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (Vol. 1). San Diego: Academic Press.
- Rognerud, M., B.H. Strand, et al. (2002). "Psykisk helse i Helse- og Levekårsundersøkelsen i 1998 I. Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil." *Norsk Epidemiologi*, Vol. 12 (3), s. 239-248.
- Rosenberg, M. & L.I. Pearlín (1978). "Social Class and Self-Esteem Among Children and Adults". *The American Journal of Sociology*, Vol. 84 (1) s. 53-77.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press.
- Rothstein, B. og D. Stolle (2003) Introduction: Social Capital in Scandinavia”, *Scandinavian Political Studies*, Vol. 26 (1), s. 1-26.
- Russel, H. & P. O’Connel (2000). ”Getting a Job in Europe: The Transition from Unemployment to Employment in Nine European Countries”. I: Furlong, A. og T. Hammer (2000). *Youth Unemployment and Marginalisation in Northern Europe*. Nova rapport 18/00.
- Rustøen, T., A. Klopstad Whal, B. Rokne Hanestad, A. Lerdal, S.Paul, C. Miaskowski, (2004). Prevalence and characteristics of cronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of pain* Vol 8, s. 555-565.
- Schafft, A., K. Frøyland og Ø. Spjelkavik. (2005). *Evaluering av arbeidsmarkedssatsingen for sosialhjelpsmottakere*. Delrapport 2. AFI-Notat 1/2005. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Seim, S. og O. K Hjelmdal (1992). *Den som intet har. Livskvalitet og levekår blant klienter med langvarig kontakt med sosialkontoret*. NotaBene. Oslo: NKSH.
- Skog, Ole-Jørgen (1998). *Å forklare sosiale fenomener*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Solheim, L. J (1995). *Sosialhjelp og sjølrespekt*. Rapport nr. 20/95. Østlandsforskning
- Sosialkomiteens Inst.S.nr. 222, 1999-2000:66
- Sosial-og helse direktoratet. (2006). *Evaluering av arbeid med implementering av et nasjonalt kartleggingsverktøy KIS*. Delrapport I.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren* (rapport fra sosial- og helsedirektoratet 2006). Rapport IS-1368. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialtjenesteloven. Lov av 13. des. 1991 nr 81.
- Statistikkbanken, <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>
- Stortingsproposisjon nr 46 (2004-2005). Ny arbeids og velferdsforvaltning. Arbeids- og sosialdepartementet.
- Strand, B.H., O.S. Dalgard, et al. (2003).”Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36).” *Nordic Journal of Psychiatry* 57 (2):113.
- Svalund, J. (2005). "Kvinner lever lenger - med flere sykdommer." *Samfunnspeilet* (04).

-
- Sæbø, G. (1993). Som folk flest? *En beskrivelse av levekårsforskjeller mellom sosialklienter og totalbefolkning*. INAS-notat 1993:4.
- Terum, L.I. (1996). *Grenser for sosialpolitisk modernisering: om fattighjelp i velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget
- Titmuss, R. (1958). "*Essays on the welfare state*". London: Georg Allen & Unwin
- Underlid, K (2005). *Fattigdommens psykologi: Oppleving av fattigdom i det moderne Noreg*. Samlaget.
- Unwin, L. (1996) Employer-led Realities: apprenticeship past and present. *Journal of Vocational Education and Training*, Vol. 48 (1), s. 57-68.
- Ware, J.E., M. Kosinski, et al. (2005). *How to Score Version 2 of the SF-12® Health Survey*. Lincoln, RI, QualityMetric Incorporated.
- Wedde, Elise (2005). Noen hovedfunn fra TNS Gallups nasjonale innbygger- og brukerundersøkelse i 2004 . TNS Gallup. http://www.tns-gallup.no/arch/_img/205869.pdf
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies: The Affliction of Inequality*. London: Routledge.
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*. Vol 27, s. 151-208.
- Zahl, P. H., M. Rognerud, et al. (2003). *Bedre helse - større forskjeller*. Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Tabeller

Tabell 2-1. Sosialhjelpsmottakere i funksjonsevnestudien, populasjonen av langtidsmottakere av sosialhjelp (SSB langtids) og normalbefolkningen etter alder, kjønn, født i utlandet, føler seg som del av etnisk minoritet og høyeste fullførte utdanning. Prosentandeler.	16
Tabell 2-2. Sosialhjelpsmottakere i funksjonsevnestudien, populasjonen av langtidsmottakere av sosialhjelp (SSB langtids) og normalbefolkningen (aldersstandardisert) etter sivil status, omsorg for barn og antall personer i husholdet. Prosentandeler.	18
Tabell 2-3. Frekvensfordeling for variabler som brukes som kontrollvariabler i regresjonsanalysene (n=554).	19
Tabell 2-4. Arbeidserfaring. Prosentandeler (N=484-548).	20
Tabell 2-5. Hovedgrunn til slutt i siste jobb. Prosentandeler (N=429).	20
Tabell 2-6 Problemer i oppvekst før fylte 16 år i prosentandeler (N=508-24).	21
Tabell 2-7. Prosentandel som har fler enn 1,2, 3, 4, 5 og 6 oppvekstproblemer. (n=465)	22
Tabell 2-8. Domfellelse og påtaleunntatelse. Prosentandeler (n=522-49).	22
Tabell 2-9. Lese- og skriveferdigheter på norsk.	23
Tabell 3-1. Helsemål (SF-12) for utvalget (N=511-544) sammenlignet med den yrkesaktive befolkningen (N=3464-3492). Prosentandeler. Aldersstandardisert.	31
Tabell 3-2 Sammenligning med uføre. Prosentandeler. Alder 30 år +. Aldersstandardisert.	34
Tabell 3-3. Er du ofte plaget med smerte. Prosentandeler . (Ikke aldersstandardiserte tall for befolkningen).	35
Tabell 3-4. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget av noe av dette? (N=527-537) Veldig mye eller ganske mye plaget. Prosentandeler. Aldersstandardisert.	36
Tabell 3-5 HSCL-10. Gjennomsnittsskåre og forekomst (i prosent) av psykiske plager over grenseverdi for sosialhjelpsmottakere (N=530) og den yrkesaktive befolkningen (N=3859). Aldersstandardisert.	37
Tabell 3-6. Alkohol og narkotikaproblemer. Prosentandeler (N=542-48).	37
Tabell 3-7. Opphopning av helseproblemer for fysisk helse begrenser gjøremål, har dårlig psykisk helse (HSCL>1,85), smerter og rusproblemer. (N=481).	39

