

Forord

Da Oslo kommune i 1986 ble delt inn i 25 bydeler med et selvstendig ansvar for en lang rekke sosiale tjenester, oppstod nødvendigvis spørsmålet om hvordan ressursene til å frambringe disse tjenestene skulle fordeles mellom bydelene. Løsningen som ble valgt var en såkalt kriteriebasert budsjettfordeling. Prinsippet i dette fordelingssystemet er å sette sammen objektive og målbare uttrykk for befolkningens behov i de enkelte bydelene til fordelingsnøkler som så bestemmer hvor store tildelinger den enkelte bydel skal få.

Denne rapporten er et ledd i en løpende etterprøving og forbedring av systemet: Klarer det, slik det nå er utformet, å fange opp de faktiske behovs-variasjonene, slik at kommunen sentralt fordeler ressursene til bydelene i samsvar med de faktiske behov? Ved hjelp av store mengder data om levekårene til byens befolkning forsøker vi i denne rapporten å gi et bidrag til denne prosessen. Hvilke behov og hvilke grupper som skal prioriteres i den kommunale tjenesteytingen er og bør være politikernes bord. Målet med denne rapporten er derfor å forbedre kunnskapsgrunnlaget for de politiske aktørene. Rene sosialstatistiske analyser kan ikke avgjøre hva som er riktig eller gal ressursbruk, eller hvorvidt en bydel får mer eller mindre enn den burde. Alle de beregninger som presenteres på bydelsnivå er derfor kun illustrasjoner ment å vise hvordan bydelenes budsjetter er betinget av hvilke sider ved levekårene som tas inn eller ut av kriteriesystemet.

Torkel Bjørnskau har skrevet kapitlene 4 og 5, Anne Britt Djuve kapitlene 1 og 6 sammen med Kåre Hagen. De resterende kapitlene er skrevet av Kåre Hagen.

Rapporten er skrevet på oppdrag av Oslo Kommune og KS-forskning. Den har vært fulgt av en styringsgruppe bestående av plansjef Pål Hernes, spesialrådgiver Paul Håvard Kvangraven, rådgiver Grethe Lilleschulstad. De skal alle ha en stor takk for gode diskusjoner og grundige kommentarer og for en enestående hjelpsomhet i å tilrettelegge data for analysene. Forsker Terje Wessel har også vært til stor hjelp med sin omfattende kunnskaper om Oslos sosiale geografi. Bydelsoverlege Terje Tangen har velvilligst latt oss få tilgang på data over helsetilstand, og rådgiver Niels Henning Gundersen skal ha takk for å ha frambrakt data over husholdninger. Prosjektet har også vært fulgt av en referansegruppe, hvor diskusjoner og innspill har vært til stor nytte for oss. Samlet sett har vi opplevd en enestående hjelpsomhet når det gjelder å frambringe store datamengder, og en svært konstruktiv interesse

for prosjektet gjennom dets ulike faser, som det er sjelden oppdragsforskere blir forunt. Alle vurderinger og konklusjoner står selvfølgelig for forfatterens regning.

Oslo, 31.10.96

Kåre Hagen (prosjektleder)

Torkel Bjørnskau

Anne Britt Djuve

Kapittel 1

Innledning

1.1 Bakgrunnen for prosjektet

I andre halvpart av 1980-årene slet Oslo kommune med alvorlige økonomiske problemer: Både det tradisjonelle styringssystemet med formannskapsmodell og organiseringen av den kommunale tjenesteytingen ble satt under kraftig press. Den «vanstyrte hovedstaden» ble et begrep i media, og det vokste gradvis fram en enighet om at noe måtte gjøres. Fra 1. januar 1986 trådte et nytt politisk styringssystem i kraft. Den tradisjonelle norske kommunemodellen med formannskap og rådmenn ble erstattet av et parlamentarisk system, hvor en byregjering med byråder utgått fra flertallet i kommunestyret fikk ansvaret for den utøvende politikken.

Samtidig var sterke krefter i sving for å få til en bedre organisering og ikke minst økonomistyring av tjenesteytingen, særlig innen helse- og sosialsektoren. Stikkordet ble et desentralisert ansvar. Fire prøvebydeler var blitt opprettet allerede i 1985, og fra 1.1 1988 ble byen delt i 25 bydeler. Hver bydel ble gitt et selvstendig ansvar for å produsere og fordele en lang rekke kommunale velferdstjenester til sin befolkning.

For å gi dette lokale ansvaret et reelt innhold, ble det nødvendig å utvikle et system for utmåling av de budsjetttrammene hver enkelt bydel skulle ha til sin rådighet. Som en direkte følge av byrådets vedtak (21.1.87) om å desentralisere helse- og sosialtjensten, ble det opprettet et bydelsprosjekt, med et eget delprosjekt for budsjett og regnskap. Det lå allerede da klare føringer på hvordan budsjetterings-systemet skulle se ut. I desentraliseringsvedtaket het det at det skulle utformes en *rammebudsjetteringsteknikk*, og at bydelsutvalgene skulle få et *selvstendig budsjett- og regnskapsansvar*. Fordelingen av midler til bydelene skjedde til å begynne med utfra den faktiske ressursbruken i bydelene på gjennomføringstidspunktet, men i Finansdirektørens høringsdokument av august 1986 ble det påpekt et behov for å utvikle objektive kriterier for fordeling av budsjettmidlene, slik at en gradvis «får til en mer rettferdig fordeling av ressursene til de ulike bydeler enn vi har i dag».

Prinsippene om rammebudsjettering og bruk av objektive kriterier på behovsomfanget i bydelene var altså fastlagt da en prosjektgruppe startet arbeidet med den konkrete utformingen av budsjetteringssystemet. Gruppen la i februar 1988 fram «Delrapport om kriteriebasert budsjettssystem for bydelene». I byrådets forslag

til budsjett for 1989 bekreftet byrådet sin hensikt om å innføre et budsjetterings-system basert på objektive målbare fordelingskriterier, og at dette skulle innføres gradvis over en femårsperiode fra og med budsjettåret 1990. For budsjettåret 1991 ble det nye systemet benyttet for første gang. Systemet er basert på at budsjettmidlene fordeles til bydelene etter en fordelingsnøkkel bestående av et sett med kriterier som antas å måle, eller avspeile, befolkningens behov for kommunale velferdstjenster, og dermed også bydelenes behov for økonomiske midler til å frambringe disse tjenestene.

Systemet er derfor blitt hetende «Kriteriebasert budsjettfordeling», og omtales internt i kommunen som «kriteriesystemet». I realiteten er det et inntektssystem for bydelene som benytter prinsipper som etterhvert synes å tiltrekke seg økt oppmerksomhet også på nasjonalt nivå. I Rattsø-utvalgets (NOU 1996:1) gjennomgang av det statlige inntektssystemet for kommunene kopieres prinsippet om å la sosio-økonomiske indikatorer på befolkningens levekår i den enkelte kommune være kriterier for tildeling av inntekt.

Men i motsetning til den konfliktfylte debatten om det statlige inntektssystemet for kommunene, ble Oslo kommunes kriteriebaserte budsjetteringssystem utviklet gjennom en prosess med bred deltakelse fra bydelene, og med et påfallende lavt konfliktnivå. I desember 1988 ble det oppnevnt en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å slutføre arbeidet med kriteriemodellen. Prosjektgruppen la fram to delrapporter i juni/juli 1989. Etter en høringsrunde kom en tredje og siste delrapport i april 1990. Byrådet vedtok i mai 1990 en gradvis overgang til kriteriebasert budsjettfordeling fra og med 1991, i tråd med de vekter og kriterier som ble foreslått i den siste delrapporten.

De enkelte kriteriene, altså de antatte målene på befolkningens behov, har vært under stadig vurdering og endring, men enigheten om *prinsippet* om en fordeling av ressurser til bydelene basert på objektive indikatorer på hjelpebehov, har vært stor gjennom hele prosessen (Finansdirektøren, 1990). I årene fra og med 1991 har bydelene blitt tildelt ressurser som har blitt beregnet gjennom kriteriesystemet, og til tross for endringer og en rekke nødvendige overgangsordninger, har kriteriesystemet nå blitt politikernes viktigste virkemiddel for å fordele en sentralt fastsatt pott med penger til de 25 bydelene utfra omfanget av hjelpebehov i hver enkelt bydel.

Kriteriesystemet skal tildele midler til bydeler med tildels svært ulike alderssammensetning av befolkningen og med betydelige variasjoner i levekår. Gjennom faktorer som flytting, boligmarked og allmenne økonomiske konjunkturer, vil behovene i de enkelte bydelene skifte raskt. For at de tildelte bevilgningene skal treffe behovene, må slike ulikheter og endringer fanges opp i utmålingsreglene. På den annen side, for å være et tjenelig virkemiddel for rasjonelle og forutsigbare utgiftsprioriteringer på bydelsnivå, må endringene i de tildelte ressurser ikke bli for

skiftende fra år til år. Og for det tredje, selv om kriteriesystemet er et politisk styringsinstrument, bør det også være stabilt i forhold til endringer i den politiske sammensetningen av de styrende organer i kommunen. Disse tre hensynene, treffsikkerhet, rasjonalitet og stabilitet, stiller strenge krav til systemet. For at systemet skal få den nødvendige legitimitet, er det viktig at de kriteriene som inngår er sosialvitenskapelig underbygde som gode mål på velferdsbehov i befolkningen, hvilket er en grunnleggende forutsetning for at ressursene kan fordeles i samsvar med målsettingene for de kommunale tjenestene. Kriteriesystemet skal også fungere i forhold til demokratiske beslutningsprosesser, og det bør derfor i så stor grad som mulig formidle nære sammenhenger mellom de kriteriene som anvendes og de befolkningsgruppene som tjenestene retter seg mot. Det bør heller ikke være mer teknisk komplisert enn nødvendig. Kort sagt, systemet må både oppfattes som rettferdig på tvers av partipolitiske skiller, og det må bidra til en effektiv bruk av de samlede ressurser.

1.2 Prosjektets problemstilling, data og forbehold

Formålet med denne rapporten er å undersøke om hovedforutsetningen systemet hviler på er oppfylt, nemlig *om utmålingen av ressurser til de enkelte bydelene er i så godt samsvar som mulig med det faktiske behovsomfanget blant innbyggerne i bydelen*. Dette spørsmålet vil vi besvare i tre trinn: For det første vil ulike mål på innbyggenes behov bli utviklet gjennom analyser av store mengder relevante levekårsdata. For det andre vil vi kartlegge levekårsproblemenes geografiske utbredelse gjennom å utvikle mål på behov som gjør at vi kan sammenlikne de levekårsproblemene den enkelte bydel står overfor. Siste trinn er å sammenlikne den geografiske fordelingen av befolkningens behov med den fordelingen av ressurser som dagens kriteriesystem frambringer, for på denne måten av undersøke om midlene til å løse befolkningens behov kanaliseres dit hvor folk med behov faktisk bor.

For hvert av de tre hovedgruppene («funksjonsområder») av tjenester som inngår i systemet (I: hele befolkningen, II: barn og unge og III: eldre) samt for sosialhjelpen, vil det foretas sammenlikninger mellom den budsjettfordelingen kriteriesystemet har utmålt for 1996 og alternative tenkte fordelinger baserte på så godt som mulig empirisk underbygde mål på levekårs- og behovsforskjeller mellom bydelene.

I hele sin levetid har kriteriesystemet vært under evaluering, både internt i kommunen og ved eksterne analyser (Oslo Kommune 1992, 1995a, Brevik 1994). I de senere årene er nye og stadig bedre data om levekår blant byens innbyggere kommet fram, ikke minst gjennom den store levekårsundersøkelse byrådet tok initiativet til i 1993 (Hagen, et al, 1994). I denne ble et utvalg av 3200 personer i

Oslo intervjuet, og dette datamaterialet vil bli flittig benyttet i denne rapporten. I tillegg benyttes endel andre datakilder: Fafos undersøkelser av levekår blant flyktninger (i Oslo) og blant eldre i hele landet samt administrativt innsamlede data på bydelsnivå. I analysene av barns levekår benytter vi også husholdningsdata som Statistisk Sentralbyrå har sammenstilt spesielt for dette prosjektet.

Det er et overordnet metodisk prinsipp for vår evaluering av vi i så liten grad som mulig skal benytte data over bydelenes bruk av de tildelte midlene til å måle befolkningens behov. Dette kan umiddelbart virke noe selvmotsigende – at vi ikke benytter data over hvem og hvor mange som bruker (eller som står på ventelister for) kommunale tjenester når vi skal kartlegge folks behov. Det er to grunner til dette: For det første er det bydelenes ansvar å prioritere innen de ressursrammene de er tildelt, og lokale beslutninger vil derfor være bestemmende for hvilke tjenester, og hvilke omfang, som faktisk tilbys befolkningen i de enkelte bydelene. Data om forbruk av tjenester vil derfor avspeile hvordan bydelene har reagert på de lokale behovene, og ikke nødvendigvis si oss noe om det vi skal kartlegge, nemlig omfanget av de lokale behovene. Den andre grunnen til å unngå opplysninger om forbruket av kommunale tjenester, er at vi ønsker et metodisk opplegg som gjør oss i stand til å avdekke om noen bydeler tildeles mer midler enn de lokale behovene tilsier. Siden alle tildelte ressurser vil ha en tendens til å bli brukt, vil overkompensasjon komme til uttrykk som stort forbruk. Om dette store forbruket så ble fortolket som uttrykk for store behov i befolkningen, ville vi metodisk ikke være i stand til å identifisere bydeler som utfra kriteriesystemets overordnede mål blir tildelt for mye penger. Et treffsikkert system betyr ikke bare at bydeler med store behov skal få mye ressurser, det betyr også at bydeler med mindre behov skal ha mindre.

Når vi utfra disse to argumentene i stor grad ser bort fra data om forbruket av kommunale velferdstjenester, påfører vi oss også et problem, nemlig at vi på grunnlag av levekårsdata alene får problemer med å identifisere svært tunge bruker- og klientgrupper. For eksempel utgjør personer over 90 år bare fire prosent av alle over 67 år, men de «beslaglegger» nesten fjerdeparten av alle ressurser som nyttes til eldre, fordi innslaget av kostnadskrevende sykehjemspleie er så stort. Med levekårsdata vil vi være i stand til å lage gode anslag for hvor mange personer som har behov for offentlige velferdstjenester, men hva slags tjenester og hvor mye ressurser som trengs, er omsorgsfaglige beslutninger som i stor grad må fattes gjennom konkrete undersøkelser av de enkelte individene. Ressursinnsatsen overfor bestemte brukere kan tolkes som utfallet av profesjonenes beslutninger, men det kan også være betinget av hvor mye ressurser som har stått til rådighet. Dette forholdet skal vi komme tilbake til i kapittel 2. Poenget i denne omgang er å understreke at, som i alle evalueringer, vil valget av enhver metode innebære svakheter. I vår evaluering er altså svakheten at det ikke eksisterer gode og tilgjengelige data som uavhengig

og upåvirket av budsjettmessige hensyn kan si oss noe om *graden av* objektive behov innen ulike bruker- og befolkningsgrupper.

1.3 Rapportens oppbygging

I resten av dette kapittelet vil vi gi en kort presentasjon av prinsippene og den tekniske strukturen i dagens kriteriesystem. Deretter vil vi i kapittel 2 redegjøre for de metodiske problemene som reiser seg når man skal måle behovene for velferdstjenester på en best mulig måte. Begreper som «behov», «målgruppe» og «rettferdig fordeling» benyttes hyppig i debatten og tidligere rapporter om kriteriesystemet, og ofte i upresise betydninger. Dessuten kan skillelinjene mellom politiske vurderinger og empiriske saksforhold lett bli utvasket i et system som nødvendigvis må ha en teknisk og komplisert oppbygging. I en evaluering trenger vi derimot svært presise begreper: Å vurdere hvorvidt et system for fordeling av ressurser oppnår sine målsetninger, er i prinsippet bare mulig om de politisk fastsatte målene er klare og entydige. Kapittelet avsluttes med en oversikt over framgangsmåten i vår evaluering, og det stilles opp seks krav som gode mål på behovsomfang i et kriteriesystem bør oppfylle.

Kapittel 3 gir et «sosialt portrett» av Oslo, og presenterer bakgrunnsdata om Oslos befolkning som er relevante for vår problemstilling. Kapittelet starter med en oversikt over tidligere bydelsrangeringer av levekår. Deretter presenteres et samle-mål for bydelsbefolkningenes levekårsressurser, og vi illustrerer avviket mellom dagens ressurstildeling og en tildeling utelukkende basert på et mål om utjevning av forskjeller i levekår. Som en motpol til dette vises deretter avvikene mellom dagens ressurstildeling og en tildeling kun basert på bydelsbefolkningenes alderssammensetning. Hensikten med dette er å synliggjøre hvordan vektleggingen av aldersstruktur i forhold til sosio-økonomiske forhold påvirker fordelingen av midler mellom bydelene. Dette danner igjen et bakgrunnsteppe for en kort diskusjon av hva som er spillerommet for en levekårspolitikk.

Kapitlene 4 til 7 er bygd opp over samme lest, og de utgjør evalueringen av henholdsvis funksjonsområde 1, 2 og 3 samt økonomisk sosialhjelp. Hvert av disse kapitlene innledes med en presentasjon av de politiske intensjonene og målgruppeoppfatningene for funksjonsområdet. Deretter følger en diskusjon av ulike mål på behov, og vi forsøker å identifisere hvilke kjennetegn ved en person eller husholdning som kan antas å utløser behov for kommunale tjenester innen det aktuelle funksjonsområdet. I disse analysene vil det så langt som mulig bli brukt individdata, som i neste omgang forsøkes oversatt til mål på den geografiske fordelingen av behov innen kommunen. Den fordelingen av ressurser som dagens kriteriesystem

produserer, blir så sammenliknet med ulike tenkte fordelinger dersom andre kriterier var blitt lagt til grunn. Det må understrekes at disse sammenlikningene er ment å illustrere hvordan ulik vektlegging (eventuelt) vil resultere i endret tildeling av ressurser mellom bydelene. De må ikke (mis)-tolkes dithen av de viser hva som er en «riktig» eller «gal» tildeling av ressurser.

Innføringen av den kriteriebaserte budsjettfordelingen er også et instrument for en mer rasjonell og overordnet politisk styring av ressursbruken i Oslo kommune, blant annet ved å gi bydelene stor frihet til selv å prioritere sine utgifter innenfor faste rammer. Selv om systemet bare har fungert i noen få år, vil vi i kapittel 8 gi en oversikt over bydelens prioriteringer av de tildelte midlene, og undersøke i hvilken grad de faktisk utnytter den lokale frihet som dagens styringssystem tillater. Til slutt oppsummeres funnene i kapittel 9, og vi vil diskutere hvilke nye kunnskapsbehov som foreligger.

1.4 Kort om kriteriesystemet

1.4.1 Overordnede politiske målsettinger for systemet

Det overordnede målet for kriteriesystemet er i henhold til byrådssak 264/90 at «det skal sette bydelene i stand til å yte et likeverdig tilbud til sine innbyggere». I dette ligger at den ressursmengden som fordeles gjennom kriteriesystemet til hver enkelt av de 25 bydelene, skal ta hensyn til ulikheter i behov som følge av forskjeller i aldersstruktur, miljø og sosiale forhold. Ved innføring av kriteriebasert ressursfordeling var det en sentral målsetting å rette opp geografiske skjevheter i tjenestetilbudet som antakelig hadde utviklet seg. Systemet skal også fange opp endringer i bydelenes befolkning og deres behov, og sørge for en løpende tilpasning av fordelingen av budsjettmidler til slike endringer. Det skal dessuten være mest mulig stabilt og enkelt, og kriteriene som inngår må være objektivt målbare størrelser som ikke kan påvirkes av den enkelte bydel.

De politiske ambisjonene for systemet må ses på bakgrunn av målsettingene for hele bydelsreformen: Å bedre den kommunale service for publikum, øke kvaliteten på kommunens tjenester, få til en mer effektiv ressursbruk og bidra til en mer meningsfylt og innholdsrik arbeidssituasjon for de ansatte. Det var avgjørende for å nå intensjonene med reformen at bydelene samtidig fikk stor lokal handlefrihet til, innenfor rammene av de tildelte midlene, å selv avgjøre hvilke, og hvem sine, hjelpebehov de ville prioritere blant sine egne innbyggere.

Kriteriesystemet er utviklet for å muliggjøre en kombinasjon av desentraliserte beslutninger om tjenesteyting og sentralisert økonomistyring. Prinsippene om

rammebudsjettering, kriteriebasert fordeling, selvstendig budsjett- og regnskapsansvar samt årsmeldingene fra bydelene, skal tilsammen sikre de overordnede målsettingene for den kommunale tjenesteytingen som finansieres gjennom kriteriesystemet. Gjennom årsmeldingene fra bydelene skal bystyret dessuten ha mulighet til å etterprøve om bydelenes virksomhet utvikler seg i tråd med de overordnede politiske intensjoner.

1.4.2 Prinsippene for oppbygging av kriteriesystemet.

Hovedprinsippene for kriteriesystemet har blitt sammenfattet på denne måten: Det «skal fordele de tilgjengelige ressurser slik at hver enkelt bydel settes i stand til å tilby et likt nivå på et bestemt sett av tjenester overfor et bestemt sett av målgrupper. Den skal tildele bydelene de nødvendige pengene til å framstille dette tjenestetilbudet, når det er tatt hensyn til kostnads- og innsatsfaktorer som bydelene ikke sjøl kan påvirke. Den enkelte bydelens faktiske tjenestetilbud kan være et helt annet, uten at dette skal påvirke fordelinga» (Finansdirektøren, 1989:6)

Det er en overordnet, og bredt akseptert, målsetting at omfanget og kvaliteten på de tjenester Oslo kommune produserer for sine innbyggere ikke skal variere mellom bydelene (utover den lokale prioritering som er hjemlet i bydelenes kompetanse). Hvor du bor skal ikke bety noe for hva du kan få. Dette betyr konkret at bydeler hvor befolkningen er sammensatt slik at den har store behov for en bestemt ytelse skal tilgodeses i kriteriesystemet, og omvendt: En bydel hvor befolkningens behov er mindre, skal også motta mindre budsjett. Fordelingssystemet må følgelig utformes etter bestemte kriterier. Disse kriteriene skal, så godt som det er mulig, være uttrykk for omfanget av behovene hos befolkningen i bydelen. De skal altså være tallmessige uttrykk for de kjennetegnene ved en bydels befolkning som skal vektlegges ved fordelingen av ressursene. Navnet «kriteriebasert budsjettfordeling» kunne derfor i prinsippet vært erstattet med «behovsbasert budsjettfordeling». Fordelingssystemets rasjonalitet hviler derfor på et fundamentalt informasjonsproblem: Er befolkningens behov blitt korrekt oversatt til beslutningspremisser for en fordeling av ressursene i pakt med de politiske målsettingene?

1.4.3 Den tekniske utformingen av kriteriesystemet

Den tekniske oppbyggingen av kriteriesystemet starter med en grov sortering av den kommunale tjenesteytingen utfra hvilke hovedgrupper av befolkningen som er målgrupper for tjenestene, og som derfor antas å ha de hjelpebehov tjenestene skal tilfredsstille. I tabell 1.1 (på neste side) har vi vist hvilke tjenester som inngår i de tre funksjonsområdene, og hvordan ressursene ble brukt av bydelene i 1995. I tillegg til de tre hovedfunksjonsområdene er det tre spesielle funksjonsområder som er definert utfra et bestemt behov i befolkningen, og ikke fra aldersmålgrupper.

Tilsammen blir altså velferdstjenester for 7,5 milliarder finansiert gjennom en kriteriebasert ressurstildeling. Brukerbetaling og ulike typer av statlige inntekter gjør at kommunen selv finansierer 5,6 av disse milliardene, inkludert 420 millioner i administrasjonsutgifter. De tjenestene som inngår i denne rapporten, utgjør vel 80 prosent av de ressursene kommunen fordeler etter kriteriesystemet, og av disse igjen kan vi klart se hvordan drift av alders- og sykehjem er den desidert tyngste enkelttjenesten. Som andel av de samlede kommunale utgiftene er den større enn alle de andre tjenestene innen funksjonsområdene I og II og den økonomiske sosialhjelpen. Vi kan også legge merke til at innenfor hvert av de enkelte funksjonsområdene er det én enkelttjeneste som utgiftsmessig er den største: Drift av sosialsenetrene tar over halvparten av ressursene til tiltak for hele befolkningen, barnehagene nesten 80 prosent av utgiftene til barn og unge, mens pleiehjemmene står for 70 prosent av ressursbruken til eldre.

Fordelingen av ressursbruken innen de enkelte funksjonsområdene er en sum av beslutninger fattet på bydelsnivå, etter lokale vurderinger og innenfor de tildelte budsjetttrammene. Det er den totale rammen (for hvert funksjonsområde) som bestemmes gjennom kriteriesystemet. Og den skal altså, etter systemets forutsetninger, være basert på objektive mål på befolkningens behov for tjenester innen de enkelte bydelene.

En persons behov for en bestemt kommunal tjeneste kan i prinsippet bare bestemmes etter en konkret undersøkelse av personen. Å samle inn så mye informasjon om 480 000 innbyggere ville ikke bare være uhyre kostbart, men også unødvendig. Den typen behov som bydelene skal møte med sin tjenesteyting kan vi i stedet, basert på empiriske sammenhenger mellom andre (og kjente) kjennetegn og behov, måle på en indirekte måte. Vi kan si mye om en persons antatte behov for pleiehjems plass eller barnehage kun på grunnlag av vedkommendes alder.

Tabell 1.1 Oversikt over funksjonsområdene, hvilke tjenestetyper de finansierer og bruken av de tildelte midler ifølge regnskap for 1995. Millioner kroner (Kilde og kommentar, se neste side.)

	Brutto utgifter	Netto utgifter	Brutto andel av området	Netto andel av totalsum
FUNKSJONSOMRÅDE 1: TILTAK FOR HELE BEFOLKNINGEN				
Sosialsentrene	483	324	55,0	5,8
Helsesentre	140	69	15,9	1,2
Leger og fysioterapeuter	129	119	14,7	2,1
Hybelhus, vernehjem	80	57	9,1	1,0
Kulturtiltak, samfunnshus	27	18	3,1	0,3
Miljørettet helsevern /forebygging	19	12	2,2	0,2
SUM UTGIFTER TIL OMRÅDET	878	599	100,0	10,7
FUNKSJONSOMRÅDE 2: TILTAK FOR BARN OG UNGE				
Barnehager og parker	1269	361	62,9	6,4
Barnevern	340	324	16,9	5,6
Skolefritidsordning	133	36	6,6	0,6
Fritidsklubber/ungdomstiltak	103	77	5,1	1,4
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	88	77	4,4	1,4
6-års-tilbudet	83	7	4,1	0,1
SUM UTGIFTER TIL OMRÅDET	2016	882	100,0	15,6
FUNKSJONSOMRÅDE 3: TILTAK FOR ELDRE OG UFØRE				
Alders- og sykehjem	2210	1533	59,6	27,4
Hjemmesykepleie og -hjelp	821	727	22,1	13,0
Botilbud for eldre	107	48	2,9	0,9
Eldresentre	70	67	1,9	1,2
Unge uføre og utviklingshemmede	499	406	13,5	7,3
SUM UTGIFTER TIL OMRÅDET	3707	2781	100,0	49,7
SPEIELLE FUNKSJONSOMRÅDER				
Økonomisk sosialhjelp	915	915		16,3
ADMINISTRASJON	420	420		7,5
SUM GJENNOM SYSTEMET	7516	5597		100,0

Kilde: Tabellene 1.1.a, 2.a og 3.1.a i Oslo kommune:Årstatistikk for bydelene, notat 1/96. Tabell 1.1 viser at de samlede bruttoutgiftene i bydelenes virksomhet i 1995 var på 5,597 milliarder. Differansen på 2,441 milliarder, som utgjør 30,3 prosent av brutto utgifter, utgjøres i all hovedsak av brukerbetaling og statlige refusjoner.

Brutto utgifter er det beste målet for omfanget av tjenestene siden det viser den faktiske ressursinnsatsen. Netto utgifter er det beste målet for å vise bydelene reelle belastning på Oslo kommunes budsjett.

Bydelene tildeles netto budsjetttrammer gjennom kriteriesystemet. Det er vanlig å presentere spredningen i budsjett-tildeling mellom bydelene ved å vise netto tildelt budsjett pr. aldersmålgruppe på de ulike rammeområdene. Dette gjøres blant annet årlig i byrådenes budjettforslag, og blir gjort i denne rapporten. Denne presentasjonsmåten innebærer imidlertid en potensiell feilkilde ved at spredningen i ressurstilførsel vil kunne overdimensjoneres.

Statstilskuddene, hvor barnehagetilskuddet er det aller viktigste, tildeles med like beløp til bydelene, for eksempel likt tilskudd per barnehageplass. Det fins brukerbetaling på flere områder. Når det gjelder de største inntektsartene som foreldrebetaling i barnehage, brukerbetaling ved hjemmehjelp, eller betaling for opphold i eldreinstitusjon er brukerbetalingen gradert etter brukernes betalingssevne. For andre ytelser, som for eksempel legekonsultasjoner, er det faste takster som i prinsippet gjelder alle brukere. Når det gjelder foreldrebetaling i barnehager og brukernes egenbetaling i eldreinstitusjoner er det ved siden av selve kriteriesystemet laget ordninger for inntektsutjevning mellom bydelene, slik at ulikheter i brukernes inntekts- og formuessituasjon ikke skal skape for store ulikheter i bydelenes økonomiske rammebetingelser.

Men den reelle effekten av en bydelene mottar statstilskudd og brukerbetaling i tillegg til de netto budsjetttrammene de får gjennom kriteriesystemet er at ulikhetene i ressurstilførsel mellom bydelene er mindre enn det som ofte antas. Det faller utenfor denne rapportens oppdrag å drøfte disse problemstillingene videre, men dette er forhold det er viktig å være klar over.

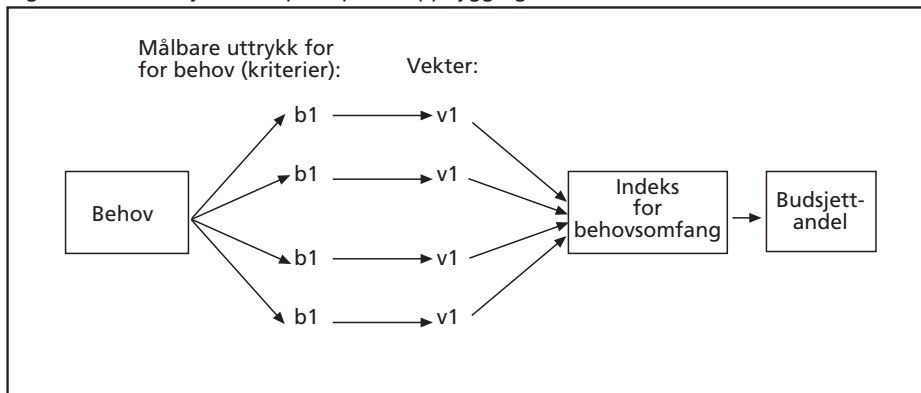
Om vi i tillegg vet noe om familien rundt personen, kan vi komme ennå nærmere i vår slutning om sannsynligheten for at personen har det behovet vi søker etter. Det er slike målbare uttrykk for behov som kalles for kriterier. Kriteriesystemet forutsetter altså at det finnes en systematisk sammenheng mellom visse objektivt målbare og statistisk entydige kjennetegn ved bydelenes innbyggere og deres behov for kommunale tjenester. Dette kan skjematisk framstilles som i figur 1.1.

Siden disse kriteriene er kjennetegn ved en person som med gode grunner kan antas å ha et behov for kommunale tjenester, kan det beregnes hvor mange personer som har disse kjennetegnene i hele byen, og følgelig også hvor mange det er i de enkelte bydelene. Om vi for eksempel i levekårsdata finner at det blant personer som er enslige og over 90 år er svært mange med store funksjonsvansker, kan vi på grunnlag av statistikk over aldersfordeling og sivilstand lett regne oss fram til hvor mange slike personer som bor i byen, og hvordan de er fordelt på de enkelte bydelene. Alder og sivilstand er altså kriteriene.

For hvert av de anvendte kriteriene er det definert en vekt. Denne representerer en antakelse om hvor stor andel av behovet (for de aktuelle tjenestene) som hver enkelt befolkningsgruppe (definert ved kriteriene) står for, eller som er lokalisert i denne gruppen. Summen av vektene er derfor per definisjon 1.0 (= 100 prosent av behovene).

For å illustrere dette konkret, har vi i tabell 1.2 vist kriteriesettet for funksjonsområde 2, som altså fordeler ressurser til tiltak for barn og unge. Vi kan se at de fire første kriteriene (b1 til b4) er rene alderskjennetegn (=grupper av barn). Summerer vi vektene for disse fire gruppene, framkommer systemets antakelse om at 42 prosent av behovet for tjenester er knyttet til alderssammensetningen i bydelen. Kriteriene 5, 6 og 8 er grupper definert ved to opplysninger, hvor systemet antar at

Figur 1.1 Kriteriesystemets prinsipielle oppbygging



i tillegg til alder, så har henholdsvis etnisitet, familiestruktur og alvorlige helseproblemer sterk virkning på behovet. Vi kan legge merke til at barn av enslige forsørgere er den enkeltgruppen som veier tyngst i fordelingen av midler mellom bydelene. Det siste kriteriet, «antall personer med lav utdanning i aldersgruppen 40-49 år ganger antall barn 0-6 år» motsvares ikke av en konkret befolkningsgruppe, men er et rent tall. Det er ment å fange opp særskilte behov hos barn med lavt utdannede foreldre, altså en tradisjonell levikårsvariabel som skal si noe om betydningen av familiens ressurser. Siden det ikke finnes data over antallet barn som har lavt utdannede foreldre, benyttes i stedet en antakelse om at i bydeler med mange lavt utdannede voksne og med mange barn, så vil mange av disse barna ha lavt utdannede foreldre. Dette kriteriet er altså en tilnærming, en «nest best»-løsning, i mangel på gode data. (Vi skal senere drøfte bruken av, og problemene med, slike løsninger på manglende databehov, og hvilke feilslutninger man kan risikere å gjøre med slike variabler).

Den fordelingen av midlene mellom bydelene som skal gå gjennom kriterisystemet (på funksjonsområde II) er framkommet på følgende måte: Først blir den totale bevilgningen fastsatt på sentralt nivå. Deretter blir 14 prosent avsatt til fordeling etter kriterium 1 (altså vekten til kriterium 1). Så blir disse 14 prosentene av den totale rammen fordelt mellom bydelene proporsjonalt med bydelenes andel alle byens barn opp til to år. Slik fortsetter tildelingen etter kriterium 2 og så videre inntil hele den totale bevilgning er fordelt mellom bydelene.

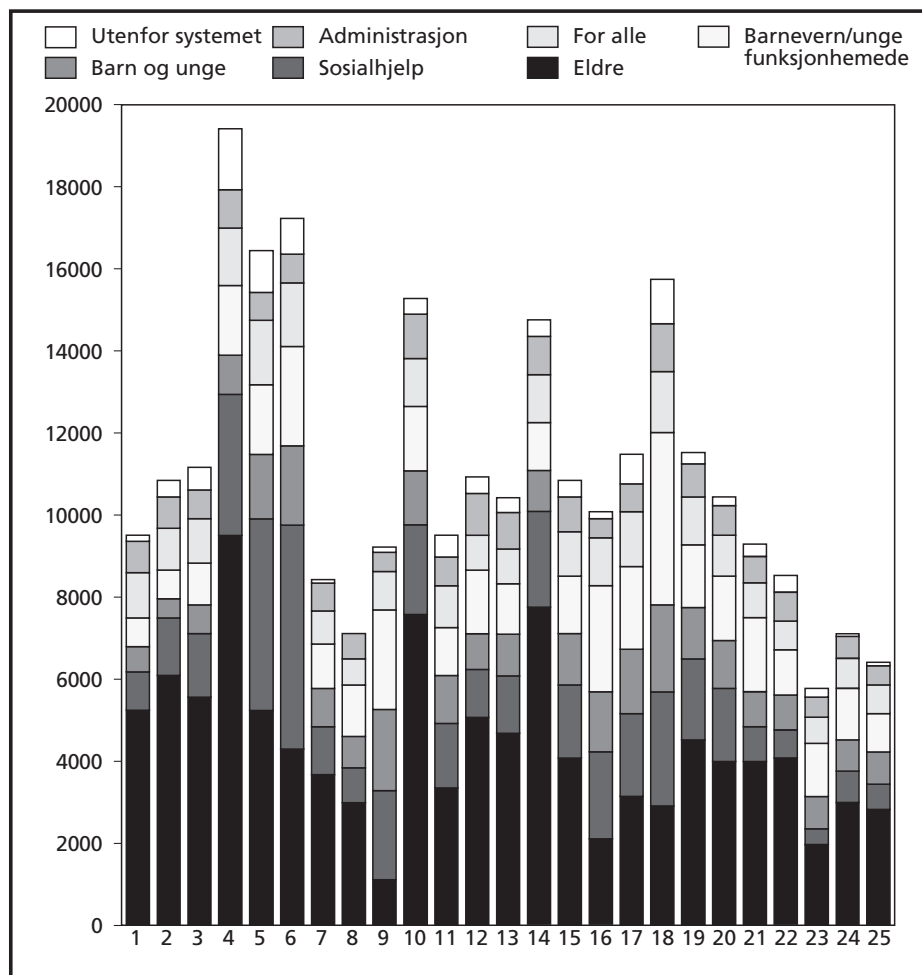
Om vi for eksempel ser på kriterium 1, antall barn i alderen opp til to år, så utgjør 14 prosent av samlet ramme 217 millioner. I Oslo er det 20 799 barn i alderen opp til to år, altså vil hver bydel motta 10 433 kroner for hvert slikt barn. Tar vi kriterium 5, så skal også 14 prosent av rammen fordeles utfra bydelenes antall

Tabell 1.2 Kriteriesettet anvendt for funksjonsområde 2: Tiltak for barn- og unge for budsjettåret 1996

BEHOV	Målbare uttrykk(kriterier)		Vekter	
	b1	barn 0-2	v1	0,14
	b2	barn 3-6	v2	0,20
	b3	fødsler	v3	0,02
	b4	unge 10-18	v4	0,06
	b5	fremmedkulturelle 0-6	v5	0,14
	b6	barn 0-6 av enslige forsørgere	v6	0,21
	b7	lav utdanning*barn 0-6	v7	0,18
	b8	hjelpestønadsmottakere 0-15	v8	0,05

barn med fremmedkulturell bakgrunn som er i alderen opp til seks år. I Oslo er det 9 154 hvor foreldrene har sin opprinnelse i den tredje verden, og følgelig får bydelen 23 705 kroner for hvert slikt barn i tillegg til tildelingen kun på grunnlag av barnets alder. På denne måten tar kriteriesystemet hensyn til at barn av fremmedkulturell opprinnelse har særskilte behov som må motsvares av en større ressursinnsats fra bydelens side. På samme måte kan vi se at barn av enslige forsørgere antas å ha store behov, slik at systemet sikrer at bydeler med mange barn i denne gruppen blir tilført tilsvarende mer midler: Svake levekårsressurser hos barna skal oppveies av større ressursrer til bydelen.

Figur 1.2 Kriteriesystemets tildeling for 1996: Kroner per innbygger, etter bydel og tildelingen fordelt på funksjonsområdene I-III, sosialhjelp, yngre funksjonshemmede, barnevern, administrasjon samt tildelinger utenfor kriteriesystemet



Helt tilsvarende beregnes tildelingen av midler til bydelene innenfor de andre funksjonsområdene. Det betyr at den endelige budsjetttrammen bydelene blir tildelt er betinget av bydelsbefolkningens sammensetning på de kriteriene som inngår i alle funksjonsområdene.