Tabell 4-1. <i>Sosial tillit: Prosentandel med liten sosial tillit. Sammenligning med normalbefolkningen. Aldersstandardisert.</i>	54
Tabell 4-2. <i>Bonding sosial kapital: Ofte¹ kontakt med de nærmeste. Sammenligning med normalbefolkningen. Prosentandeler. Aldersstandardisert.</i>	54
Tabell 4-3. <i>Bonding sosial kapital: Har venner og fortrolige¹. Sammenligning med befolkningen. Aldersstandardisert.</i>	55
Tabell 4-4. <i>Bonding sosial kapital: Tilgang på hjelp i en vanskelig situasjon – utenom det offentlige hjelpeapparatet (N=552). Prosentandeler.</i>	56
Tabell 4-5. <i>Bonding sosial kapital: Tilgang på hjelp i en vanskelig situasjon – av hvem? (N=436) Prosentandeler.</i>	56
Tabell 4-6. <i>Bridging sosial kapital: Anall. naboer de kjenner så godt at de besøker dem. Sammenligning med normalbefolkningen. Prosentandeler. Ikke aldresstandardisert.</i>	56
Tabell 4-7. <i>Bridging sosial kapital: Aktivt medlem i organisasjoner og foreninger for hele utvalget i FES og for aldersgruppen 40-49 i FES og LAG. Prosentandeler.</i>	57
Tabell 4-8. <i>Sjelden deltakelse i sosiale aktiviteter og gjøremål¹ for hele utvalget og aldersgruppen 40 – 49 i FES og LAG. Prosentandeler</i>	58
Tabell 5-1. <i>Var det i 2004 lett å komme i kontakt med saksbehandleren din på sosialkontoret? Prosentandeler. (n=552).</i>	71
Tabell 5-2 <i>I det store og hele, er du selv med på å avgjøre hva slags hjelp du får fra sosialkontoret? Prosentandeler. (n=550).</i>	71
Tabell 5-3. <i>I det store og hele, er du og saksbehandler stort sett enige om hva som skal gjøres for å hjelpe deg? (n=552).</i>	72
Tabell 5-4. <i>I hvilken grad har du tillit til at saksbehandler har prøvd å finne den beste løsningen for deg? Prosentandeler. (n=553).</i>	72
Tabell 5-5. <i>Alltid og nesten alltid lett å komme i kontakt med sosialkontoret etter antall barrierer Fullstendig opphopningsvariabel (fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunnlattelse, dårlig psykisk helse, kun grunnskole, kort arbeidserfaring).</i>	74
Tabell 5-6. <i>I stor grad og i noen være grad med på å avgjøre hva slags hjelp en får etter antall barrierer. Fullstendig opphopningsvariabel (fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer,</i>	

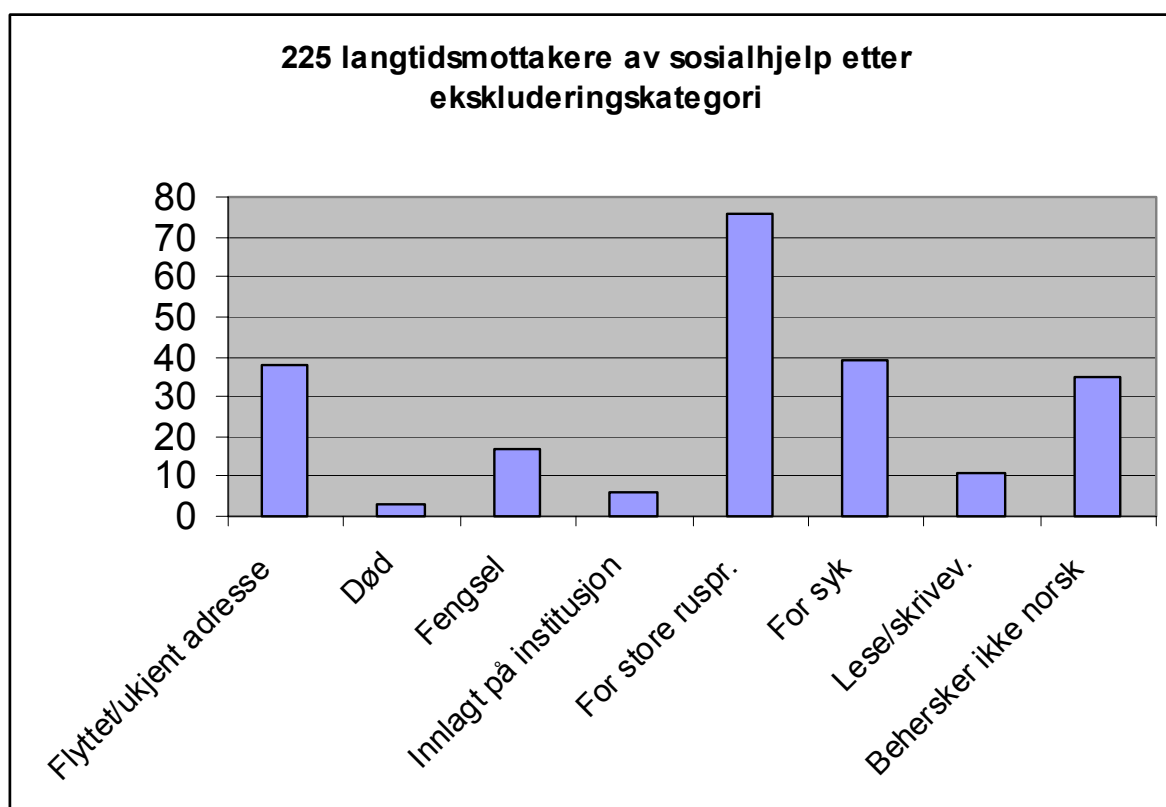
<i>domfelt/påtaleunnlatelse, dårlig psykisk helse, kun grunnskole, kort arbeidserfaring). (N= 447)</i>	75
Tabell 5-7. <i>Den økonomiske støtten fra sosialkontoret setter meg i tilstrekkelig stand til å søke/skaffe meg en jobb. Prosentandeler. (n=562).</i>	76
Tabell 5-8. <i>Svært enig eller nokså enig i at den økonomiske støtten fra sosialkontoret setter en i tilstrekkelig i stand til å søke/skaffe seg en jobb etter antall barrierer. Fullstendig opphopningsvariabel (fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunnlatelse, dårlig psykisk helse, kun grunnskole, kort arbeidserfaring). (N= 439)</i>	76
Tabell 5-9. <i>Har sosialkontoret stilt vilkår om å delta på arbeidsretta tiltak og/ eller arbeid for sosialhjelp. Prosentandeler. (n=546).</i>	77
Tabell 5-10 <i>Hvis vilkår, opplever du at bruken av det er hensiktsmessig mht å komme i jobb? Prosentandeler. (N=289).</i>	78
Tabell 5-11. <i>Blitt stilt vilkår til etter antall barrierer. Fullstendig opphopningsvariabel (fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunnlatelse, dårlig psykisk helse, kun grunnskole, kort arbeidserfaring). (N= 447)</i>	79
Tabell 6-1. <i>Sammenligning av mestringsindeks med fem spørsmål mellom Levekårsundersøkelsen 2002 og Funksjonsevnestudien.</i>	85
Tabell 6-2 <i>Selvoppfatningsindeks.</i>	85
Tabell 6-3. <i>Mestringsressurser i prosentandeler og gjennomsnitt for fem svaralternativer der høyere tall indikerer bedre mestring. (N=539-43).</i>	87
Tabell 6-4. <i>Mestringsressurser i prosentandeler og gjennomsnitt for fem svaralternative der høyere tall indikerer bedre mestring.(Data: LKU 2002, N=3838-3851, 25 % ikke svart).</i>	87
Tabell 6-5. <i>Vurdering av egenverd i prosentandeler og gjennomsnitt for fire svaralternativer der høyere tall indikerer høyere opplevelse av egenverd (N=538-45).</i>	88
Tabell 6-6. <i>Fornøyd/misfornøyd med livet nå for tiden. Prosentandeler (N=551).</i>	89
Tabell 7-1. <i>Opphopning av problemer. Opptelling av indikatorer for kun grunnskole, fysisk helse hindrer arbeid, psykisk helse (HSCL10 > 1,85), lese- og skrivevansker, rusproblemer, kortvarig arbeidserfaring, og domfellelse/påtaleunnlatelse, og omvendt kumulativ opptelling. (N=441)</i>	94

Appendix

Kapittel 1:

Ekkluderingskategorier

Figuren nedenfor viser en oversikt rapportert inn fra sosialhjelpskontorene om ulike årsaker til at respondenter ikke var i stand til å fylle ut spørreskjema og fordelingen på dem for de 225 sosialhjelpsmottakerne som ble ekskludert fra populasjonen.