1.5 Dagens ressursfordeling mellom bydelene

Ved at kriteriesystemet forsøker å fange opp variasjoner i behov mellom befolkningene i de ulike bydelene, slik at ressurser kan styres dit hvor behovene er størst, vil levekårsforskjellene innen byens befolkning komme til syne som variasjon i tildelte midler, målt for eksempel som tildelte kroner per innbygger i bydelene. I figur 1.2 har vi omregnet bydelenes samlede tildelte ressurser gjennom kriteriesystemet til hvor mange kroner de mottar per innbygger. I tillegg er den samlede inntekten fordelt på de ulike funksjonsområdene. Som det framkommer med all ønskelig tydelighet, produserer kriteriesystemet en betydelig forskjell mellom bydelene: Sagene-Torshov får nesten 20 000 kroner per innbygger, mens Vindern får i underkant av 6000 kroner.

Disse betydelige forskjellene i tildelte midler er altså frambrakt av ulikheter i aldersstruktur og andre sosio-økonomiske forskjeller ved innbyggerne i bydelene. Et så sterkt avvik fra en formell lik behandling (for eksempel en tildelt av et likt beløp per innbygger) krever en begrunnelse: Alle vil kunne enes om at det er riktig å tildele ressursene noe ulikt. Et helt likt tildelt beløp per innbygger (eller per person i bestemte aldersgrupper), helt uavhengig av alle andre kjennetegn ved bydelens befolkning, ville imidlertid innebære en svært urettferdig behandling av bydeler hvor mange innbyggere kjennetegnes av tunge hjelpebehov. Noen bydeler bør derfor få mer enn andre.

Spørsmålene denne rapporten skal besvare kan derfor formuleres ganske enkelt: Er disse forskjellene i tildelte ressurser i godt eller dårlig i samsvar med fordelingen av hjelpebehov hos befolkningene innen bydelene? Treffer det kommunale tjenestetilbydet de befolknings- og behovsgrupper man forsøker å nå? Kan inntektsforskjellene begrunnes i levekårsulikheter? Er kriteriesystemets ulikebehandling av bydelene rettferdig?

Så lenge befolkningene i bydelene har ulike behov, krever en rettferdig fordeling en eller annen form for ulikhet i tildelt ressursmengde. Men hva slags funderinger skal en slik rettferdig ulikhet baseres på? Så langt har vi benyttet begrepet «behov» til å begrunne dette, uten at behovsbegrepet er blitt definert: Men hva er egentlig behov, og lar behov (for kommunale velferdstjenester) seg måle

objektivt? Og om behovene er fastslått, skal ressursene fordeles med mest til de som har størst behov, eller skal alle personer med behov over et visst nivå behandles likt? Og hva skal vi egentlig mene med en rettferdig fordeling av ressurser mellom bydelene? Dette er grunnleggende og dels ideologiske spørsmål vi skal forsøke å redegjøre for i neste kapittel.

Kapittel 2

Behov, målgrupper og levekårsindekser

2.1 Innledning

Fordeling av knappe goder mellom personer og bydeler er en konfliktfylt prosess. Samtidig er det en overordnet målsetting at ressursene skal utnyttes mest mulig effektivt. Det er ikke bare et mål at godene skal tilfalle de som har størst behov for hjelp, men også at det ikke skal sløses med ressurser. Mens kravet til effektivitet er ukontroversielt, er det ikke like stor enighet om hva som er folks behov og hvem som har størst behov. Og i den politiske debatten blandes ofte normative prioriteringer av hvem sine behov som bør løses sammen med de problemene levekårsundersøkelser identifiserer. Skillene mellom politiske og faglige vurderinger viskes ofte ut, med en vitenskapeliggjøring av politikken og en politisering av vitenskapen som nærliggende fallgruver.

Hensikten med de følgende avsnittene er derfor å klargjøre noen sentrale begreper som vi er avhengige av å bruke i evalueringen av kriteriesystemet. Først skal vi ta for oss begrepet «behov»: Hva menes med «å ha behov for kommunale tjenester», og hvordan kan slike behov kartlegges? Videre vil vi trekke et skille mellom «målgrupper» som utpekes av politikere, og «behovsgrupper» som kan identifiseres gjennom vitenskapelig kartlegging. Som vi så av sitatene i forrige kapittel, er den overordnede målsettingen for kriteriesystemet å bidra til en «mer rettferdig fordeling av ressursene mellom bydelene». Men for å evaluere om dagens system oppnår dette, trenger vi en mer presis formulering av hva som menes med «rettferdig fordeling». Dette vil bli drøftet i avsnitt 2.4. I de to påfølgende avsnittene redegjøres det for de metodiske sidene ved evalueringen: Først beskrives prinsippene i fremgangsmåten, deretter diskuteres ulike krav som bør settes til indekser som skal beskrive levekårsforskjeller mellom folk i de ulike bydelene.

Kapittel 3

Oslo: Levekårsulikheter og rettferdig fordeling

3.1 Innledning: Oslo – en delt by

De store geografiske variasjonene i levekår innen Oslos grenser er grundig dokumentert i en rekke rapporter og undersøkelser de senere årene (Clausen 1992, NI-BR 1993, Barstad 1993, Fafo 1994, Oslo Kommune 1995). I dette kapittelet skal vi derfor bare kort gjengi hovedmønstrene i byens sosiale geografi, og i stedet konsentrere oppmerksomheten om de settene av variabler som er mest relevante for vårt prosjekt, nemlig de som kan tenkes å avspeile og dermed måle de behovene hos befolkningen som er relevant for de kommunale beslutningene om tjenestetilbud og behovsdekning. Utvalget av variabler som presenteres har også til hensikt å illustrere hvor stor variasjon det faktisk er mellom bydelene når det gjelder noen sentrale levekårsforhold.

I andre del av kapittelet vil vi benytte noen av disse variablene til å vise hvordan dagens kriteriesystem fordeler ressurser mellom bydelene i forhold til de to prinsippene for en rettferdig fordeling som ble diskutert i forrige kapittel. For enkelthets skyld skal vi nå kalle dem (målgruppeorientert) likebehandling og (behovsgruppeorientert) levekårsutjevning.

Et viktig mål med kapittelet er også å introdusere leserene til den måten vi vil analysere og presentere ulikheter mellom bydeler, både i levekårsproblemer, i behovsvariasjon og de teknikkene vi anvender for å sammenlikne kriteriesystemets fordeling av budsjetttrammer med ulike mål på behov. Først skal vi imidlertid starte med noen betraktninger om forholdet mellom mer allmenne vitenskapelige mål på levekårsulikheter og den typen informasjon som er direkte relevant for den kommunale tjenesteytingen.

3.2 Levekårsforskjeller og politisk relevans

3.2.1 Sosial ulikhet og behovsforskjeller:

Hva kan en kommune gjøre?

Det hyppigst anvendte perspektivet på geografiske ulikheter i levekår er å beskrive forskjeller mellom bydelers befolkning med tradisjonelle sosio-økonomiske kjennetegn («variabler»): Innkomst, utdanning, sosiale nettverk, boligstandard, posisjon i arbeidsmarkedet og så videre. Dette er klassiske sosiologiske variabler som benyttes til å kartlegge lagdelingen i et samfunn, og de har vært hyppig benyttet i oppbygging av ulike samlemål («indekser») på levekårsforskjeller mellom folk i Oslos bydeler (se oversikten i tabell 3.1). Prinsippet i disse indeksene er å beregne prosent av befolkningen innen hver bydel som har et veldokumentert levekårsproblem (for eksempel prosent sosialhjelpsmottakere, prosent svært gamle, og så videre). Deretter kombineres disse opplysningene til et felles mål, hvor hver bydel får en definert verdi, hvor høy verdi normalt angir et stort samlet omfang av levekårsproblemer. På basis av bydelenes verdier kan de så rangeres, og vi kan komme med solid underbygde utsagn om hvor levekårene er best og dårligst.

Slike indekser er først og fremst utviklet for å måle levekårsforskjeller, og for å få fram hvordan ulike sosiale befolkningslag er fordelt («segregert») i Oslos geografi. De er ikke primært utviklet for å avspeile variasjoner i behovet for kommunale tjenester mellom bydelene, selv om de hyppig spiller denne rollen både i politisk debatt og i faglige sammenhenger. Når kriteriesystemet derimot benytter sosialstatistiske data, er dette for å fange opp behov for kommunale tjenester, og man kan ikke uten videre anta at de tradisjonelle levekårsvariablene er like relevante for dette formålet som for å beskrive den sosiale lagdelingen. Satt på spissen: Det kan neppe kalles et levekårsproblem å få barn, men å få barn påvirker husholdningens behov for kommunale tjenesteyting. Det må derfor skilles mellom relevans på to ulike nivåer:

På et overordnet nivå er også Oslos sosiale tjenesteyting en del av den samlede nasjonale velferdspolitikken, ovenfor de mellom elleve og tolv prosentene av befolkningen som bor i hovedstaden. Som sådan skal summen av tjenestene bidra til å utjevne de levekårsulikheter som skapes i andre velferdsarenaer; i utdannings-systemet, i arbeids- og boligmarkedet og i (manglende) sosiale nettverk. Dette er samtidig arenaer hvor en kommune, med de virkemidlene den har, i begrenset grad kan influere på oppkomst og omfang av levekårsproblemer og hjelpebehov. Forskjellige gruppers utdanning og inntekt kan bare delvis påvirkes av kommunale beslutninger, og sentrale levekårsforhold som etterspørsel etter sosialhjelp, sosial isolasjon, arbeidsledighet og førtidig pensjonering kan vel knapt påvirkes i det hele tatt. Kun en overordnet statlig velferdspolitik kan, og da i regelen på lengre sikt, påvirke selve funksjonsmåten til noen av disse velferdsarenaene. I tillegg rår staten over skatte-

og trygdepolitikken som sentrale velferdspolitiske virkemidler. På et slikt overordnet nivå er det derfor en målsetting å utforme en profil på de kommunale tjenestene som gjør at levekårsforskjellene modereres, selv om det alltid vil være ideologisk strid om hvor sterkt de skal eller kan dempes ned med kommunale virkemidler.

På det mer jordnære nivået er kommunens oppgave, gitt den arbeidsfordelingen vi har mellom stat og kommune, først og fremst å stå for den sosiale tjenesteytingen, altså helse-, utdannings- og omsorgstjenestene. Disse tjenestene skal tilfredsstillende behov kommunen langt på vei må ta som gitt, blant annet fordi behovenes natur i så stor grad er knyttet til livsfaser som oppvekst og aldring, til endringer i de sosiale nettverkens evne til å fungere og til (endringer i) befolkningens helsemessige og etniske sammensetning. Kommunenes oppgave er å avhjelpe og dekke slike behov, men kan lite gjøre med utviklingen av dem. Tjenesteytingen får derfor et reaktivt preg, og siktemålet for den kommunale tjenesteytingen blir å dempe ned konsekvensene på livskvalitet av levekårsproblemer som allerede foreligger.

Mens staten i størst grad benytter kontantoverføring og skatteregler til å utjevne levekårsulikheter, er den viktigste kontantytelsen som kommunene er pålagt å utbetale den økonomiske sosialhjelpen. Også her er kommunens rolle reaktiv: Sosialhjelpen skal sikre inntekt til de som faller ut av arbeidsmarkedet og det ordinære trygdesystemet. Det er kun som middel ved integrering av flyktninger at den økonomiske sosialhjelpen kan sies å spille en noen annen rolle. En kommune kan nok, med endringer i tildelingsrutiner og -vilkår, påvirke antallet sosialhjelpsmottakere, men dette påvirker ikke omfangene av de behovene som har ført folk til sosialhjelpskontoret. De kommunale velferdsgodene er kompensierende i forhold til en sosial behovsstruktur kommunen mer eller mindre må ta for gitt, særlig på de utgiftstunge områdene som helsebehandling og eldreomsorg. Der hvor oppgavene har preg av å være forebyggende, er først og fremst det forebyggende helsearbeidet blant barn og unge og i ansvaret for å lage et godt oppvekstmiljø for de samme gruppene, gjennom kvaliteten på grunn- og videregående skole, ved integrering av innvandrere og i edruskapsarbeidet.

Det er som nevnt viktig å skille prinsipielt mellom generelle levekårsindekser og mål som skal avspeile den typen sosiale behov kommunale velferdstjenester skal løse. For eksempel er arbeidsledighet en helt sentral variabel i beskrivelsen av levekår, men det er ingen direkte eller umiddelbare sammenhenger mellom å miste arbeidet og etterspørselen etter kommunale tjenester. På den annen side vil en arbeidsledig person etterhvert utvikle et behov for kommunale tjenester om økonomi og helse forverres. Og vedkommendes eventuelle barn vil få sitt oppvekstmiljø forringet, noe som kan begrunne en større kommunal innsats. Høy dødelighet blant yngre er også en tradisjonell levekårsindikator; tidlig død er et konkret uttrykk for dårlige levekår, men den døde selv har ikke behov for noen kommunale

le tjenester. Derimot kan høy dødelighet i en bydel gi oss informasjon om helsetilstanden til befolkningen i denne bydelen, hvilket er en relevant faktor i forhold til kommunale tjenester.inntekt er et annet sentralt mål på en persons levekår, men sammenhengen mellom inntektsnivå og behovet for kommunale tjenester er både et empirisk spørsmål (om sammenhenger mellom lav inntekt og andre levekårsproblemer), og et normativt spørsmål om i hvilken grad personer med høy inntekt skal forutsettes å selv kunne kompensere for sine levekårsproblemer. Variabler som sier noe om sosial ulikhet og levekår kan derfor utnyttes som indirekte mål på behov for kommunale tjenester, og det er en vel etablert kunnskap at en lang rekke behov er større jo lenger «ned» man kommer i den sosiale lagdelingen. Å få barn eller å bli gammel kan derimot knapt sies å uttrykke levekårsulemp, men en rekke problemer følger tett med livsfasen, og leder direkte til behov for kommunale tjenester, enten det nå er barnehage eller pleiehjem. Slike behov kan vi derfor i betydelig grad fange opp direkte ved personers alder og husholdningstype. Det samlede behovet en (bydels) befolkning har, kan derfor oppfattes som en sum av sosio-økonomiske faktorer som avspeiler levekårsressurser, og demografiske trekk som måler de behovene som følger med livsfaser og husholdningssammensetning. Dette skillet mellom sosio-økonomiske ulikheter og demografiske kjennetegn er, som vi skal komme til i slutten av dette kapittelet, høyst relevant for ulike oppfatninger av hva som er en rettferdig fordeling av de kommunale ressursene mellom bydelene. En resultatorientert rettferdighetsoppfatning vil nødvendigvis legge vekten på å fordele midlene i forhold til sosio-økonomiske ulikheter, for nettopp å kompensere ressursvake befolkningslag (behovsgruppene) med gode offentlige tjenester. En oppfatning av rettferdighet som likebehandling vil derimot legge vekten på fordeling etter klassenøytrale demografiske kjennetegn (målgruppene), for i størst mulig grad å behandle alle individer likt.

I de neste to avsnittene skal vi først redegjøre for noen generelle mål på sosio-økonomiske ulikheter mellom bydelene, og deretter se på variasjoner i demografiske trekk og andre mer direkte behovsrelevante ulikheter mellom bydelene.

3.2.2 Generelle levekårsindekser

Som nevnt, har ulike forskningsrapporter anvendt ulike mål på levekårsforskjeller. I tabell 3.1 har vi, for oversiktens skyld, satt opp hvilke forhold forskjellige forskere har benyttet til å beskrive levekårsforskjeller mellom ulike bydelar:

Tabell 3.1 Variabler benyttet i ulike sammenstillinger til levekårsindekser for Oslo

VARIABLER BRUKT	NIBR 1992	NIBR 1993	BARSTAD	FAFO 1994
Inntekt menn	x	x		x
Inntekt kvinner		x		x
Utdanning, voksne	x	x		x
Unge i videregående skole	x			x
Yrkesaktivitet	x			x
Arbeidsledighet	x	x	x	x
Uførepensjonering	x	x	x	x
Dødelighet, menn	x		x	
Dødelighet, kvinner	x		x	
Boligforhold	x			x
Etnisk sammensetning	x	x		
Flytting		x		
Eldrebefolkning		x	x	
Areal		x		
Barnedødelighet		x		
Enslige forsørgere		x	x	
Sosialhjelpsbruk		x	x	x
Bruk av grunn/hjelpestønad				
Barnevern		x	x	

Referanser: NIBR (1992): Geir Orderud: Sosial ulikhet i Oslo – bydelsvise forskjeller. Oslo-statistikken, notat 5/92. NIBR (1993): Claussen, Stein-Erik. Privat eldreomsorg i Storby. Oslo. Barstad: Anders Barstad (1993): Levekår i Storbyene, i Bildeng og Furst (red). Levekår i Storby. Oslo.KS-Forskning. Fafo (1994): Hagen et.al. (1994). Oslo – den delte byen?

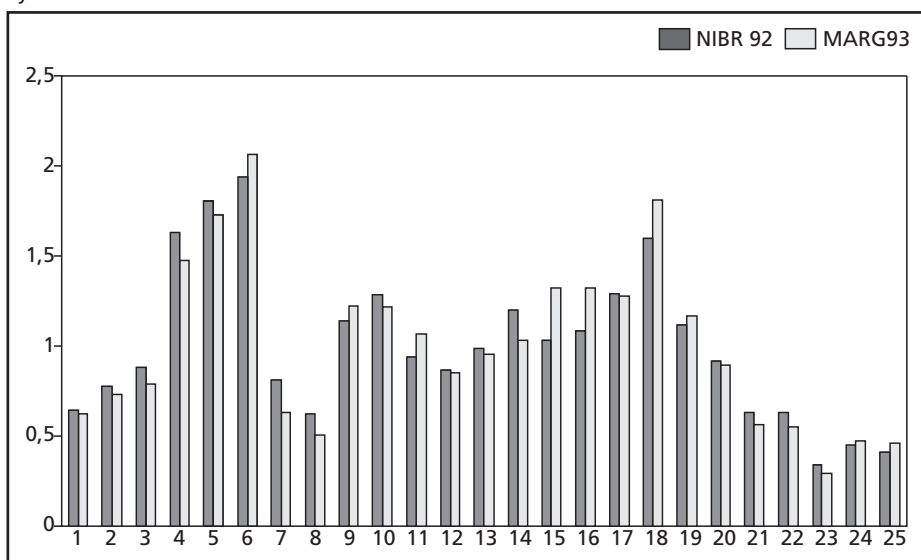
Selv om ulike forskere har benyttet noe forskjellig batteri av variabler, er det like fullt en betydelig faglig enighet om i hvilke deler av byen levekårene er dårligst, og hvor de er best. Videre er det slik at de statistiske samvariasjonene mellom en lang rekke av de variablene som er gjengitt i tabell 3.1 er så sterk at disse levekårsindeksene ikke er særlig sårbare for antallet eller hvilke levekårsforhold som trekkes inn. For eksempel er Barstads (1993) indeks den enkleste, med kun fire variabler, men den korrelerer likevel med henholdsvis .96 og .86 med de langt mer kompliserte indeksene som Fafo og NIBR 1993 har konstruert. Dette avspeiler rett og slett at i

bydeler hvor det bor for eksempel mange arbeidsløse, finner vi også mange sosialhjelpsklienter, uførepensjonister, en høy ung dødelighet, mange personer med fremmedkulturell opprinnelse og så videre. Dels skyldes slike sterke samsvar at levekårsulemp(er) (eller goder) har en tendens til å hope seg på individnivå, det vil si at personer som for eksempel er arbeidsløse også vil ha lav inntekt, de kan være sosialklienter og ha lav utdanning, og dels skyldes slike samvariasjoner at grupper med ulike levekårsproblemer har en generell tendens til å samle seg i bestemte bydeler, og tilsvarende, at ressursrike gjør det samme på «sin» kant av byen.

Det er ingen grenser for hvor teknisk sofistikerte slike levekårsindekser kan lages, samtidig som de sterke statistiske sammenhengene mellom forskjellige indikatorer innebærer at lite tapes i presisitet ved å redusere antallet indikatorer som inngår i indeksen. I figur 3.1 har vi vist bydelens verdier på NIBRs indeks fra 1992 (hvor det nyttes 17 indikatorer) og en enkel summering av antallet personer som i 1993 mottok enten sosialhjelp, arbeidsledighetstrygd eller uførepensjonering (korrigert for dobbeltklassifiseringer). For at de to målene skal være direkte sammenliknbare er de standardiserte, og de viser bydelens verdi i andel av gjennomsnittsverdien for alle bydeler. Høy verdi indikerer dårlige levekår.

Som det framgår, får vi praktisk talt nøyaktig den samme skåren og rangeringen på og mellom bydelene med disse to målene ($r=.97$). Det faktum at Oslo har en klar og systematisk sosial geografi, det vil si at gode og dårlige levekår har

Figur 3.1 Verdi på indeks for levekårsforskjeller utarbeidet av NIBR (1992) og summen av personer som er eller tilhører husholdninger med sosialhjelpsmottakere, mottakere av A-trygd og uførepensjonister (1993) etter bydel. Bydelens verdi i andel av gjennomsnittet for alle bydeler



et sterkt geografisk preg, forklarer hvorfor den enkle indeksen fanger opp dette like bra som den kompliserte. Den observante leseren vil kjenne igjen samme profil som på kriteriesystemets fordeling av inntekter per innbygger i bydelene fra kapittel 1, noe som gir oss en antydning om at kriteriesystemets profil for fordeling av ressurser til bydelene har samme hovedmønster som levekårsforskjellene. Fordelen med det enkle målet er at det henviser til konkrete grupper i befolkningen som har store levekårsproblemer, og utnytter denne informasjonen på en lettfattelig måte. Indekser som kombinerer opplysningene om ulike gruppers relative størrelse innen bydelene blir langt mer kompliserte og selve indeksens verdi kan ikke gis en enkelt og lettfattelig fortolkning i seg selv. Dette illustrerer et allment vitenskapelig poeng, og et viktig forhold for utformingen av kriteriesystemet, nemlig at det er liten vits i å gå over bekken etter vann: Det vi med sikkerhet kan fange opp av sosiale problemer på en lett forståelig måte, bør vi ikke gjøre mer komplisert enn nødvendig.

Hensikten med slike levekårsindekser har som nevnt primært vært å kunne beskrive den geografiske utbredelsen av både gode og dårlige levekår – den såkalte sosiale geografien. Utover i denne rapporten vil vi benytte dette begrepet som en allmenn henvisning til de nå etterhvert godt kjente levekårsforskjellene i Oslo. Som en konkret og kvantitativ indikator på den sosiale geografien vil vi benytte NIBRs indeks fra 1992. Men som nevnt, vi kunne like gjerne ha valgt en av de andre.

Levekårsindekser av denne typen og samlemål på behov for kommunale tjenester er som nevnt i mange tilfeller to sider av samme sak. Når arbeidsløse ofte får økonomiske problemer, så vil arbeidsløshet være en indikator på behovet for en kommunal ytelse, nemlig økonomisk sosialhjelp. Uførepensjonering eller dødelighet kan være indikatorer på helsetilstand, og dermed mål som kan utnyttes til å fange inn behovet for omsorgstjenester. Men en lang rekke av de behovene en kommune skal tilfredsstille er sterkt knyttet til folks livsfase og alder: Etterspørselen etter barnehager er nært knyttet til antall barn, slik etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester stiger med økende alder for individer, og med andelen (svært) gamle for bydelene. Denne typen etterspørsel er altså knyttet til faktorer som ikke direkte har med andre og tradisjonelle levekårsforhold å gjøre. En viktig oppgave for denne evalueringen er derfor å finne fram til gode levekårs mål som også kan fortelle oss noe om omfangene på de behov de kommunale tjenestene skal dekke.

3.2.3 Behovsorienterte levekårs mål og indekser.

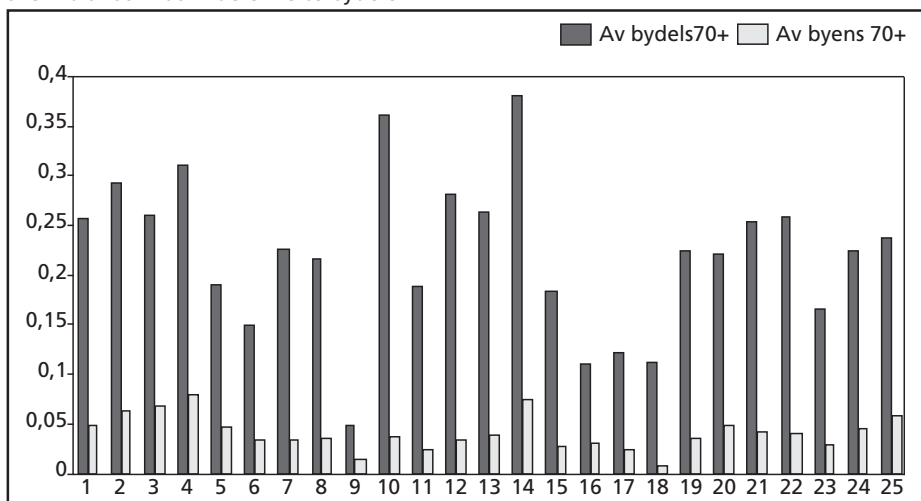
Med behovsorienterte levekårsindekser mener vi altså samlemål som har til hensikt å måle kvantitativt omfanget i bydelene av det behovet som er relevant for de kommunale tjenestene som tilbys (eller bør tilbys). Det er slike mål vi skal utvikle i de konkrete analysene i kapitlene 4–7. Det er likevel et viktig teknisk skille mellom

de allmenne levekårsindeksene av den typen som ble presentert i foregående avsnitt, og de vi vil utvikle til å måle (relevant) behovsomfang som kort må kommenteres:

Levekårsindeksene setter sammen opplysninger om prosentandelene av personer innen bydelene som har levekårsproblemer. Deretter benyttes de relative nivåene til å beregne en indeksverdi som sier noe om omfanget av levekårsproblemer relativt til omfanget i andre bydeler. Ut fra siktemålet om å kunne rangere bydelene etter deres befolkningers levekår, er dette en fornuftig framgangsmåte. Men slike indekser kan ikke gi oss den informasjonen som kriteriesystemet må ha, nemlig hvor andel av det samlede behovet i hele Oslos befolkning som finnes i hver enkelt bydel. Vi kan ikke slutte automatisk fra at det er et høyt nivå på levekårsproblemer innen en bydel, til at dette dermed betyr at denne bydelen rommer en stor andel av byens samlede behov. For å anskueliggjøre dette noe kompliserte forholdet, kan vi betrakte figur 3.2. Her antar vi for enkelthets skyld at personer over 70 år utgjør en gruppe av befolkningen med levekårsproblemer/behov for kommunal tjenesteyting (=behovsgruppen). Det første settet av søyler viser andelen av bydelens innbyggere som tilhører denne behovsgruppen, altså hvor stor gruppen er innen den enkelte bydel. Vi kan legge merke til at i bydel 10 (Lambertseter) utgjør gruppen 36 prosent av befolkningen. I bydel 16 (Furuset) utgjør den litt over ti prosent. Fra dette forholdet kan vi ikke slutte noe om hvordan kriteriesystemet bør fordele midler til eldre mellom disse to bydelene.

For å få den informasjonen som er relevant i dette henseendet, må vi sammenlikne de to bydelenes andeler av alle byens personer i gruppen. Ser vi på søylen som viser de eldstes andel innen bydelen, framgår det at Lambertseter og Furuset

Figur 3.2 Andelen av alle innen bydelene som er over 70 år samt andelen av alle i hele Oslo over 70 år som bor i de enkelte bydeler



ikke er særlig forskjellige: begge bydeler har i underkant av fem prosent av alle byens personer over 70 år, det vil si at de bør få omtrent like mye av den samlede ressursinnsatsen til behovsgruppen.

Figur 3.2 gir oss også et bilde av hvor ulike bydelene er i sin befolknings aldersstruktur. Andelen som er over 70 år varierer fra nesten 40 prosent i Helsfyr-Sinsen, til seks prosent i Søndre Nordstrand. Og en lang rekke av de (utgiftstunge) behovene kommunen skal tilfredsstillere er knyttet til alder og aldringsprosesser. En gammel befolkning vil selvsagt etterspørre et helt annet tjenestespekter enn en ung. Men hvor sterk denne etterspørselen er, er betinget av sammenhengen mellom alder og behov. Alle personer vil få sin funksjonsevne svekket som følge av aldring, men hvor sterk denne svekkelsen er vil (i tillegg til alder) også påvirkes av andre kjennetegn ved et individ, så som kjønn, etnisitet og sosio-økonomiske kjennetegn. Men jo mindre betinget et behov er av andre forhold enn alder, jo bedre kan vi fange opp variasjonen i behov mellom bydelene kun med befolkningens aldersfordeling. Dette kan empirisk testes ved å se hvor mye effekten av alder på behov påvirkes når sammenhengen kontrolleres for andre variabler.

Alder kan også være en god behovsindikator i tilfeller hvor det aktuelle behovet ikke er forbundet med alder i noen årsaksmessig forstand, dersom det empirisk er slik at behovet forekommer innen en klart avgrenset aldersgruppe. Om alle sosialhjelpsklienter var i aldersgruppen 18 til 30 år, vil en bydels andel av alle i denne aldersgruppen kunne fungere som et (av flere) mål på økonomisk marginalisering – ikke fordi dette har med alder å gjøre, men fordi marginaliseringsprosessene virker sterkest i de livsfasene folk gjennomgår ved denne alder. Dette betyr at livsfasebetingede levekårsproblemer vil kunne måles enklere ved alderskjennetegn enn ved de variablene som er av årsaksmessig karakter, og at vi kan vinne på enkelhet og billig datainnsamling, samtidig som vi kan tape på kravet til forståelighet fordi vi utnytter statistisk samvariasjon og ikke en årsaksmessig sammenheng.

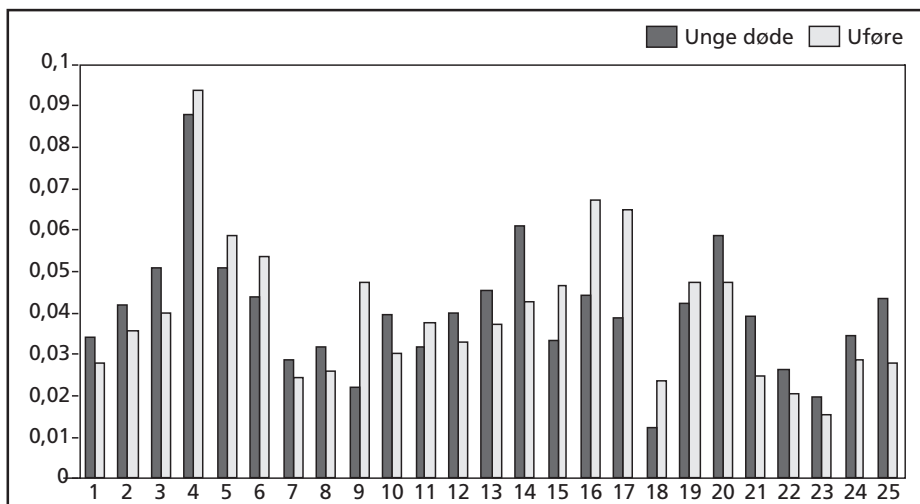
Alder er en svært fordelaktig variabel i et kriteriesystem fordi den bidrar til å gjøre kriteriesystemet enkelt, billig og lettfattelig (jfr punkt 2.7): Aldersopplysninger samles rutinemessig inn for hele befolkningen og dette er objektivt målbare og intuitivt forståelige kjennetegn ved en person. Utfordringen er selvfølgelig å få et godt empirisk fundament for at andre relevante forhold lar seg beskrive, eller fange inn, ved alder (og kjønn) alene. Den variasjonen i behovsromfang mellom personer som kan føres tilbake til demografi, vil derfor bli utnyttet maksimalt i de konkrete analysene, for på den måten å redusere antallet variabler som er mer kompliserte og tildels vanskeligere å få data om. (Dette er begrunnelsen for å entre alder først i de trinnvise regresjonsmodellene). Demografiske variabler skiller ofte fra sosio-økonomiske variabler ved at det er kjennetegn ved en person som er produsert av «natur» og ikke av sosiale prosesser. Dette er en feilaktig bruk av demografibegrepet. Etnisitet er for eksempel en viktig

demografisk variabel, men samtidig kanskje den enkeltvariabelen som i aller sterkest grad korrelerer med levekårsforskjeller innen dagens befolkning i Oslo. Andre klassiske demografiske variabler er dødelighet, ekteskapelig status og flytting, alle tre variabler som er knyttet sammen med sosiale forhold. Vi må derfor holde fast ved at demografien ikke er noe naturgitt som kommer i tillegg til sosio-økonomiske levekårsvariabler.

Et konkret eksempel på dette er en av demografiens mest sentrale variabler, nemlig dødelighet. Tidlig død har en sterk geografisk variasjon mellom bydelene, slik figur 3.3 viser: Sannsynligheten for å dø i ung alder er tre ganger så stor i indre by øst enn den er på Vindern, og det er empirisk belegg for å tilskrive disse forskjellene både sosialt betingede helseeffekter og et sosialt selektivt flyttemønster. Derfor kan dødelighet, som et entydig og lett målbart fenomen, utnyttes som mål på helsetilstanden til de andre som bor i bydelen, og ett blant flere mål på helsetilstanden til de som lever. Uførepensjonering er et annet mål som også kan tjene som indikator på helsetilstanden. Profilen til tidlig død og uførepensjonering er derfor satt ved siden av hverandre, for å få en antydning om eventuell samvariasjon.

Rent visuelt framkommer et mønster med stor grad av samsvar ($r = .71$). Men noen bydeler har store avvik, og slike avvik antyder at vi må ha med flere variabler for å kunne lage et valid samlemål på helsebehov. De bydelene som har stor andel av uførepensjonistene i forhold til ung dødelighet, er bydeler med ung befolkningsstruktur (Stovner, Furuset, Romsås og Søndre Nordstrand), mens bydeler hvor det er mange unge døde relativt til antallet uførepensjonis-

Figur 3.3 Bydelens andeler av alle døde 50–74 åringer 1990–94 og av alle uførepensjonister. 1.1.1995



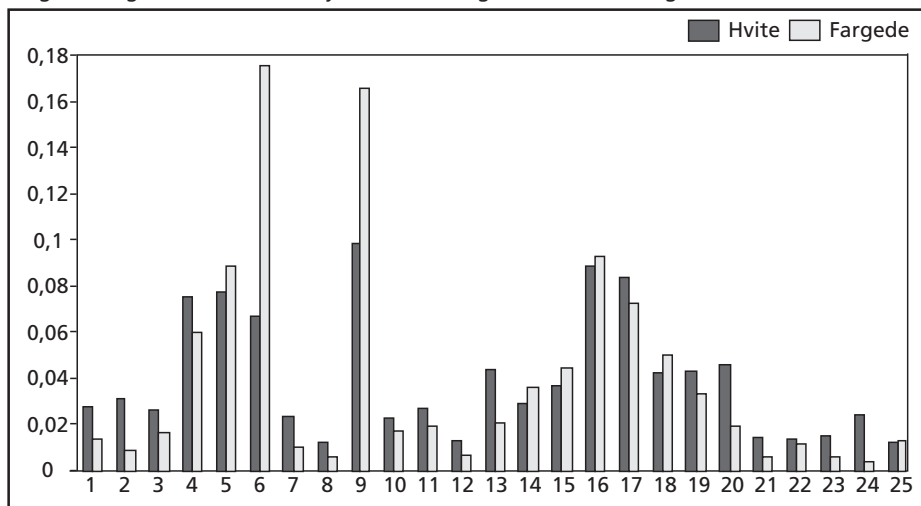
ter (se på Helsfyr-Sinsen, bydel 14 og indre vest) er bydeler med en eldre befolkning. Vi skal ikke gå videre inn på hvordan dette kan forklares nå, men komme tilbake til det i analysen av funksjonsområde 3. Om uførepensjonering og dødelighet er gode mål på helseforskjeller mellom befolkningen i bydelene bydelene, bør vi gjenfinne omlag samme mønster av forskjeller mellom bydelene i helt konkrete og mer medisinske uttrykk for helsetilstand, noe som blir viktig når vi i kapittel 7 skal forsøke å finne gode mål på funksjonshemninger, og dermed behov for omsorgstjenester, i den eldre delen av befolkningen.

Familiestruktur er også en viktig demografisk variabel som kan tenkes å samvariere med behovsomsfang innen flere av funksjonsområdene. Empirisk vet vi at enslige forsørgere har flere levekårsproblemer enn andre, samt at langvarige og stabile ekteskap er gunstig for helse og forsinker aldringsprosesser. Og helt konkret, å bli enke eller (særlig) enkemann om man selv er helsesvekket, har stor betydning for behovet for hjelp fra andre til å klare daglige gjøremål.

De sosiale nettverkene påvirker ikke bare helseforhold, men er en viktig del av barns oppvekststressorer, i tillegg til andre sosio-økonomiske ressurser hos foreldrene som utdanning og inntekt. I figur 3.4 viser vi hvor i byen barn med foreldre som både har lav inntekt og lav utdanning bor:

Figuren viser med all ønskelig tydelighet hvordan den sosiale geografien (som vanligvis beskrives med data om voksne personer) gjenskapes og sågar forsterkes når vi ser på barns oppvekstforhold. Både blant hvite og fargede barn med svært svake

Figur 3.4 Prosent av alle byens barn 0–17 år med foreldre hvis inntekt per husholdningsenhet plasserer dem blant den laveste tredjedel av husholdningene, og hvor foreldrene samtidig har ungdomsskole som høyeste utdanning, etter etnisk bakgrunn



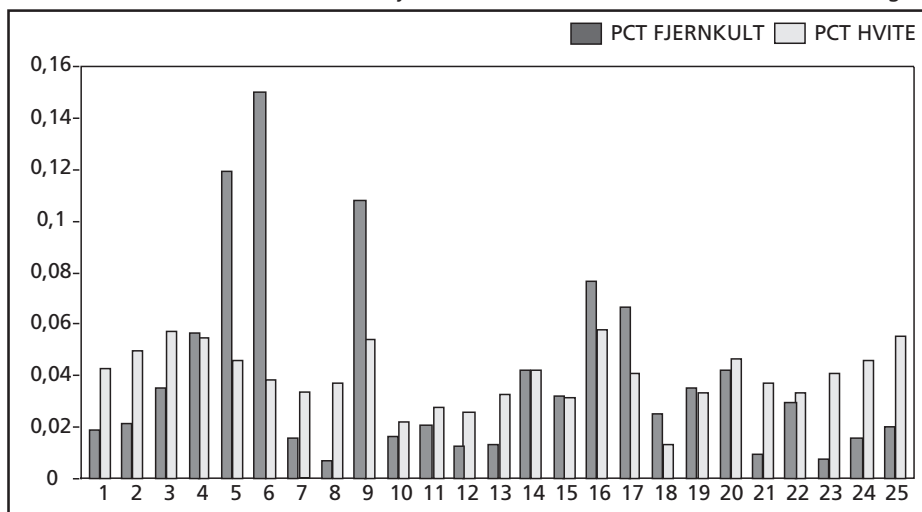
foreldreressurser ser vi en kraftig konsentrasjon i indre øst og i de nye drabantbyene. Men figuren skjuler samtidig et annet viktig forhold, nemlig at omfanget av barn som vokser opp i resurssvake familier er fire ganger så høyt blant fargede som blant hvite.

Oslofolks etniske bakgrunn i ferd med å utvikle seg til å bli et kjenne-tegn ved et individ som i meget stor grad samvarierer med sosial marginalisering. Den faktiske kunnskapen om hvordan fremmedkulturell opprinnelse påvirker forekomsten av de behov kommunen skal dekke er likevel svært mangelfull. Senere i denne rapporten vil vi vise hvordan etnisitet er svært viktig for å forstå behovene for sosialhjelp og tiltak for barn og unge. Den geografiske konsentrasjonen av innbyggere med fremmedkulturell opprinnelse er derfor en faktor med økende betydning, både for å forstå levekårsforskjeller og variasjoner i befolkningens tjenestebehov mellom bydelene. I figur 3.5 vises hvor stor andelen av den fargede og den hvite befolkningen som bor i de forskjellige bydelene.

Innvandrerne er konsentrert i indre øst og i de nye drabantbyene. 30 prosent av innvandrerne er bor i Grunerløkka/Sofienberg og Gamle Oslo, mens under ti prosent av den norske befolkningen bor i disse to områdene. Den etniske segregeringen i Oslo er faktisk så sterk at hver tredje fremmedkulturelle innbygger må flytte til en annen bydel om innvandrerbefolkningen skal få samme geografiske fordeling mellom bydelene som den norske befolkningen har.

Innvandrerbefolkningen er yngre enn den norske befolkningen, og innvandrer-nes bomønster i kombinasjon med nordmenns livsfasebetingede flyttemønstre

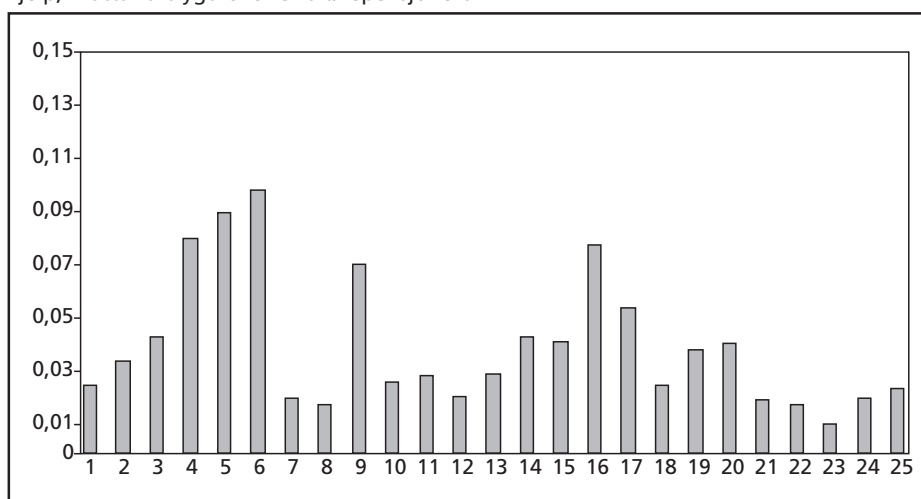
Figur 3.5 Andelen av fremmedkulturelle innbyggerne (definert ved norske statsborgere med fremmedkulturell bakgrunn pluss flyktninger kommet i årene 1990–94, omlag 42 000 av byens 50 000 fremmedkulturelle) i de ulike bydelene, sammenliknet med den hvite befolkningen.



er to viktige faktorer bak forskjeller i alderssammensetning og levekårsproblemer mellom bydelene. Innvanderne har også, som gruppe betraktet, dårligere levekår enn den norske majoritetsbefolkningen. Nordmenn har en tendens til å være bosatt i de samme bydelene som innvanderne i en tidlig livsfase, hvor man samtidig også bor dårlig og har lav inntekt. Bydelene i indre øst preges derfor av et sammenfall av innvandrerkonsentrasjon og unge nordmenn, noe som tilsammen gjør at levekårene i denne delen av byen framstår som dårlige. Derfor er det viktig å skille mellom de levekårsproblemene som er knyttet til livsfase, og de som er knyttet til mer permanent ressurs svakhet. De generelle levekårsindeksene vi redegjorde for i avsnitt 3.2.1 kan kritiseres for at de ikke makter å håndtere dette skillet, og mer allment er det et problem hvordan de store interne flyttestrømmene i Oslo skal behandles. I Fafos levekårsundersøkelse fra 1994 fant vi et relativt klart mønster: At og når husholdninger flytter er sterkt knyttet til livsfase, mens hvor man flytter til i betydelig grad er bestemt av inntekt og utdanning. Flyttemønstrene er viktige fordi en husholdnings flytting påvirker de sosiale og demografiske kjennetegnene i to bydeler samtidig, både den man flytter fra og den man flytter til. I stor grad er det derfor flyttemønstrene som opprettholder og gjenskaper den typen av forskjeller i levekår som framkommer i tabell 3.6. Her viser vi igjen (jevnfør tabell 3.1) hvordan antallet personer berørt av sosialhjelp, arbeidsløshet og uførhet (i 1993) er fordelt, men nå målt som andelen av det totale antallet personer i denne gruppen i hele Oslo som er bosatt i de enkelte bydelene.

Som vi tidligere viste, samvarierer dette levekårs målet meget sterkt (.96-.89) med andre og mer kompliserte levekårsindekser. Fordelen med dette grove, men

Figur 3.6 Fordelingen mellom bydelene av antallet personer som enten er berørt av sosialhjelp, mottar a-tryggd eller er uførepensjonert



likevel sikre målet på svake levekårsressurser, er at vi nå kan få et konkret uttrykk for den geografiske fordelingen av de antatte behov for kommunale tjenester som følger med sosial ressursvakhhet.

Hensikten med denne raske gjennomgangen av ulike sosiale og demografiske indikatorer har vært å illustrere den store spredningen vi har innen Oslo by. Den overordnede målsettingen for kriteriesystemet er å gi den kommunale tjenesteytingen et geografisk nedslagsfelt som treffer de behovene, og de variasjonene i behov, som befolkningen i byen har. Men som diskutert i kapittel 2, så er dette ikke en rent «teknisk» oppgave, men også et uttrykk for politiske verdinormer og ulike oppfatninger av hva som er en rettferdig fordeling av de kommunale godene. Vi skal derfor til slutt i dette kapittelet illustrere hvordan en vektlegging på resultatlikhet versus formallikhet vil slå ut, og visuelt kommer til syne, i den typen figurer som vil bli hyppig brukt i resten av denne rapporten.

3.3 Fordelingskriterier og politiske målsetninger

I kapittel 2 drøftet vi ulike oppfatninger av hva en rettferdig fordeling kunne tenkes å innbære. Vi definerte en likebehandlingsrettferdighet ved at alle innbyggere i en målgruppe ble behandlet likt (og derfor uavhengig av faktisk forekomst av behov innen målgruppen), og at bydelene derfor blir tildelt midler basert på samme kronebeløp per innbygger i de tre hovedmålgruppene. Opp mot dette satte vi fordelingsrettferdighet, hvor poenget var at ressursene skulle tildeles bydelene i forhold til deres omfang av behovsgruppene. Vi drøftet videre innslaget av mål på kompensasjonsressurser i dagens kriteriesett, og konkluderte med at det er basert på (å muliggjøre) en moderat resultatlikhet i levekår – «moderat» fordi det ikke tas hensyn til en helt sentral levekårsvariabel, nemlig folks inntekt.

I dette avsnittet skal vi illustrere den ressursfordeling vi ville fått mellom bydelene om disse to prinsippene hadde vært gjennomført i sin ideelle form. Disse tenkte fordelingene vil så bli sammenliknet med den faktiske, basert på kriteriesettet og vektene benyttet for tildeling av ressurser for 1996. En viktig hensikt er også å introdusere leseren for den grafiske framstillingsteknikk og de mål på treffsikkerhet som benyttes i de senere analysene, hvor hvert funksjonsområde analyseres for seg.

En likebehandlingsrettferdighet har vi konstruert med følgende enklest mulige kriteriesystem:

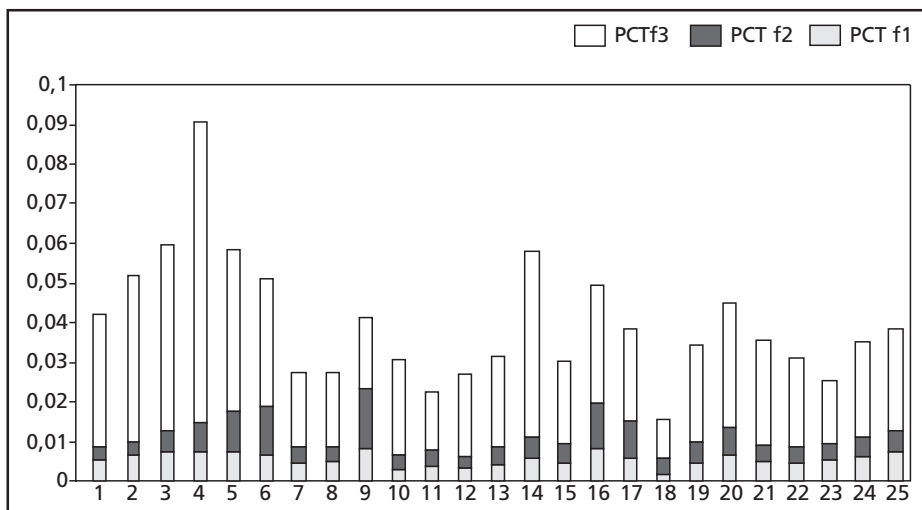
For hvert av de tre funksjonsområdene har vi tatt det faktisk totale budsjetterte beløp for 1996 og dividert med den relevante målgruppenes størrelse i hele

byen, henholdsvis alle innbyggere, antall personer 0–18 år («barn og unge») og for funksjonsområde 3, alle personer over 60 år («eldre og funksjonshemmede»). Av disse tre er det bare den siste som kanskje er noe vilkårlig. Vi har satt aldersgrensen til 60, fordi dette er rett under den gjennomsnittlige pensjoneringsalder – 61 år. Ut fra dette er så bydelens andel av de samlede tildelte ressursene beregnet ut fra likebehandlingsforutsetningen om at bydelens andel av ressursene skal være lik bydelens andel av målgruppen. I dette tilfellet er det altså kun bydelsbefolkningens antall og aldersstruktur som bestemmer bydelens budsjettramme, gitt den overordnede politiske prioriteringen av totalrammene for de tre funksjonsområdene. Den fordeling vi, under disse forutsetningene, får mellom bydelene er vist i figur 3.7. De ulike målgruppenes bidrag til bydelens samlede budsjett er angitt inne i søylene for hver bydel.

Vi kan legge merke til at, bortsett fra for Søndre Nordstrand og Furuset, er det først og fremst variasjonene i antallet eldre som står for variasjonen i inntekt mellom bydelene. Dette er en kombinert effekt av at bevilgningene under funksjonsområde 3 utgjør 71 prosent av de samlede ressursene (og at vi satte målgruppedefinisjonen relativt lavt, til 60 år. Hovedmønsteret endres likevel ikke særlig om vi hadde gått opp til for eksempel 70 år. Går vi vesentlig høyere opp i alderskutt vil vestkantbydelene favoriseres på bekostning av indre øst og de nye drabantbyene).

Denne fordelingen har sin relevans om en referanse for den videre framstillingen. Om vi skal illustrere det motsatte rettferdighetsprinsippet er vi, som diskutert i avsnitt 2.3.

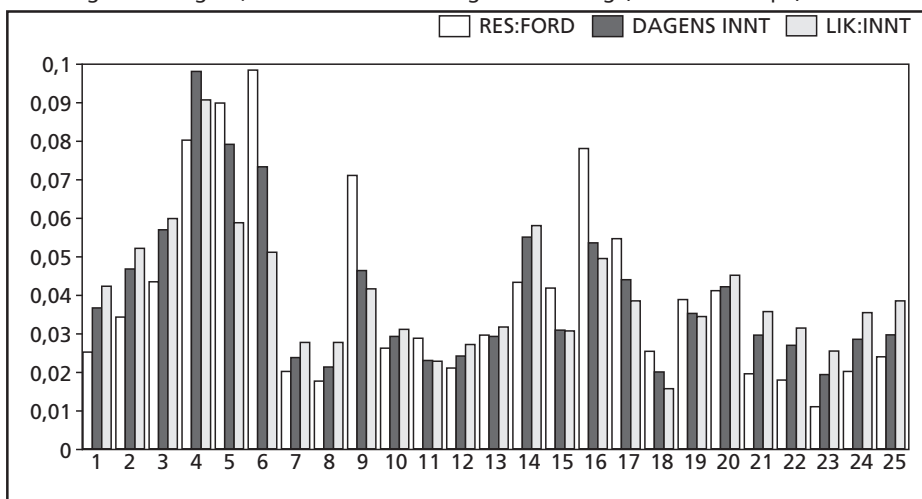
Figur 3.7 Likebehandlingsrettferdighet: Bydelenes budsjettramme for funksjonsområdene 1–3 målt i andel av de totalt tildelte midlene



avhengige av å benytte en empirisk bestemt behovsgruppe, bestående av personer hvis levekårsressurser er så små at de skal tilgodeses med kommunale tjenester. Et slikt perfekt mål er det svært vanskelig å finne. Derfor har vi, for illustrasjonens skyld, benyttet det samme målet som vi tidligere presenterte på omfanget av sosial marginalisering. Men, som vi husker er dette nesten perfekt korrelert med langt mer kompliserte levekårsindekser, så det må antas å ha svært høy validitet. Denne fordelingen er vist i figur 3.8, og sammenliknet med fordelingen fra figur 3. (likebehandlingsrettferdighet) og den faktiske ressursfordelingen som kriteriesystemet har utmålt:

Til tross for forskjeller som vi raskt skal kommentere, skal vi først legge merke til hvor like de tre fordelingsprofilene er. For alle bydeler unntatt en ligger dagens ressurstildeling mellom det bydelen ville fått ved likebehandling og det den ville fått ved en målsetting om maksimal levekårsutjevning. Dette er et meget interessant mønster, men før det kommenteres, skal vi «forstørre» effektene på de enkelte bydelene av effektene på deres budsjetter fra kriteriesystemet med en sterkere vekt på henholdsvis likebehandlingsrettferdighet og levekårsutjevning. Dette er gjort i figur 3.9, hvor vi ser på budsjettkonsekvensene for hver enkelt bydel, slik den kan beregnes ved å ta tildelt budsjetttramme ved resultatorientering minus tildelt budsjetttramme ved formell likebehandling. I figur 3.9 angir positive tall at bydelen vil tjene på resultatlikhet, negative at likebehandling vil være fordelaktig. Tallverdien viser endring i bydelens budsjett målt i prosent av samlet ressursmengde fordelt mellom alle bydeler. Vi skal her huske på at én prosent av den samlede ressursmengden utgjør nesten 50 millioner kroner.

Figur 3.8 En tenkt ressursfordeling mellom bydelene etter streng likebehandling og etter fordelingsrettferdighet, sammelignet med dagens fordeling (midterste stolpe)

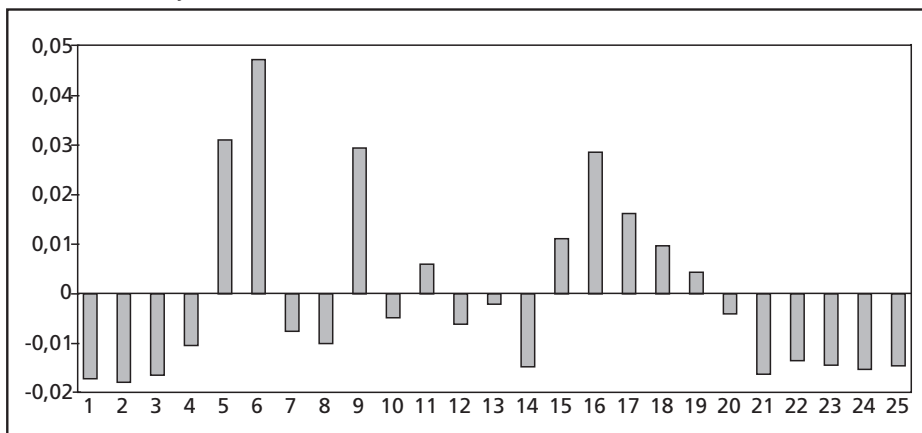


(Dette gjør at de relative endringene i bydelens inntekt er langt mer betydelige enn det inntrykk som gis, for eksempel vil tildelingen til Gamle Oslo nesten halveres, fra ni til fem prosent av samlet ressursmengde fordelt gjennom kriteriesystemet).

En sterkere resultatlikhetsorientering i kriteriesystemet vil øke inntektene i bydelene 5, 6, 9 og 16, mens bydene i indre vest, ytre nord og ytre vest vil, ikke særlig overraskende, tape. Ved formallikhet vil tap/vinning rimeligvis bli omvendt. En bydel får som nevnt faktisk mer midler idag enn noen av de to rettferdighetsprinsippene tilsier, mens for alle de andre ligger dagens fordeling et sted mellom de to rendyrkede rettferdige fordelingene.

I de kommende kapitlene vil vi hyppig benytte figurer som sammenlikner den geografiske fordelingen av budsjetter, levekårsproblemer og behovsgrupper. I de fleste tilfellene vil det visuelle bildet formidle klare mønstre. Men forskjellene mellom to eller flere slike fordelinger vil også bli sammenfattet ved hjelp av to statistiske mål. Det første er en såkalt dissimilaritetsindeks, som rett og slett forteller oss hvor mye av budsjettene eller behovsgruppen som må «bytte bydel» om to fordelinger skal bli identiske. (se Blom 1993 for oppbyggingen av denne dissimilaritets- eller også kalt, segregasjonsindeksen). Det andre målet på grad av likhet mellom to fordelinger er Pearsons r . Dette er et statistisk mål på samsvar som varierer mellom 0,0 (overhodet intet samsvar) til $\pm 1,0$ (perfekt samsvar). I tabell 3.2 presenterer vi disse statistiske målene for å sammenlikne de fordelingene som ble framstilt i figur 3.8.

Figur 3.9 «Gevinst og tap» ved anvendelse av de to teoretiske rettferdighetsprinsippene i forhold til dagens andel av tildelte ressursrer. Endring målt i andel av den totale budsjett-ramme for alle bydelene



Tabell 3.2 Statistiske opplysninger om graden av forskjell mellom dagens budsjettfordeling mellom bydelene, og de fordelingene som ville framkommet ved anvendelse av henholdsvis full resultatlikhet og full formallikhet

SAMMENLIKNING MELLOM:	Pearsons r	Dissim.index
Resultatlikhet og formallikhet	.68	.18
Resultatlikhet og dagens fordeling	.87	.12
Formallikhet og dagens fordeling	.93	.09

Her får vi formalisert det visuelle bildet av en betydelig grad av lik profil, enten ressursene fordeles etter likebehandling eller resultatlikhet. Dissimilaritetsindeksen forteller oss at 18 prosent av midlene vil måtte gå til en annen bydel dersom kriteriesystemet går fra det ene ekstreme rettferdighetsprinsippet til det andre. Vi kan også se at dagens fordeling ligger grovt sett midt mellom en resultatlikhet og en formallikhet. Selv om 18 prosent er mange penger, er dette likevel et noe overraskende lavt tall. Hvordan skal vi forstå dette?

For det første betyr det at bydeler med en ung befolkning i stor grad er de samme bydelene hvor de mest ressurssvake gruppene bor, eller omvendt, at de eldre bor i bydeler med få levekårsproblemer. For det andre betyr det at alderstrukturen i en bydel et langt stykke på vei faktisk måler levekårsproblemer. For det tredje + betyr det at behovsgruppenes andel av målgruppene er svært like innen alle bydelene. For det fjerde betyr det at kriteriesystemet antakelig kan forenkles betraktelig ved bedre utnytting av data om deres befolknings aldersstruktur.

Den relativt lille forskjellen det blir i ressursfordeling mellom bydelene ved å gå fra det ene rettferdighetsprinsippet til det andre, betyr ikke at levekårs- og behovsforskjellene mellom bydelene er små. Tvert imot er de betydelige, også når vi vinklet beskrivelsen av befolkningen mer utfra et ståsted hvor behovsrelevante variabler ble sentrale. Det betyr at levekårsproblemer kan være sterkere knyttet til alder enn man får inntrykk av når den samme fordelingen av behov beskrives med variabler som folk flest forbinder med levekårsforskjeller, slik som inntekt og utdanning. Mønstrene støtter en antakelse om at tradisjonelle klasseforskjeller kan være i ferd med å erstattes av generasjons- og etnisk betingede levekårsforskjeller.

Men det store samsvaret kan også være en tilfældighet, fordi vi har operert på et høyt aggregatnivå: Analysene over er basert på den totale ressursmengden bydelene får gjennom de tre hovedfunksjonsområdene, og dermed altså basert på en sum fordelt etter tre uavhengige sett med kriterier og vektorer. Først når vi nå i de fire neste kapitlene går gjennom de enkelte funksjonsområdene, kan vi eventuelt utelukke at den gode treffsikkerheten på aggregert nivå ikke er framkommet ved at feilallokeringer på sektornivå kan ha nøytralisert hverandre.

2.2 Noen betraktninger omkring måling av «objektive» behov for velferdstjenester

Begrepet «behov» spiller en dominerende rolle i politisk og faglig debatt om offentlige velferdsytelser. Behovsbegrepet benyttes i (minst) tre ulike betydninger: For det første som kjennetegn ved mennesker: behov er noe vi har, og som kan tilfredsstilles ved å bli tilført noe som allment kalles for goder: Behov kan i objektiv forstand beskrives ved noe en person trenger eller mangler. For det annet er behovsbegrepet sentralt i begrunnelsene bak de politiske prioriteringer: Gjennom de offentlige velferdsordningene tilfører vi individer med behov de goder de trenger. I slike begrunnelser spiller sammenlikninger av behov mellom individer og grupper en stor rolle, for eksempel i prinsippet om at de som har størst behov skal få mest av et gode. Dette leder til den tredje bruken av behovsbegrepet, nemlig som praktiske tildelingskriterier for knappe offentlige goder. Prinsippet om behovsprøving står derfor i kontrast til en tildeling etter universelle rettigheter, hvor alle samfunnsborgere, enten de kan sies å ha behov for ytelsen eller ikke, vil motta den automatisk. I den norske velferdsstaten er barnetrygden, alderspensjonen og den offentlige helseforsikringen eksempler på goder som ikke tildeles etter behov, men etter lovfestede rettigheter.

I motsetning til statlige velferdsgoder, tildeles praktisk talt alle kommunale sosiale tjenester etter en eller annen form for faglig-administrativ behovsprøving. Det er som tildelingskriterium for knappe goder at behovsbegrepet blir koplet sammen med oppfatninger av hva som er en rettferdig fordeling av et gode mellom samfunnsmedlemmene. I det følgende skal vi kort redegjøre for tre oppfatninger av behov:

Innen sosialpsykologien har ideen om at allmenmenneskelige behov danner et hierarki, en «behovspyramide», slått igjennom (Maslow 1956): Nederst i pyramiden står de grunnleggende, fysiologiske og materielle behovene som mat, klær, hus, og helse. Deretter kommer de sosiale behovene, det å tilhøre et fellesskap, bli respektert av andre, og å ha egen verdighet. Øverst kommer de såkalte moralske behovene, for sannhet, rettferdighet, og mening med tilværelsen. Innen denne tradisjonen oppfattes behov som mangeltilstander, og det vil være lettere å enes om hva en person trenger for å få løst sitt behov jo lenger nede vi er i behovspyramiden.

Fra en slik oppfatning av behov kan vi ikke avlede noen annen begrunnelse for en velferdspolitikken enn at dens rolle bør være å legge forholdene til rette for tilfredsstillelse av de grunnleggende biologiske og materielle behovene. Utover dette, vil menneskelige behov være av en slik natur at det er samhandling med andre mennesker, og ikke ressuroverføringer fra det offentlige, som vil være kilden til behovstilfredsstillelse. Denne sosialpsykologiske behovsoppfatningen er derfor mest

nyttig til å belyse politikkenes begrensninger når det gjelder hva slags menneskelige behov som kan tilfredsstilles, og hvilke som ikke kan løses med politikk.

Den norske statsviteren Tore Hansen (1981) har foreslått en annen tilnærming til behovsbegrepet, og hvordan dette bør koples til offentlig politikk. Han argumenterer for at det ikke er mulig å avlede fra «menneskenaturen» en (prioritert) liste over oppgaver eller tjenester det offentlige bør utføre: Tvert imot, selve defineringen av hvilke behov som skal løses gjennom offentlig tjenesteyting er samtidig også en grensedragnings mellom behov folk selv må løse, og de behov de får hjelp av det offentlige til å løse. Og med en gang et behov defineres som en mangel det er et offentlig ansvar å avhjelpe, lar ikke dette ansvaret seg realisere uten at andre individer påtvinges å finansiere en ressuroverføring til den eller de som har behov. Når vi som samfunn bruker skattefinansierte ytelser for å hjelpe personer med behov fordeles også byrden mellom samfunnsmedlemmene. Spissformulert kan vi fra dette resonneret si at «behov» er hva politikerne gjennom demokratiske prosesser bestemmer skal være begrunnelsen for de ytelsene skatteinntektene anvendes og fordeles til.

Mellom disse to ytterpunktene kan vi plassere den mer empirisk orienterte levekårsforskningen (Johansson 1970, Erikson og Åberg 1980). Den tar sitt utgangspunkt i at alle mennesker har et felles sett av nødvendige, men langt fra tilstrekkelige, forutsetninger for å ha et godt liv: helse, utdanning, arbeid og anstendige arbeidsforhold, meningsfull fritid, inntekt til å kunne skaffe seg varer og tjenester, politiske rettigheter, bolig, personlig trygghet, sosiale nettverk og et rent fysisk miljø. Disse forutsetningene kalles gjerne for levekårskomponenter eller levekårsressurser (og er levekårsforskningens versjon av Maslows ide om at visse «basale» behov er mer grunnleggende enn andre). Dårlige levekår kjennetegnes ved at et individ har små eller ingen ressurser på en eller flere av disse levekårskomponentene (jevnfør begrepet «ressurssvake grupper»). Behov oppfattes derfor som mangler på nødvendige forutsetninger («ressurser») for selv å kunne rå over sine egne livsvilkår. Et viktig begrep innen denne forskningstradisjonen er ideen om kompensasjon mellom levekårskomponenter. Med dette menes at en person, helt eller delvis, kan oppheve virkningen av ressursmangel på én levekårskomponent om han eller hun har gode ressurser på en annen. Levekårskonsekvensene av en funksjonshemning kan dempes (komponeres) både gjennom forbruk av en offentlig tjeneste, gjennom god hjelp fra slekt og venner, og ved å kjøpe tjenester i et marked. Høy inntekt og gode sosiale nettverk er ressurser som i mange tilfeller kan kompensere for dårlige levekår på andre områder. Grovt forenklet kan vi si at den nordiske levekårsforskningen opererer en etter formel som sier at:

Levekår = ressursmangel minus evne til kompensasjon = behov for offentlige ytelser

I motsetning til de to første oppfatningene av behov, så gir denne levekårsfortolkningen av behov en langt mer praktisk-konkret anvisning på hvordan offentlige ressurser bør fordeles dersom politikerne ønsker en større grad av levekårslikhet mellom samfunnsmedlemmene: For å treffe behovene i befolkningen er det viktig å kartlegge hvem som har små ressurser på sentrale levekårskomponenter slik, at de offentlige velferdsgodene kan dirigeres til de som faktisk har behov. For å unngå å sløse med de offentlige midlene, bør godene gå først til de personer som mangler egne kompensasjonsressurser. To eldre kan ha samme behov for hjelp på grunn av identisk funksjonshemning, men deres behov for kommunal hjemmehjelp kan være forskjellige dersom den ene er enslig minstepensjonist, mens den andre er økonomisk velhavende og har ansatt sin egen private hjemmehjelp. Men det er også mulig å argumentere for at det offentlige, stilt overfor to personer med identisk objektiv funksjonshemning, ikke bør trekke inn andre ressurser individet måtte ha i vurderingen av hvorvidt personene skal få kommunal hjelp eller ikke (som for eksempel nære slektninger eller stor inntekt/formue). I nordisk velferdspolitik har det i etterkrigstiden vært et overordnet mål å benytte minst mulig behovs- og inntektsprøving ved tildeling av velferdsytelser, nettopp for å understreke velferdsstatens vekt på likeverd og likebehandling (for å redusere etterspørselen etter markedsbaserte alternativer til offentlige goder).

Spørsmålet om det er behov forstått som objektivt definerbare mangeltilstander hos et individ, eller om det er individets faktisk evne til selv å løse sitt behov gjennom kompensasjonsressurser, som skal ligge til grunn for utmåling av fellesskapets midler er et ideologisk spørsmål: Skal offentlig sektor dekke opp for manglende ressurser (for å oppnå en utjevning av levekår mellom samfunnsmedlemmene), eller skal offentlig sektor tilby alle med samme konkrete behov et likt tjenestetilbud uavhengig av individets andre levekårsressurser. Er målet resultatlikhet i levekår eller formallikhet i adgangen til de offentlige godene?

Denne spenningen mellom to prinsipielt ulike tildelingsprinsipper har vært lite artikulert i norsk velferdspolitisk debatt, og er blitt tilslørt ved at behovsbegrepet benyttes både som henvisning til mangeltilstander på en bestemt levekårskomponent og som henvisning til manglende kompensasjonsressurser. Vi mangler i vårt språk det engelske skillet mellom «needs testing» og «means testing» som henspiller nettopp på forskjellen mellom tildeling av velferdsytelser på grunnlag av vurdering av et individs behov isolert sett, og tildeling basert på evnen til selv å løse dette behovet. Guldbrandsen (1982) argumenterer for å skille mellom «behovssjekk» og «ressurssjekk» for klarere å få fram den prinsipielle forskjellen mellom et offentlig gode som tildeles på grunnlag av behov, og goder som tildeles på grunnlag av manglende ressurser. Det samme gjør Hatland (1992) når han antyder at begrepet ressursprøving (og ikke behovsprøving) egentlig er en mer korrekt betegnelse på

tildeling av et gode (for eksempel hjemmehjelp) når den enkeltes samlede livs- og ressursituasjon trekkes inn som relevant i vurderingen av hjelpebehovet.

Hvordan «behovet for kommunale tjenester» defineres er derfor uløselig knyttet sammen med spørsmålet om hvilke velferdsvirkninger politikerne ønsker at tjenesteytingen skal ha på befolkningens samlede levkår. Om individets kompensasjonsressurser trekkes inn som relevante, og tildelingen skjer etter en ressursprøving, vil virkningen av den kommunale tjenesteytingen isolert sett være en velferdsutjevning gjennom ulikebehandling av personer. Om kompensasjonsressursene utelates fra defineringen av behov, vil en formell likebehandling sikres, mens utjevningsevningene blir langt mindre.

Dagens kriteriebaserte ressursfordelingssystem er noe uklart i sin behandling av kompensasjonsressursene. Den eneste konkrete drøftingen av dette vi har kommet over er følgende (Oslo kommune 1989:17):

«I prinsippet er det tatt hensyn til i hvilken grad folks problemer kan løses gjennom ubetalte tjenester fra personer i deres eget nærmiljø. Det er i prinsippet også tatt hensyn til folks vekslende evne til å betale egenandeler for kommunale tjenester. Det er derimot ikke tatt hensyn til den ulikheten folks økonomi skaper i muligheten til å kjøpe private tjenester som erstatter de kommunale, eller det forhold at tilbudet av private tjenester er ujevnt fordelt i byen».

Dagens kriteriesystem oppfatter altså sosiale nettverk som en relevant kompensasjonsressurs, men ikke inntekt. Hvilken rolle en persons inntekt skal spille ved tildeling av offentlige velferdsgoder har da også vært et kontroversielt tema opp gjennom hele velferdspolitikken historie, nettopp fordi dette er så nært knyttet til velferdsgodenes fordelingsvirkninger.

Om menneskelige behov var entydig definerbare, objektivt målbare, og lot seg sammenlikne mellom personer, og politikerne kunne si klart fra om de foretrakk resultatlikhet eller formell behandlingslikhet, kunne politikken begrenses til skattlegging. Sosialstatistiske undersøkelser og beregninger kunne dirigere utgiftene slik at den høyest mulige behovstilfredsstillelse ble oppnådd, gitt den ønskede rettferdighetsmålsetting. Heldigvis er det ikke slik: Hvilke behov vi som individer har varierer ut fra en lang rekke forhold, ikke minst livsfase. I stor grad benyttes behovsoppfatninger i dagligspråket når vi deler inn befolkningen i grupper; som arbeidsløse, barnefamilier, eldre, funksjonshemmede, syke, friske, lavutdannede, bostedsløse og så videre. Det finnes for eksempel ingen meningsfull metode som kan sammenlikne behovene (for arbeid og inntekt) hos de arbeidsløse med behovene (for tilsyn og gode oppvekstforhold) hos barnefamiliene. Samfunnsforskningen er derfor svært tilbakeholdende med å gå inn på sammenlikninger av behov mellom individer. Det vi derimot kan gjøre, er å sammenlikne levkårsressurser mellom

individer, for så å overlate til det politiske systemet å oversette dette til prioriteringer med de midlene de har til rådighet. Slike vurderinger er genuint politiske, og verken kan eller bør vitenskapeliggjøres med henvisninger til objektive behov.

En evaluering av hvorvidt dagens kriteriesystem fordeler midler til bydelene «riktig» i forhold til behovene i bydelene, krever ideelt sett en presis angivelse fra politikernes side av hvilke behov hos befolkningen bydelene skal settes finansielt istand til å tilfredsstille, og en klargjøring av hvilke og hvordan kompensasjonsressurser skal vurderes i forhold til det som er relevant, nemlig behovet for de aktuelle kommunale tjenestene. I praksis er dette et altfor strengt krav å stille til det politiske systemet. En fullstendig kartlegging og vurdering av behov krever et langt større tilfang av informasjon om innbyggernes levekår enn det som er mulig å frambringe, og skillelinjene mellom faktakunnskap og politiske vurderinger kan lett bli uklare. I det følgende vil vi derfor presentere et begrepsapparat som kan være nyttig både for å tydeliggjøre skillene mellom empirisk fastlegging av behov i ulike bydeler og de politiske oppfatningene av målsettingene med de ulike tjenestene, og til å definere hva vi vil mene med en «treffsikker fordeling» av de kommunale ressursene.

2.3 Mål- og behovsgrupper: Hva skal identifiseres?

Politikernes angivelser av hvem de ulike velferdstjenestene er rettet mot, er som regel allem enne og forholdsvis summariske: Ytelsene skal gå til alle, barn, ungdom, eldre, funksjonshemmede og så videre. Når Oslo kommune har delt inn sin tjenesteyting i tre funksjonsområder, er dette et eksempel på en sortering av befolkningen i hvilke målgrupper som skal tilgodeses med den tildelte bevilgning innen funksjonsområdet. Men ikke alle individer i en målgruppe har behov for ytelsene. Noen vil falle ut ved en behovssjekk: De trenger ikke de godene kommunen tilbyr. Andre vil falle ut etter en ressursjekk, de har for såvidt behov, men kan løse dette på andre måter enn ved å forbruke kommunale tilbud. Og atter andre vil allerede være faktiske brukere av ytelsene. Vi vil i det følgende derfor operere med tre klart definerte grupper:

- En målgruppe er den delen av befolkningen som ytelsen er tenkt for. Utpekingen av målgrupper, og fordelingen av ressurser mellom målgrupper, er et politisk valg som ikke kan begrunnes eller etterprøves vitenskapelig.¹
- En behovsgruppe er den delen av befolkningen som (etter objektive og allment aksepterte faglige oppfatninger) har behov for den aktuelle ytelsen. Å bestemme hvem som tilhører behovsgruppen er derfor et empirisk spørsmål. Det krever konkrete undersøkelser av individer, og en «sortering» av disse i de som har og de som ikke har det relevante behovet. Det er først når vi har opplysninger om en persons leveårsressurser at vi kan avgjøre om personen faktisk har et behov eller ikke.²
- En brukergruppe er den delen av befolkningen som faktisk konsumerer godet. I en tenkt situasjon med full informasjon om alle individers behov for ytelsen, er brukergruppen framkommet ved at alle personene er, av de profesjonelle som produserer ytelsen, blitt rangert etter grad av behov, og så tildelt godet i en rekkefølge fra de med størst behov først, og så gradvis videre så langt ressursene rekker (eller inntil alle i behovsgruppen får et tilbud). Antallet brukere (for eksempel i en bydel) er derfor bestemt av en kombinasjonen av tildelt ressursmengde og fagfolkenes fortolkning av behovsomfanget i bydelen.

Skillet mellom målgrupper og behovsgrupper tilsløres ofte i den politiske debatten, og da særlig ved at målgrupper benyttes i betydningen behovsgruppe. Dermed blir det uklart omkring hvilke behov som egentlig skal tilgodeses: Betyr for eksempel «prioritering av eldre» at alle eldre skal gis et likt tilbud, eller er det de mest hjelpetrengende blant de eldre skal prioriteres? Og skal i så fall hjelpetrengende defineres ved behov, eller ved ressurser til (ikke) å løse sine behov selv? Ved å blande mål- og behovsgrupper blir det også uklart hva som er det egentlige godet kommunen skal fordele mellom personer. Dette kan illustreres med bevilgninger til barnehager: Her er målgruppen barn under skolealder, mens hvem som egentlig tilhører behovsgruppen, i betydningen har behov for en kommunal barnehageplass

¹ Finansdirektøren (1989) definerer en målgruppe slik (s 3): «befolkningsgrupper med ytre kjennetegn som gjør dem til potensielle brukere av tjenestene. (...) Det må presiseres at målgruppene omfatter *alle* medlemmer i en definert befolkningsgruppe, ikke bare dem som er faktiske brukere av bydelens tjenester.»

² En slik utskilling av en egen behovsgruppe innen en målgruppe gir strengt tatt bare mening for såkalte teknisk sett private goder. Ved kollektive goder, det vil si goder hvor teknisk eksklusjon av forbruk ikke er mulig (og forbruket ikke er rivaliserende) blir bruken selvbestemt, og spørsmålet om godet kommer til de med behov blir erstattet av spørsmålet om hvor i geografien et gode får sitt nedslagsfelt.

(og som derfor bør prioriteres) er uavklart. Er det småbarnforeldres behov for avlastning eller er det barnas behov for et godt oppvekstmiljø som er det primære? Om avlastningsmotivet er viktig, bør behovsgruppen begrenses til de som ikke har noe tilsyn. Foreldre som nå har dagmamma eller privat barnehage bør ikke inkluderes, selv om de foretrekker kommunal plass. Om behovet derimot er et godt oppvekstmiljø (og det er en målsetting å sikre alle barn et slikt gode), er det barn med dårlig oppvekstmiljø som bør utgjøre behovsgruppen. Om godet som fordeles derimot oppfattes som pris- og kvalitetsforskjellen mellom privat og kommunal plass, bør også de som løser sitt tilsynsbehov privat telle med i behovsgruppen.

Skillet mellom målgrupper og behovsgrupper er også nødvendig for å klarlegge arbeidsdelingen mellom politikk og vitenskap: Målgrupper utpekes gjennom politiske prosesser, og må begrunnes med normative valg. Behovsgrupper dannes ved sosiale prosesser, og antallet personer som kan anslås å ha det aktuelle behovet kan bare bestemmes gjennom empiriske undersøkelser, med utgangspunkt i en politisk definert oppfatning av hvilke behov de kommunale tjenestene skal løse. Forskningen på sin side må være varsom med å slutte fra identifikasjon av en behovsgruppe til at denne gruppen dermed også bør bli tilgodesett i ressursprioriteringen. Forskeren kan klarlegge hvilke behov som foreligger i ulike grupper av befolkningen, men skal ikke veilede i hvilke, og hvem sine, behov som bør prioriteres.