Regresjonsanalyse

I kapitlene 3-7 vil vi gjøre regresjonsanalyser for å kunne si noe om de kontrollerte sammenhengene i utvalget. Til forskjell fra en vanlig krysstabellanalyse innebærer dette at vi kan studere den relative sammenhengen mellom ulike forklaringsvariabler og en avhengig variabel. Regresjonsanalysen gir tall som forteller hvor mye den avhengige variabelen gjennomsnittlig øker når forklaringsvariabelen øker med én enhet, kontrollert for de andre variablene i modellen (Skog 1998:202).

I vanlig lineær regresjon er tolkningen av dette tallet, regresjonskoeffisienten, basert på verdiene på den kontinuerlige avhengige variabelen. Undersøker vi sammenhengen

mellom utdanningsår og lønn, vil regresjonskoeffisienten vise hvor mange kroner lønnsvariabelen øker med når utdanningsvariabelen øker med ett år. Vi vil imidlertid bruke lineær regresjon til å undersøke sammenhenger med ulike indekser. Regresjonskoeffisienten vil da gi oss et tall for hvor mange indekspoeng den avhengige variabelen øker med når de uavhengige variablene øker med 1.

I de fleste analysene i rapporten vil vi bruke såkalte dikotome avhengige variabler, det vil si at den variabelen vi er interessert i bare har to verdier (f. eks: Helse: 1=dårlig helse, 0=god helse). Dette fører til at den lineære regresjonsmodellens forutsetninger om linearitet og homoskedastisitet (at spredningen på regresjonslinjen er like stor for høye og lave verdier på den avhengige variabelen) er brutt. Løsningen er å bruke logistisk regresjon. Den logistiske regresjonslinjen er ikke lineær, men S-formet. Effekten av den uavhengige variabelen på den avhengige variabelen vil alltid være sterkest ved middels sannsynligheter (Ringdal 2001: 429). Logistisk regresjonsanalyse leverer koeffisienter i logit-skalaen, som er den naturlige logaritmen (\ln) av oddsen for at den avhengige variabelen =1. Logiten er på samme måte som den lineære regresjonskoeffisienten et uttrykk for hvor stor endringen er på den avhengige variabelen når den uavhengige variabelen øker med én enhet (Pampel 2000). En viktig forskjell fra lineær regresjon er at endringen på den avhengige variabelen alltid vil være liten ved lave verdier på den uavhengige variabelen, stor ved middels verdier, og liten igjen ved høye verdier.

Dette gjør at regresjonskoeffisientene i den logistiske modellen ikke er like intuitivt tolkbare som i den lineære. Logitskalaen har verken tak eller gulv, og varierer dermed uendelig både positivt og negativt. Derfor er det vanlig å regne logiten tilbake til oddsskalaen i oddsratio. Oddsskalaen varierer mellom 0 og uendelig og tolkes slik at 1 representerer ingen sammenheng, mens verdier over 1 viser en positiv sammenheng og verdier under 1 en negativ sammenheng (Pampel 2000). Om oddsratioen for menn (1) i utvalget er 1.30 med helse som avhengig variabel, betyr det at den relative risikoen for dårlig helse for menn er 30 prosent sammenlignet med kvinner (0), kontrollert for øvrige variabler som er inne i modellen. Om oddsratioen er 0.80 betyr det at den relative risikoen for dårlig helse er -20 prosent for menn sammenlignet med kvinner. Eller sagt på en annen måte; menn har 20 prosent lavere tilbøyelighet til å rapportere dårlig helse, når "alt annet" er likt, det vil si uavhengig av effekten av de øvrige kontrollvariablene.

Vi har valgt å undersøke sammenhengene mellom sosiodemografiske kjennetegn og de ulike avhengige variablene med et fast sett av kontrollvariabler, eller uavhengige variabler. Dette valget er gjort på bakgrunn av at formålet er å gi et bredt bilde av fordelingen av

ressurser og problemer i utvalget vårt. Variablene vi skal bruke er kjønn, alder, utdanning, følelse av etnisk minoritetstilhørighet og tid siden siste arbeidserfaring. Unntak fra dette er sammenhenger mellom rus og psykisk helse i kapittel 3, og mellom brukererfaringer med sosialkontoret og antall problemer i kapittel 5, som representerer substansielt viktige hypoteser vi gjerne ville presentere resultater fra.

Kapittel 3:

Tabell A-1. *Relativ risiko for dårlig generell helse. Logistisk regresjon. Oddsratioer. (N=480).*

<i>Kjønn (ref: kvinne)</i>	1
Mann	1,011
<i>Alder (ref: 18-29)</i>	1
30-44	2,181**
45-60	5,725**
<i>Utdanning (ref: gr.sk.)</i>	1
Videregående	0,935
Univ/høysk.	0,537
<i>Etnisk minoritet (ref: nei)</i>	1
Ja	1,235
<i>Arbeidserfaring (ref: 0-5 år siden)</i>	1
Mer enn 5 år s.	2,202**
Aldri i arb.	2,497**
<i>Rusproblem (ref: nei)</i>	1
Ja, andre synes	1,1

*Signifikant innenfor 10 %-nivå. ** Signifikant innenfor 5 %-nivå.

Tabell A-2. *Relativ risiko for å ofte være plaget med smerte. Logistisk regresjon, Oddsratio . (N=484)*

	FES s*
<i>Kjønn (ref: kvinne)</i>	1
Mann	0,50**
<i>Alder(ref: 18-30)</i>	1
30-44	1,92**
45-60	2,62**
<i>Utdanning (ref: grunnskole)</i>	1
Vgs	0,77 -
høyereutd	0,58 -
<i>Minoritetstilhørighet (ref: nei)</i>	1
Ja	1,64 *
<i>Arbeidserfaring (ref: <5 år siden)</i>	1
mer enn 5 å siden arbeid	1,19 -
Aldri i arbeid	1,20 -

*Signifikant innenfor 90%, ** signifikant innenfor 95%

Tabell A-3. Relativ risiko for dårlig psykisk helse (HSCL > 1,85). Logistisk regresjon. Oddsratio. (N=462).