Definisjoner av målgrupper og definisjoner av behovsgrupper fyller ulike roller: Angivelsene av målgrupper er både politiske intensjoner og praktisk-administrative hjelpemidler i den overordnede ressursstyringen. Den sentrale fordelingen av midler som Oslo kommune gjør når den fastsetter prioriteringen mellom de tre funksjonsområdene (= befolkningsgrupper), er en politisk prioritering som aldri vil kunne belegges med noen vitenskapelig sammenlikning av for eksempel eldres behov i forhold til barns og ungdoms behov. Anslag på behovsgruppers størrelse er beslutningspremisser forskningen frembringer som kunnskapsgrunnlag for politiske avgjørelser.

De politiske angivelsene av hvilke behov hos befolkningen som skal tilfredsstilles gjennom kommunal tjenesteyting er også de praktiske retningslinjene for det profesjonelle apparatets utvelgelse av hvem som skal bli brukere av tjenestene. Det konkrete antallet brukere i en bydel er imidlertid også influert av de lokale prioriteringene som bydelens administrasjon selv velger å gjøre, det vil si hvor store midler som stilles til rådighet innen den enkelte bydel for å løse et behov. Dessuten kan det være store forskjeller både i behovsintensitet og i forekomsten av kompensasjonsressurser hos befolkningen i de ulike bydelene. Til sist kan det også tenkes å være forskjeller i den profesjonelle skjønnsutøvelsen i de ulike bydelene. Data om antallet brukere er derfor ikke noe godt uttrykk for omfanget av behov i bydelen. Skillene mellom målgruppe, behovsgruppe og brukere kan sammenfattes på denne måten, slik at vi også kan få fram de ulike rollene som henholdsvis politikere,

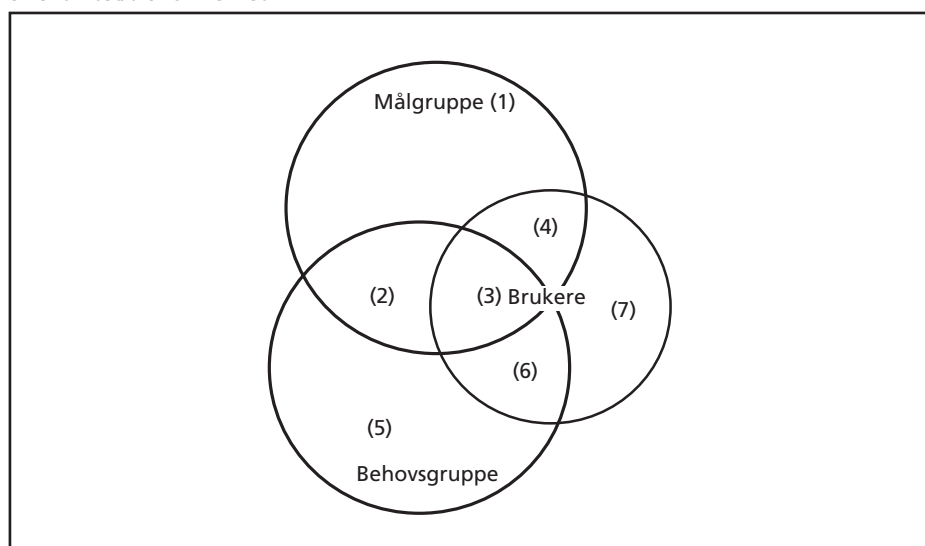
levetårsforskere og profesjoner bør inneha:

	Målgruppe	Beslutningsgrunnlag	Premiss for konklusjon
Målgruppe	Politikere	Verdinormer	Rettferdig fordeling
Behovsgruppe	Forskere	Levetårsdata	Empirisk belagte sammenhenger
Brukere	Profesjoner	Fagkunnskap	Tildeling etter grad av behov

Skillet mellom de tre gruppene er, som allerede antydnet, nødvendig for å kunne danne et presist begrep om «treffsikkerheten» for en kommunal tjeneste. Med «treffsikkerhet» vil vi mene at et gode tilfaller de med størst behov uten at det sløses. Sløsing med ressurser kan defineres ved at det i befolkningen finnes personer som ikke er brukere, og som har større behov enn den minst hjelpetrengende bruker har.

- 1 Personer som tilhører den utpekte målgruppen, men som ikke bruker eller har behov for tjenesten. Eksempler kan være funksjonsfriske eldre, eller barn som ikke benytter barnehage fordi foreldrene har valgt å være hjemme.
- 2 Personer som tilhører målgruppen og som har behov for tjenesten, men som ikke er brukere. Antallet slike personer er et uttrykk for udekket behov, for

I figur 2.1 har vi illustrert syv prinsipielle situasjoner som kan oppstå i forholdet mellom et individ og en kommunal tjeneste, og som hver på sin måte gir et bidrag til (høy eller lav) effektivitet/treffsikkerhet:



eksempel personer som vegrer seg mot å ta imot tilbudt hjelp, som mangler informasjon om hjelp de har krav på eller som av andre grunner ikke er funnet av hjelpeapparatet, eller som rett og slett ikke får hjelp fordi ressursene ikke strekker til.

- 3 Brukere som tilhører både målgruppen og behovsgruppen: De har behov for ytelsen og de får den.
- 4 Personer som konsumerer godet, men som ikke tilhører behovsgruppen (selv om de er i målgruppen) . Dette er et uttrykk for feilallokering, fordi det vil finnes personer i kommunen som har større behov for hjelp, men som ikke blir hjulpet (gruppe 2). Denne situasjonen vil for eksempel oppstå om bydeler tildeles mer midler enn dens andel av behovsgruppen skulle tilsi. Et annet eksempel er påstanden om at ressursrike klarer å forhandle seg fram i køen, og derfor får godet på bekostning av andre med større behov.
- 5 Personer som har behov, men som er blitt ekskludert fordi de ikke tilhører målgruppen. Antallet er et direkte uttrykk for udekket behov. Et godt eksempel her er voksne analfabeter: de har åpenbart behov for grunnskole, men får ikke dette tilbudet fordi de ikke tilhører målgruppen for dette godet.
- 6 Personer som er brukere, og som har behov, men som er utenfor målgruppen. I dette tilfellet vil vi vel si at målgruppedefinisjonen svikter, og at det finnes personer med behov som ikke motsvares av et adekvat tilbud. Et trist eksempel på personer i denne kategorien er unge funksjonshemmede som plasseres på pleiehjem for eldre.
- 7 Brukere som hverken tilhører målgruppen eller har behov. Antallet her vil uttrykke omfanget av illegitim og /eller ulovlig bruk av godet.

Fra denne (teoretiske) klassifiseringen kan vi definere noen sentrale begreper som en nødvendig i en analyse av kriteriesystemet:

- Forholdet mellom målgruppe og behovsgruppe kan vi kalle behovsbrøken: Den angir hvor stor andel av personene innen målgruppen som har behov for ytelsen. Fordi man sjelden kjenner det presise antallet personer i behovsgruppen, må vi basere oss på anslag fra representative utvalg av hele befolkningen. Derfor vil vi i mange sammenhenger heller snakke om sannsynligheten for at en person med et sett gitte kjennetegn har det aktuelle behovet. Om vi vet at andelen av alle 80-åringer som har et konkret problem er 60 prosent, så er følgende sannsynligheten for at en gitt, tilfeldig

80-åring er hjelpetrengende 0,6. Om vi vet at blant enslige 80-åringer er 75 prosent hjelpetrengende, er sannsynligheten for at en person med disse to kjennetegnene har behov 0.75. (Tilsvarende kan vi tenkes å finne at bare 45 prosent av de gifte 80-åringene har behov for hjelp).

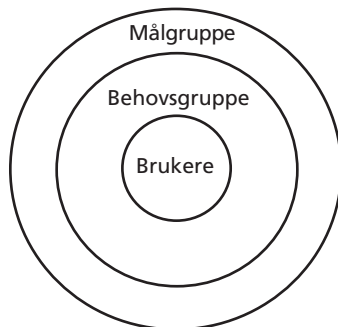
- Behovsomsfang er lik størrelsen på behovsgruppen.³ Dette antallet personer må identifiseres gjennom empiriske undersøkelser. I praksis er det ikke mulig (og heller ikke nødvendig) å undersøke alle individer. I stedet kan vi utnytte kunnskap om behovsbrøker og sannsynligheter til å gi sikre anslag på hvor mange personer i en gitt gruppe som har det aktuelle behovet. Fortsetter vi med talleksempelen fra avsnittet over, kan vi anslå at i en bydel med hundre 80-åringer vil, uten andre opplysninger om personene enn deres alder, anslå at 60 av dem har behov for hjelp. Om vi også vet at 70 bor alene og 30 bor sammen med andre, kan vi utnytte den statistiske sammenhengen mellom enslighet og hjelpebehov til å beregne antallet med behov ennå mer presist, til $(70 \cdot 0.75 + 30 \cdot 0.45 =)$ 63 personer. Forskjellen mellom 60 og 63 hjelpetrengende er uttrykket for forbedringen i anslaget på behovsomsfang ved å samle inn en ekstra opplysning («variabel»). Det er derfor slik at jo flere opplysninger vi har om personer, jo mer presise vil anslagene på deres behovsstatus kunne bli.
- En ytelses dekningsgrad er forholdet mellom brukere og behovsgruppe. Mens altså behovsgruppens størrelse ikke kan påvirkes av bydelen, vil antallet brukere være det. Bare i det tenkte tilfellet at alle bydeler gjør identiske økonomiske prioriteringer, og alle sosialfaglige vurderinger er helt like i alle bydeler, ville variasjoner i antallet brukere mellom bydelene vær en sikker indikator på variasjoner i behovsomsfang.
- Det udekkede behovet = (målgruppe*behovsbrøk) – faktisk brukere. Det må her presiseres at vi med udekket behov er opptatt av om personer som faktisk er i en slik tilstand at de bør få tilgang til godet, og ikke om de som faktisk får hjelp får denne i tilstrekkelig omfang.

En godt politisk styrt og effektiv anvendelse av offentlige ressurser for å frembringe et velferdsgode vil kjennetegnes av at alle brukere tilhører behovsgruppen, og at

³ Begrepet behovsomsfang må ikke forveksles med behovsintensitet eller klienttyngde. Teoretisk er det viktig å skille mellom de behovstilstander kommunen har (eller av staten har fått) pålagt seg å tilfredsstille, og tyngden i de problemene den enkelte bruker måtte ha, det vil si hvor mye ressurser som den enkelte skal motta når det først er besluttet at vedkommende faktisk skal bli definert som bruker.

alle innen behovsgruppen er innenfor målgruppen. Dette krever at a) målgruppeangivelsen er både klar og omfatter hele behovsgruppen, b) at kunnskapen om befolkningens levekår (behov) er god nok til å tallfeste behovsgruppens størrelse, c) at fagkunnskapen om individene innen behovsgruppen er god nok til å rangere dem etter behovsintensitet, og til sist, d) at de med størst behov for ytelsen mottar ytelsen først, og at brukere med mindre behov inkluderes inntil ressursene ikke rekker lenger, eller til dekningsgraden er 100 prosent.

Ved å benytte disse definisjonene av mål- og behovsgruppe, kan vi gi en mer presis definisjon av en treffsikker fordeling av et gode i forhold til behovene i befolkningen: Om vi bruker samme illustrasjon som tidligere, vil «idealsituasjonen» altså se slik ut:



I denne situasjonen vil alle brukere tilhøre behovsgruppen, og hele behovsgruppen tilhører målgruppen: Av dette følger at «treffsikker fordeling» både kan defineres ved at alle med et behov (over et gitt nivå) også er brukere, og ved at det ikke forekommer sløsing.

Målsettingen med kriteriesystemet er å fordele midlene mellom bydelene slik at denne tenkte idealtilstanden kan framkomme, og ikke nødvendigvis at den skal realiseres. Det er bydelenes ansvar å velge ut brukerne blant behovsgruppen. Kommunens sentrale oppgave er å fordele midlene i forhold til behovsomfanget i bydelene. Sagt på en annen måte: En fordeling av de samlede ressurser i forhold til behovsomfanget er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for at en treffsikker fordeling av godene mellom innbyggerne kan framkomme. Om en bydel får for mye, og en annen bydel dermed for lite ressurser i forhold til omfanget av de lokale behovene, vil det samlet sett oppstå sløsing med ressurser (gitt at den bydel som overkompenseres ikke sender penger tilbake). I de to neste avsnittene vil vi vise at det er nære sammenhenger mellom et krav om at sløsing ikke skal kunne forekomme, og ulike oppfatninger om hva som er en rettferdig fordeling.

2.4 Hva er en rettferdig fordeling? Rasjoneringsprinsipper og legitimitet

I norsk politisk debatt benyttes begrepet «rettferdig» hyppig. Målsettingen for sosialpolitikken og inntektssystemet for kommunene, såvel som for kriteriesystemet i Oslo kommune, er å oppnå «en rettferdig fordeling». Derimot er det svært sjelden at begrepet blir presisert: hva slags fordeling av et gode, og mellom hvem, er det som fortjener betegnelsen rettferdig? I det norske politiske (og samfunnsvitenskapelige) miljøet har vi ingen sosialfilosofisk tradisjon tilsvarende den anglo-amerikanske opptattheten av «social justice». Tvert i mot har vi (til nå) hatt en tverrpolitisk enighet om at utjevning av levekår er moralsk riktig, og dermed også rettferdig. Derfor er bevisstheten om sammenhenger mellom rettferdighetsoppfatninger og hvilke tildelingsprosedyrer som skal anvendes for å rasjonere knappe goder, lite utviklet i norsk politisk kultur. Vi skal derfor gi en kort oversikt over de to mest sentrale teoriene om hvordan knappe goder kan fordeles rettferdig:

Det eldste prinsippet er behovsprøving: Et knapt gode skal tildeles de som trenger det mest, altså de som har størst behov. Ut fra ideen om fallende grensenytte av en ressurs, utledet de marginalistiske økonomene på slutten av 1800-tallet en vitenskapelig begrunnelse for hvordan samfunnsmedlemmenes samlede velferd kunne øke, dersom ressurser gjennom offentlig politikk ble overført fra ressursrike til ressursfattige. Med moderne begreper vil vi si at prinsippet er begrunnet som det rasjoneringsprinsippet som må anvendes for å oppnå rettferdighet definert som resultatlikhet (velferdsutjevning/fordelingsrettferdighet): Alle personer med samme nivå på sine problemer skal behandles likt, men fordi individene skiller seg nettopp i nivå på problemer, blir konsekvensen en betydelig grad av bevisst fordelsbehandling basert på det vi tidligere kalte for en ressursprøving. Derav følger at velferdspolitikkenes oppgave er å kompensere mest de individer og grupper som har færrest levekårsressurser, slik at det oppnås en jevnere sluttfordeling av velferd.

Opp mot prinsippet om utjevningsorientert behovsprøving har vi (den liberale) normen om formell likebehandling av alle samfunnsborgere. Dette prinsippet har sitt utgangspunkt i et prinsipp om at det offentlige ikke bør ha noe ansvar for å påvirke levekårsulikheter mellom individer. Derfor kan det heller ikke gis en begrunnelse for å avvike en formell likebehandling («likhet for loven») også ved fordeling av materielle velferdsgoder. Det offentliges oppgave er å sikre alle med like behov en lik tilgang til samme gode, og ikke ha noen målsettinger om den endelige velferdsfordelingen mellom individene utover dette. Staten skal være fordelingsnøytral, og et individs nivå på sine kompensasjonsressurser anses ikke relevant ved

tildelingen av et gode. Et vesentlig poeng er at lik behandling er et gode i seg selv, fordi en slik tildelingsprosedyre uttrykker en likeverdig status mellom samfunnsmedlemmer (som ellers kan være ulike i sine levekårsressurser), derav den sterke vekten på formalisering av (like) individuelle rettigheter. Alle skal få godet på samme måte («prosedural rettferdighet /formell likebehandling»).

Skillet mellom målgruppe og behovsgruppe er nært knyttet til de to fordelingsprinsippene «formell likebehandling» og «resultatorientering»: Jo sterkere resultatlikhet en offentlig politikk ønsker å oppnå, jo viktigere blir det å få til en korrekt identifisering av behovsgruppen. En politikk med sterkere vekt på formell likebehandling, kan derimot klare seg med målgruppedefinisjoner. Om for eksempel hjemmehjelpstjenester ble fordelt av et rettighetssystem, hvor alle eldre over en gitt alder automatisk hadde rett til et bestemt antall timer hjelp, ville faktiske behovsbetraktninger være irrelevante. Om derimot det samme antallet produserte hjemmehjelpstimer skal fordeles til de eldre med størst behov for hjelp, vil det være nødvendig med en empirisk undersøkelse for å finne de eldre som har størst behov.

Når skillet mellom målgrupper og behovsgrupper blir uklart, tilsøres også hvilket fordelingsprinsipp som ligger til grunn for fordelingen av tjenestene.

I den norske politiske kulturen er det en tendens til at en «rettferdig fordeling» er den fordelingen av goder mellom samfunnsborgerne som er omgitt av tverrpolitisk enighet, og som derfor fremstår som rimelig. Og det er stor enighet om at en ressursjekk er et legitimt kriterium for å ekskludere en person fra en ytelse, om ikke eksklusjonen framstår som altfor urimelig. For eksempel er det stort sett ukontroversielt å ta hensyn til en persons sosiale nettverk som kriterium for å få eller ikke få en ytelse, mens å trekke inn en persons inntekt eller formue fort blir politisk kontroversielt selv om det er faglig kan være ytterst relevant for å fastslå hvorvidt en person har et konkret behov for den aktuelle ytelsen. Dette fører oss tilbake til de sosiale behovenes politiske aspekt, nemlig hvilke kjennetegn ved et individ som skal anerkjennes som relevant ved ressursjekken. Men en ting er hvorvidt et kjennetegn ved en person er faglig relevant for å begrunne at vedkommende har et behov, noe annet er om det er allment akseptert at dette kjennetegnet i mer moralsk forstand også betyr av personen har et legitimt («rettferdig») krav på å bli tilført et gode betalt av fellesskapet. Allment synes det å være slik at jo mindre ansvar en person selv kan sies å ha for sine problemer, og jo flere andre som også har, eller kan tenkes å få, de samme behovene, desto sterkere politisk oppslutning vil det være om å løse disse gjennom offentlige ytelser. (Det klassiske eksempelet på dette er hvordan levekårsproblemer knyttet til rusmiddelmisbruk blir behandlet ved tildeling av velferdsgoder).

Det forholdet at ulike kjennetegn ved et individ har ulik grad av legitimitet, er av stor betydning for et ressursfordelingssystem som Oslos kriteriesystem. Når vi skal definere behovsgrupper, vil vi benytte både kjennetegn ved personer som

individet selv ikke kan kontrollere (for eksempel alder eller å miste ektefellen), og kjennetegn som er knyttet til mer eller mindre frie valg personene selv gjør eller har gjort (for eksempel utdanning og inntekt). Disse kjennetegnene vil ha ulik grad av legitimitet, relativt fritt i forhold til deres faktiske betydning for forekomsten av det aktuelle behovet. Det er derfor mulig å stille opp en grov rangering av ulike behovsproduserende bakgrunnsvariabler etter deres grad av allmenn aksept som moralsk berettigende til å motta offentlige goder:

- Levekårsproblemer som rammer personer ved rene tilfeldigheter (for eksempel genetiske forhold) er praktisk talt ukontroversielle som tildelingskriterier for fellesskapets ressursbruk: Ingen vil motsette seg at fødte funksjonshemmede kommer først i køen ved tildeling av goder, og barn har ikke valgt sine foreldres (dårlige) levekår.
- Behov som er nært knyttet til aldring har også høy legitimitet. Dette er behov som alle mer eller mindre har eller kan forvente å få. Tildeling av goder etter alder er svært sjelden omstridt, selv ikke når resultatet kan bli svært skjev fordelingsvirkninger. Selv om et hjelpebehov er knyttet til alder, kan det være betydelig variasjon i behovsintensiteten mellom personer i samme aldersgruppe som da blir oversett.
- Problemer som kan tilbakeføres til forhold av samfunnsmessig karakter er nesten alltid kontroversielle, fordi det kan reises et spørsmål om individets eget ansvar for sin situasjon. Det klassiske eksempelet på dette, er kampen for få å definert arbeidsløshet som et problem knyttet til forhold i økonomien og ikke til den enkeltes arbeidsvilje. Psykiske problemer ble akseptert som «fullverdige» helseproblemer lenge etter de fysiologiske helseproblemene. Uførepensjonister er utsatt for mer moralske betraktninger enn andre pensjonister, nettopp fordi uførepensjonen er et fenomen som frembringes av mer komplekse prosesser, enn alderspensjonering. Og sosialhjelpsklienter vil bli utsatt for stigmatisering fordi det kan reises tvil om deres motiver for å søke hjelp.
- Til sist kommer problemer hvor innslag av egne egne handlinger er stort. For eksempel er det vanskelig å begrunne at personer som bor dårlig har behov for offentlige goder, hvis de selv har valgt å bo dårlig for å spare penger. Dersom de bor dårlig fordi de ikke har råd til noe annet, så er behovet ikke lenger selvpåført, og den moralske innebyrden i et krav om tjenester står sterkere, gitt at årsaken til den lave inntekten ikke er eller kan hevdes å være selvpåført (for eksempel at det er minstepensjonister og ikke alkoholikere vi snakker om).

Behovsproduserende kjennetegn av den første og siste kategorien er de minst interessante i forhold til kriteriesystemet. Det er hjelpebehov knyttet til alder og til individets sosio-økonomiske kjennetegn som er sentralt. Sosio-økonomiske kjennetegn er igjen nært knyttet til (eller uttrykker direkte) omfanget av et individs kompensasjonsressurser. Dette fører oss tilbake til spørsmålet om hvor sterk grad av velferdsmessig resultatlikhet det kommunale tilbudet av goder skal ta sikte på å oppnå: Jo sterkere resultatlikhet som ønskes, jo sterkere må vekten legges på de sosio-økonomiske faktorer som frambringer behov når ressursene fordeles. Men, jo mer vekt som legges på slike samfunnsskapte forhold, jo mindre vil den allmenne aksepten for fordelingsystemet tendere til å bli. Jo mer kriteriene har preg av å være sosiale indikatorer på klasseulikheter, jo mer kontroversielle vil de være. Dette utvekslingsforholdet mellom legitimitet og fordelingsvirkninger vil alltid omgi et ressursfordelingssystem som det Oslo anvender.

Når vi har hatt så liten fokusering på slike forhold i utformingen av kriteriesystemet, og i norsk velferdsdebatt forøvrig, kan det tilbakeføres til fire forhold: For det første har det vært stor enighet om at en betydelig grad av resultatlikhet i levekår mellom personer og bydeler er et overordnet mål. For det annet har den samfunnsvitenskapelige avdekkingen av sosiale (og for individet upåvirkbare) årsaker til folks problemer redusert rommet for ideologiske og moralistiske forklaringer på levekårsulikheter. For det tredje har den samlede velferdspolitikken antakelig redusert betydningen av «sosial arv» som forklaring på levekårsulikhet. En stadig økende andel av befolkningen har levd hele sitt liv innen en moderne velferdsstat, med en god tilgang til helsevesen, utdanningsmuligheter og bedre arbeidsmiljø for alle lag av befolkningen. Konsekvensen av dette er at livslange effekter av foreldrenes klassetilhøring og oppvekstmiljøets ressurser dempes ned, og at en persons alder og livsfase blir en bedre og mer treffsikker indikator på en persons behov for kommunale velferdstjenester. Sist, men ikke minst, har fraværet av alternative (markedsbaserte) løsninger på velferdsbehov gjort at spørsmålet om en mer synlig ressurstesting ikke har vært en aktuell problemstilling før i de aller siste årene.

2.5 Hva er en rettferdig fordeling mellom bydeler?

Resonnementene rundt hva som er en rettferdig fordeling av ressurser mellom bydeler er svært like de vi har gjengitt for en fordeling av et knapt gode mellom enkeltpersoner. En rettferdig fordeling av ressurser mellom bydelene må nødvendigvis være avledet av et prinsipp for hva som oppfattes som en rettferdig fordeling av de aktuelle godene mellom individer, uavhengig av hvilken bydel de bor i.

Som nevnt preges de politiske målsettingene i norsk velferdspolitikken sjelden av presise oppfatninger av hva som er en rettferdig fordeling. Som vi viste i kapittel 1, gjelder dette også for kriteriesystemet i Oslo. I debatten og dokumentene omkring en rettferdig fordeling av ressurser til bydelene har vi funnet ulike formuleringer på hvordan systemet skal virke:

«det skal utjevne de økonomiske forutsetningene slik at bydelene kan tilby et likeverdig tilbud»

«hver enkelt bydel skal settes økonomisk i stand til å tilby et likt nivå på et bestemt sett av tjenester overfor et bestemt sett av målgrupper»

«forskjeller i tilbud er urettferdig om de er forårsaket av forhold bydelen selv ikke rår over»

«alle bydeler skal ha muligheten til å yte et likeverdig tjenestetilbud til sin befolkning»

«modellen skal fordele ressursene mellom bydelene i tråd med innbyggernes reelle tjenestebehov» (mandat for utredningsgruppe 2, 89/17)

Den fylldigste presiseringen av hvilke rettferdighetsprinsipper som ligger til grunn for kriteriesystemet vi har kommet over, er Finansdirektørens uttalelse om at:

«I en teoretisk språkbruk kan vi si at vi tar sikte på en behandlingslikhet i forhold til bydelens tjenester, det vil si at bydelene gis mulighet for samme kommunale innsats overfor samme type av behov. Vi har til en viss grad tatt hensyn til om behovene kan dekkes gjennom privat, ubetalt innsats. Men modellen tar ikke sikte på full resultatlikhet, siden den ikke kompenserer for ulikhetene i folks muligheter til å kjøpe tjenester og økt levestandard privat. Vi forutsetter altså at bydelenes tjenestetilbud generelt sett ikke blir behovsprøvd mot folks økonomi» (s 17).

Spørsmålet om vekten på resultatlikhet (velferdsutjevning) i forhold til behandlingslikhet kom også fram i bydelenes høringsuttalelser (Finansdirektøren, 1990:5):

Flere østlige bydeler mente at «modellen må ta hensyn til variasjonene i folks muligheter til å kjøpe private tjenester til erstatning for kommunale, og at de kommunale ressursene først og fremst må kanaliseres til dem som ikke har slike muligheter. Noen bydeler (..) formulerer dette synspunktet slik at modellen må basere seg på prinsippet om resultatlikhet, men det er også bydeler (..) som mener at resultatlikhet er umulig å gjennomføre, og at

modellen må bygge på behandlingslikhet/tilbudslikhet. Finansdirektøren anser dette for å være et rent politisk spørsmål som bystyret må avgjøre.»

Derimot ble forholdet mellom resultatlikhet og behandlingslikhet grundig diskutert i prosessen forut for innføringen av kriteriesystemet, blant annet knyttet til det å benytte personers inntekt som et mål på deres evne til å skaffe seg velferdsgoder på andre måter enn gjennom kommunale tjenester. Ideen om å utarbeide en type indeks til å fange opp forskjeller i økonomisk evne ble imidlertid avvist: Ikke fordi man var prinsipielt mot resultatlikhet, men fordi inntektsopplysninger fra offentlige registre ikke ville kunne klare å fange opp reelle forskjeller. Det ville ikke være rimelig at null-skatteyttere og andre personer med svært lav formell inntekt som skyldtes skattemotiverte disposisjoner, skulle telle med på samme måte som personer med reell lav inntekt (Tangen, pers.mes.).

De formelle prosessene og vedtakene frambrakte (derfor) ingen entydig politisk avklaring om hvilket av de to rettferdighetsprinsippene som skal søkes oppnådd gjennom kriteriesystemet. Det teoretiske prinsippet som har fått gjennomslag i den faglitteraturen om sentral allokering av ressurser til subnasjonale enheter, er uten tvil Buchanans (1950) prinsipp om at personer som er like i relevante henseender ikke skal behandles ulikt (det vil si stå ovenfor et ulikt tilbud av og nivå på offentlige goder) avhengig av bosted (Rattsø 1988). Derfor bør fordelingen av økonomiske midler mellom subenhetene være slik at dette kravet kan oppfylles.

Denne definisjonen er ikke primært avledet av et rettferdighetsprinsipp, men av en søken etter den ressursfordelingen som er mest effektiv. Buchanans prinsipp kan derfor like gjerne formuleres som at nytten (det vil si økt behovstilfredsstillelse) av den sist fordelte kronen ikke skal kunne økes ved å sende denne kronen til en annen sub-enhet. Men det er ganske lett å vise at Buchanans fordelingsprinsipp følger av Rawls (1971) prinsipp om fordelingsrettferdighet, som i denne sammenhengen kan formuleres på følgende måte: en rettferdig fordeling av ressurser mellom bydelene er den fordelingen en opplyst egeninteressert person vil foretrekke om han eller hun ikke vet hvilken bydel han /hun vil bli boende i. Sagt på en annen måte: Ingen person skal kunne skaffe seg et bedre tilbud av kommunale tjenester (gitt sitt behov) ved å flytte til en annen bydel.

Buchanans prinsipp, uavhengig av på hvilken måte vi formulerer det, fanger opp alle de fem formuleringene vi siterte over. I tillegg utgår både den liberale likebehandlingsrettferdigheten og den radikale fordelingsrettferdigheten fra et prinsipp om at personer med identiske objektive behov skal behandles likt. Det spørsmål vi likevel må overlate til politiske verdivalg er spørsmålet om hvordan «identiske behov», eller «like i relevante henseender» skal fortolkes.

Dette fører oss tilbake til diskusjonen om det er en persons objektive behov på en leveårskomponent som er relevant, eller om også individets evne til selv å

kompensere sine problemer skal trekkes med i relevansbegrepet. I praksis blir det altså slik at i desto større grad vi tar med og vektlegger et individs kompensasjonsressurser i defineringen av «relevant behov», jo mer vil ressursfordelingen mellom bydelene fremme en reslutatlikhet. Kriteriet for en rettferdig fordeling må derfor formuleres i to versjoner: En fordeling av ressursene mellom bydelene som skal muliggjøre en formell likebehandling av alle i en politisk definert målgruppe, og en versjon som tar sikre på å realisere en levekårsutjevning som det overordnede målet:

Ideologisk målsetting	Tildelingsstrategi	Kriterium
Likebehandling	Ressursmengde/målgruppe	Likt forhold for alle bydeler
Levekårsutjevning	Ressursmengde/behovsgruppe	Liktforhold for alle bydeler

I praksis er det et kontinuum mellom disse to ytterpunktene, og som vi så av sitatene over, så er hensikten med dagens system å oppnå hva vi kunne kalle en betinget resultatlikhet: Noen kompensasjonsressurser anses som relevante (sosialt nettverk), andre ikke (inntekt). Vi kan legge merke til at forskjellen mellom de to rettferdighetsprinsippene utgjøres av den politiske vurderingen om hvorvidt det er en mer presis angivelse av behovsgruppe, eller en mer summarisk angivelse av målgruppe, som er den relevante telleren i den tekniske formuleringen av selve fordelingskriteriet.

Spørsmålet om dagens fordeling av ressurser til bydelene er i samsvar med fordelingen av behov mellom bydelene, og om denne fordelingen er mer eller mindre rettferdig, lar seg derfor ikke besvare entydig uten entydige politiske definisjoner av hva som skal regnes som relevante behov. Den uavklarte kjernen er i hvilken grad en persons kompensasjonsressurser, og da særlig vedkommendes inntekt, skal oppfattes som en ressurs som kan nyttes til å løse sine objektive behov gjennom kjøp av alternative tjenester i et marked, om den skal oppfattes som relevant eller ikke.

Dette skal vi komme tilbake til i de konkrete analysene (kapitlene 4–7), hvor vi vil presentere fordelinger over behov med ulik grad av vektlegging av kompensasjonsressurser. For å få til en konsistent språkbruk, vil vi likevel benytte begrepet «behovsgruppe» som betegnelse for det utsnitt av befolkningen som politikerne oppfatter som de som skal ha adgang til de aktuelle ytelsene.

2.6 Prinsippet for en evaluering

Hovedprinsippet for den evalueringen vi skal gjennomføre (for hvert av funksjonsområdene) er:

Først anslås det totale behovsomfanget i hele byen, og dette fordeles på de 25 bydelene. Deretter sammenlikner vi fordelingen av behov med fordelingen av de midlene som er avsatt til dette funksjonsområdet. Jo større avvik det er mellom fordelingen av behov og fordelingen av de tildelte ressurser, jo lengre fra målet om en rettferdig (og treffsikker) fordeling er da dagens system.

Dette vil vi gjennomføre med en prosedyre som har fem klare faser:

- 1 definering av de relevante behovene hos individer som funksjonsområdet skal dekke
- 2 identifisere de kjennetegnene ved et individ som frambringer dette behovet
- 3 tallfeste behovsomfanget på grunnlag av data om bydelens befolkning
- 4 vurdere samsvaret mellom behovenes og ressursenes fordeling mellom bydelene

I det følgende vil vi nå kort redegjøre for hvert av disse trinnene: Først skal vi imidlertid si litt om hva slags datagrunnlag som benyttes i evalueringen.

Dagens kriteriesystem er i sin helhet basert på opplysninger om bydelene, og på indirekte slutninger om sammenhenger mellom et kjennetegn ved bydelen og hjelpebehov hos personer innen befolkningen i bydelen. Om en bydel kjennetegnes av mange innbyggere som har kjennetegn (la oss si høy alder og lav utdanning) vi erfaringsmessig vet samvarierer med å ha behov for en kommunal ytelse, så antar dagens system at dette kjennetegnet ved bydelen kan benyttes til å måle omfanget av behov hos personene i bydelen. Vi har altså en slutning fra data på et høyt (aggregert) nivå, bydel til forekomsten av et fenomen på individnivå: Om vi finner at en bydel har mange eldre, mange med lav utdanning og store helseproblemer, er det nærliggende å anta at det er de eldre og de med lav utdanning som også har dårlig helse. Men det kan også tenkes en annen forklaring, for eksempel at de eldre og lavutdannede bor i en bydel sammen med grupper som ikke har disse kjennetegnene, men en svært dårlig helse. Om vi finner stor sosialhjelpsbruk i bydeler med mange innvandrere kan vi lett komme til å trekke den slutning av det er innvanderne som er sosialklienter. Dette kan være riktig, men det kan også tenkes at innvandrere i størst grad har bosatt seg i de bydelene hvor det er mange norske sosialklienter. At Oslo er den kommunen som både har flest fremmedkulturelle innvandrere og det høyeste utdanningsnivået blant sine innbyggere, er ikke noe belegg for at fremmedkulturelle innvandrere har spesielt høyt utdanningsnivå.

Slike slutninger om sammenhenger på individnivå på grunnlag av samvariasjon mellom kjennetegn på et høyere målenivå, kalles for økologiske feilslutninger eller nivåfeilslutninger. De trenger ikke å være gale i empirisk forstand (tvert imot er de ofte riktige), men de er gale i logisk forstand. Først når vi har data om individers kjennetegn på disse variablene, kan vi empirisk underbygge bruken av bydelskjennetegn som gode og troverdige avspeilinger av hjelpebehov blant individer. Om vi bruker eksempelet over om innvandrere og sosialhjelpsbruk er det først når vi vet sammenhengen mellom etnisk bakgrunn og sosialhjelpsbruk, at vi kan avgjøre om antallet innvandrere i en bydel er et sikkert uttrykk for behovet for sosialhjelp. Kort sagt, det er altså uproblematisk å slutte fra sikre mønstre på individnivå til bydelsnivå, men det kan føre helt galt avsted å trekke slutninger den motsatte veien, fra kjennetegn ved bydelen til kjennetegn ved de som bor i den (såkalt økologisk feilslutning).

Det er dette prinsippet som er utgangspunktet for at vi i vår evaluering i så stor grad som mulig vil basere vår evaluering på data om individer. I en ideell verden ville det beste være å samle inn opplysninger om alle kommunens innbyggere, og kartlegge deres hjelpebehov. Dette er en umulighet, bortsett fra i de tilfellene hvor vi har hatt adgang til data for hele byens befolkning. I stedet vil vi i stor grad benytte undersøkelser av representative utvalg av befolkningen. Hvilke datakilder som benyttes vil variere mellom hvilke funksjonsområder som analyseres, og det vil derfor bli redegjort for datakildene i tilknytning til disse analysene.

Trinn 1: Definering av behov.

Målgruppene for bydelenes tjenester er definert gjennom legale rammer og politiske prioriteringer slik vi kan finne dem i de begrunnelsene politikerne gir for de ytelsene kommunen tilbyr. Som vi diskuterte i avsnitt 2.2, er angivelsene av hvilke behov de konkrete ytelsene skal dekke ofte grove og summariske, og i stor grad også overlatt til de enkelte bydelene. I praksis er det likevel ikke problematisk å slutte seg til hvilke kjennetegn ved et individ som er konkrete uttrykk for behov. Når det gjelder tjenestene for eldre, er disse stort sett pleie og omsorgstjenester, og de relevante behovene vil derfor komme til uttrykk som funksjonssvekkelse. Behovet for økonomisk sosialhjelp er tett knyttet til det å ha økonomiske problemer, behovene for helsetjenester er knyttet til helsetilstand og så videre.

På grunnlag av svar personer har avgitt i intervjuundersøkelser, kan vi så sette sammen kombinasjoner av individuelle kjennetegn, og gi en definisjon av «å ha et hjelpebehov». På grunnlag av hvor mange personer i et representativt utvalg som har dette kjennetegnet, kan vi gi et anslag på størrelsen av behovsgruppen i hele byen. Vi skal imidlertid fordele denne behovsgruppen på 25 bydeler, og til det trenger vi

å undersøke hvilke andre kjennetegn ved individene som samvarierer sterkt med å ha et hjelpebehov.

Trinn 2: Identifisering av kjennetegn som frembringer hjelpebehov

Denne fasen er en tradisjonell samfunnsvitenskapelig oppstilling av antatte sammenhenger mellom bakgrunntrekk ved individet og forekomsten av hjelpebehov. Dette betyr å finne en prediksjonsmodell med høy forklaringskraft, med et rimelig antall forklaringsvariabler. Framgangsmåten er en suksessiv innføring i modellen av først demografiske kjennetegn, så tradisjonelle ressursvariabler (utdanning, inntekt og så videre), deretter mer subjektivt definerte kjennetegn (for eksempel sosialt nettverk og egne oppfatninger av egen helse og funksjonsdyktighet). Deretter undersøkes formen på sammenhengen og forekomsten av eventuelle samspillseffekter.

Effektene av de ulike bakgrunnsvariablene på hjelpebehov er grunnlaget for å beregne behovsbrøkene, det vil si hvor stor andel behovsgruppen utgjør av målgruppen.

Trinn 3: Kvantifisering av behovsomfanget på bydelsnivå.

Når vi i trinn 2 har funnet sammenhengene mellom bakgrunnskjenntegn ved individene og sannsynligheten for at et individ med et gitt sett av slike kjennetegn har et hjelpebehov, kan vi fra opplysninger om befolkningens fordeling på bakgrunnsvariablene beregne (ved hjelp av behovsbrøkene) det antatte antallet personer i bydelen som har et hjelpebehov. (Rent teknisk gjøres dette ved å etablere indekser som uttrykker hjelpebehovet som en volumstørrelse, og ikke som et faktisk eksisterende antall. Eksempel: Om behovsbrøken for 70–79 åringer er 0.4 og for personer med lav utdanning 0.2, kan vi ut fra antallet personer i de to gruppene beregne hvor mange personer med hjelpebehov som er i hver av de to gruppene. Noen personer har både lav utdanning og er i alderen 70–79 år. Disse vil vi da la telle dobbelt for på en enkel måte å fange opp kumulative effekter av bakgrunnsvariabler, såkalt hopning).

Prinsippet er altså at de variabler som har stor forklaringskraft på individnivå «gjenfinnes» på bydelsnivå, og benyttes til å etablere et samlemål som gir et kvantitativt uttrykk for behovsomfanget (eller levekårene) i bydelene.

Trinn 4: Samsvaret mellom behovsfordeling og ressursfordeling

På grunnlag av data om befolkningens fordeling på de relevante bakgrunnsvariablene som samvarierer med hjelpebehov, og de estimerte behovsbrøkene, kan

vi nå komme fram til en bydels andel av behovsomfanget i hele byens befolkning. Bydelens andel av behovet kan så sammenliknes med bydelens tildelte andel av ressursene den har fått gjennom kriteriesystemet.

Om bydelen er blitt rettferdig behandlet, skal dette forholdet være 1.0. En bydel som har fått en større ressursandel enn dens andel av behovsomfanget tilsier (et forhold mindre enn 1.0) vil være overkompensert, og omvendt, en bydel som har fått mindre ressurser enn det dens andel av behovene utgjør (et forhold over 1.0) vil være underkompensert.

Denne beskrivelsen er på mange måter et ideal; det er en prosedyre som vi mener vil gi en troverdig evaluering av i hvilken grad dagens budsjettfordeling er i samsvar med fordelingen av behovsomfang. I virkelighetens verden, og i praksis i de analysene som gjennomføres i denne rapporten, vil må måtte modifisere analysene, først og fremst fordi de data som er tilgjengelige ikke er de vi aller helst skulle å ha. For det andre antar denne metoden, slik den er beskrevet, at «behovene» er gitt som et entydig og lett målbart fenomen. Som vi har redegjort for tidligere, er behovsbegrepet ikke en slik lett håndterbar størrelse. For det tredje, selv om vi hadde hatt ideelle data, og objektive og entydige behovsdefinisjoner, så skal de behovsindikatorne som til slutt velges ut til bruk i kriteriesystemet også være hensiktsmessige som praktiske redskaper. Dette et tema for neste avsnitt.

2.7 Krav til målene på behov

Når vi lager de vitenskapelige modellene for sammenhenger mellom individuelle bakgrunnsvariabler og forekomsten av behov, er det i prinsippet ingen grenser for hvor mange forhold som kan trekkes inn. I og med at det er disse bakgrunnsvariablene som skal inngå som de målbare uttrykkene for behovene i bydelene, det vil si være kriterier i ressursfordelingssystemet, vil det også være andre krav enn bare empirisk verifisert effekt som er viktige. Jo flere kriterier som benyttes, jo mer pre-sist vil behovsomfanget kunne bestemmes. Nyttan av å ta inn mange kriterier er imidlertid raskt fallende, samtidig som kompleksiteten øker kraftig. Det må derfor gjøres kompromisser for å komme fram til et sett av kriterier som både skal være sikre, enkle og praktisk brukbare, og som kan brukes i en politisk prosess. Til slutt i dette kapittelet vil vi derfor sette opp seks krav det bør tas hensyn til ved valg av variabler som skal inngå i indekser på levekår i bydelene.

- 1 De må samvariere høyt med individuelle hjelpebehov. Dette innebærer at de må ha et empirisk fundament i statistisk sikre sammenhenger vi kan identifisere på individnivå, og at de må kunne kontinuerlig etterprøves

- («valideres») på nye datamaterialer med levekårsopplysninger på individnivå. Dette er et fundamentalt krav for at ressursfordelingen mellom bydelene ikke skal være basert på feil og tilfeldigheter i målingen av behovsomsfang.
- 2 De må være teknisk lette å måle på en objektiv måte. Dette innebærer at vi gir prioritet til kjennetegn ved individene som er mest mulig entydige, slik som demografiske kjennetegn, utdanning, inntekt og så videre, mens mer subjektivt betingede kjennetegn kommer lengre ned på listen.
 - 3 De må være billige å måle. Behovsindikatorene må i størst mulig grad bygges opp av informasjoner om individene som rutinemessig samles inn, og som finnes i kommunens plandatabase. Oslo kan ikke gjennomføre en levekårsundersøkelse hvert år. Også dette kravet trekker i retning av å benytte demografiske variabler, dersom det kan underbygges at vi fanger opp de behov vi er ute etter. For eksempel kan dødelighet (fra Folkeregisteret) og uførepensjonering (fra Rikstrygdeverket) utnyttes som langt billigere mål på sykkelighet enn data fra helsevesenet, selv om sistnevnte vil være mer direkte uttrykk for helsetilstanden.
 - 4 De må være rimelig stabile over tid. For at bydelene skal kunne produsere sine tjenester på en bevisst og effektiv måte, kan ikke budsjettene svinge for mye og uforutsigbart fra det ene året til det neste. På den annen side, skal endringer i behov føre til tilsvarende endringer i budsjetter. Dette er en innbygd motsetning mellom administrativ rasjonalitet og systemets empiriske treffsikkerhet, og gode argumenter kan trekke i retning av å foretrekke variabler som oppviser stabilitet selv om andre variabler oppviser sterkere samvariasjon med det relevante behovet. Utdanning og inntekt er begge variabler som tradisjonelt samvarierer med behov, og de varierer betydelig med hverandre. Men mens utdanning er et relativt stabilt trekk ved en person, så kan inntekt variere mye fra år til år på grunn av personens forhold til arbeidsmarkedet og skattemessige forhold. Dette betyr at selv om inntekt samvarierer sterkere med behov enn utdanning, kan det likevel være fornuftig å benytte utdanning, og ikke inntekt i kriteriesystemet. En slik bruk av «nest-best»-variabler bidrar dermed til større stabilitet i budsjettene for den enkelte bydel, uten at fordelingen mellom bydelene blir vesentlig endret.
 - 5 De må kunne etterprøves kontinuerlig. Det er ut fra mange hensyn viktig at de indikatorene som inngår i kriteriesystemet ligger rimelig fast over tid. På den annen side vil behovsstrukturen i befolkningen, og dermed i bydelene, kunne endres over tid for eksempel som følge av flyttemønstre og endringer i etnisk baserte segregeringsmønstre. Bydeler som opplever en rask

økning i behov, bør i prinsippet bli tilført økte midler like raskt som behovene øker, for at systemet totalt sett skal være treffsikkert.

- 6 De må ikke kunne påvirkes av bydelene. Alle systemer for inntektsfordeling til administrative underenheter (kommuner, bydeler) basert på kjennetegn ved disse enhetene, vil potensielt legge forholdene til rette for at bydelen selv kan øke sin inntekt ved å påvirke verdien på de variablene som inngår i tildelingskriteriene. Slike insentiveffekter er det viktig å unngå. Samtidig må tildelingssystemet også være slik, at bydelene ikke bevisst søker å unngå at bestemte grupper er i eller kommer til bydelen fordi de oppfatter at utgiftsbehovene vil øke mer enn det inntektsystemet kompenserer for (for eksempel mottak av flyktninger).

Videre kan vi ikke i indeksene benytte indikatorer på behovsomfang som påvirkes av bydelens tilbud for å løse disse behovene. Dette er et lite dilemma, knyttet til at bydeler ikke må «straffes» med inntektsnedgang ved å løse behov, fordi vi da kan risikere å fjerne insentivet til nettopp å løse behovet. Bydelen må ikke oppleve at den «taper» på å være effektiv. Dette betyr at et forhold som antallet aleneboende eldre ikke kan brukes, enn si opplysninger som antallet personer i en venteliste eller andre direkte uttrykk for etterspørselen etter en tjeneste.

- 7 De må være enkle og forståelige. De befolkningskjennetegnene som inngår i målene på behovsomfang, og som dermed begrunner ressurstildelingen til den enkelte bydel, må være forståelige for politikere og befolkning. Dette kan formuleres som et krav om at variablene må være begrunnede og forståelige årsaker til de hjelpebehov bydelene skal løse, noe som igjen kan presiseres til at variablene 1) må henvise til et faktisk eksisterende fenomen i virkeligheten og 2) at de må være direkte knyttet til et kjennetegn i hvert fall ved målgruppen (om ikke nødvendigvis behovsgruppen) for de aktuelle ytelsene. I dagens kriteriesett (for funksjonsområde II) benyttes for eksempel «antall personer i alderen 30–49 år med lav utdanning ganger antall barn 0–6 år», hvilket bare gir et abstrakt tall (som er høyt for bydeler hvor det er mange småbarn og mange med lav utdanning). Denne variabelen vil, om den erstattes av for eksempel «antall personer med lav utdanning som er foreldre til barn under 6 år», i det minste henvise til en konkret gruppe. I Funksjonsområde III opptrer et kriterium «personer med lav utdanning i alderen 40–49 år»: Dette er for såvidt en konkret befolkningsgruppe, men det har vært reist tvil om dens relevans for å forklare forekomsten av hjelpebehov hos personer som i alt vesentlig grad er betydelig eldre (NIBR 1994).

Dette kravet om forståelighet er ikke så opplagt som det kan virke. Vi vil ofte kunne lage gode samlemaal på behovsomsfang (på bydelsnivå) ved å benytte statistiske sammenhenger som ikke er årsakssammenhenger, og dermed bedre tilfredsstille kravene om å ha få variabler som er billige å samle inn og som lett lar seg oppdatere. Vi står derfor i praksis overfor en avveining, hvor hensynet til forståelighet trekker i retning av å benytte data som står i tettere årsaksforhold til en gruppes behov, mens hensynet til enkelhet og kostnadsminimering trekker i retning av å bruke statistisk samvariasjon. (For eksempel er det høy samvariasjon mellom valgdeltakelsen i bydelene og en lang rekke levkårsproblemer som kjennetegner befolkningen i indre bysone, og det er en enda sterkere sammenheng mellom oppslutning om Høyre og levkårenes sosiale geografi. Likevel ville det nok være liten forståelse for å bruke slike sammenhenger i levkårsindeksene, selv om prediksjonene kan bli svært presise og data samles inn automatisk ved valgene hvert annet år).

2.8 Avslutning

I dette kapittelet har vi forsøkt å gå gjennom endel sentrale teoretiske og metodiske sider ved å evaluere Oslo kommunes kriteriebaserte budsjettfordelingsmodell. Som vi har sett, rommer denne en lang rekke spørsmål og vurderinger av politisk natur, og det har vært en målsetting for oss å forsøke å klargjøre hvor grensene går mellom politikk og forskning. Fordi et kriteriesystem nødvendigvis må være teknisk komplisert, og uvegerlig får et sterkt preg av «social engineering» har det vært nødvendig å gå inn på behovs- og rettferdighetsbegrepene, og å presisere den begrepsbruken vi benytter i de videre analysene. Før vi går løs på evalueringen av de enkelte funksjonsområdene, skal vi kort presentere noen data om det som er selve utgangspunktet for kriteriesystemet, nemlig de store og geografisk baserte levkårsforskjellene som finnes inn Oslos grenser. Intet av dette vil være nytt, men presentasjonen er ment å tjene som en bakgrunn for de videre analysene.

Kapittel 3

Oslo: Levekårsulikheter og rettferdig fordeling

3.1 Innledning: Oslo – en delt by

De store geografiske variasjonene i levekår innen Oslos grenser er grundig dokumentert i en rekke rapporter og undersøkelser de senere årene (Clausen 1992, NI-BR 1993, Barstad 1993, Fafo 1994, Oslo Kommune 1995). I dette kapittelet skal vi derfor bare kort gjengi hovedmønstrene i byens sosiale geografi, og i stedet konsentrere oppmerksomheten om de settene av variabler som er mest relevante for vårt prosjekt, nemlig de som kan tenkes å avspeile og dermed måle de behovene hos befolkningen som er relevant for de kommunale beslutningene om tjenestetilbud og behovsdekning. Utvalget av variabler som presenteres har også til hensikt å illustrere hvor stor variasjon det faktisk er mellom bydelene når det gjelder noen sentrale levekårsforhold.

I andre del av kapittelet vil vi benytte noen av disse variablene til å vise hvordan dagens kriteriesystem fordeler ressurser mellom bydelene i forhold til de to prinsippene for en rettferdig fordeling som ble diskutert i forrige kapittel. For enkelthets skyld skal vi nå kalle dem (målgruppeorientert) likebehandling og (behovsgruppeorientert) levekårsutjevning.

Et viktig mål med kapittelet er også å introdusere leserene til den måten vi vil analysere og presentere ulikheter mellom bydeler, både i levekårsproblemer, i behovsvariasjon og de teknikkene vi anvender for å sammenlikne kriteriesystemets fordeling av budsjetttrammer med ulike mål på behov. Først skal vi imidlertid starte med noen betraktninger om forholdet mellom mer allmenne vitenskapelige mål på levekårsulikheter og den typen informasjon som er direkte relevant for den kommunale tjenesteytingen.

3.2 Levekårsforskjeller og politisk relevans

3.2.1 Sosial ulikhet og behovsforskjeller:

Hva kan en kommune gjøre?

Det hyppigst anvendte perspektivet på geografiske ulikheter i levekår er å beskrive forskjeller mellom bydelers befolkning med tradisjonelle sosio-økonomiske kjennetegn («variabler»): Innkomst, utdanning, sosiale nettverk, boligstandard, posisjon i arbeidsmarkedet og så videre. Dette er klassiske sosiologiske variabler som benyttes til å kartlegge lagdelingen i et samfunn, og de har vært hyppig benyttet i oppbygging av ulike samlemål («indekser») på levekårsforskjeller mellom folk i Oslos bydeler (se oversikten i tabell 3.1). Prinsippet i disse indeksene er å beregne prosent av befolkningen innen hver bydel som har et veldokumentert levekårsproblem (for eksempel prosent sosialhjelpsmottakere, prosent svært gamle, og så videre). Deretter kombineres disse opplysningene til et felles mål, hvor hver bydel får en definert verdi, hvor høy verdi normalt angir et stort samlet omfang av levekårsproblemer. På basis av bydelenes verdier kan de så rangeres, og vi kan komme med solid underbygde utsagn om hvor levekårene er best og dårligst.

Slike indekser er først og fremst utviklet for å måle levekårsforskjeller, og for å få fram hvordan ulike sosiale befolkningslag er fordelt («segregert») i Oslos geografi. De er ikke primært utviklet for å avspeile variasjoner i behovet for kommunale tjenester mellom bydelene, selv om de hyppig spiller denne rollen både i politisk debatt og i faglige sammenhenger. Når kriteriesystemet derimot benytter sosialstatistiske data, er dette for å fange opp behov for kommunale tjenester, og man kan ikke uten videre anta at de tradisjonelle levekårsvariablene er like relevante for dette formålet som for å beskrive den sosiale lagdelingen. Satt på spissen: Det kan neppe kalles et levekårsproblem å få barn, men å få barn påvirker husholdningens behov for kommunale tjenesteyting. Det må derfor skilles mellom relevans på to ulike nivåer:

På et overordnet nivå er også Oslos sosiale tjenesteyting en del av den samlede nasjonale velferdspolitikken, ovenfor de mellom elleve og tolv prosentene av befolkningen som bor i hovedstaden. Som sådan skal summen av tjenestene bidra til å utjevne de levekårsulikheter som skapes i andre velferdsarenaer; i utdannings-systemet, i arbeids- og boligmarkedet og i (manglende) sosiale nettverk. Dette er samtidig arenaer hvor en kommune, med de virkemidlene den har, i begrenset grad kan influere på oppkomst og omfang av levekårsproblemer og hjelpebehov. Forskjellige gruppers utdanning og inntekt kan bare delvis påvirkes av kommunale beslutninger, og sentrale levekårsforhold som etterspørsel etter sosialhjelp, sosial isolasjon, arbeidsledighet og førtidig pensjonering kan vel knapt påvirkes i det hele tatt. Kun en overordnet statlig velferdspolitik kan, og da i regelen på lengre sikt, påvirke selve funksjonsmåten til noen av disse velferdsarenaene. I tillegg rår staten over skatte-

og trygdepolitikken som sentrale velferdspolitiske virkemidler. På et slikt overordnet nivå er det derfor en målsetting å utforme en profil på de kommunale tjenestene som gjør at levekårsforskjellene modereres, selv om det alltid vil være ideologisk strid om hvor sterkt de skal eller kan dempes ned med kommunale virkemidler.

På det mer jordnære nivået er kommunens oppgave, gitt den arbeidsfordelingen vi har mellom stat og kommune, først og fremst å stå for den sosiale tjenesteytingen, altså helse-, utdannings- og omsorgstjenestene. Disse tjenestene skal tilfredsstillende behov kommunen langt på vei må ta som gitt, blant annet fordi behovenes natur i så stor grad er knyttet til livsfaser som oppvekst og aldring, til endringer i de sosiale nettverkens evne til å fungere og til (endringer i) befolkningens helsemessige og etniske sammensetning. Kommunenes oppgave er å avhjelpe og dekke slike behov, men kan lite gjøre med utviklingen av dem. Tjenesteytingen får derfor et reaktivt preg, og siktemålet for den kommunale tjenesteytingen blir å dempe ned konsekvensene på livskvalitet av levekårproblemer som allerede foreligger.

Mens staten i størst grad benytter kontantoverføring og skatteregler til å utjevne levekårsulikheter, er den viktigste kontantytelsen som kommunene er pålagt å utbetale den økonomiske sosialhjelpen. Også her er kommunens rolle reaktiv: Sosialhjelpen skal sikre inntekt til de som faller ut av arbeidsmarkedet og det ordinære trygdesystemet. Det er kun som middel ved integrering av flyktninger at den økonomiske sosialhjelpen kan sies å spille en noen annen rolle. En kommune kan nok, med endringer i tildelingsrutiner og -vilkår, påvirke antallet sosialhjelpsmottakere, men dette påvirker ikke omfangene av de behovene som har ført folk til sosialhjelpskontoret. De kommunale velferdsgodene er kompensierende i forhold til en sosial behovsstruktur kommunen mer eller mindre må ta for gitt, særlig på de utgiftstunge områdene som helsebehandling og eldreomsorg. Der hvor oppgavene har preg av å være forebyggende, er først og fremst det forebyggende helsearbeidet blant barn og unge og i ansvaret for å lage et godt oppvekstmiljø for de samme gruppene, gjennom kvaliteten på grunn- og videregående skole, ved integrering av innvandrere og i edruskapsarbeidet.

Det er som nevnt viktig å skille prinsipielt mellom generelle levekårsindekser og mål som skal avspeile den typen sosiale behov kommunale velferdstjenester skal løse. For eksempel er arbeidsledighet en helt sentral variabel i beskrivelsen av levekår, men det er ingen direkte eller umiddelbare sammenhenger mellom å miste arbeidet og etterspørselen etter kommunale tjenester. På den annen side vil en arbeidsledig person etterhvert utvikle et behov for kommunale tjenester om økonomi og helse forverres. Og vedkommendes eventuelle barn vil få sitt oppvekstmiljø forringet, noe som kan begrunne en større kommunal innsats. Høy dødelighet blant yngre er også en tradisjonell levekårsindikator; tidlig død er et konkret uttrykk for dårlige levekår, men den døde selv har ikke behov for noen kommunale

le tjenester. Derimot kan høy dødelighet i en bydel gi oss informasjon om helsetilstanden til befolkningen i denne bydelen, hvilket er en relevant faktor i forhold til kommunale tjenester.inntekt er et annet sentralt mål på en persons levekår, men sammenhengen mellom inntektsnivå og behovet for kommunale tjenester er både et empirisk spørsmål (om sammenhenger mellom lav inntekt og andre levekårsproblemer), og et normativt spørsmål om i hvilken grad personer med høy inntekt skal forutsettes å selv kunne kompensere for sine levekårsproblemer. Variabler som sier noe om sosial ulikhet og levekår kan derfor utnyttes som indirekte mål på behov for kommunale tjenester, og det er en vel etablert kunnskap at en lang rekke behov er større jo lenger «ned» man kommer i den sosiale lagdelingen. Å få barn eller å bli gammel kan derimot knapt sies å uttrykke levekårsulemp, men en rekke problemer følger tett med livsfasen, og leder direkte til behov for kommunale tjenester, enten det nå er barnehage eller pleiehjem. Slike behov kan vi derfor i betydelig grad fange opp direkte ved personers alder og husholdningstype. Det samlede behovet en (bydels) befolkning har, kan derfor oppfattes som en sum av sosio-økonomiske faktorer som avspeiler levekårsressurser, og demografiske trekk som måler de behovene som følger med livsfaser og husholdningssammensetning. Dette skillet mellom sosio-økonomiske ulikheter og demografiske kjennetegn er, som vi skal komme til i slutten av dette kapittelet, høyst relevant for ulike oppfatninger av hva som er en rettferdig fordeling av de kommunale ressursene mellom bydelene. En resultatorientert rettferdighetsoppfatning vil nødvendigvis legge vekten på å fordele midlene i forhold til sosio-økonomiske ulikheter, for nettopp å kompensere ressursvake befolkningslag (behovsgruppene) med gode offentlige tjenester. En oppfatning av rettferdighet som likebehandling vil derimot legge vekten på fordeling etter klassenøytrale demografiske kjennetegn (målgruppene), for i størst mulig grad å behandle alle individer likt.

I de neste to avsnittene skal vi først redegjøre for noen generelle mål på sosio-økonomiske ulikheter mellom bydelene, og deretter se på variasjoner i demografiske trekk og andre mer direkte behovsrelevante ulikheter mellom bydelene.

3.2.2 Generelle levekårsindekser

Som nevnt, har ulike forskningsrapporter anvendt ulike mål på levekårsforskjeller. I tabell 3.1 har vi, for oversiktens skyld, satt opp hvilke forhold forskjellige forskere har benyttet til å beskrive levekårsforskjeller mellom ulike bydelar:

Tabell 3.1 Variabler benyttet i ulike sammenstillinger til levekårsindekser for Oslo

VARIABLER BRUKT	NIBR 1992	NIBR 1993	BARSTAD	FAFO 1994
Inntekt menn	x	x		x
Inntekt kvinner		x		x
Utdanning, voksne	x	x		x
Unge i videregående skole	x			x
Yrkesaktivitet	x			x
Arbeidsledighet	x	x	x	x
Uførepensjonering	x	x	x	x
Dødelighet, menn	x		x	
Dødelighet, kvinner	x		x	
Boligforhold	x			x
Etnisk sammensetning	x	x		
Flytting		x		
Eldrebefolkning		x	x	
Areal		x		
Barnedødelighet		x		
Enslige forsørgere		x	x	
Sosialhjelpsbruk		x	x	x
Bruk av grunn/hjelpestønad				
Barnevern		x	x	

Referanser: NIBR (1992): Geir Orderud: Sosial ulikhet i Oslo – bydelsvise forskjeller. Oslo-statistikken, notat 5/92. NIBR (1993): Claussen, Stein-Erik. Privat eldreomsorg i Storby. Oslo. Barstad: Anders Barstad (1993): Levekår i Storbyene, i Bildeng og Furst (red). Levekår i Storby. Oslo.KS-Forskning. Fafo (1994): Hagen et.al. (1994). Oslo – den delte byen?

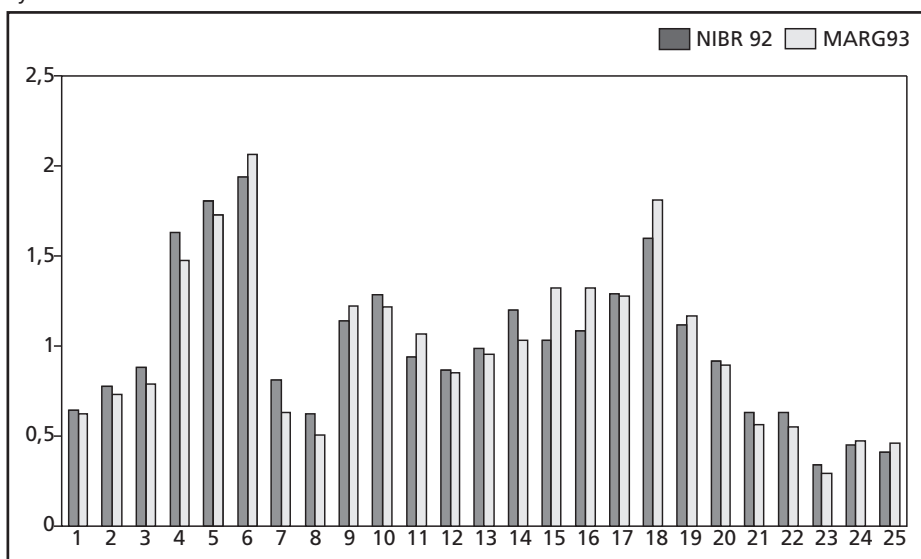
Selv om ulike forskere har benyttet noe forskjellig batteri av variabler, er det like fullt en betydelig faglig enighet om i hvilke deler av byen levekårene er dårligst, og hvor de er best. Videre er det slik at de statistiske samvariasjonene mellom en lang rekke av de variablene som er gjengitt i tabell 3.1 er så sterk at disse levekårsindeksene ikke er særlig sårbare for antallet eller hvilke levekårsforhold som trekkes inn. For eksempel er Barstads (1993) indeks den enkleste, med kun fire variabler, men den korrelerer likevel med henholdsvis .96 og .86 med de langt mer kompliserte indeksene som Fafo og NIBR 1993 har konstruert. Dette avspeiler rett og slett at i

bydeler hvor det bor for eksempel mange arbeidsløse, finner vi også mange sosialhjelpsklienter, uførepensjonister, en høy ung dødelighet, mange personer med fremmedkulturell opprinnelse og så videre. Dels skyldes slike sterke samsvar at levekårsulemp(er) (eller goder) har en tendens til å hope seg på individnivå, det vil si at personer som for eksempel er arbeidsløse også vil ha lav inntekt, de kan være sosialklienter og ha lav utdanning, og dels skyldes slike samvariasjoner at grupper med ulike levekårsproblemer har en generell tendens til å samle seg i bestemte bydeler, og tilsvarende, at ressursrike gjør det samme på «sin» kant av byen.

Det er ingen grenser for hvor teknisk sofistikerte slike levekårsindekser kan lages, samtidig som de sterke statistiske sammenhengene mellom forskjellige indikatorer innebærer at lite tapes i presisitet ved å redusere antallet indikatorer som inngår i indeksen. I figur 3.1 har vi vist bydelens verdier på NIBRs indeks fra 1992 (hvor det nyttes 17 indikatorer) og en enkel summering av antallet personer som i 1993 mottok enten sosialhjelp, arbeidsledighetstrygd eller uførepensjonering (korrigert for dobbeltklassifiseringer). For at de to målene skal være direkte sammenliknbare er de standardiserte, og de viser bydelens verdi i andel av gjennomsnittsverdien for alle bydeler. Høy verdi indikerer dårlige levekår.

Som det framgår, får vi praktisk talt nøyaktig den samme skåren og rangeringen på og mellom bydelene med disse to målene ($r=.97$). Det faktum at Oslo har en klar og systematisk sosial geografi, det vil si at gode og dårlige levekår har

Figur 3.1 Verdi på indeks for levekårsforskjeller utarbeidet av NIBR (1992) og summen av personer som er eller tilhører husholdninger med sosialhjelpsmottakere, mottakere av A-trygd og uførepensjonister (1993) etter bydel. Bydelens verdi i andel av gjennomsnittet for alle bydeler



et sterkt geografisk preg, forklarer hvorfor den enkle indeksen fanger opp dette like bra som den kompliserte. Den observante leseren vil kjenne igjen samme profil som på kriteriesystemets fordeling av inntekter per innbygger i bydelene fra kapittel 1, noe som gir oss en antydning om at kriteriesystemets profil for fordeling av ressurser til bydelene har samme hovedmønster som levekårsforskjellene. Fordelen med det enkle målet er at det henviser til konkrete grupper i befolkningen som har store levekårsproblemer, og utnytter denne informasjonen på en lettfattelig måte. Indekser som kombinerer opplysningene om ulike gruppers relative størrelse innen bydelene blir langt mer kompliserte og selve indeksens verdi kan ikke gis en enkelt og lettfattelig fortolkning i seg selv. Dette illustrerer et allment vitenskapelig poeng, og et viktig forhold for utformingen av kriteriesystemet, nemlig at det er liten vits i å gå over bekken etter vann: Det vi med sikkerhet kan fange opp av sosiale problemer på en lett forståelig måte, bør vi ikke gjøre mer komplisert enn nødvendig.

Hensikten med slike levekårsindekser har som nevnt primært vært å kunne beskrive den geografiske utbredelsen av både gode og dårlige levekår – den såkalte sosiale geografien. Utover i denne rapporten vil vi benytte dette begrepet som en allmenn henvisning til de nå etterhvert godt kjente levekårsforskjellene i Oslo. Som en konkret og kvantitativ indikator på den sosiale geografien vil vi benytte NIBRs indeks fra 1992. Men som nevnt, vi kunne like gjerne ha valgt en av de andre.

Levekårsindekser av denne typen og samlemål på behov for kommunale tjenester er som nevnt i mange tilfeller to sider av samme sak. Når arbeidsløse ofte får økonomiske problemer, så vil arbeidsløshet være en indikator på behovet for en kommunal ytelse, nemlig økonomisk sosialhjelp. Uførepensjonering eller dødelighet kan være indikatorer på helsetilstand, og dermed mål som kan utnyttes til å fange inn behovet for omsorgstjenester. Men en lang rekke av de behovene en kommune skal tilfredsstille er sterkt knyttet til folks livsfase og alder: Etterspørselen etter barnehager er nært knyttet til antall barn, slik etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester stiger med økende alder for individer, og med andelen (svært) gamle for bydelene. Denne typen etterspørsel er altså knyttet til faktorer som ikke direkte har med andre og tradisjonelle levekårsforhold å gjøre. En viktig oppgave for denne evalueringen er derfor å finne fram til gode levekårs mål som også kan fortelle oss noe om omfangene på de behov de kommunale tjenestene skal dekke.

3.2.3 Behovsorienterte levekårs mål og indekser.

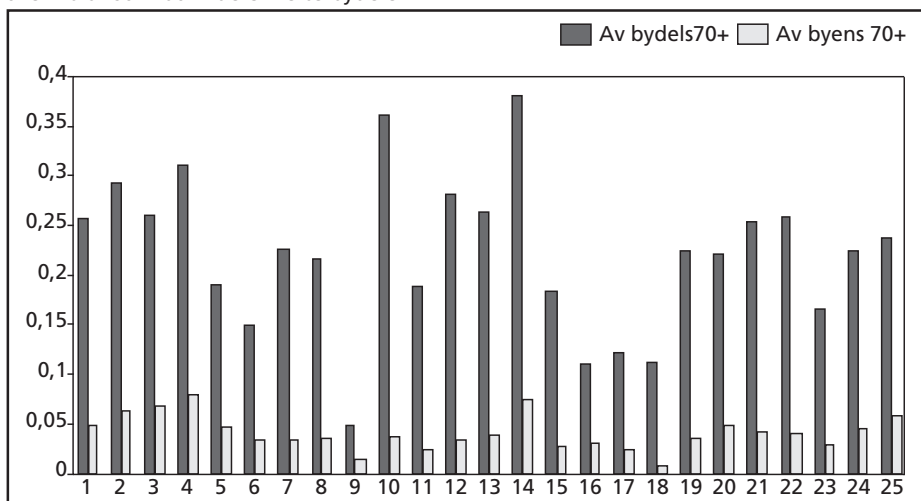
Med behovsorienterte levekårsindekser mener vi altså samlemål som har til hensikt å måle kvantitativt omfanget i bydelene av det behovet som er relevant for de kommunale tjenestene som tilbys (eller bør tilbys). Det er slike mål vi skal utvikle i de konkrete analysene i kapitlene 4–7. Det er likevel et viktig teknisk skille mellom

de allmenne levekårsindeksene av den typen som ble presentert i foregående avsnitt, og de vi vil utvikle til å måle (relevant) behovsomfang som kort må kommenteres:

Levekårsindeksene setter sammen opplysninger om prosentandelene av personer innen bydelene som har levekårsproblemer. Deretter benyttes de relative nivåene til å beregne en indeksverdi som sier noe om omfanget av levekårsproblemer relativt til omfanget i andre bydeler. Ut fra siktemålet om å kunne rangere bydelene etter deres befolkningers levekår, er dette en fornuftig framgangsmåte. Men slike indekser kan ikke gi oss den informasjonen som kriteriesystemet må ha, nemlig hvor andel av det samlede behovet i hele Oslos befolkning som finnes i hver enkelt bydel. Vi kan ikke slutte automatisk fra at det er et høyt nivå på levekårsproblemer innen en bydel, til at dette dermed betyr at denne bydelen rommer en stor andel av byens samlede behov. For å anskueliggjøre dette noe kompliserte forholdet, kan vi betrakte figur 3.2. Her antar vi for enkelthets skyld at personer over 70 år utgjør en gruppe av befolkningen med levekårsproblemer/behov for kommunal tjenesteyting (=behovsgruppen). Det første settet av søyler viser andelen av bydelens innbyggere som tilhører denne behovsgruppen, altså hvor stor gruppen er innen den enkelte bydel. Vi kan legge merke til at i bydel 10 (Lambertseter) utgjør gruppen 36 prosent av befolkningen. I bydel 16 (Furuset) utgjør den litt over ti prosent. Fra dette forholdet kan vi ikke slutte noe om hvordan kriteriesystemet bør fordele midler til eldre mellom disse to bydelene.

For å få den informasjonen som er relevant i dette henseendet, må vi sammenlikne de to bydelenes andeler av alle byens personer i gruppen. Ser vi på søylen som viser de eldstes andel innen bydelen, framgår det at Lambertseter og Furuset

Figur 3.2 Andelen av alle innen bydelene som er over 70 år samt andelen av alle i hele Oslo over 70 år som bor i de enkelte bydeler



ikke er særlig forskjellige: begge bydeler har i underkant av fem prosent av alle byens personer over 70 år, det vil si at de bør få omtrent like mye av den samlede ressursinnsatsen til behovsgruppen.

Figur 3.2 gir oss også et bilde av hvor ulike bydelene er i sin befolknings aldersstruktur. Andelen som er over 70 år varierer fra nesten 40 prosent i Helsfyr-Sinsen, til seks prosent i Søndre Nordstrand. Og en lang rekke av de (utgiftstunge) behovene kommunen skal tilfredsstille er knyttet til alder og aldringsprosesser. En gammel befolkning vil selvsagt etterspørre et helt annet tjenestespekter enn en ung. Men hvor sterk denne etterspørselen er, er betinget av sammenhengen mellom alder og behov. Alle personer vil få sin funksjonsevne svekket som følge av aldring, men hvor sterk denne svekkelsen er vil (i tillegg til alder) også påvirkes av andre kjennetegn ved et individ, så som kjønn, etnisitet og sosio-økonomiske kjennetegn. Men jo mindre betinget et behov er av andre forhold enn alder, jo bedre kan vi fange opp variasjonen i behov mellom bydelene kun med befolkningens aldersfordeling. Dette kan empirisk testes ved å se hvor mye effekten av alder på behov påvirkes når sammenhengen kontrolleres for andre variabler.

Alder kan også være en god behovsindikator i tilfeller hvor det aktuelle behovet ikke er forbundet med alder i noen årsaksmessig forstand, dersom det empirisk er slik at behovet forekommer innen en klart avgrenset aldersgruppe. Om alle sosialhjelpsklienter var i aldersgruppen 18 til 30 år, vil en bydels andel av alle i denne aldersgruppen kunne fungere som et (av flere) mål på økonomisk marginalisering – ikke fordi dette har med alder å gjøre, men fordi marginaliseringsprosessene virker sterkest i de livsfasene folk gjennomgår ved denne alder. Dette betyr at livsfasebetingede levekårsproblemer vil kunne måles enklere ved alderskjennetegn enn ved de variablene som er av årsaksmessig karakter, og at vi kan vinne på enkelhet og billig datainnsamling, samtidig som vi kan tape på kravet til forståelighet fordi vi utnytter statistisk samvariasjon og ikke en årsaksmessig sammenheng.

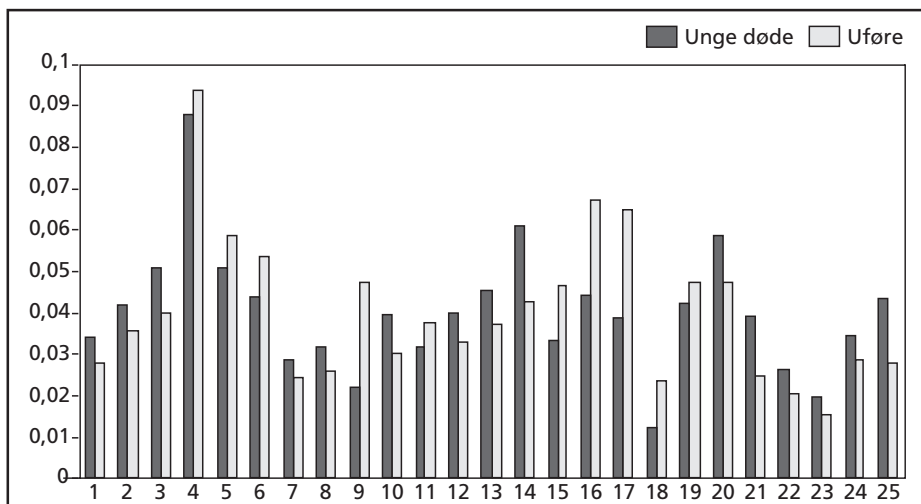
Alder er en svært fordelaktig variabel i et kriteriesystem fordi den bidrar til å gjøre kriteriesystemet enkelt, billig og lettfattelig (jfr punkt 2.7): Aldersopplysninger samles rutinemessig inn for hele befolkningen og dette er objektivt målbare og intuitivt forståelige kjennetegn ved en person. Utfordringen er selvfølgelig å få et godt empirisk fundament for at andre relevante forhold lar seg beskrive, eller fange inn, ved alder (og kjønn) alene. Den variasjonen i behovsromfang mellom personer som kan føres tilbake til demografi, vil derfor bli utnyttet maksimalt i de konkrete analysene, for på den måten å redusere antallet variabler som er mer kompliserte og tildels vanskeligere å få data om. (Dette er begrunnelsen for å entre alder først i de trinnvise regresjonsmodellene). Demografiske variabler skilles ofte fra sosio-økonomiske variabler ved at det er kjennetegn ved en person som er produsert av «natur» og ikke av sosiale prosesser. Dette er en feilaktig bruk av demografibegrepet. Etnisitet er for eksempel en viktig

demografisk variabel, men samtidig kanskje den enkeltvariabelen som i aller sterkest grad korrelerer med levekårsforskjeller innen dagens befolkning i Oslo. Andre klassiske demografiske variabler er dødelighet, ekteskapelig status og flytting, alle tre variabler som er knyttet sammen med sosiale forhold. Vi må derfor holde fast ved at demografien ikke er noe naturgitt som kommer i tillegg til sosio-økonomiske levekårsvariabler.

Et konkret eksempel på dette er en av demografiens mest sentrale variabler, nemlig dødelighet. Tidlig død har en sterk geografisk variasjon mellom bydelene, slik figur 3.3 viser: Sannsynligheten for å dø i ung alder er tre ganger så stor i indre by øst enn den er på Vindern, og det er empirisk belegg for å tilskrive disse forskjellene både sosialt betingede helseeffekter og et sosialt selektivt flyttmønster. Derfor kan dødelighet, som et entydig og lett målbart fenomen, utnyttes som mål på helsetilstanden til de andre som bor i bydelen, og ett blant flere mål på helsetilstanden til de som lever. Uførepensjonering er et annet mål som også kan tjene som indikator på helsetilstanden. Profilen til tidlig død og uførepensjonering er derfor satt ved siden av hverandre, for å få en antydning om eventuell samvariasjon.