<i>Kjønn</i>	1
Mann	0,826
<i>Alder(ref: 18-30)</i>	1
30-44	0,758
45-60	0,884
<i>Utdanning (ref: grunnskole)</i>	1
Vgs	0,859
høyereutd	0,561
<i>Minoritetstilhørighet (ref: nei)</i>	1
Ja	0,886
<i>Arbeidserfaring (ref: <5 år siden)</i>	1
mer enn 5 å siden arbeid	1,343
Aldri i arbeid	0,771
<i>Rusproblemer (ref: nei)</i>	1
Ja, andre synes	3,441**

*Signifikant innenfor 90%, ** signifikant innenfor 95%

Tabell A-4. Relativ risiko for å rapportere at en opplever at en har rusproblemer. Logistisk regresjon. Oddsratioer. (N=462)

<i>Kjønn</i>	1
Mann	2,825**
<i>Alder(ref: 18-30)</i>	1
30-44	1,818**
45-60	1,227
<i>Utdanning (ref: grunnskole)</i>	1
Vgs	0,552**
høyereutd	0,402**
<i>Minoritetstilhørighet (ref: nei)</i>	1
Ja	0,511*
<i>Arbeidserfaring (ref: <5 år siden)</i>	1
mer enn 5 å siden arbeid	1,795**
Aldri i arbeid	1,993**
<i>Psykisk lidelse (ref: nei)</i>	1
Ja	3,481**

*Signifikant innenfor 90%, ** signifikant innenfor 95%

Kapittel 4:

Tabell A-5. Relativ sjanse for å rapportere lav tillit (at folk flest ikke er til å stole på, <3 av 10), for å delta aktivt i organisasjoner og for å ikke ha noen fortrolige utenom familie på stedet (sosial støtte). Logistisk regresjon, Odds ratio.

Avhengig variabel	Lav tillit	Deltakelse	Sosial støtte
N	486	458	485
<i>Kjønn (ref: kvinne)</i>	1	1	1
Mann	1,01 -	1,01 -	1,91 **
<i>Alder(ref: 18-30)</i>	1	1	1
30-44	0,55 **	1,48 -	1,37 -
45-60	0,34 **	1,02 -	1,11 -
<i>Utdanning (ref: grunnskole)</i>	1	1	1
Vgs	0,68 *	1,10 -	1,08 -
høyereutd	0,52 -	5,10 **	0,79 -
<i>Etnisk minoritetstilhørighet (ref: nei)</i>	1	1	1
Ja	1,29 -	2,17 *	1,55 -
<i>Arbeidserfaring (ref: <5 år siden)</i>	1	1	1
mer enn 5 år siden arbeid	1,96 **	0,25 **	1,64 *
Aldri i arbeid	1,64 **	0,51 *	1,27 -

*Signifikant innenfor 10%, ** signifikant innenfor 5%

Kapittel 5:

Tabell A-6. Relativ sjanse for å rapportere at det alltid eller nesten alltid lett å komme i kontakt med sosialkontoret (reduisert opphøringsvariabel: fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese-og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunntattelse, dårlig psykisk helse). Logistisk regresjon. Oddsratio. (N=425).

<i>Kjønn (ref: kvinne)</i>		
Mann	0,82 -	
<i>Alder(ref: 18-30)</i>		
30-44	0,86 -	
45-60	1,12 -	
<i>Utdanning (ref: grunnskole)</i>		
Vgs	0,81 -	
høyereutd	1,93 *	
<i>Etnisk minoritet (ref: nei)</i>		
Føler seg som del av etnisk minoritet	1,31 -	
<i>Arbeidserfaring (ref: <5 år siden)</i>		
Mer enn 5 år siden arbeid	1,16 -	
Aldri i arbeid	0,65 *	
<i>Antall problemer (ref: ingen)</i>		
1-2	0,56 **	

Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp

Flere enn 3 0,51 **

*Signifikant innenfor 10%, ** signifikant innenfor 5%

Tabell A-7. I stor grad og i noen være grad med på å avgjøre hva slags hjelp en får (reduert opphoppingsvariabel: fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunntatelse, dårlig psykisk helse). Logistisk regresjon. Oddsratio. (N=421).

Kjønn (ref: kvinne)

Mann 0,69 *

Alder(ref: 18-30)

30-44 0,61 *

45-60 1,02 -

Utdanning (ref: grunnskole)

Vgs 0,63 **

høyereutd 1,34 -

Etnisk minoritet (ref: nei)

Føler seg som del av etnisk minoritet 0,77 -

Arbeidserfaring (ref: <5 år siden)

Mer enn 5 å siden arbeid 1,12 -

Aldri i arbeid 0,66 *

Antall problemer (ref: ingen)

1-2 0,78 -

Flere enn 3 0,68 -

*Signifikant innenfor 10%, ** signifikant innenfor 5%

Tabell A-8. Relativ sjanse for å rapportere svært enig eller nokså enig i at den økonomiske støtten fra sosialkontoret er tilstrekkelig for å komme i jobb. (reduert opphoppingsvariabel: fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunntatelse, dårlig psykisk helse). Logistisk regresjon. Oddsratio. (N=421).

Kjønn (ref: kvinne)

Mann 0.80 -

Alder(ref: 18-30)

30-44 0.90 -

45-60 1.13 -

Utdanning (ref: grunnskole)

Vgs 0.56 **

høyereutd 0.92 -

Etnisk minoritet (ref: nei)

Føler seg som del av etnisk minoritet 1.88 **

Arbeidserfaring (ref: <5 år siden)

Mer enn 5 å siden arbeid 0.60 -

Aldri i arbeid 0.92 -

Antall problemer (ref: ingen)

1-2 0.37 **

Flere enn 3 0.16 **

*Signifikant innenfor 10%, ** signifikant innenfor 5%

Tabell A-9. Relativ sjanse for å rapportere at en har blitt stilt villkår til (reduisert opphøpningsvariabel: fysisk helse begrenser i arbeid og daglige gjøremål, lese- og skrivevansker, rusproblemer, domfelt/påtaleunnlatelse, dårlig psykisk helse). Logistisk regresjon. Oddsratio. (N=420).

<i>Kjønn (ref: kvinne)</i>	
Mann	1,59 **
<i>Alder(ref: 18-30)</i>	
30-44	0,60 **
45-60	0,95 -
<i>Utdanning (ref: grunnskole)</i>	
Vgs	0,71 -
høyereutd	0,99 -
<i>Etnisk minoritet (ref: nei)</i>	
Føler seg som del av etnisk minoritet	0,78 -
<i>Arbeidserfaring (ref: <5 år siden)</i>	
Mer enn 5 år siden arbeid	0,69 -
Aldri i arbeid	1,09 -
<i>Antall problemer (ref: ingen)</i>	
1-2	1,55 -
Flere enn 3	0,90 -

*Signifikant innenfor 10%, ** signifikant innenfor 5%

Kapittel 6:

Tabell A-10. A: Sammenhenger med mestring (7-35, 35 er maksimal mestringsfølelse). Lineær regresjon, ustandardiserte koeffisienter. B: Sammenhenger med vurdering av egenverd (4-20, 20 er maksimal selvfølelse). Lineær regresjon, ustandardiserte koeffisienter. C: Relativ sjanse for å være misfornøyd med livet. Logistisk regresjon, odds ratio.

Analyse	A	B	C
	Mestring Lineær regresjon (N=520)	Egenverd Lineær regresjon (N=516)	Misfornøyd med livet Logistisk regresjon (Oddsratio) (N=516)
(Constant)	22,69 *	12,91 *	-
<i>Kjønn (ref: kvinne)</i>			
Mann	-0,55 -	-0,38 -	1,47 *
<i>Alder(ref: 18-30)</i>			
30-44	-0,11 -	0,36 -	1,15 -
45-60	-0,73 -	1,07 *	0,97 -
<i>Utdanning (ref: grunnskole)</i>			
Vgs	1,05 *	0,18 -	1,03 -
høyereutd	1,39 -	1,51 *	0,68 -
<i>Etnisk minoritet (ref: nei)</i>			
Føler seg som del av etnisk minoritet	-0,21 -	0,29 -	0,97 -

<i>Arbeidserfaring (ref: <5 år siden)</i>			1
Mer enn 5 å siden arbeid	-0,37 -	-0,85 *	1,20 -
Aldri i arbeid	-0,61 -	-0,50 -	1,10 -

*Signifikant innenfor 10% -nivå.

Kapittel 7:

Tabell A-11. *Sammenhenger med opphopning (grunnskole, fysisk helse hindrer arbeid, psykisk helse (HSCL10 > 1,85), lese- og skrivevansker, rusproblemer, kortvarig arbeidserfaring, og domfellelse/påtaleunntatelse (mean 2,68; Std 1,54). Lineær regresjon, ustandardiserte koeffisienter. (N=441)*

(Constant)	2,27	**
<i>Kjønn (ref: kvinne)</i>		
Mann	0,69	**
<i>Alder(ref: 18-30)</i>		
30-44	0,01	-
45-60	0,22	
<i>Etnisk minoritet (ref: nei)</i>		
føler seg som del av etnisk minoritet	-0,19	-

*Signifikant innenfor 10%-nivå. ** Signifikant innenfor 5%-nivå.

Tabell A-12. *Sammenhenger med opphopning, redusert variabel (fysisk helse hindrer arbeid, psykisk helse (HSCL10 > 1,85), lese- og skrivevansker, rusproblemer og domfellelse/påtaleunntatelse (mean 1,9; Std 1,34). Lineær regresjon, ustandardiserte koeffisienter. (N=455)*

(Constant)	1,49	**
<i>Kjønn (ref: kvinne)</i>		
Mann	0,67	**
<i>Alder(ref: 18-30)</i>		
30-44	0,19	-
45-60	0,23	-
<i>Utdanning (ref: grunnskole)</i>		
Videregående	-0,31	**
Høyere utdanning	-0,36	-
<i>Etnisk minoritet (ref: nei)</i>		
føler seg som del av etnisk minoritet	-0,24	-
<i>Arbeidserfaring (ref < 5år)</i>		
> 5 år	0,41	**
Aldri	0,07	-

*Signifikant innenfor 10%-nivå. ** Signifikant innenfor 5%-nivå.



Vedlegg 1: Analyse av responstid

Ved hjelp av analyse av hvem som svarte sent og tidlig på de fire utsendelsene av spørreskjema kan vi gjøre noen foreløpige antakelser om blant hvilke grupper frafallet har vært størst. Dem som var vanskeligst å mobilisere er det rimelig å anta at er skjevfordelt i forhold til poulasjonen (Filion 1976, Omura 1983).

Tabell 1-1 viser hvordan hele utvalget fordeler seg på de fire utsendelsene. 51% svarte ved den første utsendelsen, bare 18% på den andre, 24% på den tredje og 7% på den fjerde. Fordelingen er illustrert i figur 1-1.

Tabell 1-1 . *Frekvens og prosentandeler av utvalget etter responstid.*

	N	%
1.	289	51
2.	100	18
3.	134	24
4.	39	7
Total	562	100

I analysen ble sammenhenger med responstid undersøkt for fødeland, følelse av å tilhøre en etisk minoritet, lese- og skrive vansker, utdanning, alder, kjønn, rus og alkohol (opplever at andre), og helse. Bare de tre første punktene ga sigifikante sammenhenger.

Tabell 1-2 viser sammehengen med responstid for dem som er født i Norge og dem som er født andre steder. Her ser vi at andelen som er født i utlandet øker mye i den siste utsendingen. Tallene for dem som følte seg som en del av etnisk minoritet var tilsvarende.

Tabell 1-2 . *Responstid etter om en er født i Norge eller i utlandet (i prosentandeler).*

	1	2	3	4	Totalt
født i norge	79	78	75	56	76
født i utlandet	21	22	25	44	24
Total	100	100	100	100	100

Signifikante forskjeller mellom gruppene (Phi 0.123 (0.02)).

Tabell 1-3 viser en signifikant sammenheng mellom leseferdigheter og responstid, De som rapporterer dårlige leseferdigheter er sterkere representert i de siste utsendelsene av spørreskjema. Tabell 1-4 viser at tendensen er den samme for skriveferdigheter, men denne er ikke like statistisk sterk, selv om den er signifikant.

Tabell 1-3. *Responstid etter leseferdigheter (i prosentandeler).*

	1	2	3	4	Totalt
svært gode til middels	97	95	94	84	95
dårlige	3	5	6	16	5
Total	100	100	100	100	100

Signifikante forskjeller mellom gruppene (Phi 0.154 (0.004)).

Tabell 1-4. *Responstid etter skriveferdigheter (i prosentandeler).*

	1	2	3	4	Totalt
svært gode til middels	91	94	92	78	91
dårlige	9	6	8	22	9
Total	100	100	100	100	100

Signifikante forskjeller mellom gruppene (Phi 0.121 (0.044)).

Konklusjon

Disse funnene tyder på at innvandrere og de med språkproblemer er sterkere representert i frafallsgruppen enn i utvalget. Dette tross for at de med dårligst norskforståelse og stort lese- og skrivevansker var ekskludert fra populasjonen. At vi ikke fant noen sammenheng mellom rusmisbruk og responstid kan tyde på at flere av de fra denne gruppen som ble ekskludert burde vært tatt med i undersøkelsen.

Vedlegg 2. Spørreskjema:

SPØRRESKJEMA OM ARBEID, HELSE OG LIVSKVALITET



Undersøkelsen er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet

Informasjon om utfylling av spørreskjemaet.

Dette spørreskjemaet handler om ulike sider ved din livssituasjon. Spørsmålene dreier seg i første rekke om din helse og livskvalitet, og de muligheter og problemer du har i forhold til å komme i arbeid.

Les spørsmålene nøye og vurder dem i den rekkefølgen de er nedskrevet. Det er ingen ”riktige” eller ”gale” svar. Sett kryss i den, eller de rubrikkene som passer best. Det er viktig at du besvarer alle spørsmålene. Utfyllingen av spørreskjemaet tar ca. 20 minutter. Når du er ferdig, returnerer du skjemaet til Høgskolen i Oslo, i vedlagte svarkonvolutt.

Vi håper at du tar deg tid til å svare på spørreskjemaet. For at resultatene skal bli pålitelige er det viktig at flest mulig blir med - deriblant du!