Rent visuelt framkommer et mønster med stor grad av samsvar ($r = .71$). Men noen bydeler har store avvik, og slike avvik antyder at vi må ha med flere variabler for å kunne lage et valid samlemål på helsebehov. De bydelene som har stor andel av uførepensjonistene i forhold til ung dødelighet, er bydeler med ung befolkningsstruktur (Stovner, Furuset, Romsås og Søndre Nordstrand), mens bydeler hvor det er mange unge døde relativt til antallet uførepensjonis-

Figur 3.3 Bydelens andeler av alle døde 50–74 åringer 1990–94 og av alle uførepensjonister. 1.1.1995



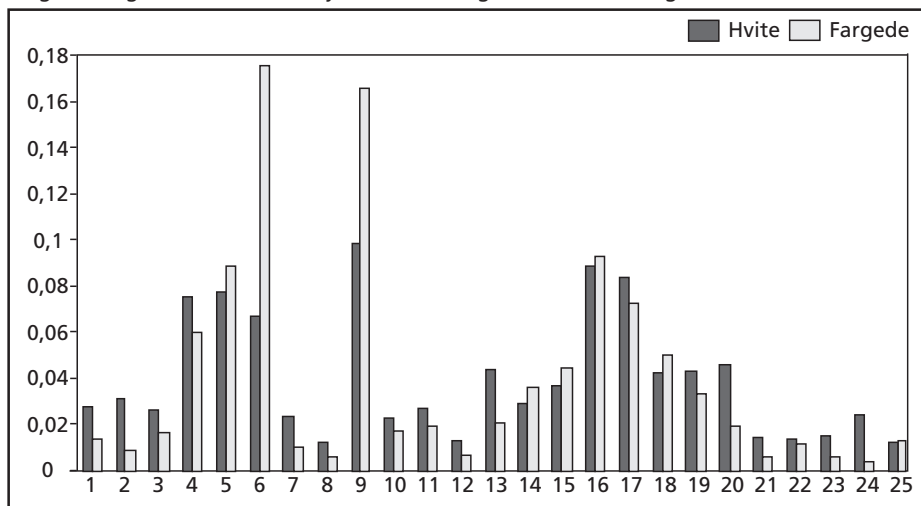
ter (se på Helsfyr-Sinsen, bydel 14 og indre vest) er bydeler med en eldre befolkning. Vi skal ikke gå videre inn på hvordan dette kan forklares nå, men komme tilbake til det i analysen av funksjonsområde 3. Om uførepensjonering og dødelighet er gode mål på helseforskjeller mellom befolkningen i bydelene bydelene, bør vi gjenfinne omlag samme mønster av forskjeller mellom bydelene i helt konkrete og mer medisinske uttrykk for helsetilstand, noe som blir viktig når vi i kapittel 7 skal forsøke å finne gode mål på funksjonshemninger, og dermed behov for omsorgstjenester, i den eldre delen av befolkningen.

Familiestruktur er også en viktig demografisk variabel som kan tenkes å samvariere med behovsomsfang innen flere av funksjonsområdene. Empirisk vet vi at enslige forsørgere har flere levekårsproblemer enn andre, samt at langvarige og stabile ekteskap er gunstig for helse og forsinker aldringsprosesser. Og helt konkret, å bli enke eller (særlig) enkemann om man selv er helsesvekket, har stor betydning for behovet for hjelp fra andre til å klare daglige gjøremål.

De sosiale nettverkene påvirker ikke bare helseforhold, men er en viktig del av barns oppvekststressurser, i tillegg til andre sosio-økonomiske ressurser hos foreldrene som utdanning og inntekt. I figur 3.4 viser vi hvor i byen barn med foreldre som både har lav inntekt og lav utdanning bor:

Figuren viser med all ønskelig tydelighet hvordan den sosiale geografien (som vanligvis beskrives med data om voksne personer) gjenskapes og sågar forsterkes når vi ser på barns oppvekstforhold. Både blant hvite og fargede barn med svært svake

Figur 3.4 Prosent av alle byens barn 0–17 år med foreldre hvis inntekt per husholdningsenhet plasserer dem blant den laveste tredjedel av husholdningene, og hvor foreldrene samtidig har ungdomsskole som høyeste utdanning, etter etnisk bakgrunn



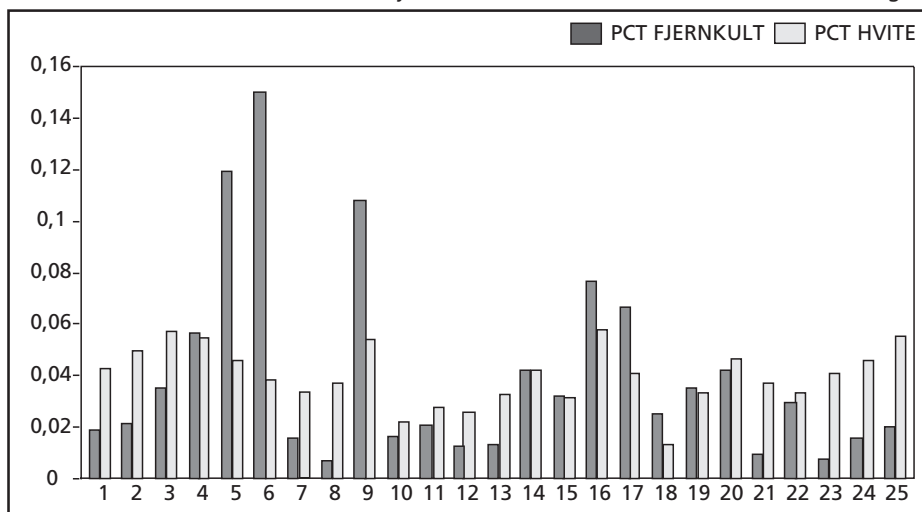
foreldreressurser ser vi en kraftig konsentrasjon i indre øst og i de nye drabantbyene. Men figuren skjuler samtidig et annet viktig forhold, nemlig at omfanget av barn som vokser opp i resurssvake familier er fire ganger så høyt blant fargede som blant hvite.

Oslofolks etniske bakgrunn i ferd med å utvikle seg til å bli et kjennetegn ved et individ som i meget stor grad samvarierer med sosial marginalisering. Den faktiske kunnskapen om hvordan fremmedkulturell opprinnelse påvirker forekomsten av de behov kommunen skal dekke er likevel svært mangelfull. Senere i denne rapporten vil vi vise hvordan etnisitet er svært viktig for å forstå behovene for sosialhjelp og tiltak for barn og unge. Den geografiske konsentrasjonen av innbyggere med fremmedkulturell opprinnelse er derfor en faktor med økende betydning, både for å forstå levekårsforskjeller og variasjoner i befolkningens tjenestebehov mellom bydelene. I figur 3.5 vises hvor stor andelen av den fargede og den hvite befolkningen som bor i de forskjellige bydelene.

Innvandrerne er konsentrert i indre øst og i de nye drabantbyene. 30 prosent av innvandrerne er bor i Grunerløkka/Sofienberg og Gamle Oslo, mens under ti prosent av den norske befolkningen bor i disse to områdene. Den etniske segregeringen i Oslo er faktisk så sterk at hver tredje fremmedkulturelle innbygger må flytte til en annen bydel om innvandrerbefolkningen skal få samme geografiske fordeling mellom bydelene som den norske befolkningen har.

Innvandrerbefolkningen er yngre enn den norske befolkningen, og innvandrerens bomønster i kombinasjon med nordmenns livsfasebetingede flyttemønstre

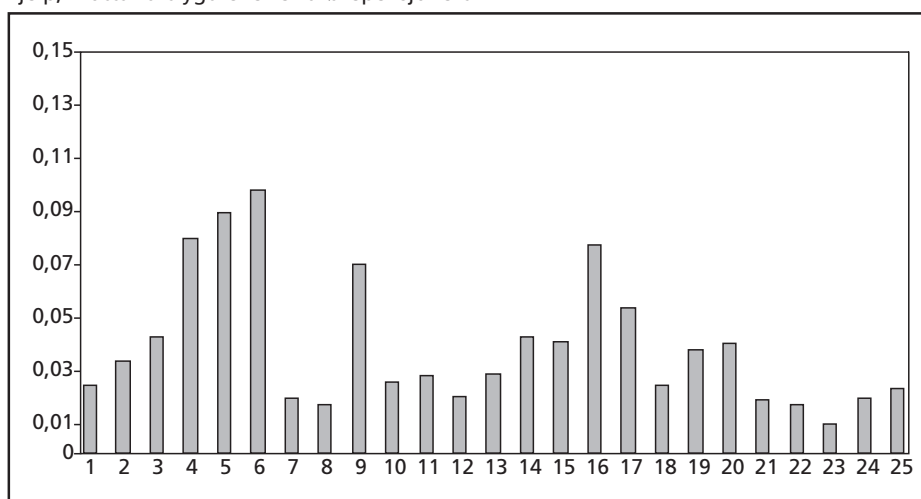
Figur 3.5 Andelen av fremmedkulturelle innbyggerne (definert ved norske statsborgere med fremmedkulturell bakgrunn pluss flyktninger kommet i årene 1990–94, omlag 42 000 av byens 50 000 fremmedkulturelle) i de ulike bydelene, sammenliknet med den hvite befolkningen.



er to viktige faktorer bak forskjeller i alderssammensetning og levekårsproblemer mellom bydelene. Innvanderne har også, som gruppe betraktet, dårligere levekår enn den norske majoritetsbefolkningen. Nordmenn har en tendens til å være bosatt i de samme bydelene som innvanderne i en tidlig livsfase, hvor man samtidig også bor dårlig og har lav inntekt. Bydelene i indre øst preges derfor av et sammenfall av innvandrerkonsentrasjon og unge nordmenn, noe som tilsammen gjør at levekårene i denne delen av byen framstår som dårlige. Derfor er det viktig å skille mellom de levekårsproblemene som er knyttet til livsfase, og de som er knyttet til mer permanent ressurs svakhet. De generelle levekårsindeksene vi redegjorde for i avsnitt 3.2.1 kan kritiseres for at de ikke makter å håndtere dette skillet, og mer allment er det et problem hvordan de store interne flyttestrømmene i Oslo skal behandles. I Fafos levekårsundersøkelse fra 1994 fant vi et relativt klart mønster: At og når husholdninger flytter er sterkt knyttet til livsfase, mens hvor man flytter til i betydelig grad er bestemt av inntekt og utdanning. Flyttemønstrene er viktige fordi en husholdnings flytting påvirker de sosiale og demografiske kjennetegnene i to bydeler samtidig, både den man flytter fra og den man flytter til. I stor grad er det derfor flyttemønstrene som opprettholder og gjenskaper den typen av forskjeller i levekår som framkommer i tabell 3.6. Her viser vi igjen (jevnfør tabell 3.1) hvordan antallet personer berørt av sosialhjelp, arbeidsløshet og uførhet (i 1993) er fordelt, men nå målt som andelen av det totale antallet personer i denne gruppen i hele Oslo som er bosatt i de enkelte bydelene.

Som vi tidligere viste, samvarierer dette levekårs målet meget sterkt (.96-.89) med andre og mer kompliserte levekårsindekser. Fordelen med dette grove, men

Figur 3.6 Fordelingen mellom bydelene av antallet personer som enten er berørt av sosialhjelp, mottar a-tryggd eller er uførepensjonert



likevel sikre målet på svake levekårsressurser, er at vi nå kan få et konkret uttrykk for den geografiske fordelingen av de antatte behov for kommunale tjenester som følger med sosial ressursvakhhet.

Hensikten med denne raske gjennomgangen av ulike sosiale og demografiske indikatorer har vært å illustrere den store spredningen vi har innen Oslo by. Den overordnede målsettingen for kriteriesystemet er å gi den kommunale tjenesteytingen et geografisk nedslagsfelt som treffer de behovene, og de variasjonene i behov, som befolkningen i byen har. Men som diskutert i kapittel 2, så er dette ikke en rent «teknisk» oppgave, men også et uttrykk for politiske verdinormer og ulike oppfatninger av hva som er en rettferdig fordeling av de kommunale godene. Vi skal derfor til slutt i dette kapittelet illustrere hvordan en vektlegging på resultatlikhet versus formallikhet vil slå ut, og visuelt kommer til syne, i den typen figurer som vil bli hyppig brukt i resten av denne rapporten.

3.3 Fordelingskriterier og politiske målsetninger

I kapittel 2 drøftet vi ulike oppfatninger av hva en rettferdig fordeling kunne tenkes å innbære. Vi definerte en likebehandlingsrettferdighet ved at alle innbyggere i en målgruppe ble behandlet likt (og derfor uavhengig av faktisk forekomst av behov innen målgruppen), og at bydelene derfor blir tildelt midler basert på samme kronebeløp per innbygger i de tre hovedmålgruppene. Opp mot dette satte vi fordelingsrettferdighet, hvor poenget var at ressursene skulle tildeles bydelene i forhold til deres omfang av behovsgruppene. Vi drøftet videre innslaget av mål på kompensasjonsressurser i dagens kriteriesett, og konkluderte med at det er basert på (å muliggjøre) en moderat resultatlikhet i levekår – «moderat» fordi det ikke tas hensyn til en helt sentral levekårsvariabel, nemlig folks inntekt.

I dette avsnittet skal vi illustrere den ressursfordeling vi ville fått mellom bydelene om disse to prinsippene hadde vært gjennomført i sin ideelle form. Disse tenkte fordelingene vil så bli sammenliknet med den faktiske, basert på kriteriesettet og vektene benyttet for tildeling av ressurser for 1996. En viktig hensikt er også å introdusere leseren for den grafiske framstillingsteknikk og de mål på treffsikkerhet som benyttes i de senere analysene, hvor hvert funksjonsområde analyseres for seg.

En likebehandlingsrettferdighet har vi konstruert med følgende enklest mulige kriteriesystem:

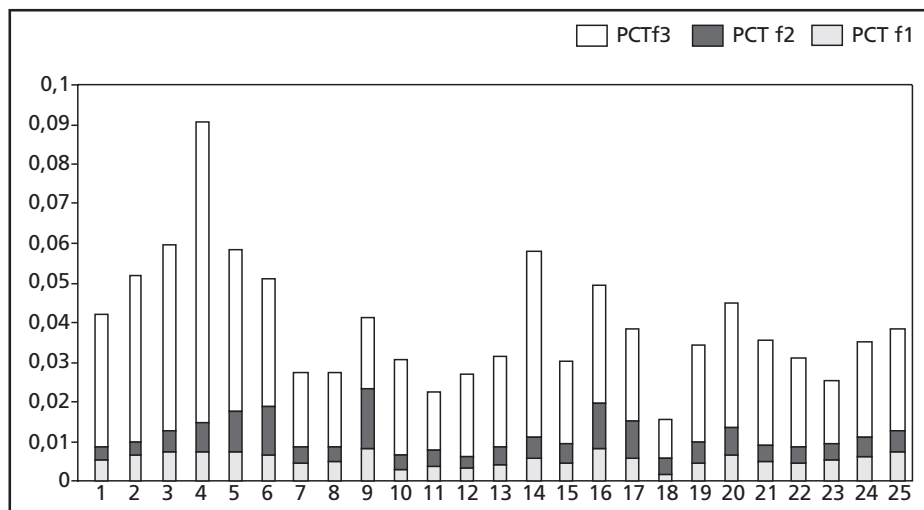
For hvert av de tre funksjonsområdene har vi tatt det faktisk totale budsjetterte beløp for 1996 og dividert med den relevante målgruppenes størrelse i hele

byen, henholdsvis alle innbyggere, antall personer 0–18 år («barn og unge») og for funksjonsområde 3, alle personer over 60 år («eldre og funksjonshemmede»). Av disse tre er det bare den siste som kanskje er noe vilkårlig. Vi har satt aldersgrensen til 60, fordi dette er rett under den gjennomsnittlige pensjoneringsalder – 61 år. Ut fra dette er så bydelens andel av de samlede tildelte ressursene beregnet ut fra likebehandlingsforutsetningen om at bydelens andel av ressursene skal være lik bydelens andel av målgruppen. I dette tilfellet er det altså kun bydelsbefolkningens antall og aldersstruktur som bestemmer bydelens budsjettramme, gitt den overordnede politiske prioriteringen av totalrammene for de tre funksjonsområdene. Den fordeling vi, under disse forutsetningene, får mellom bydelene er vist i figur 3.7. De ulike målgruppenes bidrag til bydelens samlede budsjett er angitt inne i søylene for hver bydel.

Vi kan legge merke til at, bortsett fra for Søndre Nordstrand og Furuset, er det først og fremst variasjonene i antallet eldre som står for variasjonen i inntekt mellom bydelene. Dette er en kombinert effekt av at bevilgningene under funksjonsområde 3 utgjør 71 prosent av de samlede ressursene (og at vi satte målgruppedefinisjonen relativt lavt, til 60 år. Hovedmønsteret endres likevel ikke særlig om vi hadde gått opp til for eksempel 70 år. Går vi vesentlig høyere opp i alderskutt vil vestkantbydelene favoriseres på bekostning av indre øst og de nye drabantbyene).

Denne fordelingen har sin relevans om en referanse for den videre framstillingen. Om vi skal illustrere det motsatte rettferdighetsprinsippet er vi, som diskutert i avsnitt 2.3.

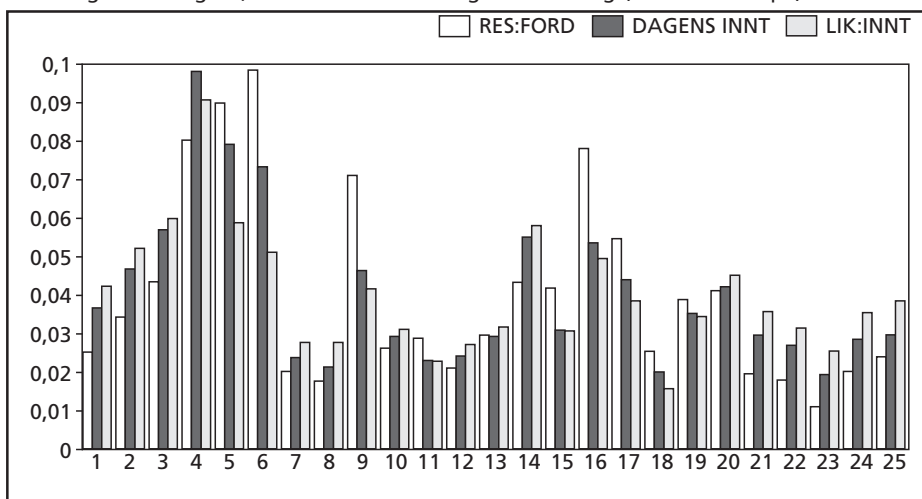
Figur 3.7 Likebehandlingsrettferdighet: Bydelenes budsjettramme for funksjonsområdene 1–3 målt i andel av de totalt tildelte midlene



avhengige av å benytte en empirisk bestemt behovsgruppe, bestående av personer hvis levekårsressurser er så små at de skal tilgodeses med kommunale tjenester. Et slikt perfekt mål er det svært vanskelig å finne. Derfor har vi, for illustrasjonens skyld, benyttet det samme målet som vi tidligere presenterte på omfanget av sosial marginalisering. Men, som vi husker er dette nesten perfekt korrelert med langt mer kompliserte levekårsindekser, så det må antas å ha svært høy validitet. Denne fordelingen er vist i figur 3.8, og sammenliknet med fordelingen fra figur 3. (likebehandlingsrettferdighet) og den faktiske ressursfordelingen som kriteriesystemet har utmålt:

Til tross for forskjeller som vi raskt skal kommentere, skal vi først legge merke til hvor like de tre fordelingsprofilene er. For alle bydeler unntatt en ligger dagens ressurstildeling mellom det bydelen ville fått ved likebehandling og det den ville fått ved en målsetting om maksimal levekårsutjevning. Dette er et meget interessant mønster, men før det kommenteres, skal vi «forstørre» effektene på de enkelte bydelene av effektene på deres budsjetter fra kriteriesystemet med en sterkere vekt på henholdsvis likebehandlingsrettferdighet og levekårsutjevning. Dette er gjort i figur 3.9, hvor vi ser på budsjettkonsekvensene for hver enkelt bydel, slik den kan beregnes ved å ta tildelt budsjetttramme ved resultatorientering minus tildelt budsjetttramme ved formell likebehandling. I figur 3.9 angir positive tall at bydelen vil tjene på resultatlikhet, negative at likebehandling vil være fordelaktig. Tallverdien viser endring i bydelens budsjett målt i prosent av samlet ressursmengde fordelt mellom alle bydeler. Vi skal her huske på at én prosent av den samlede ressursmengden utgjør nesten 50 millioner kroner.

Figur 3.8 En tenkt ressursfordeling mellom bydelene etter streng likebehandling og etter fordelingsrettferdighet, sammelignet med dagens fordeling (midterste stolpe)

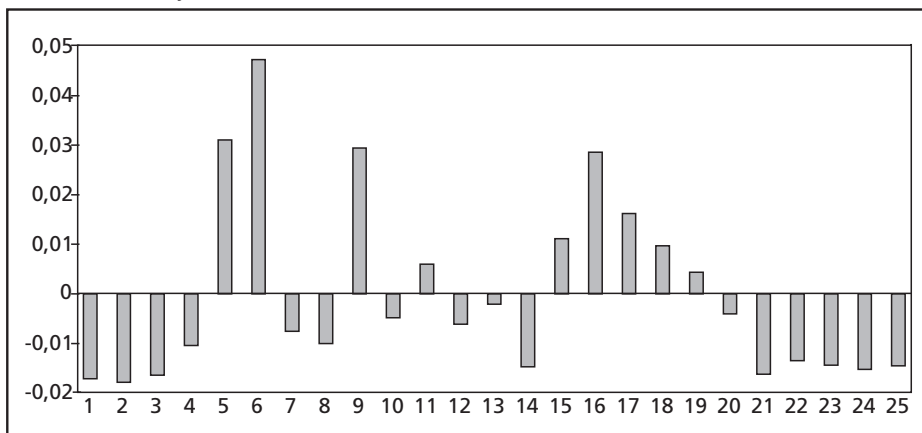


(Dette gjør at de relative endringene i bydelens inntekt er langt mer betydelige enn det inntrykk som gis, for eksempel vil tildelingen til Gamle Oslo nesten halveres, fra ni til fem prosent av samlet ressursmengde fordelt gjennom kriteriesystemet).

En sterkere resultatlikhetsorientering i kriteriesystemet vil øke inntektene i bydelene 5, 6, 9 og 16, mens bydene i indre vest, ytre nord og ytre vest vil, ikke særlig overraskende, tape. Ved formallikhet vil tap/vinning rimeligvis bli omvendt. En bydel får som nevnt faktisk mer midler idag enn noen av de to rettferdighetsprinsippene tilsier, mens for alle de andre ligger dagens fordeling et sted mellom de to rendyrkede rettferdige fordelingene.

I de kommende kapitlene vil vi hyppig benytte figurer som sammenlikner den geografiske fordelingen av budsjetter, levekårsproblemer og behovsgrupper. I de fleste tilfellene vil det visuelle bildet formidle klare mønstre. Men forskjellene mellom to eller flere slike fordelinger vil også bli sammenfattet ved hjelp av to statistiske mål. Det første er en såkalt dissimilaritetsindeks, som rett og slett forteller oss hvor mye av budsjettene eller behovsgruppen som må «bytte bydel» om to fordelinger skal bli identiske. (se Blom 1993 for oppbyggingen av denne dissimilaritets- eller også kalt, segregasjonsindeksen). Det andre målet på grad av likhet mellom to fordelinger er Pearsons r . Dette er et statistisk mål på samsvar som varierer mellom 0,0 (overhodet intet samsvar) til $\pm 1,0$ (perfekt samsvar). I tabell 3.2 presenterer vi disse statistiske målene for å sammenlikne de fordelingene som ble framstilt i figur 3.8.

Figur 3.9 «Gevinst og tap» ved anvendelse av de to teoretiske rettferdighetsprinsippene i forhold til dagens andel av tildelte ressursrer. Endring målt i andel av den totale budsjett-ramme for alle bydelene



Tabell 3.2 Statistiske opplysninger om graden av forskjell mellom dagens budsjettfordeling mellom bydelene, og de fordelingene som ville framkommet ved anvendelse av henholdsvis full resultatlikhet og full formallikhet

SAMMENLIKNING MELLOM:	Pearsons r	Dissim.index
Resultatlikhet og formallikhet	.68	.18
Resultatlikhet og dagens fordeling	.87	.12
Formallikhet og dagens fordeling	.93	.09

Her får vi formalisert det visuelle bildet av en betydelig grad av lik profil, enten ressursene fordeles etter likebehandling eller resultatlikhet. Dissimilaritetsindeksen forteller oss at 18 prosent av midlene vil måtte gå til en annen bydel dersom kriteriesystemet går fra det ene ekstreme rettferdighetsprinsippet til det andre. Vi kan også se at dagens fordeling ligger grovt sett midt mellom en resultatlikhet og en formallikhet. Selv om 18 prosent er mange penger, er dette likevel et noe overraskende lavt tall. Hvordan skal vi forstå dette?

For det første betyr det at bydeler med en ung befolkning i stor grad er de samme bydelene hvor de mest ressursvake gruppene bor, eller omvendt, at de eldre bor i bydeler med få levekårsproblemer. For det andre betyr det at alderstrukturen i en bydel et langt stykke på vei faktisk måler levekårsproblemer. For det tredje + betyr det at behovsgruppenes andel av målgruppene er svært like innen alle bydelene. For det fjerde betyr det at kriteriesystemet antakelig kan forenkles betraktelig ved bedre utnytting av data om deres befolknings aldersstruktur.

Den relativt lille forskjellen det blir i ressursfordeling mellom bydelene ved å gå fra det ene rettferdighetsprinsippet til det andre, betyr ikke at levekårs- og behovsforskjellene mellom bydelene er små. Tvert imot er de betydelige, også når vi vinklet beskrivelsen av befolkningen mer utfra et ståsted hvor behovsrelevante variabler ble sentrale. Det betyr at levekårsproblemer kan være sterkere knyttet til alder enn man får inntrykk av når den samme fordelingen av behov beskrives med variabler som folk flest forbinder med levekårsforskjeller, slik som inntekt og utdanning. Mønstrene støtter en antakelse om at tradisjonelle klasseforskjeller kan være i ferd med å erstattes av generasjons- og etnisk betingede levekårsforskjeller.

Men det store samsvaret kan også være en tilfældighet, fordi vi har operert på et høyt aggregatnivå: Analysene over er basert på den totale ressursmengden bydelene får gjennom de tre hovedfunksjonsområdene, og dermed altså basert på en sum fordelt etter tre uavhengige sett med kriterier og vektorer. Først når vi nå i de fire neste kapitlene går gjennom de enkelte funksjonsområdene, kan vi eventuelt utelukke at den gode treffsikkerheten på aggregert nivå ikke er framkommet ved at feilallokeringer på sektornivå kan ha nøytralisert hverandre.

Kapittel 4

Funksjonsområde 1

4.1 Innledning

Funksjonsområde 1, «Tiltak for hele befolkningen», består grovt sett av en helsedel og en sosialdel. Kommunen har gruppert funksjonsområde 1 i 3 programområder:

1. Behandlende helsearbeid
2. Forebyggende helsearbeid og
3. Sosialt arbeid¹

Det er boligtiltak og drift av sosialsentrene/kontorene som inngår i punkt 3 «sosialt arbeid» på funksjonsområde 1. Som nevnt tidligere er økonomisk sosialhjelp skilt ut som et eget rammeområde. Dette rammeområdet blir omtalt nærmere i neste kapittel.

Sosialtjenesten har hele befolkningen som målgruppe. Enhver skal ha et tilbud hvis behovet oppstår. Dette er ivaretatt ved at driften av sosialsentrene er lagt til funksjonsområde 1. Her ivaretas det kollektive godet, det vil si garantien for at det skal være mulig å gå et sted for å få hjelp – hvilket innebærer at det må finnes sosialsentre i bydelene. Samtidig har sosialtjenesten en relativt liten faktisk behovsgruppe, som blir ivaretatt av et eget rammeområde. Det kan følgelig argumenteres for at det er en logikk i at sosialtjenesten er delt på to områder, hvor det ene området skal ivareta den «kollektive forpliktelsen», mens det andre området skal tilfredsstille de faktiske individuelle behov.

Dette er likevel et annet prinsipp enn det som følges ellers i overføringen av midler til bydelene. Helsetjenestene på Funksjonsområde 1 er for eksempel ikke delt selv om man kunne argumentere for en tilsvarende deling der. Det samme gjelder funksjonsområde 3, hvor det heller ikke er skilt mellom utgifter til å etablere tilbudet og utgifter til faktisk bruk av tilbudet.

Et problem ved å benytte et slikt skille for de sosiale tjenestene, kan være at bydelene ikke får noe insitament til å vurdere utgiftene til bemanning og drift av

¹ Kommunens utgifter på funksjonsområde 1 gjelder drift/tilskudd til helsesentre, avtaleleger, fysioterapi, miljørettet helsevern, sosialsentre, hybelhus, vernehjem, bokollektiv og samfunnshus.

sosialsentrene mot utgifter til økonomisk sosialhjelp (Oslo kommune 1995a). Det blir stadig hevdet at økt bemanning på sosialsentrene vil gi reduserte utgifter til økonomisk sosialhjelp, fordi saksbehandlerne får økt kapasitet til å følge opp den enkelte (Gøteborgs Socialforvaltning 1986, Dagbladet 1996). Selv om hypotesen foreløpig bare har begrenset empirisk støtte i Norge (Nervik 1991), er det uansett rimelig å anta at det er en sammenheng mellom utgiftene til økonomisk sosialhjelp og utgiftene til bemanning av sosialsentrene.

I Oslo kan imidlertid sammenhengen få en helt spesiell karakter, fordi budsjetteringspraksisen er meget ulik på disse to områdene. På området «økonomisk sosialhjelp» skjer en meget stor del av tildelingen av midler ut fra forbruk foregående år.² På Funksjonsområde 1 skjer tildelingen nesten utelukkende gjennom kriteriesystemet, det vil si gjennom objektive kriterier som bydelene selv i liten grad kan påvirke. Det innebærer at når bydelene har valget mellom å bruke midler til stillinger på sosialsentrene og til økonomisk sosialhjelp, «lønner» det seg mest å bruke dette til økonomisk sosialhjelp, fordi slike utgifter blir i stor grad kompensert gjennom neste års budsjett. Dette kan føre til en suboptimal fordeling mellom utgifter til drift av sosialsentre og til økonomisk sosialhjelp (Oslo kommune 1995a).

Et annet problem er at når driften av sosialsentre skal inngå i Funksjonsområde 1, som også inneholder helsetjenester, vil det være vanskelig å konstruere *ett* kriteriesett som treffer befolkningens behov for tjenester på såpass forskjellige områder. I Oslo kommunes notat «Presentasjon av kriteriesystemet» (Oslo kommune 1993), argumenteres det imidlertid for at behovene for helsetjenester og sosiale tjenester ofte er sammenfallende. Det heter for eksempel på side 14:

Forskningsresultater viser at det er en klar sammenheng mellom lav utdanning og dårlig helse slik at lavutdannete grupper har dårligere helse enn de med høy utdanning. Tilsvarende sammenhenger gjelder også for de sosiale tjenestene. Høy andel av målgruppen med lav utdanning (manglende høyinntekt) medfører større press – behov for – sosiale tjenester.

På tilsvarende måte argumenteres det når det gjelder fremmedkulturelle innvandrere:

Innvandrere fra den tredje verden representerer en spesiell utfordring for helse- og sosialtjenesten, noe som har sammenheng med flere faktorer. Innvandrere lever ofte under vanskelige økonomiske og sosiale forhold som i seg selv kan virke sykdomsframkallende eller medfører økt behov for sosiale tjenester.

² Budsjettfordelingen av økonomisk sosialhjelp foregår etter en metode der bydelene får tildelt 60 prosent av neste års ramme gjennom kriteriesystemet, og 40 prosent gjennom regnskap-sandelen fra forrige år.

Det er mulig at det langt på vei vil være de samme gruppene som etterspør sosiale tjenester og helsetjenester. Det er for eksempel forskningsbelegg for å hevde at lav utdanning både samvarierer med helseproblemer (Dahl 1994) og med økonomiske problemer (Clausen 1996, Huserbråten 1996). Det er imidlertid også indikasjoner på at det ikke er spesielt stort sammenfall mellom behovet for helsetjenester og behovet for sosiale tjenester. For eksempel har kvinner helseplager i større grad enn menn (Hagen, Djuve og Vogt 1994 s. 141), samtidig som menn i større grad er sosialklienter enn kvinner i følge Statistisk Årbok for Oslo 1995, tabell 9.7 (Oslo kommune 1995b). Dette kan innebære at variabler (kriterier) som kan være gode indikatorer på for eksempel helsebehov er «omvendte» indikatorer på behovet for sosiale tjenester.

Det er med andre ord et empirisk spørsmål om det er meningsfullt å operere med ett sett kriterier på disse to områdene, og behovet for helsetjenester og sosiale tjenester vil bli analysert hver for seg i det følgende. En annen begrunnelse for en slik deling av analysen, er at den også vil gjøre det mulig å sammenligne faktorer som påvirker behovene på sosialdelen av funksjonsområde I med faktorer som påvirker behovet for økonomisk sosialhjelp.

Vi vil derfor presentere to sett med avhengige og uavhengige variabler i det følgende, ett sett for helsetjenester og ett sett for sosiale tjenester. Kulturtiltak, inkludert samfunnshus, er også en del av funksjonsområde 1, men dette utgjør bare om lag to prosent av utgiftene på dette området. Vi kommer derfor til å se bort fra dette når vi i det følgende skal forsøke å identifisere relevante avhengige og uavhengige variabler på funksjonsområde I. Først vil vi presentere en oversikt over nivå og fordeling av kommunens utgifter på Funksjonsområde 1.

4.2 Utgifter til helse- og sosialtjenester i Oslo.

4.2.1 Nivå

I alt er det budsjettert med 561,7 millioner kroner på funksjonsområde I for 1996, noe som utgjør om lag ti prosent av det totale budsjettet som fordeles til bydelene.

Netto driftsutgifter til Funksjonsområde 1 var 599 millioner kroner i 1995. Fordelingen på de enkelte tjenestemåtene er vist i tabell 4.1:

Drift av sosialsentrene er den klart tyngste enkeltposten på Funksjonsområde 1, med 54 prosent av budsjettet. Denne budsjettposten inkluderer kostnader til drift, det vil si husleie, bemanning og så videre, men ikke kostnader til økonomisk sosialhjelp. Sosialtjenestene (sosialkontortjenester og boligtiltak) utgjør om lag 65 prosent av budsjettet på funksjonsområde 1. Helsetjenestene utgjør samlet om lag 35 prosent av budsjettet.

4.2.2 Fordelingskriterier

Kriteriesettet for fordeling av midler til funksjonsområde I er per i dag:

Kriterier:	Vekt:
Andel av total befolkning	0,27
Andel ikke gifte menn 20-49 år	0,20
Lavutdanningsrate x andel personer 20-49 år	0,29
Andel enslige forsørgere	0,08
Andel personer uten fast bopel	0,08
Andel fremmedkulturelle innvandrere	0,02
Andel uføre	0,02
Andel arbeidsplasser	0,04

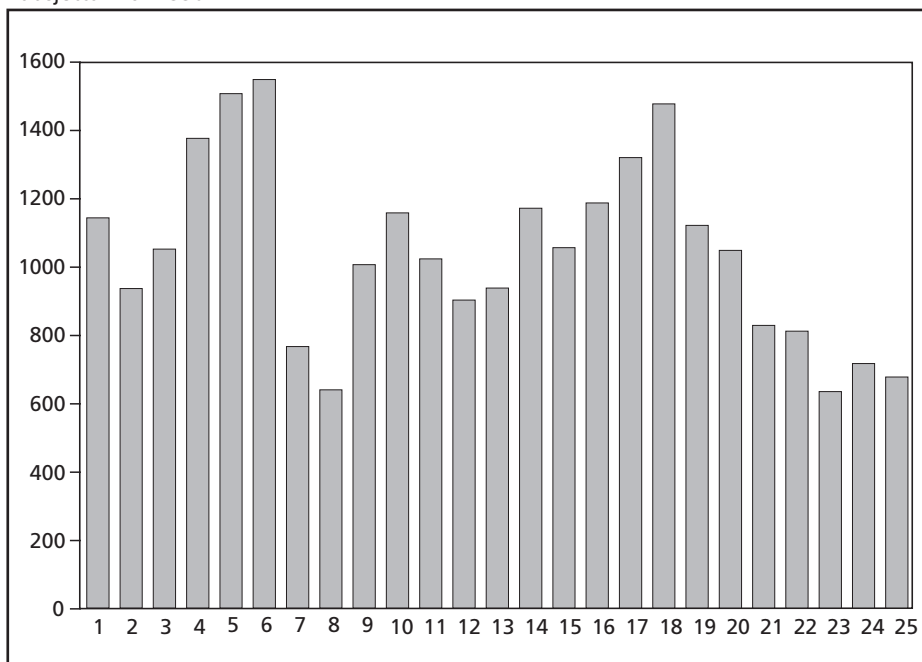
Vektene kan tolkes som hvor stor andel av midlene som fordeles etter de aktuelle kriteriene. Vekten av kriteriet «Andel av total befolkning» er 0,27. Det innebærer at 27 prosent av midlene på funksjonsområde 1 fordeles etter befolkningsstørrelsen i bydelene. Den bydelsevisе fordelingen av midler på funksjonsområde 1 er vist i figur 4.1.

Det er temmelig store variasjoner i hvor mye bydelene får per innbygger på funksjonsområde 1. Bydelene i indre by øst (4. Sagene-Torshov, 5. Sofienberg-Grünerløkka og 6. Gamle Oslo) og bydelene øverst i Groruddalen (17. Stovner og 18. Romsås) får mest per innbygger. Disse bydelene får omtrent dobbelt så mye per innbygger som bydelene i ytre vest (23. Vindern, 24. Røa og 25. Ullern). Også bydelene 7. Ekeberg-Bekkelaget og 8. Nordstrand ligger lavt sammenlignet med andre bydeler.

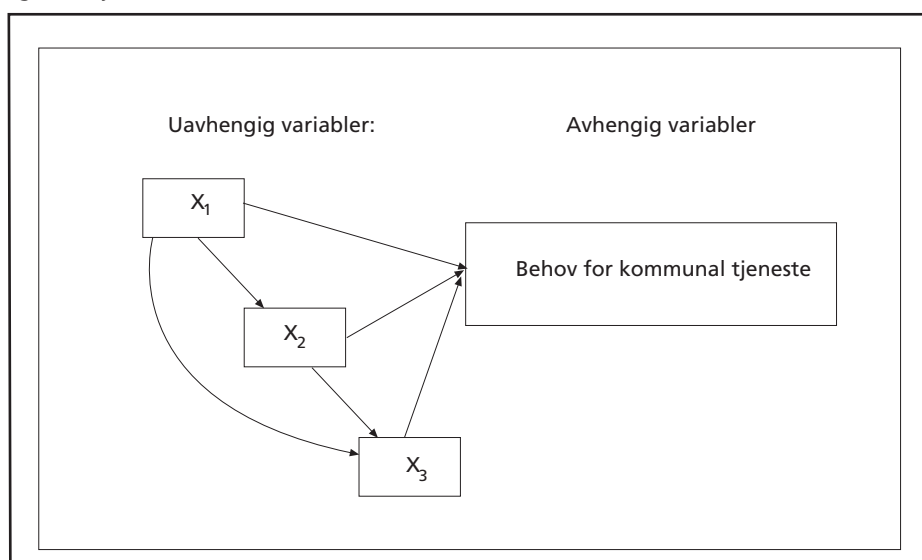
Tabell 4.1 Netto driftsutgifter på Funksjonsområde 1 fordelt på tjenesteområde. Millioner kroner, og prosent. 1995

	Mill. kr.	Prosent
Helsesentre	69,4	11,6
Miljørettet helsevern	11,6	1,9
Avtaleleger/fysioterapitjenester	119,5	19,9
Sosialkontortjeneste	323,9	54,0
Hybelpris, vernehjem m.m.	56,8	9,5
Kulturtiltak	18,2	3,0
Sum	599,4	100,0

Figur 4.1 Fordelingen av midler til funksjonsområde 1 på bydel, målt i kroner per innbygger. Budsjettall for 1996



Figur 4.2 En skjematisk framstilling av forklaringsmodellen for behov for kommunale helse- og sosialtjenester



4.3 Hvordan måle «behovet» for helse- og sosialtjenester?

I det følgende vil vi forsøke å identifisere de avhengige variablene som best uttrykker befolkningens «behov» for helse- og sosialtjenester, og deretter hvilke uavhengige variabler som best forklarer variasjonene i dette behovet. Skjematisk kan dette framstilles som i figur 4.2.