Er det noe du lurer på, kan du ta kontakt med **Borghild Løyland** ved Høgskolen i Oslo: Telefon 22 45 38 09. Epost: Borghild.Loyland@su.hio.no

1. NOEN SPØRSMÅL OM DEG

1. **Kjønn (sett kryss):**

Kvinne

Mann

2. **Alder:** _____

3. **Sivil status i dag (sett ett kryss):**

Gift/partnerskap

Samboer

Skilt/separert

Ugift (aldri vært gift)

Enke/enkemann

4. **Hvor mange er dere alt i alt i husholdet (inklusive deg selv)?**

Antall _____

5. **Antall barn boende hjemme (egne og andres)?**

Antall barn under 10 år _____

Antall barn mellom 10 og 18 år _____

6. **Hvis du ikke er født i Norge, hvor mange år siden er det du kom til Norge?**

Antall år _____

7. **Føler du deg som en del av en etnisk minoritetsgruppe?**

Ja

Nei

8. Hva er ditt morsmål – det første språket du lærte? (Sett ett kryss)

- Norsk
- Samisk
- Annet nordisk språk
- Annet europeisk språk
- Ikke-europeisk språk

9. Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført? (Sett ett kryss)

- Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole
- Real- eller middelskole, yrkesskole, ett eller toårig videregående skole
- Artium, økonomisk gymnas eller allmennfaglig retning i videregående skole
- Høgskole eller universitet, mindre enn 4 år
- Høgskole eller universitet, 4 år eller mer

10. Hva var din skattbare inntekt i 2004. Brutto beløp (ca):

Kr _____

11. Har du noen gang hatt inntektsgivende arbeid som har vart minst 6 måneder sammenhengende?

- Ja
- Nei

12. Hvis ja, hvilket år hadde du siste gang inntektsgivende arbeid som varte minst 6 måneder sammenhengende:

År _____

2. NOEN SPØRSMÅL OM DIN HELSE

13. Stort sett, vil du si at din helse er? (Sett ett kryss)

- Utmerket
- Meget god
- God
- Nokså god
- Dårlig

14. Dette spørsmålet handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye? (Sett ett kryss per linje)

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur, eller drive med hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå opp trappen flere etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse? (Sett ett kryss per linje)

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Du har utrettet mindre enn du ønsket..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. I løpet av de siste 4 ukene har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som for eksempel at du har vært deprimert eller engstelig)? (Sett ett kryss per linje)

- | | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Du har utrettet mindre enn du ønsket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)? (Sett ett kryss)

- Ikke i det hele tatt
- Litt
- En del
- Mye
- Svært mye

18. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger, osv)? (Sett ett kryss)

- Hele tiden
- Nesten hele tiden
- En del av tiden
- Litt av tiden
- Ikke i det hele tatt

19. De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene.

For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det (sett ett kryss per linje). Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du:

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
Følt deg rolig og harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt mye overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor og trist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Nedenfor er en liste over noen problemer eller plager. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget av noe av dette? (Sett ett kryss ved hver plage).

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Plutselig frykt uten grunn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være anspent, oppjaget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være unyttig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Er du ofte plaget med smerte?

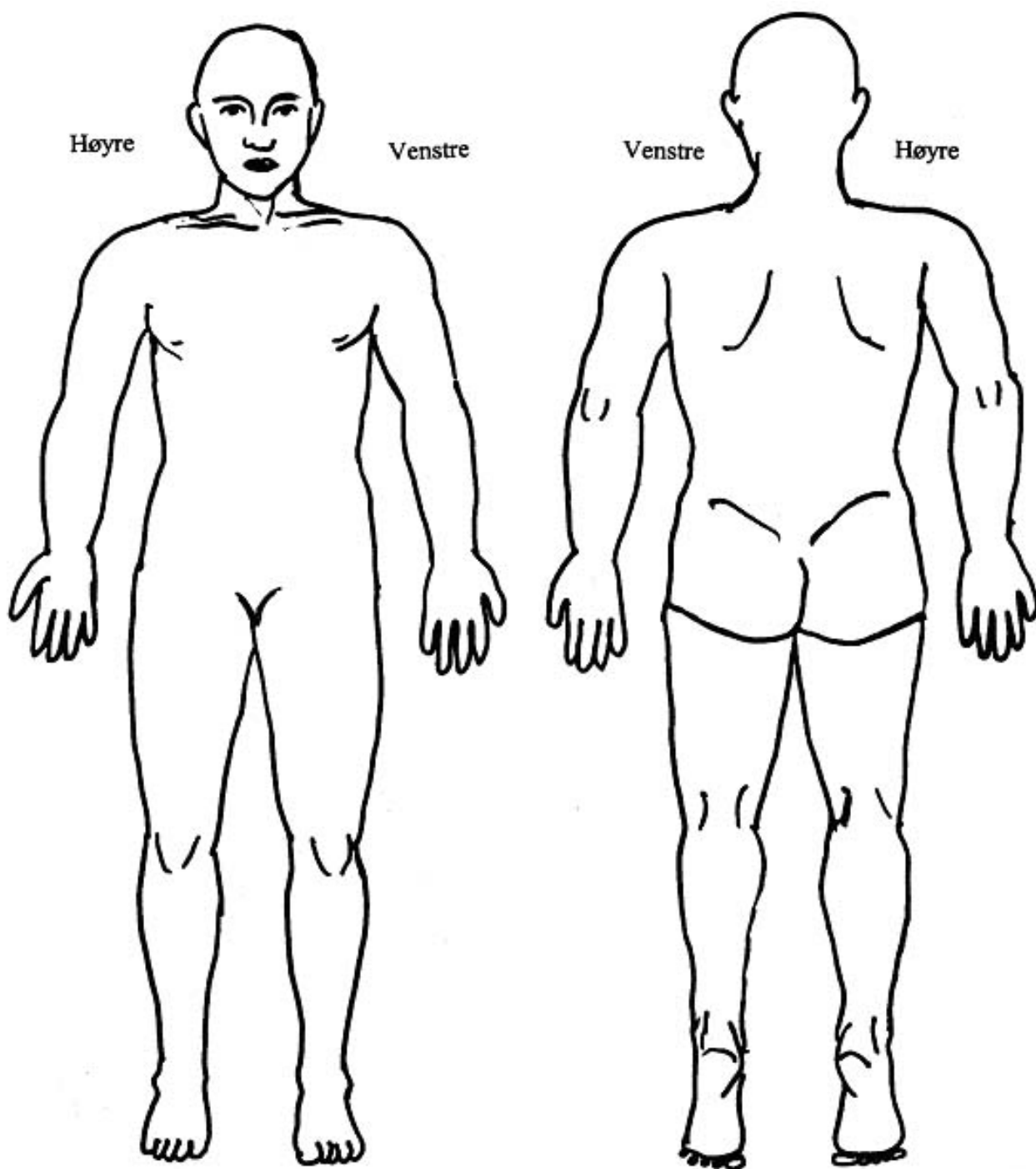
- Ja
 Nei

Hvis du har svart nei på spørsmål 21 kan du gå rett til spørsmål 30 (hoppe over 22 – 29)

22. Når startet smertene?

Årstill _____ Måned _____

23. Vil du skravere de områdene på kroppen hvor du har smerter? Marker med et kryss der du har mest vondt.



24. Vennligst sett ring rundt det tallet fra 0 til 10 som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av de siste 24 timer.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smerter										Verst tenkelige smerter

25. Vennligst sett ring rundt det tallet fra 0 til 10 som angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smerter										Verst tenkelige smerter

26. Vennligst sett ring rundt det tallet fra 0 til 10 som angir hvor sterke smerter du har akkurat nå.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smerter										Verst tenkelige smerter

27. Sett en ring rundt det tallet fra 0 til 10 som for de siste 24 timene best beskriver hvor mye smertene har virket inn på daglig aktivitet.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke påvirket										Fullstendig påvirket

28. Hvilke(n) hendelse(r) førte til at du fikk smerter? (Sett gjerne flere kryss)

- Ulykke
- Etter operasjon
- Skade
- Kreft
- Etter sykdom
- Ingen spesiell hendelse

29. Mottar du noen behandling for smertene? (Sett gjerne flere kryss)

- Smertestillende medikament
 - Fysikalsk behandling
 - Psykomotorisk behandling
 - Avspenning
 - Akupunktur/TNS
 - Ingen behandling
 - Annet, spesifiser:
-

30. Har du i de siste 12 månedene vært hos: (Sett gjerne flere kryss)

- | Ja | Nei | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Din fastlege |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Annen lege (for eksempel legevakt) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psykolog/psykiater eller tilsvarende |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Annen spesialist (for eksempel øyelege, hudlege, el.a.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Naturmedisiner/homøopat, el.l. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tannlege |

31. Tenk på ditt alkoholforbruk de siste 12 månedene. Regn også med de gangene du bare drakk litt. Omtrent hvor ofte har du...: (Sett ett kryss for hver linje)

	Daglig/ nesten hver dag	2-3 ganger i uken	En gang i uken	2-3 ganger i uken	En gang i måned	Sjeldnere	Ikke siste 12 måned	Aldri drukket alkohol
Drukket alkohol								
Drukket minst en mengde som tilsvarer enten 2 halvlitere pils, ½ flaske vin eller 3 drinker brennevin								
Drukket så mye at du føler deg beruset								

**32. Har du for tiden, eller har du tidligere hatt problemer med alkohol?
(Sett ett kryss)**

- Ja, har av og til/noe
 Ja
 Har ikke nå, men før
 Nei

33. Opplever du at andre synes du har et alkoholproblem?

- Ja
 Nei

**34. Har du for tiden eller har du tidligere hatt problemer med narkotiske stoffer?
(Sett ett kryss)**

- Ja, har av og til/noe
 Ja
 Har ikke nå, men før
 Nei

35. Opplever du at andre synes du har et rusproblem?

- Ja
 Nei

8.4.13. NOEN SPØRSMÅL OM DINE HOLDNINGER TIL DEG SELV OG LIVET

36. Nedenfor kommer en rekke påstander om hvordan du forholder deg til ulike sider ved livet. Hvor enig eller uenig er du når du tenker på deg selv for tiden?

(Sett ett kryss per linje)

	Svært enig	Nokså Enig	Verken enig eller uenig	Nokså uenig	Svært uenig
Jeg har lite kontroll over det som hender meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hva som kommer til å hende meg i fremtiden er først og fremst avhengig av meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen av de problemene jeg har kan jeg rett og slett ikke løse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er lite jeg kan gjøre for å forandre sider ved livet mitt som er viktige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stilt overfor problemer i livet mitt føler jeg meg ofte hjelpeløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen ganger føler jeg det som om jeg bare blir dyttet hit og dit her i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg virkelig bestemmer meg, kan jeg gjøre nesten hva som helst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Sett ett kryss per linje)

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke har så mye å være stolt av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en verdifull person, iallfall på lik linje med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg skulle ønske at jeg hadde mer respekt for meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

38. Noen har opplevd problemer i oppveksten. Opplevde du noen av de følgende problemene før du fylte 16 år? (Sett gjerne flere kryss)

Ja Nei

- Økonomiske problemer i barndomshjemmet
- Konfliktfylt forhold mellom dine foreldre
- Foreldres misbruk av alkohol eller andre rusmidler
- Seksuelt misbruk
- Langvarig mobbing
- Annen mishandling
- Problemer med å få venner
- Problemer med å følge med på skolen
- Avbrudd i skolegang
- Større flytting

39. Har du i din oppvekst bodd mer enn 1 måned hos andre enn dine foreldre?

- Ja
- Nei

40. Hvis ja, hos hvem og til sammen hvor lenge? (Sett gjerne flere kryss)

- | Hos (sett kryss) | Hvor lenge ca. (måneder)? |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Besteforeldre | _____ |
| <input type="checkbox"/> Annen familie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fosterhjem | _____ |
| <input type="checkbox"/> Institusjon | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andre | _____ |

41. Har du opplevd noe av det følgende i løpet av de siste 12 månedene?

(Sett ett kryss per linje)

- | Ja | Nei | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nytt parforhold |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Klart bedret økonomi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barn flyttet hjemmefra |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flyttet/byttet bolig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lagt om levevaner/livsstil |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Større problemer i parforhold |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Betalingsproblemer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seksuelle problemer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemer i forhold til egne foreldre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemer i forhold til egne barn |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemer på jobben |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Store omorganiseringer på jobben |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Byttet jobb |

42. Var økonomien slik at dere størsteparten av 2004 ikke hadde mulighet til å klare en uforutsett regning på 3.000 kroner, for eksempel til tannlege eller reparasjon?

- Ja
- Nei

43. Her ser du en liste med forskjellige gjøremål. Har du pga. dårlig økonomi måttet unnvære noen av disse ofte, sjelden eller aldri i løpet av 2004? (Sett ett kryss per linje)

	Ofte	Sjelden	Aldri	Ikke relevant
Spise varm middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøpe klær du eller andre i husholdningen trenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betale husleie, regninger eller lignende innen fristen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på teater, konsert eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Be gjester med hjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reise på besøk til venner eller slektninger i andre kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gi gaver ved fødselsdager eller andre anledninger der du gjerne ville ha gitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reise bort på ferie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abonnere på en dagsavis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drive med hobbyer/fritidssysler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruke mobiltelefon og/eller PC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruke penger på barna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du alt i alt med livet ditt nå for tiden? (Sett ett kryss)

- Svært fornøyd
- Fornøyd
- Både og
- Misfornøyd
- Svært misfornøyd

4. NOEN SPØRSMÅL OM DIN KONTAKT MED ANDRE

45. Hvis dine foreldre er i live, hvor ofte treffer du en av eller begge foreldrene dine? (Sett ett kryss)

- Bor sammen med foreldre
- Omtrent daglig
- Omtrent hver uke, men ikke daglig
- Omtrent hver måned, men ikke hver uke
- Noen ganger i året, men ikke hver måned
- Sjeldnere enn hvert år

46. Dersom du har søsken, hvor ofte omtrent treffer du noen av dem? (Sett ett kryss)

- Bor sammen med søsken
- Omtrent daglig
- Omtrent hver uke, men ikke daglig
- Omtrent hver måned, men ikke hver uke
- Noen ganger i året, men ikke hver måned
- Sjeldnere enn hvert år

47. Hadde du en god bestevenn/venninne under oppveksten, hele tiden, i perioder eller ikke i det hele tatt? (Sett ett kryss)

- Hele tiden
- I perioder
- Ikke i det hele tatt

48. Bortsett fra medlemmer av din egen familie, har du noen gode venner her på stedet? (Sett ett kryss)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