X_1 , X_2 og X_3 representerer uavhengige variabler («prediktor-variabler») som antas å ha en effekt på behovet for kommunale tjenester som for eksempel helse-tjenester. Kriteriene i kriteriesystemet i dag kan være eksempler på slike uavhengige variabler. I kriteriesystemet antar man for eksempel at personer i aldersgruppen 20-49 år i større grad har behov for helse- og sosialtjenester enn andre grupper. Fremmedkulturelle innvandrere kan være et annet eksempel.

Det er også tegnet inn piler mellom de uavhengige variablene i figur 4.2. Dette symboliserer at det kan være *samvariasjon* mellom de uavhengige variablene. Slik samvariasjon er av vesentlig betydning, og er i liten grad tatt hensyn til i kriteriesystemet slik det er utformet i dag. La oss for eksempel anta at X_1 er personer i aldersgruppen 20-49 år, og X_2 er fremmedkulturelle innvandrere. Høyst sannsynlig vil det være samvariasjon mellom disse variablene; det er relativt flere i innvandrerbefolkningen som er i aldersgruppen 20-49 år enn i den norske befolkningen.

Dersom man bare ser på de bivariate sammenhengene hver for seg, det vil si dersom man studerer sammenhengen mellom det å være innvandrer og ha behov for helse- og sosiale tjenester, og det å være i aldersgruppen 20-49 år og ha behov for helse- og sosiale tjenester, vil man lett gjøre en «dobbelttellingsfeil» når man oversetter dette til indeksverdier eller vektorer i et kriteriesystem. En bydel vil få midler til helse- og sosialtjenester etter hvor mange fremmedkulturelle innvandrere den har og etter hvor mange personer i aldersgruppen 20-49 år den har, uten å ta hensyn til at det nettopp vil være mange i aldersgruppen 20-49 år som er fremmedkulturelle innvandrere.

En bedre illustrasjon av dette problemet kan hentes fra kriteriene til økonomisk sosialhjelp. En bydel vil få midler til økonomisk sosialhjelp etter hvor mange fremmedkulturelle flyktninger den har og etter hvor mange personer med lav inntekt den har, uten å ta hensyn til at det nettopp vil være mange av de fremmedkulturelle flyktningene som har lav inntekt. Når man kompenserer for lav inntekt, så

eliminerer man samtidig noe av levekårsulempen ved å være fremmedkulturell flyktning.³

Det er med andre ord svært viktig å kontrollere for andre uavhengige variabler når sammenhengen mellom en uavhengig variabel og behovet for helse- og sosialtjenester skal estimeres. Dahl (1994) peker på at dette har vært en svakhet i svært mange norske undersøkelser av ulikheter i helse. Ofte er disse undersøkelsene basert på enkle bivariate og trivariate analyser, uten tilstrekkelig kontroll for andre uavhengige variabler. Men i og med at det ofte er samvariasjon (korrelasjon) mellom ulike sosio-økonomiske variabler, er det nødvendig å estimere betydningen av en uavhengig variabel *kontrollert* for andre uavhengige variabler som samvarierer med den aktuelle uavhengige variabelen og med den avhengige variabelen. For å beregne slike kontrollerte effekter, må man benytte en multivariat analyseteknikk. Teknikken som benyttes i det følgende er logistisk regresjon. Denne teknikken er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

4.3.1 Data

I analysene av behov for helsetjenester og sosiale tjenester benytter vi data fra Fafos levekårsundersøkelse i Oslo (Hagen, Djuve og Vogt 1994). Denne undersøkelsen inneholder en rekke opplysninger om levekår, helse, inntekt og så videre i 1992 for et representativt utvalg av Oslos befolkning over 15 år. Opplysningene ble samlet inn gjennom telefonintervjuer med i alt 3132 personer.

Et avgjørende spørsmål ved bruk av slike intervjudata til å evaluere kriteriesystemet, er om folks egne opplysninger om blant annet helse er valide. I analysene av behov for helsetjenester og sosiale tjenester, er spørsmålet om validitet ikke nødvendigvis et spørsmål om de som sier de har et helseproblem faktisk også har det i «virkeligheten». Her er validitetsspørsmålet i vel så stor grad et spørsmål om folk svarer sant om sin kontakt med lege eller sosialkontor.

Tidligere undersøkelser viser at egenrapportert helse samsvarer ganske godt med medisinske diagnoser (Dahl 1994). Trolig vil det være enda mindre validitetsproblemer knyttet til egenrapportert kontakt med helsevesenet, muligens bortsett fra for mentale lidelser. Det kan tenkes at en del ikke opplyser om kontakt med psykolog/psykiater fordi det nok fremdeles er noe mer stigmatiserende å ha psykiske lidelser enn fysiske lidelser. For at slik underrapportering skal føre til estimerings-skjevheter, det vil si at effektene av de uavhengige variablene i analysen blir over-

³ Dette er et generelt problem i mye av levekårsforskningen (Ringén 1995). Grunnen er sannsynligvis at man ofte tolker korrelasjoner mellom levekårsindikatorer som fanger opp en og samme ulempe som hopning. Sæbø og Øverbye (1994) betrakter for eksempel inntekt over «fattigdomsgrensen» og egenskapen «sjelden eller aldri i økonomiske vansker» som to forskjellige indikatorer på levekår. Det synes nokså klart at dette er to mål på økonomiske ressurser som i stor grad er overlappende.

eller underestimert, må i tillegg underrapporteringen variere systematisk mellom grupper. Det er svært få som oppgir at de har vært i kontakt med psykolog eller psykiater i levekårsundersøkelsen i Oslo. Det kan tenkes at det er betydelig underrapportering av slik kontakt, og det kan ikke utelukkes at denne underrapporteringen er skjev.

Vi forutsetter at opplysningene om kontakt med allmennlege er valide uttrykk for folks faktiske kontakt, når vi ser bort fra tilfeldige feil som hukommelsessvikt og så videre. Vi går også ut fra at den rapporterte kontakten med andre deler av helsetjenestene er et valid uttrykk for faktisk kontakt, med et lite forbehold om at kontakt med psykolog/psykiater kan være underrapportert.

Det er åpenbart større problemer knyttet til validiteten i egenrapportert kontakt med kommunale sosialtjenester. Her er det større grunn til å forvente underrapportering, på grunn av at det for mange vil oppfattes som stigmatiserende å benytte seg av slike tjenester. Hagen, Djuve og Vogt (1994 s. 314) finner også at sosialklienter er underrepresentert i utvalget i levekårsundersøkelsen i Oslo, og i større grad enn andre grupper. Men igjen er det viktigste spørsmålet om underrepresentasjonen varierer systematisk mellom grupper av sosialklienter.

I utgangspunktet kan det være grunn til å forvente en slik systematisk variasjon. Det er antakelig mer akseptert for enslige forsørgere med overgangsstønad å motta sosialhjelp enn for personer med arbeidsinntekt. Det er antakelig også lettere å oppgi at man har vært i kontakt med sosialkontor dersom dette er vanlig i nærmiljøet. I indre øst er dette langt vanligere enn i andre deler av byen. Det burde innebære at underrapporteringen skulle være mindre for grupper som er overrepresentert i indre øst, som for eksempel fremmedkulturelle innvandrere. Det er imidlertid indikasjoner på at underrapporteringen er i samme størrelsesorden blant innvandrerne i utvalget som blant de norske respondentene (Oslo-Speilet 1994; 1995).

Det er uansett problemer knyttet til validiteten på spørsmål om man har vært i kontakt med sosialtjenesten. Det innebærer at man bør undersøke om underrapporteringen er skjev før man eventuelt benytter slike opplysninger til analyseformål.

4.4 Analyse av helsedelen på Funksjonsområde 1.

4.4.1 Avhengige variabler

Det er en rekke helsevariabler i levekårsundersøkelsen som kan benyttes som avhengige variabler i en analyse av «behovet» for helsetjenester. For eksempel er det spurt om folk har varige helseproblemer eller sykdom, om de har vært i kontakt med helsevesenet, hva slags helsetjenester de har benyttet, om de har oppsøkt

helsesentre/stasjoner eller legevakt, og om de har vært innlagt på sykehus. Det er dessuten også spurt om funksjonsdyktighet, det vil si spørsmål om man kan utføre ulike gjøremål. Funksjonsdyktighet vil i mange sammenhenger henge nært sammen med helsetilstanden.

I valget av avhengig variabel for å studere variasjoner i behov for eller etterspørsel etter kommunale helsetjenester, er det viktig å huske at den kommunale helsetjenesten på funksjonsområde 1 først og fremst er primærhelsetjeneste. Det innebærer for eksempel at langvarige helseproblemer eller sykdommer ikke i seg selv vil være noe godt mål på behovet for kommunale helsetjenester på dette funksjonsområdet. Vi har valgt to mål på behov for helsetjenester fra Fafos levekårsundersøkelse i Oslo: 1) Kontakt med helsetjeneste, og 2) Kontakt med allmennpraktiserende lege.⁴

Tabell 4.1 Svarfordeling på spørsmålet om hvor mange ganger i løpet av de siste 4 uker man har hatt kontakt med helsevesenet.

	Antall	Prosent
Hatt telefonkonsultasjon med lege	356	11,4
Vært hos eller hatt besøk av allmennpraktiserende lege	569	18,2
Vært hos bedriftslege	105	3,3
Hatt besøk av/vært hos spesialist	236	7,5
Vært hos lege på sykehus/poliklinikk	205	6,6
Vært hos psykolog/psykiater	51	1,6
Hatt besøk av sykepleier	25	0,8
Vært til røntgenundersøkelse	163	5,2
Vært til laboratorieundersøkelse	161	5,1
Vært hos kiropraktor	50	1,6
Vært hos homøopat	35	1,2
Vært hos annet helsepersonell, spesifiser:	164	5,2
Totalt antall personer	3132	

⁴ Varig funksjonssvekkelse eller sykdom er et mye brukt mål på helse. Dette er ikke benyttet her, fordi dette normalt ikke vil være den typen helseplager som dekkes gjennom helsetjenestene på funksjonsområde 1. Pleietrengende eldre dekkes av funksjonsområde 3, og funksjonshemmede barn og ungdom er ivaretatt gjennom et eget funksjonsområde.

Kontakt med helsetjeneste:

Variabelen «Kontaktet helsetjeneste» er basert på spørsmål 96 i levekårsundersøkelsen i Oslo (Hagen, Djuve og Vogt 1994):

Vi vil gjerne få en oversikt over dine kontakter med helsevesenet i løpet av de siste 4 uker på grunn av egen sykdom skade eller lidelse. Jeg skal nå lese opp en del ulike typer kontakter og vil at du skal angi hvor mange ganger du har vært i kontakt med de forskjellige. Altså, hvor mange ganger i løpet av de siste 4 uker har du ...

Det er konstruert en avhengig variabel «H-besøk» der de som svarer at de har vært i kontakt med helsevesenet i en eller annen forstand i løpet av de siste fire ukene er gitt verdi 1, og de som ikke har vært i kontakt med helsevesenet har fått verdi 0. Frekvensfordelingen er vist i tabell 4.2.

Antallet med verdi 1 på H-besøk blir ikke det samme som summen av tallene i tabell 4.1. Grunnen er at det er flere som har vært i kontakt med mer enn én av de nevnte representantene for helsevesenet.

Kontakt med allmennpraktiserende lege

Et av spørsmålene som er gjengitt i tabell 4.1 er om man har «vært hos eller hatt besøk av allmennpraktiserende lege». Det er konstruert en variabel «Allmennlege» der de som har vært hos, eller hatt besøk av allmennlege i løpet av de siste fire ukene får verdi 1, mens de resterende får verdi 0. Det gir følgende fordeling:

Tabell 4.2 Frekvensfordeling «H-besøk»

		Antall	Prosent
Ja	1	1121	35,8
Nei	0	2010	64,2
Sum		3132	100,0

Tabell 4.3 Frekvensfordeling «Allmennlege»

		Antall	Prosent
Ja	1	569	18,2
Nei	0	2563	81,8
Sum		3132	100,0

4.4.2 Uavhengige variabler

Valget av uavhengige variabler som skal inngå i analysen er styrt av to prinsipper. For det første må vi inkludere variabler som benyttes i dagens kriteriesett på området. Det innebærer at vi må ha med variabler som «Enslig forsørger» «Fremmedkulturell innvandrere» og så videre. For det andre bør vi også inkludere variabler som tidligere undersøkelser har vist har betydning for variasjoner i helse. Ved å inkludere disse to gruppene av variabler i en og samme analyse, kan vi både å teste hvor gode dagens kriterier er og identifisere andre variabler av betydning som eventuelt kan tas inn i kriteriesystemet i framtiden.

«Andel av befolkning» og «andel arbeidsplasser» inngår som kriterier i dagens system. Dette er faktorer som ikke kan uttrykkes som variabler på individnivå, og vil derfor ikke inngå som variabler i analysene av sammenhenger på individnivå.⁵ Andel uten fast bopel er også utelatt, fordi vi ikke har data om disse. Ansvar for personer uten fast bopel er fordelt på bydelene etter fødselsdato. Det innebærer at behovet disse representerer vil variere lite mellom bydelene. Dette innebærer imidlertid også at våre beregninger av fordelingen av behovet for helse- og sosialtjenester ikke tar hensyn til fordelingen av arbeidsplasser og fordelingen av personer uten fast bopel.

Det finnes en meget omfattende internasjonal og nasjonal forskningslitteratur om helseforskjeller mellom ulike grupper i befolkningen (Dahl 1994, Øverås 1995). Det er påvist at helseforskjeller varierer systematisk mellom variabler som kjønn, yrkesgrupper, inntekt og utdanning og nasjonalitet (Dahl 1994).

Dahl (1994) finner at yrkesklasse er den mest utslagsgivende variabelen i en multivariat analyse av variasjoner i langvarige somatiske sykdommer. Ufaglærte arbeidere er mest syke, høyere funksjonærer er minst syke. I tillegg finner han at kjønn, inntekt og alder også påvirker sjansen for å ha slike lidelser. Kvinner er mer syke enn menn, folk med lav inntekt er mer syke enn folk med høy inntekt, og sjansen for å være syke øker med økende alder. Tilsvarende modeller med nervøse lidelser som avhengig variabel, viser at kvinner har slike lidelser i større grad enn menn, og at ufaglærte arbeidere igjen er den gruppen som er mest utsatt. Lav inntekt øker også sjansen for å ha nervøse lidelser.

Huserbråten (1996) finner at sosialhjelpsmottakere og langtidsledige har flere helseproblemer enn andre. Hun finner også at enslige, og særlig enslige forsørgere, oftere har helseproblemer enn folk som lever i parforhold. Dette gjelder uansett om man måler helse i form av langvarig sykdom, muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser eller nedsatt funksjonsevne. Også mellom menn og kvinner og mellom aldersgrupper er det slike konsistente mønstre. Det er større andel kvinner enn menn

⁵ Kriteriet «andel av befolkningen» vil imidlertid fanges opp av konstantleddet i regresjonsanalysen, noe som er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

som har de nevnte helseproblemene, og andelen med plager øker med økende alder både for menn og kvinner. I en analyse av helseproblemer blant kvinner, finner Dahl (1994) at skilte kvinner har signifikant oftere helseproblemer enn gifte kvinner. Han finner imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom gifte og ugifte. Sammenholder man undersøkelsen til Dahl (1994) og Huserbråten (1996), er det ikke mulig å avgjøre om helseproblemet til enslige forsørgere kan «forklares» ved at de er skilte, eller om det er omvendt; at de skilte kvinnes helseproblemer «skyldes» at de for en stor del er enslige forsørgere. Bare gjennom å ta inn både enslige forsørgere og skilte i samme multivariate analyse kan man avgjøre hvilken av de to variablene som er (mest) utslagsgivende.

Dahl (1994) finner ingen selvstendig effekt av utdanning på langvarige somatiske lidelser etter kontroll for kjønn, alder, yrkesklasse og inntekt. Som nevnt finner han at yrkesklasse er den mest utslagsgivende variabelen, og at denne nærmest per definisjon er korrelert med utdanning. Han finner da også en klar bivariat sammenheng mellom utdanning og helse. Vi har ikke data for yrke på respondentene i levekårsundersøkelsen i Oslo, men vi antar at utdanning vil fange opp en del av effekten av yrke.

På bakgrunn av dagens kriterier og foreliggende kunnskap om forhold som samvarierer med helseproblemer, vil følgende uavhengige variabler bli benyttet i de etterfølgende analysene:

Enslige forsørgere:

Personer som ikke er gift eller samboende, og som samtidig har barn som er 16 år eller yngre, har verdi 1. Resten har verdi 0.

Enslig mann 20-49 år:

Menn som ikke er gift eller samboende og i aldersgruppen 20-49 år har verdi 1. Resten har verdi 0.

Fremmedkulturell innvandrere:

Personer av tamilsk, pakistansk eller chilensk opprinnelse som definerer seg selv som tamil, pakistaner eller chilener har verdi 1, resten har verdi 0.⁶

Skilt:

De som har sivil status som «Fraskilt/separert» har verdi 1, resten har verdi 0.

Skilt kvinne:

Kvinner som er fraskilt eller separerte har verdi 1, resten har verdi 0.

⁶ Det er bare disse tre innvandrerguppene som er representert i levekårsundersøkelsen i Oslo.

Overgangsstønad:

Personer med overgangsstønad som viktigste eller nest viktigste inntektskilde i 1992 har verdi 1, resten har verdi 0.

20-49 år m/lav utdanning:

Personer som er i aldersgruppen 20-49 år og som bare har niårig grunnskole eller lavere utdanning har verdi 1, resten har verdi 0.

Kjønn:

Kvinner har verdi 1, menn har verdi 0.

Arbeidsledig:

De som svarer at de var arbeidsledige i 1992 har verdi 1, resten får verdi 0.

Uføretrygdet:

De som var uførepensjonister/trygdede i 1992 har verdi 1, resten har verdi 0.

Lav utdanning:

De som bare har niårig grunnskole eller mindre utdanning har verdi 1. De med mer enn grunnskoleutdanning får verdi 0.

Lav husholdsinntekt:

De som har en husholdsinntekt på 150 000 kr eller mindre får verdi 1, de som har husholdsinntekt på mer enn 150 000 kr får verdi 0.⁷

Brutto inntekt:

Brutto inntekt målt i tusen kroner i 1992 (inkludert pensjon, trygd, sosialhjelp).

Alder:

Alder i 1992, beregnet etter oppgitt fødselsår.

4.4.3 Analyse

I det følgende vil vi undersøke hvordan ulike uavhengige variabler påvirker sannsynligheten for å ha verdi 1 på henholdsvis variablene H-besøk og Allmennlege. Først

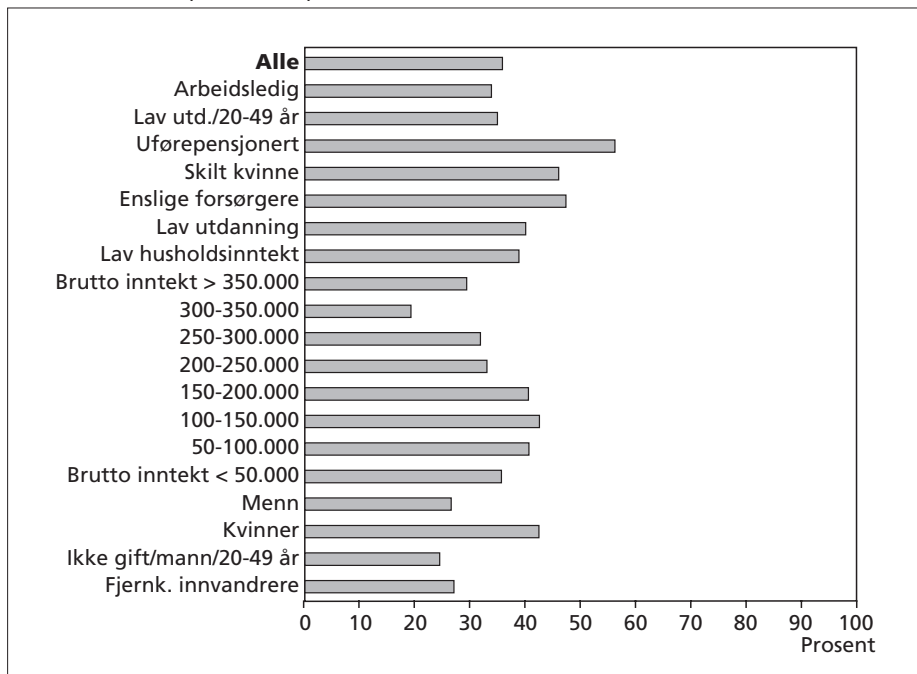
⁷ Husholdsinntekt er definert som husholdningens brutto inntekt delt på antall forbrukenheter (personer) i husholdningen. Personene er vektet slik at den første voksne i husholdningen teller 1 og påfølgende voksne teller hver 0,7. Hvert barn teller 0,5.

presenteres de bivariate sammenhengene mellom uavhengige og avhengige variabler i figur 4.3.

Mønsteret i fordelingene i figurene 4.3 og 4.4 er svært sammenfallende. Uførepensjonister er mest i kontakt med allmennpraktiserende lege og mest i kontakt med helsetjenestene totalt i følge figur 4.3 og 4.4. Videre er kvinner mer i kontakt med helsepersonell enn menn og folk med lav inntekt mer enn folk med høy inntekt. Også enslige forsørgere og folk med lav utdanning er mer i kontakt med helsepersonell enn andre grupper er.

I den grad det er forskjeller i fordelingene, ser det ut til å være noe mindre variasjon i andelene som har oppsøkt allmennlege enn i andelene som har oppsøkt andre former for behandling. I og med at mønsteret likevel er så konsistent, spiller det antakelig nokså liten rolle hvilket av disse to målene på helseproblemer som benyttes som avhengig variabel. Fordelen med å benytte Allmennlege er at denne variabelen trolig er mest valid som uttrykk for den helsetjenesten kommunen har ansvaret for å yte. Fordelen med å benytte H-besøk er at det er langt flere som får har positiv verdi på denne variabelen, og følgelig vil den sannsynligvis være bedre egnet som en avhengig variabel i en multivariat statistisk analyse.

Figur 4.3 Andeler med ulike kjennetegn som har vært i kontakt med helseapparatet i løpet av de siste 4 uker (H-besøk =1).



4.4.4 Multivariat analyse

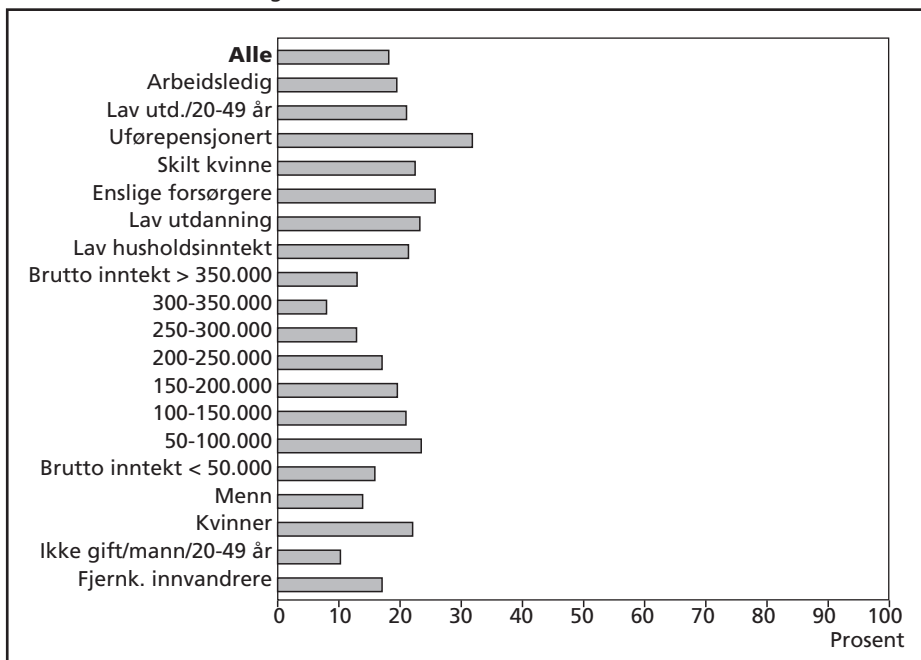
Fordi formålet med analysene er å oversette de uavhengige variablene som gir signifikante bidrag til «kriterier» og effektene av disse variablene til «vekker», så er vi nødt til å gjøre de multivariate analysene i to faser. I første fase benytter vi flere regresjonsmodeller til å identifisere de variablene som gir signifikante bidrag til variasjonen i de avhengige variablene. I andre fase velger vi den avhengige variabelen som synes å være mest valid for behovet for den tjenesten kommunen skal yte, og de uavhengige variablene som har gitt signifikante bidrag til variasjonen i den avhengige variabelen. For å estimere effektene av de uavhengige variablene benyttes en ny modell, der bare de utvalgte uavhengige variablene inngår i analysen.

Fase 1: Logistisk regresjon med alle uavhengige variabler

I tabell 4.4 presenteres tre modeller for hver av de avhengige variablene H-besøk og Allmennlege. I modellen H1, H2, H3 er H-besøk avhengig variabel, i modellene A1, A2, A3 er Allmennlege avhengig variabel.

I modell H1 og A1 er alle potensielt relevante uavhengige variabler lagt inn samtidig. I modell H2 og A2 er det valgt en trinnvis prosedyre («forward stepwise selection»), der statistikkprogrammet (SPSS) velger ut de variablene som bidrar signifikant på fem prosents nivå. Vi lar med andre ord statistikkprogrammet velge den

Figur 4.4 Andeler med ulike kjennetegn som har vært i kontakt med allmennlege i løpet av de siste 4 uker (Allmennlege=1).



«beste» modellen. I modell H3 og A3 er tilsvarende prosedyre valgt, men her er signifikansnivået ti prosent.

Analysen viser at det er ganske stor overensstemmelse mellom modell H1 og modell A1 når det gjelder hvilke variabler som er utslagsgivende, og i hvilken retning de påvirker variasjonen i den avhengige variabelen. Det er signifikante positive effekter av Enslig forsørger, Kjønn, Uføretrygdet og Alder, og signifikante negative effekter av Ugift mann 20-49 år, i begge modeller. Det betyr at enslige forsørgere, kvinner, uføre og eldre er oftere i kontakt helsetjenestene enn andre, og at ugifte menn i aldersgruppen 20-49 år er sjeldnere i kontakt med helsetjenestene enn andre.

Tabell 4.4 Logistisk regresjon for variasjon i sannsynligheten for å ha oppsøkt helsetjenester (H-besøk) og Allmennlege. B-koeffisienter

	Avhengig variabel					
	H-besøk			Allmennlege		
Uavhengige variabler:	Modell H1	Modell H2	Modell H3	Modell A1	Modell A2	Modell A3
Enslig forsørger	0,4209**		0,3197*	0,4026*		
Ugift mann 20-49 år	-0,2949**		-0,2921**	-0,4284**	-0,3948**	-0,4039**
Fremmedkulturell innvander	-0,3177*		-0,2951*	-0,1314		
Skilt kvinne	-0,1684			-0,2690		
Overgangsstønad	-0,3837			-0,1260		
20-49 år m/lav utdanning	0,0072			0,0211		
Kjønn (kvinne = 1)	0,3969***	0,5518***	0,3804***	0,3468***	0,3668***	0,3582***
Arbeidsledig	0,1203			0,2882		
Uføretrygdet	0,6487**	0,6976***	0,6347***	0,4492*		0,4270*
Lav husholdsinntekt	-0,0353			0,2202*	0,2569**	0,2382**
Lav utdanning	0,0622			0,2917*	0,3294***	0,2982**
Alder	0,0075***	0,0081***	0,0072***	0,0055*	0,0055**	0,0048*
Brutto inntekt	-0,0008*		-0,0008**	-0,0002		
Konstant	-0,5394***	-1,2377***	-0,9156***	-2,0793***	-2,1078***	-2,0741***
-2 Log likelihood.	3452,7	3468,1	3455,0	2471,1	2479,3	2476,1
Signifikans	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*** signifikant på 1prosent nivå ** signifikant på 5 prosent nivå * signifikant på 10 prosent nivå

Når H-besøk benyttes som avhengig variabel er det i tillegg en signifikant negativ effekt av Fremmedkulturell innvandrer og av Brutto inntekt. Når Allmennlege benyttes som avhengig variabel, er det signifikante positive effekter av Lav husholdsinntekt og Lav utdanning.

Et påfallende trekk i modellene som er presentert i tabell 4.4, er hvor få av de uavhengige variablene som kommer med når en benytter den trinnvise prosedyren med fem prosents signifikansnivå som inntakskriterium. Når H-besøk benyttes som avhengig variabel, er det bare Kjønn, Uføretrygdet og Alder som bidrar. Når Allmennlege benyttes er det Ugift mann 20-49 år, Kjønn, Alder, Lav inntekt og Lav utdanning. Når ti prosent signifikansnivå benyttes bidrar stort sett de samme variablene som i modell H1 og A1.

Analysene viser ingen tendenser til at innvandrerbefolkningen er hyppigere i kontakt med helsetjenesten enn den norske befolkningen, snarere tvert i mot. Når H-besøk benyttes som avhengig variabel, viser det seg at fremmedkulturelle innvandrere er sjeldnere i kontakt med helsevesenet enn nordmenn. Det er følgelig ikke grunnlag for å benytte antall fremmedkulturelle innvandrere som et positivt kriterium i fordelingen av midler til helsetjenesten for den voksne befolkningen. Det er imidlertid indikasjoner på at etter hvert som innvandrerbefolkningen blir eldre, vil sykdomsbildet endre seg.⁸ Det er derfor viktig å følge denne utviklingen og eventuelt revidere kriteriesystemet dersom sykkeligheten i innvandrerbefolkningen øker.

En annen interessant forskjell mellom analysene med henholdsvis Allmennlege og H-besøk som avhengige variabler, er at husholdsinntekt er utslagsgivende når Allmennlege benyttes, mens brutto inntekt er utslagsgivende når H-besøk benyttes.

En mulig forklaring på dette, og på den ulike effekten av variabelen Fremmedkulturell innvandrer, er at H-besøk fanger opp et mer «luksuspreget» og dyrere forbruk av helsetjenester enn Allmennlege. H-besøk inneholder også relativt kostbare tjenester som for eksempel homøopati og kiropraktikk, og dessuten konsultasjoner med spesialister. En tolkning kan følgelig være at H-besøk er mer inntektselastisk enn Allmennlege. I klartekst betyr det at allmennleger oppsøker man når man er syk, mens for å oppsøke enkelte av helsetjenestene som dekkes av H-besøk må man i tillegg til å ha et helseproblem også ha økonomiske ressurser.

Et visst belegg for en slik sammenheng kan ses i figur 4.3 og 4.4. De som tjener mellom 50 000 kroner og 100 000 kroner (brutto) er de som relativt oftest har vært i kontakt med allmennlege, mens de som tjener mellom 100 000 kroner og 150 000 kroner er de som relativt oftest har vært i kontakt med helsetjenesten

⁸ Stoltenberg (1995) peker på overhyppighet av diabetes i den voksne pakistanske befolkningen, noe som også er dokumentert i en britisk undersøkelse. Etter hvert som innvandrerbefolkningen blir eldre, er det grunn til å forvente at diabetes og andre sykdommer som er relatert til diabetes vil øke.

generelt. Dette mønsteret ville bli enda tydeligere hvis en så på sammenhengen mellom brutto inntekt og kontakten med helsetjenester utenom allmennlege, men denne sammenhengen er ikke vist her.

En tredje forskjell på modellene med henholdsvis H-besøk og Allmennlege som avhengige variabler, er at Lav utdanning bidrar signifikant når Allmennlege benyttes, men ikke når H-besøk benyttes.

Det ser ut til at modellene med Allmennlege som avhengig variabel er de modellene som i størst grad samsvarer med tidligere forskning på området. Det er for eksempel dokumentert en sammenheng mellom lav utdanning og dårlig helse, noe som også gjenfinnes i disse modellene. Det kan også hevdes at allmennlege muligens er den mest valide variabelen for den helsetjenesten kommunen skal yte på funksjonsområde 1. H-besøk inneholder for eksempel en del tjenester som ikke er offentlige helsetjenester. Vi vil derfor konkludere med at Allmennlege er den avhengige variabelen som antakelig best fanger opp behovet for eller etterspørselen etter kommunale helsetjenester i dette datamaterialet, og vi vil benytte denne avhengige variabelen i videre beregningene.

Formålet med analysene er å etterprøve treffsikkerheten i dagens system, samt å presentere forslag til mulige nye kriterier. Regresjonsanalysen viste blant annet at ugifte menn i aldersgruppen 20-49 år er sjeldnere i kontakt med helsevesenet enn andre grupper, uansett hvilken av de to avhengige variablene som ble benyttet. Dette er et temmelig robust funn, særlig når Allmennlege ble brukt som avhengig variabel.

I utgangspunktet er det ikke noe i veien for å benytte «negative» variabler i kriteriesystemet, som for eksempel Ugift mann 20-49 år. Tolkningen ville være at bydeler med en stor andel personer i denne aldersgruppen skal få mindre bevilgninger til helsetjenestene enn bydeler med en liten andel ugifte menn i aldersgruppen 20-49 år. Men, både ut fra praktiske og legitimitetsmessige hensyn er det opplagt en fordel å bare operere med positive kriterier, slik det også gjøres i dagens system. Vi velger derfor å utelate denne variabelen i de etterfølgende analysene.⁹

Analysene viste at det var en effekt av alder i forventet retning. Jo eldre man blir, desto mer sannsynlig er det at man har vært i kontakt med allmennlege eller andre deler av helsevesenet. For å kunne nyttiggjøre en variabel i kriteriesystemet, er vi nødt til å oversette den til en kategoriell variabel, vi må kunne si hvilken *gruppe* som skal vektes opp. Vi må derfor kode om alder til en kategoriell variabel. Det viser seg at dersom vi benytter en aldersvariabel som er gruppert i femårs-intervaller, får vi ingen signifikant effekt av å tilhøre noen bestemt aldersgruppe. Hvis vi i stedet benytter en grov inndeling med kategoriene «Under 35 år», «35-59 år» og «60 og over», får vi en signifikant effekt av å tilhøre den eldste gruppen. Vi benytter en todelt

⁹ En del av effekten av variabelen vil bli ivaretatt av kjønnsvariabelen, noe som vil føre til at effekten av kjønn (kvinne = 1) vil bli sterkere i de etterfølgende analysene.

variabel «60 år og over» i de videre beregningene, med verdi 1 hvis man er 60 år eller mer og verdi 0 hvis man er under 60 år.

Det var en signifikant effekt av Lav husholdsinntekt i modellene som ble vist i tabell 4.4. Denne variabelen bør være med i de videre beregningene. Vi har imidlertid ikke opplysninger om antall personer som bor i husholdninger med lav husholdsinntekt i Oslo, og dermed vil vi ikke kunne nyttiggjøre oss disse opplysningene i de videre beregningene. Et alternativ kunne være å benytte brutto inntekt i stedet, men denne variabelen gir ikke signifikante bidrag når Allmennlege er avhengig variabel, selv om husholdsinntekt tas ut av analysen. Vi velger derfor å utelate inntekt i de videre beregningene.

Fase 2: Logistisk regresjon med de utvalgte variablene

På bakgrunn av den foregående drøftingen, benyttes Allmennlege som avhengig variabel, og Enslig forsørger, Kjønn, Uføretrygdet, Lav utdanning, og Høy alder (60 år eller mer) som uavhengige variabler. Enslig forsørger er tatt inn igjen, fordi når inntekt er tatt ut av modellen, er det grunn til å tro at variabelen Enslig forsørger vil ha en signifikant positiv effekt. Variabelen var dessuten signifikant på ti prosents nivå i modell A1.

I tabell 4.5 presenteres resultatet av en modell med disse variablene.

I tillegg til B-koeffisientene er en del annen statistikk presentert. Det er vist på hvilket nivå de ulike variablene er signifikante, og tabellen viser at alle variablene er signifikante på fem prosents nivå eller lavere. I tillegg er det presentert et effektmål $\text{Exp}(b)$. $\text{Exp}(b)$ oversetter b-koeffisienten til odds-ratio, det vil si at den forteller hvor mye oddsen for å ha verdi 1 på den avhengige variabelen øker når en uavhengig variabel økes med en enhet. Her er alle de uavhengige variablene dikotome, og tolkningen er dermed hvor mye en uavhengig variabel øker oddsen for å ha verdi 1 på

Tabell 4.5 Logistisk regresjon for variasjon i sannsynligheten for å ha oppsøkt Allmennlege. B-koeffisienter, signifikansnivå, $\text{Exp}(B)$ og kalkulert effekt av hver variabel

	B-koeffisient	Signifikans	$\text{Exp}(B)$	Kalkulert effekt ΔP
Enslig forsørger	0,3953	0,0428	1,4849	0,0639
Kjønn (kvinne = 1)	0,4758	0,0000	1,6093	0,0685
Uføretrygdet	0,5043	0,0133	1,6558	0,0841
Lav utdanning	0,2566	0,0210	1,2925	0,0389
60 år eller over	0,3398	0,0017	1,4047	0,0520
Konstant	-1,9691	0,0000		0,1225

den avhengige variabelen. For eksempel er oddsen for å ha oppsøkt allmennlege 1,4 ganger så høy når man er 60 år eller mer som når man er under 60 år.

Det er også presentert et mål på hver variabels effekt P , det vil si hvor mye variabelen øker sannsynligheten for at den avhengige variabelen skal anta verdi 1. Dette effektmålet produseres ikke av statistikkprogrammet, men er kalkulert ved hjelp av en egen prosedyre. Prosedyren er beskrevet i vedlegg 1, og beregningen er vist i vedlegg 2. Tallene viser hvor mye større sannsynligheten for å ha oppsøkt allmennlege er for enslige forsørgere enn for ikke enslige forsørgere (0,06), for kvinner enn for menn (0,07) og så videre, kontrollert for bidraget fra andre faktorer.

Det er forholdsvis beskjedne effekter av variablene som er med i analysen. Det betyr at det ikke er store variasjoner i befolkningens etterspørsel etter allmennlege.