49. Har du noen gode venner andre steder? (Sett ett kryss)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

50. Hvor ofte omtrent er du sammen med gode venner? (Sett ett kryss)

- Omtrent daglig
- Omtrent hver uke, men ikke daglig
- Omtrent hver måned, men ikke hver uke
- Noen ganger i året, men ikke hver måned
- Sjeldnere enn hvert år

51. Bortsett fra medlemmer av din egen familie, har du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?

- Ja
- Nei

52. Hvor mange familier/husstander i nabolaget kjenner du så godt at dere besøker hverandre av og til? (Sett ett kryss)

- Ingen
- 1
- 2
- 3-4
- 5 eller flere

53. Hender det ofte, av og til eller sjelden, eller aldri at du føler deg ensom? (Sett ett kryss)

- Ofte
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

54. Hvis du plutselig ble akutt syk eller kom i en situasjon hvor du trengte hjelp fra noen utenom det offentlige hjelpeapparatet, tror du da at du ville få slik hjelp? (Sett ett kryss)

- Ja
 Nei
 Vet ikke

55. Hvis ja, hvem ville du fått hjelp fra? (Sett gjerne flere kryss)

- Familie
 Venner
 Naboer
 Andre
 Ingen

Her handler det om ditt forhold til andre mennesker generelt.

56. Vil du si at folk flest er til å stole på, eller at man ikke kan være forsiktig nok i omgangen med mennesker? Vennligst sett ring rundt det tallet som stemmer med din mening om dette.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Man kan ikke være forsiktig nok											Folk flest er til å stole på

57. Tror du at folk flest ville prøve å utnytte deg hvis de fikk muligheten, eller ville de forsøke å være ærlige? Vennligst sett ring rundt det tallet som stemmer med din mening om dette.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Folk flest ville forsøke å utnytte meg											Folk flest ville forsøke å være ærlige

58. Vil du si at folk stort sett forsøker å være hjelpsomme, eller at de stort sett sørger for selv? Vennligst sett ring rundt det tallet som stemmer med din mening om dette.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Folk sørger stort sett for seg selv											Folk flest prøver å være hjelpsomme

59. Er du, eller har du vært medlem av noen forening eller organisasjon? (Sett ett kryss per linje)

	Ja, nå	Ikke nå, men tidligere	Nei, aldri
Aktivt medlem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt tillitsverv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passivt medlem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Hvor ofte gjør du følgende? (Sett ett kryss per linje.)

	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Hver måned, men ikke hver uke	Noen ganger i året	Sjeldent	Aldri
Turer/trening utendørs (sykkel, ski, til fots el.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trening innendørs (studio, aerobics, el.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsreiser utenlands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker fritidsbolig/hytte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker Internett eller e-post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frivillig arbeid for foreninger/organisasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsettelse: Hvor ofte gjør du følgende?	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Hver måned, men ikke hver uke	Noen ganger i året	Sjeldent	Aldri
Går på kurs/foredrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går på kino/teater/utstillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går på kafé/restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får besøk/besøker andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelper andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. NOEN SPØRSMÅL OM DIN ERFARING MED ARBEID

61. Hvor mange år har du til sammen vært i lønnet arbeid etter at du sluttet skolen?

Antall år _____

62. Hvis du har arbeidserfaring, hva var hovedgrunnen til at du sluttet i siste jobb? (Sett ett kryss)

- Permittert/sagt opp
- Midlertidig stilling
- Likte ikke jobben
- Konflikt/mobbing på jobben
- Fikk for dårlig lønn
- Gikk tilbake til utdanning/tiltak
- Omsorg for barn
- Hadde ikke råd til barnepass/andre barnepass-problemer
- Egen helse/familiens, barns helse
- Familieproblemer eller stress
- Annet, spesifiser: _____

63. Har du noen gang følt at en arbeidsgiver har unnlatt å ansette deg eller intervju deg....: (Sett ett kryss per linje)

Ja Nei

- Fordi du mottar sosialhjelp
 Fordi du er kvinne/mann
 Pga. din etniske bakgrunn
 Pga. din religion
 Pga. ditt utseende eller din væremåte
 Pga. språkproblemer
 Pga. din alder

64. Her følger noen synspunkter på lønnet arbeid. Hvor enig eller uenig er du i utsagnene? (Sett ett kryss per linje)

	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Vet ikke
Det er svært viktig for meg å ha et arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selv om jeg vant en stor sum penger ville jeg arbeide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg avskyr/ville avsky å være arbeidsledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kommer fort til å kjede meg hvis jeg ikke har noe arbeid å utføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noe av det som betyr/har betydd mest i livet mitt er arbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selv om jeg fikk høy arbeidsledighets-trygd, ville jeg likevel foretrekke å arbeide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Hvordan vurderer du dine egne ferdigheter i å lese norsk til hverdagsbruk. Vil du si du leser.... (Sett ett kryss)

- Svært godt
- Godt
- Middels
- Dårlig
- Har ingen oppfatning

66. Hvordan vurderer du dine egne ferdigheter i å skrive norsk til hverdagsbruk. Vil du si du skriver.... (Sett ett kryss)

- Svært godt
- Godt
- Middels
- Dårlig
- Har ingen oppfatning

67. Har du vært domfelt? (Sett ett kryss)

- Ja
- Nei
- Ønsker ikke å svare

68. Har du fått påtaleunntatelse? (Sett ett kryss)

- Ja
- Nei
- Ønsker ikke å svare

6. NOEN SPØRSMÅL OM DINE ERFARINGER MED SOSIALKONTORET

69. I det store og det hele, er du selv med på å avgjøre hva slags hjelp du får? (Sett ett kryss)

- I stor grad
- I noen grad
- Både/og
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt
- Vet ikke

70. I det store og det hele, er du og saksbehandler enige eller uenige om hva som skal gjøres for å hjelpe deg? (Sett ett kryss)

- Enige
- Både/og
- Uenige
- Vet ikke

71. I hvilken grad vil du si at du har tillit til at din saksbehandler har prøvd å finne den beste løsningen for deg? (Sett ett kryss)

- I stor grad
- I noen grad
- Både/og
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt
- Vet ikke

72. Var det i 2004 lett å komme i kontakt med saksbehandleren din på sosialkontoret når du hadde behov for det? (Sett ett kryss)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Alltid
Lett | Nesten
alltid lett | Både
Og | Nesten alltid
vanskelig | Alltid
vanskelig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

73. Ta stilling til følgende påstand:

Den økonomiske støtten fra sosialkontoret setter meg i tilstrekkelig stand til å søke og skaffe meg en jobb. (Sett ett kryss)

Svært Enig	Nokså enig	Nokså uenig	Svært uenig	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Det er blitt vanlig at sosialkontorene stiller krav til de som mottar sosialhjelp. Her tenker vi særlig på to typer vilkår: å måtte delta i arbeidsretta tiltak og/eller å måtte arbeide for sosialhjelp.

Har noen på sosialkontoret stilt noen slike vilkår til deg for at du skal få hjelp siste år? (Sett ett kryss)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

75. Hvis ja, opplever du at bruken av slike vilkår er hensiktsmessig med tanke på at du kan komme i jobb? (Sett ett kryss)

- Ja, bruken av vilkår er hensiktsmessig
- Nei, bruken av vilkår betyr lite
- Nei, bruken av vilkår virker mot sin hensikt

TUSEN TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å FYLLE UT SPØRRESKJEMAET!