4.4.5 Konstruksjon av fordeling basert på resultatene.

Når vi har bestemt hvilke variabler vi skal ha med og regnet ut effekten av hver variabel i form av sannsynlighet, er det forholdsvis enkelt å beregne et forventet antall personer med behov for helsetjenester i hver bydel. Vi bruker opplysninger fra kommunens plandatabase for å finne antall personer i hver bydel som har verdi 1 på hver av de uavhengige variablene, og multipliserer antallet med den beregnede sannsynligheten for å ha oppsøkt allmennlege. Når vi har beregnet dette for hver variabel og hver bydel, kan vi summere variablenes bidrag for hver bydel og konstruere en bydelsvis fordeling av andel med problemtilfeller. Beregningen av forventet antall med kontakt med allmennlege fordelt på bydeler er vist i vedlegg 3.

I tillegg til forventet antall personer som har behov for kommunale helse-tjenester, må vi også ha en formening om omfanget av hjelp som ulike grupper trenger. Antall besøk vil ventelig være fanget opp i analysene. Det vil for eksempel være flere i en gruppe som i gjennomsnitt er hos allmennlege fire ganger i året som vil svare positivt på et slikt spørsmål enn i en gruppe som i gjennomsnitt er hos allmennlege to ganger i året. Det som derimot ikke fanges opp er pleietyngden. Det kan tenkes at det er noen grupper som er mer krevende å behandle – de trenger for eksempel lenger tid hos legen ved hvert besøk. Slike forhold fanges ikke opp i slike analyser som er presentert her.

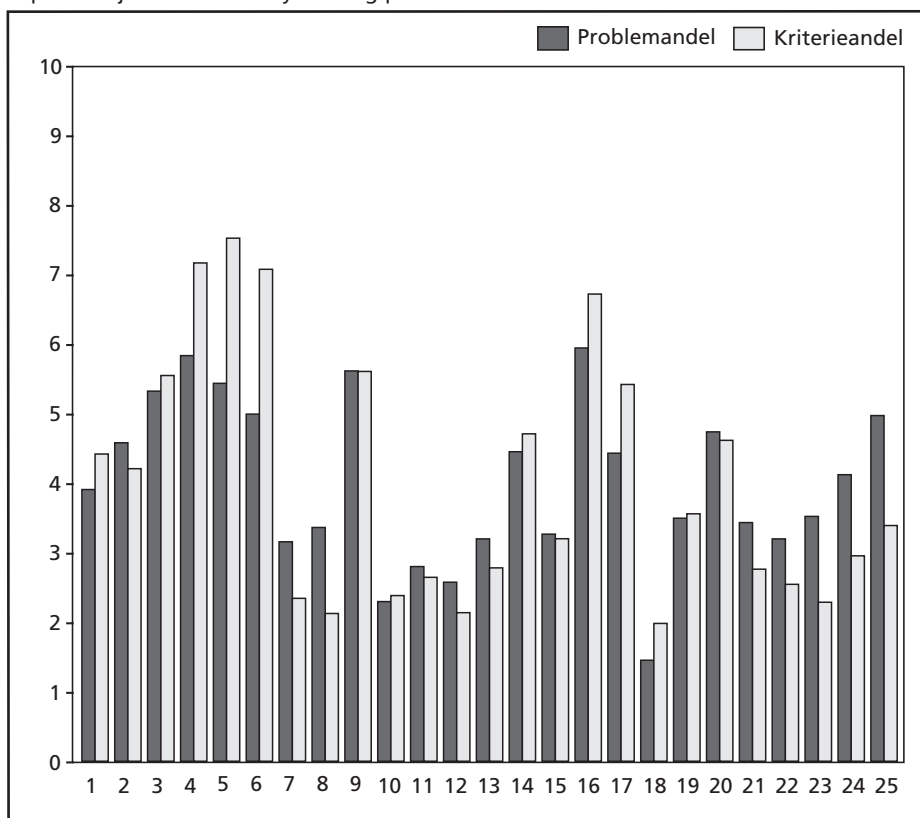
Det er få undersøkelser av slike forhold, og av den grunnen er det vanskelig å begrunne at bestemte grupper skulle vektes opp eller ned. Refsdal (1993) hevder at helsetjenestens kontakt med innvandrerbarn er mellom 25 prosent og 50 prosent mer tidkrevende enn kontakten med norske barn. Finnvold (1994) har undersøkt bruk av helsestasjoner og tidsbruken til helsesøstre ved helsestasjonene. Han finner at helsesøstres kontakt med innvandrerfamilier *ikke* er mer tidkrevende enn kontakten med norske familier, til tross for at det er større helseproblemer blant

innvandrerbarn enn blant norske barn (Steen m. fl. 1993). Forklaringen kan være at kontaktene er standardiserte og rutiniserte og i liten grad preget av dialog (Finnvold 1994). Språkbarrierer kan trolig også bidra til å forklare et slikt funn. Finnvold (1994) finner videre at enslige forsørgere i mindre grad enn andre er i kontakt med helsestasjoner, men at konsultasjonstiden ved kontakt er lengre. En forklaring kan være at en del enslige forsørgere kvier seg for å kontakte helsestasjon av frykt for å komme i barnevernets fokus.

Dersom en skal vekte bestemte klientgrupper opp eller ned, bør det være basert på veldokumenterte opplysninger. Vi har ikke godt dokumenterte opplysninger som tilsier at bestemte grupper bør vektes opp eller ned med hensyn til hvor tidkrevende konsultasjonene med allmennlege er, og vi avstår derfor fra å foreta slik vektning.

I figur 4.5 er det vist hvordan befolkningens behov for allmennlegetjenester varierer mellom bydeler i følge våre beregninger, og hvordan dagens kriterier på

Figur 4.5 Fordeling av behov for allmennlege og fordeling av ressurser etter dagens kriterier på funksjonsområde 1. Bydeler og prosent

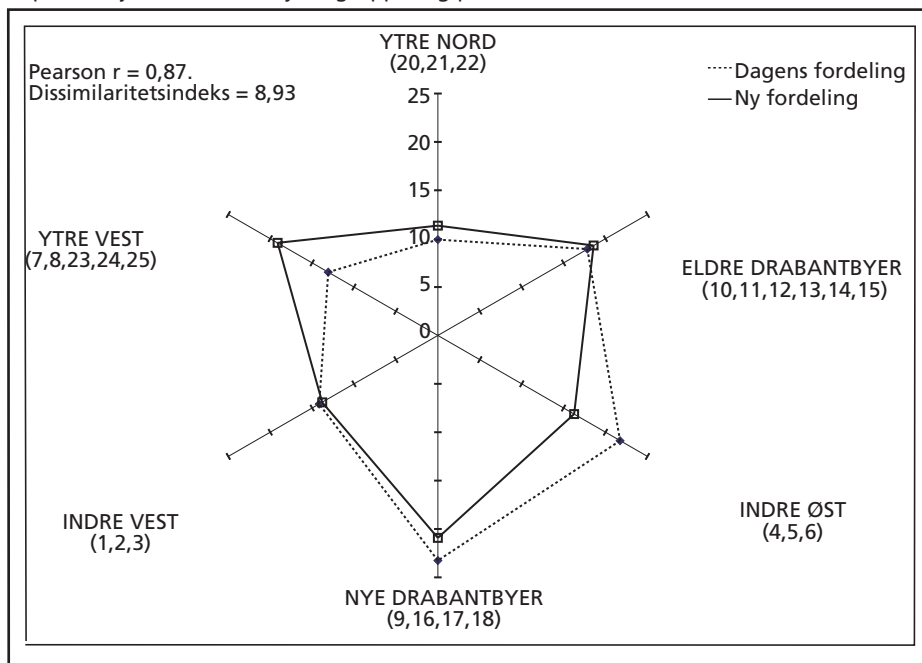


funksjonsområde 1 fordeler ressurser til bydelene. I figur 4.6 er de samme data presentert, men her har vi slått sammen bydelene i bydelsgrupper. Disse bydelsgruppene er de samme som er benyttet i Hagen, Djuve og Vogt (1994).

Fordelingen vi kommer fram til ved å benytte kontakt med allmennlege som avhengig variabel (som uttrykk for behov for kommunal helsetjeneste) og Enslig forsørger, Kjønn, Uføretrygdet, Lav utdanning og Alder 60 år som uavhengige variabler, avviker en del fra dagens fordeling på funksjonsområde 1. I følge våre beregninger, får indre øst (bydel 4, 5 og 6) mer og ytre vest (bydel 7, 8, 23, 24 og 25) mindre enn behovet skulle tilsi. For de andre bydelene er det liten forskjell på beregnet andel av behov og andel av ressurser på Funksjonsområde 1 i dag.

I figur 4.6 er det presentert to mål på forskjeller mellom de to fordelingene. Pearsons r er et korrelasjonsmål som varierer fra -1 til 1. En korrelasjon på 0,87 viser at det er en sterk positiv sammenheng mellom hva bydelene får etter dagens system og deres andel av behovet for allmennlegetjenester. Dissimilaritetsindeksen er et mål på hvor mye av ressursene som må skifte bydel, dersom den beregnede fordelingen av behov skulle benyttes til å fordele ressursene. Vi ser at indeksverdien er 8,93. Det betyr at 8,93 prosent av midlene måtte fordeles annerledes mellom bydelene dersom den beregnede behovsfordelingen skulle benyttes til å fordele midlene.

Figur 4.6 Fordeling av behov for allmennlege og fordeling av ressurser etter dagens kriterier på funksjonsområde 1. Bydelsgrupper og prosent



Begge disse målene viser at det er temmelig høyt samsvar mellom dagens fordeling og den beregnete fordelingen av behov for allmennlegetjeneste, men det er også klare indikasjoner på at indre øst får mer og ytre vest mindre enn våre beregninger av behov skulle tilsi.

4.4.6 Drøfting

Tangen (1996) har laget en oversikt over sykehusinnleggelser i Oslo fordelt etter sykdomsgrupper og pasientenes bydel. For de aller fleste sykehusinnleggelser er det en markert øst/vest profil; folk fra «østkanten» blir oftere innlagt på sykehus enn folk fra «vestkanten». For mange sykdomsgrupper, som for eksempel hjerte-/kar-sykdommer og lungesykdommer, finner han en fordeling som stemmer meget godt overens med levekårsfordelingen i byen. Folk i indre øst er spesielt utsatte for slike sykdommer, noe som neppe er spesielt overraskende i og med at slike sykdommer i stor grad er assosiert med livsstil og dermed også med bestemte sosioøkonomiske forhold. For andre sykdomsgrupper er mønsteret noe mindre entydig.

Tangens (1996) analyser kan tyde på at dagens fordelingen på Funksjonsområde 1 stemmer godt overens med befolkningens behov for helsetjenester. Våre analyser tyder også på at behovene for helsetjenester er større i de østlige enn i de vestlige bydelene, men også at indre øst får noe mer på dette området enn behovet skulle tilsi. Her er det viktig å huske at det er et temmelig langt sprang mellom å være i kontakt med allmennlege, og å bli lagt inn på sykehus. Det er tross alt få sykdommer som fører til innleggelse på sykehus. Det behøver heller ikke å være noen motsetning mellom en relativt sterk betydning av sosio-økonomiske faktorer når det gjelder sykehusinnleggelser og en relativt svakere betydning av slike faktorer når det gjelder mindre alvorlige sykdommer.

4.5 Analyse av sosialdelen på Funksjonsområde 1

4.5.1 Avhengige variabler

Levekårsundersøkelsen i Oslo (Hagen, Djuve og Vogt 1994) inneholder flere spørsmål som kan tolkes som mål på befolkningens behov for sosiale tjenester. Det er for eksempel spurt om folk har problemer med sine løpende utgifter, om de ville klare en uforutsett regning på 5000 kroner og om de har vært i kontakt med sosialkontoret i løpet av 1992.

Selv om økonomiske problemer er den vanligste grunnen til at folk oppsøker sosialkontor, er det ikke den eneste grunnen. Følgelig er det noe tvilsomt om dette er et godt mål på bydelenes behov for midler til drift av sosialtjenesten. I

kapittel 5 vil behovet for økonomisk sosialhjelp bli analysert, og det vil uansett være mer naturlig å benytte de nevnte økonomiske variablene der. Det betyr at vi står igjen med «kontakt med sosialkontor» som eneste mulighet til å analysere behovet for sosialtjenester på funksjonsområde 1, hvis vi skal benytte levekårsdata fra Oslo.

Som tidligere nevnt, kan det være problemer med validiteten i et slikt mål på kontakt med sosialkontoret. Mange vil trolig la være å rapportere om slik kontakt, og det kan også tenkes at det er skjevheter mellom grupper i rapporteringsgraden. Før vi eventuelt bruker et slikt spørsmål som avhengig variabel i en multivariat analyse, må vi undersøke om det er indikasjoner på at underrapporteringen av kontakt med sosialkontor varierer mellom grupper.

Oppsøkt sosialkontor

Spørsmålet om man har oppsøkt sosialkontor er formulert som følger:

Jeg skal nå lese opp noen kommunale tjenester som man kan benytte seg av. For hver av tjenestene ber vi deg svare hvor ofte du i løpet av 1992 har benyttet denne. Du kan benytte følgende svarmuligheter: daglig, ukentlig, månedlig, sjeldnere eller aldri.

Det er bare fem prosent som har vært i kontakt med sosialkontor/støttekontakt i løpet av 1992 i dette utvalget. Variabelen «Sosialkontor» operasjonaliseres som følger: de som har vært i kontakt med sosialkontor/støttekontakt «sjeldnere» eller oftere, gis verdi 1. De som aldri har vært i kontakt med sosialkontor/støttekontakt gis verdi 0 på denne variabelen.¹⁰

Tabell 4.7 Svarfordeling på spørsmålet hvor ofte man har benyttet sosialkontor/støttekontakt i 1992

	Antall	Prosent
Daglig	3	0,1
Ukentlig	5	0,2
Månedlig	49	1,6
Sjeldnere	99	3,2
Aldri	2976	95,0
Sum	3132	100

¹⁰ Grunnen til at støttekontakt er med her, er at det er med i spørsmålsformuleringen i levekårsundersøkelsen i Oslo. Det burde vært utelatt her, men spiller liten rolle. I følge Byrådsavdeling for arbeid og sosiale tjenester er antall som har støttekontakt helt marginalt i forhold til de om lag 30 000 som er i kontakt med sosialkontorene.

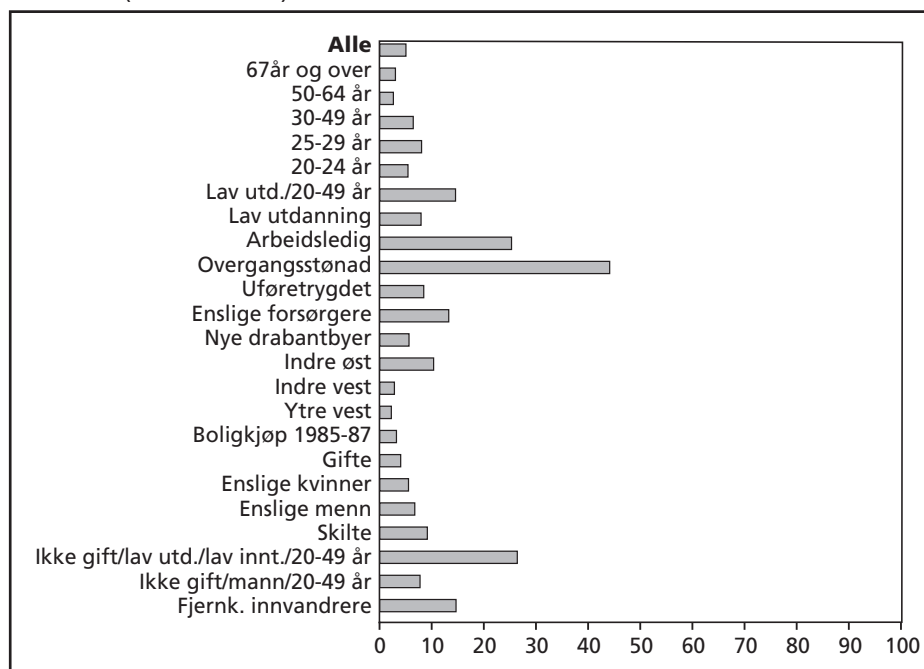
I figur 4.7 er det vist hvilke grupper som har vært i kontakt med sosialkontor, det vil si som har verdi 1 på variabelen.

Det er meget store forskjeller mellom grupper når det gjelder kontakt med sosialkontor. Blant personer som oppgir overgangsstønad som viktigste eller nest viktigste inntekt, er det 44 prosent som har vært i kontakt med sosialkontor i løpet av 1992. Det er også en relativt stor andel av de arbeidsledige og i gruppen Ikke gift/lav utdanning/lav inntekt/20-49 år. Ytre vest og indre vest har en mindre andel av befolkningen som har oppsøkt sosialkontor enn andre deler av byen. Indre øst har en klart større andel som har oppsøkt sosialkontor. Folk som er gift oppsøker sosialkontoret i mindre grad enn enslige, og langt mindre enn skilte. Personer over

Tabell 4.8 Frekvensfordeling variabelen Sosialkontor

	Antall	Prosent
1	156	5,0
0	3132	95,0

Figur 4.7 Andeler med ulike kjennetegn som har vært i kontakt med sosialkontor/støttekontakt i 1992 (Sosialkontor=1). Prosent



50 år, og folk som har kjøpt bolig i perioden 1985-87, har oppsøkt sosialkontor i mindre grad enn gjennomsnittet.¹¹

Sammenlikner vi fordelingen i figur 4.7 med opplysninger om sosialhjelps-klientene i Oslo (Oslo-Speilet 1994) finner vi et meget stort samsvar. Indre øst peker seg ut med mange klienter, mens ytre vest har få klienter. Det samme finner vi i levekårsundersøkelsen. Videre synker andelen klienter med økende alder i begge datasettene.¹² Vi finner også begge steder at enslige menn i større grad er sosialklienter enn enslige kvinner, og at enslige oftere er klienter enn gifte. Det er også en klar sammenheng mellom trygd og sosialhjelp i begge datasettene.

Som tidligere nevnt, er det klare indikasjoner på at kontakt med sosialkontoret er underrapportert i levekårsundersøkelsen. Det er imidlertid ikke grunnlag for å anta at denne underrapporteringen er spesielt skjev. Som sagt er det stort sett det samme mønsteret som avtegner seg i figur 4.7 som det statistikken over sosialklientene viser (Oslo-Speilet 1994). Vi vil derfor konkludere med at skjevhet i rapportering av kontakt med sosialkontor ikke er stort problem, og at det er forsvarlig å benytte variabelen Sosialkontor som avhengig variabel i en multivariat analyse.

Det er få som har oppsøkt sosialkontoret i dette utvalget, og dermed vil naturlig nok den statistiske analysen bli mer usikker enn tilsvarende analyse på helsedelen. Problemet med få enheter med verdi 1 på den avhengige variabelen, er at det vil bli vanskeligere å få signifikante effekter av enkeltvariablene, og at tilfeldig variasjon i den avhengige variabelen får relativt større betydning.

4.5.2 Uavhengige variabler

Det er igjen flere hensyn som må tas i valget av uavhengige variabler. For det første må vi inkludere variabler som benyttes i dagens kriteriesystem. For det andre må vi inkludere variabler som vi vet fra tidligere undersøkelser eller tilgjengelig statistikk påvirker sannsynligheten for å oppsøke sosialkontor. I undersøkelsen av behovet for sosiale tjenester vil det også være av interesse å ta inn variabler som benyttes i kriteriesettet for økonomisk sosialhjelp, og det vil være nyttig å ta inn de variablene som vi fant var utslagsgivende for variasjonen i etterspørselen etter allmennlegetjenester.

¹¹ I dette datamaterialet er det med andre ord ikke belegg for «nyfattigheds-hypotesen»; at dyre boligkjøp på midten av 80-tallet førte folk til sosialkontoret (jevnfør Sæbø 1995). Se også resultatet av den multivariate analysen i tabell 4.9.

¹² Her er ikke mønsteret i levekårsdataene helt konsistent. Aldersgruppen 20-24 år har her lavere andel klienter og aldersgruppen 67 år og over har høyere andel enn det sosialhjelpsstatistikken viser. Disse forskjellene kan bero på tilfeldigheter. I absolutte tall er det veldig få i disse gruppene som har vært i kontakt med sosialkontor/støttekontakt, slik at innslaget av tilfeldig variasjon vil være betydelig.

Ved å inkludere disse gruppene av variabler, kan vi både undersøke i hvilken grad dagens kriterier på Funksjonsområde 1 treffer «behovet» for sosiale tjenester, og eventuelt om man bør benytte andre kriterier på sosialdelen enn på helsedelen på Funksjonsområde 1. Det er ikke helt urimelig å anta at de variablene som bidrar til variasjonen i behovet for sosiale tjenester langt på vei vil kunne være de samme som bidrar til variasjonen i behovet for økonomisk sosialhjelp, noe som kan være et argument for å slå sammen sosialsenterdriften og sosialhjelpen i ett område. Det kan også tenkes at kriteriene på området økonomisk sosialhjelp faktisk treffer bedre som kriterier for behovet for sosialtjenester på funksjonsområde 1 enn som kriterier for behovet for økonomisk sosialhjelp.

Kriteriesettet for fordeling av økonomisk sosialhjelp er per i dag:

Kriterier:	Vekter:
Andel ikke gifte personer 20-49 år	0,12
Andel ikke gifte personer 20-49 år x lavutdanningsrate x lavinntektsrate	0,46
Andel enslige forsørgere med overgangsstønad	0,17
Andel flyktninger mottatt i bydelen	0,15
Andel personer uten fast bopel	0,05
Andel fremmedkulturelle innvandrere	0,05

Hvordan disse kriteriene samvarierer med Sosialkontor er også vist i figur 4.7. Blant personer som er «Ikke gift/20-49 år/lav utdanning/lav inntekt», er det for eksempel 26,3 prosent som har oppsøkt sosialkontor. Dette kriteriet er det suverent tyngste på området økonomisk sosialhjelp og fordeler 46 prosent av midlene. Gruppen som har overlegent størst andel med personer som har oppsøkt sosialkontor, er enslige forsørgere med overgangsstønad (44 prosent). Disse bivariate sammenhengene tyder på at kriteriesettet på økonomisk sosialhjelp treffer godt hvilke grupper som oppsøker sosialkontorene.

4.5.3 Multivariat analyse

På samme måte som i analysen av behovet for helsetjenester, gjør vi de multivariate analysene i to faser. I første fase estimerer vi hvilke uavhengige variabler som bidrar til variasjonen i den avhengige variabelen «Sosialkontor». I andre fase velger vi de uavhengige variablene som har gitt signifikante bidrag til variasjonen i den avhengige variabelen og estimerer en ny modell for å finne effekten av hver variabel.

Fase 1: Logistisk regresjon med alle uavhengige variabler

I tabell 4.9 presenteres fire modeller med Sosialkontor som avhengig variabel. I modell 1 er alle potensielt relevante uavhengige variabler lagt inn samtidig. I modell 2 og 3 er det valgt en prosedyre «forward stepwise selection», der statistikkprogrammet (SPSS) velger ut de variablene som bidrar signifikant på fem prosents nivå. Vi lar med andre ord statistikkprogrammet velge den «beste» modellen. I modell 4 er lav utdanning tatt inn som egen variabel.

I modell 1 og 2 er brutto inntekt benyttet som uavhengig variabel, i modell 3 har vi i stedet benyttet variabelen 20-49 år/inntekt 180 000. Grunnen er, som tidligere nevnt, at vi må oversette fra kontinuerlige til kategorielle variabler for å bruke dem til å konstruere en fordeling. Vi må kunne si hvilken *gruppe* som skal vektes opp.

Tabell 4.9 Logistisk regresjon for variasjon i sannsynligheten for å ha oppsøkt sosialkontor. B-koeffisienter

Variabler	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Arbeidsledig	1,9139***	2,0156***	1,7886***	1,8176***
Uføretrygdet	0,9348**	,8317**	1,1836***	1,0489***
Ugift 20-49 /lav utd/lav innt.	0,5932	1,1901***	1,0001**	
Enslig forsørger	0,9665**	1,0818***		
Fremmedkulturell innvandrер	0,5260*	0,6776**	0,6224**	0,5377**
Overgangsstonad	1,7115***	1,8048***	1,9382***	1,9310***
Brutto inntekt	-0,007***	-0,0061***		
Enslig mann 20-49 år	-0,0956			
20-49 år med lav utd.	0,4587			
Kjønn (kvinne =1)	-0,3632			
Boligkjøp 1985-87	-0,4355			
Skilt	0,4933		0,7678***	0,7631***
20-49 år	0,4280			
20-49 år/inntekt * 180 tusen			1,1873***	1,3692***
Lav utdanning				0,8244***
Konstant	-2,806***	-2,82***	-4,20***	-4,434***
-2 Log likelihood	811,67	821,9	826,4	819,8
Signifikans	0,000	0,000	0,000	0,000

*** signifikant på 1prosent nivå ** signifikant på 5 prosent nivå * signifikant på 10 prosent nivå

I modell 4 har vi utelatt variabelen «Ugift/20-49år/lav inntekt/lav utdanning» og i stedet tatt inn variabelen Lav utdanning. Grunnen er det er svært få som har kombinasjonen ugift/20-49 år/lav utdanning/lav inntekt i vårt materiale. Det er for eksempel bare 13 personer som har denne kombinasjonen og som har oppsøkt sosialkontor. Når Lav utdanning tas inn i stedet, blir de samme egenskapene som den opprinnelige samspillsvariabelen fanget opp representert ved de tre variablene 20-49 år/inntekt 180 tusen, Skilt, og Lav utdanning. Resultatene viser at dette gir en bedre modell. (Modell 4 har lavere verdi på -2 log likelihood enn modell 3).

Fase 2: Logistisk regresjon med de utvalgte variablene

Vi benytter variablene i modell 4 i tabell 4.9 til å beregne effekter av enkeltvaria- bler. Vi benytter en prosedyre der bare de uavhengige variablene som ga signifikante utslag i modell 4 inngår i analysen. Dette gir bare marginalt forskjellig resultat sammenlignet med modell 4. Resultatene er vist i tabell 4.10.

Effekt målet P viser hvor mye variabelen øker sannsynligheten for at den avhengige variabelen skal anta verdi 1. Dette effekt målet produseres ikke av statistikkprogrammet, men er kalkulert ved hjelp av en egen prosedyre vist i vedlegg 2. Tallene viser hvor mye større sannsynligheten for å ha oppsøkt sosialkontor er for personer med overgangsstønad enn for personer uten overgangsstønad (0,135), for arbeidsledige enn for ikke arbeidsledige (0,11) og så videre, kontrollert for bi- draget fra andre faktorer.

Tabell 4.10 Logistisk regresjon for variasjon i sannsynligheten for å ha oppsøkt sosialkontor. B-koeffisienter, signifikansnivå, Exp(B) og kalkulert effekt av hver variabel

	B-koeffisient	Signifikans	Exp(B)	Kalkulert effekt ΔP
Arbeidsledig	1,8176	0,0000	6,1571	0,1100
Uføretrygdet	1,0489	0,0068	2,8546	0,0457
Fremmedkulturell innvandrer	0,5377	0,0395	1,7120	0,0179
Overgangsstønad	1,9310	0,0003	6,8965	0,1349
Skilt	0,7631	0,0087	2,1449	0,0282
20-49 år m/ lav inntekt	1,3692	0,0000	3,9320	0,0508
Lav utdanning	0,8244	0,0003	2,2806	0,0284
Konstant	-4,4340	0,0000		0,0117

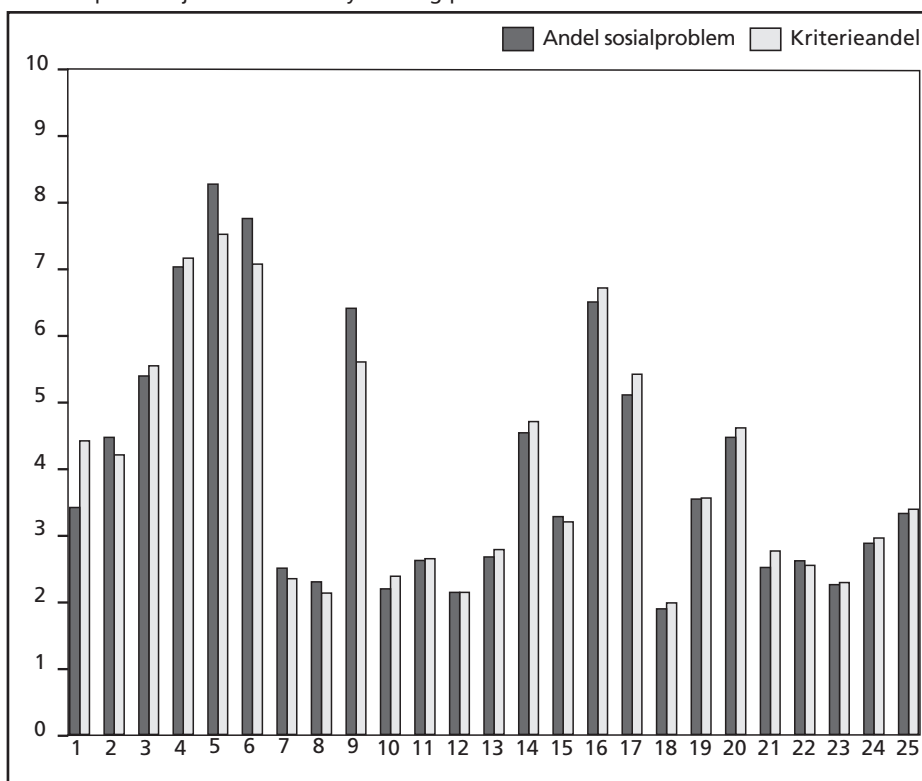
4.4.5 Konstruksjon av fordeling basert på resultatene

Konstruksjonen av en bydelsfordeling av «behovene» på dette området blir helt tilsvarende det som ble gjort for helsetjenesten tidligere. Også på dette området må vi gjøre visse forutsetninger om klienttyngde. Det er åpenbart at noen klienter er mer tidkrevende å betjene enn andre, og det må en forsøke å ta hensyn til når en skal estimere behov for midler til sosialsenterdriften.

Det er for eksempel ganske klart at blant annet språkproblemer gjør at fjernkulturelle flyktninger er mer ressurskrevende når det gjelder innsats fra sosialsentrene enn norske klientgrupper er. Det er trolig også store variasjoner mellom norske klientgrupper. Det er viktig å huske at klienttyngde i denne sammenheng ikke dreier seg om størrelsen og varigheten på økonomisk sosialhjelp. Slike forhold blir behandlet i kapittel 5. Klienttyngde i denne sammenhengen dreier seg først og fremst om forhold som påvirker personellinnsatsen ved sosialkontorene.

Dersom vi skal vekte enkelte klientgrupper opp eller ned, må det som tidligere nevnt være basert på veldokumenterte opplysninger. Overfor sentrale

Figur 4.8 Fordeling av behov for sosialkontortjenester og fordeling av ressurser etter dagens kriterier på funksjonsområde 1. Bydeler og prosent

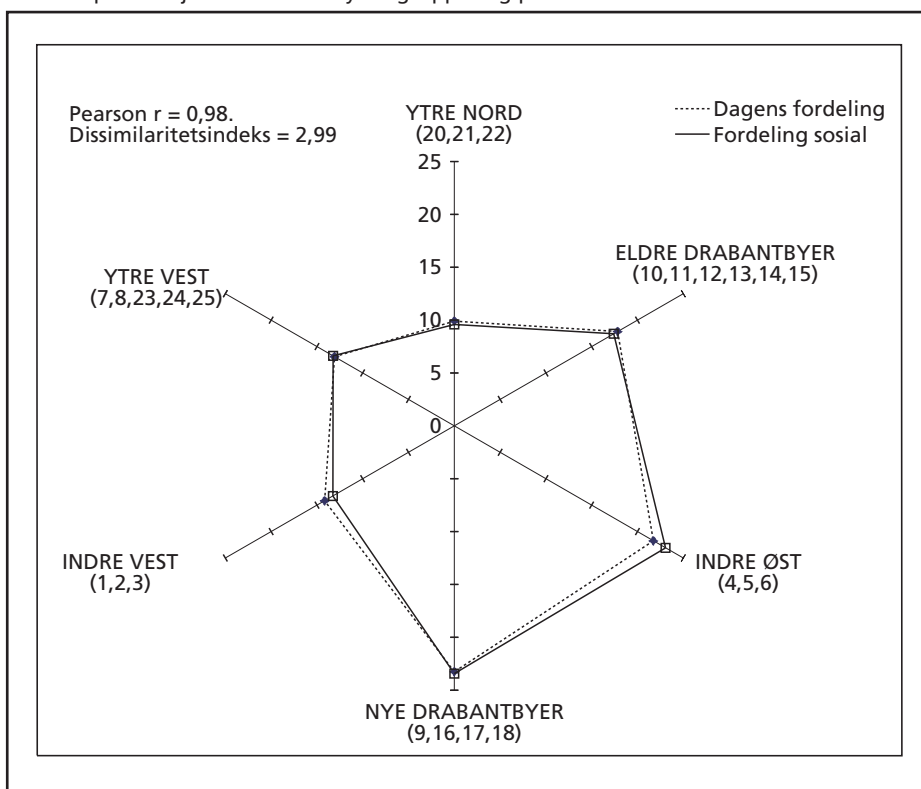


myndigheter har Oslo kommune argumentert og fått gjennomslag for at fremmedkulturelle flyktninger er 1,8 ganger så ressurskrevende for sosialkontorene som gjennomsnittsklienten. Det er både flyktninger og andre innvandrere i utvalget fra levekårsundersøkelsen i Oslo som våre beregninger er basert på. Det innebærer at det er rimelig å vekte opp variabelen Fremmedkulturell innvandrer, og vi velger skjønnsmessig å vekte denne med en faktor på 1,6.

Vi finner ikke grunn til å vekte de andre uavhengige variablene. Som nevnt er det utvilsomt forskjeller på klienttyngden blant norske sosialklienter, men vi har ikke data som tyder på at disse forskjellene varierer systematisk med de utslagsgivende variablene fra vår analyse. Vi har med andre ord ikke opplysninger som for eksempel tilsier at uføre er en lettere eller tyngre klientgruppe enn arbeidsledige eller enslige forsørgere.

I figur 4.8 er det vist hvordan befolkningens behov for sosialkontortjenester varierer mellom bydeler i følge våre beregninger og hvordan dagens kriterier på

Figur 4.9 Fordeling av behov for sosialkontortjenester og fordeling av ressurser etter dagens kriterier på funksjonsområde 1. Bydelsgrupper og prosent



funksjonsområde 1 fordeler ressurser til bydelene. I figur 4.9 er fordelingene presentert på bydelsgrupper.

Fordelingen vi kommer fram til ved å benytte kontakt med sosialkontor som avhengig variabel (som uttrykk for behov for kommunal sosialkontortjeneste), og Arbeidsledig, Uføretrygdet, Fremmedkulturell innvandrere, Overgangsstønning, Skilt, 20-49 år med lav inntekt og Lav utdanning som uavhengige variabler, er så godt som identisk med dagens fordeling på funksjonsområde 1. Pearsons r er 0,98, noe som innebærer bortimot perfekt samsvar. Dissimilaritetsindeksen viser at 2,99 prosent av ressursene måtte skifte adresse, dersom fordelingen av behov for sosialkontortjenester skulle benyttes i stedet for dagens ressursfordeling.

Selv om fordelingen av behov i følge våre beregninger stemmer godt overens med fordelingen i dagens kriteriesett, ser vi likevel at det er en liten tendens at indre by både øst og vest får en noe mindre andel av ressursene på FO I enn våre beregninger av behov skulle tilsi.

4.6 Sammenhengen mellom behovet for sosialtjenester og behovet for helsetjenester på funksjonsområde I.

I figur 4.10 er bydelenes estimerte andeler av behov for helsetjeneste og for sosialkontortjeneste presentert sammen med dagens fordelingen av ressurser på funksjonsområde 1.

Funksjonsområde 1 er som nevnt delt i en helsedel og en sosialdel, med henholdsvis 35 prosent og 65 prosent av budsjettet. Forutsatt at vi her har klart å måle behovene for disse to typene tjenester på en valid måte, bør søylene som representerer dagens ressursfordeling ligge mellom søylene som representerer behovet for helsetjenester og behovene for sosialtjenester, og nærmest de siste. I bydelene 5, 6, 11, 13, 20, 21, 24 og 25, ligger dagens tildeling mellom andelen av behov for sosialtjeneste og behov for helsetjeneste. Som vi også har sett tidligere, viser våre

beregninger at dagens ressursfordeling treffer behovet for sosialkontortjenester i langt sterkere grad enn behovet for helsetjenester.

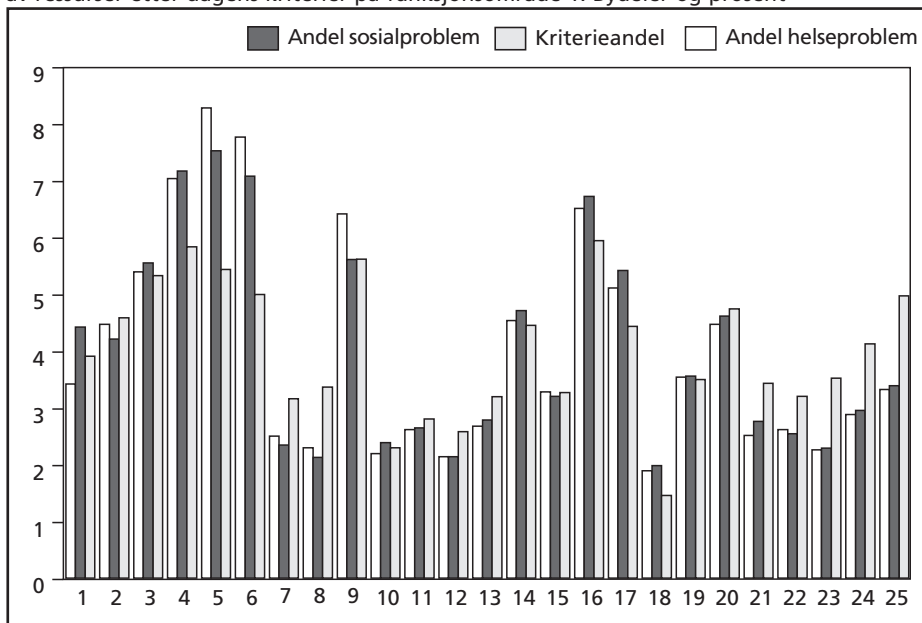
Forklaringen på dette er at de sosio-økonomiske kriteriene er relativt sterkt vektlagt på Funksjonsområde 1. Dette samsvarer med behovene for sosialkontortjenester. Behovene for helsetjenester er i følge våre beregninger i langt sterkere grad bestemt av rene demografiske forhold. Dette forholdet kommer meget tydelig fram i figur 4.11.

Figur 4.11 viser klart at våre analyser tyder på at dagens fordeling av midler på funksjonsområde 1 nærmest er skreddersydd for befolkningens behov for sosiale tjenester, og at den ikke treffer like godt behovet for helsetjenester.

Grunnen er at det ikke synes å være de samme faktorene som utløser behov for kommunale tjenester på disse to områdene. Det er bare variablene Enslig forsørger/Overgangsstønad, Ufør og Lav utdanning som påvirker begge behovene i samme retning. Alder påvirker derimot behovene i forskjellig retning; eldre (60 år og over) har større behov for legetjenester enn andre, men mindre behov for sosiale tjenester. Det er også en viss tendens til at fremmedkulturelle innvandrere er sjeldnere i kontakt med helsetjenesten og oftere i kontakt med sosialtjenesten enn den norske befolkningen er.

Resultatene så langt tyder på at det kan være lettere å imøtekomme befolkningens behov for helsetjenester ved å dele funksjonsområde 1 i et helseområde

Figur 4.10 Fordeling av behov for helsetjenester og for sosialkontortjenester og fordeling av ressurser etter dagens kriterier på funksjonsområde 1. Bydeler og prosent

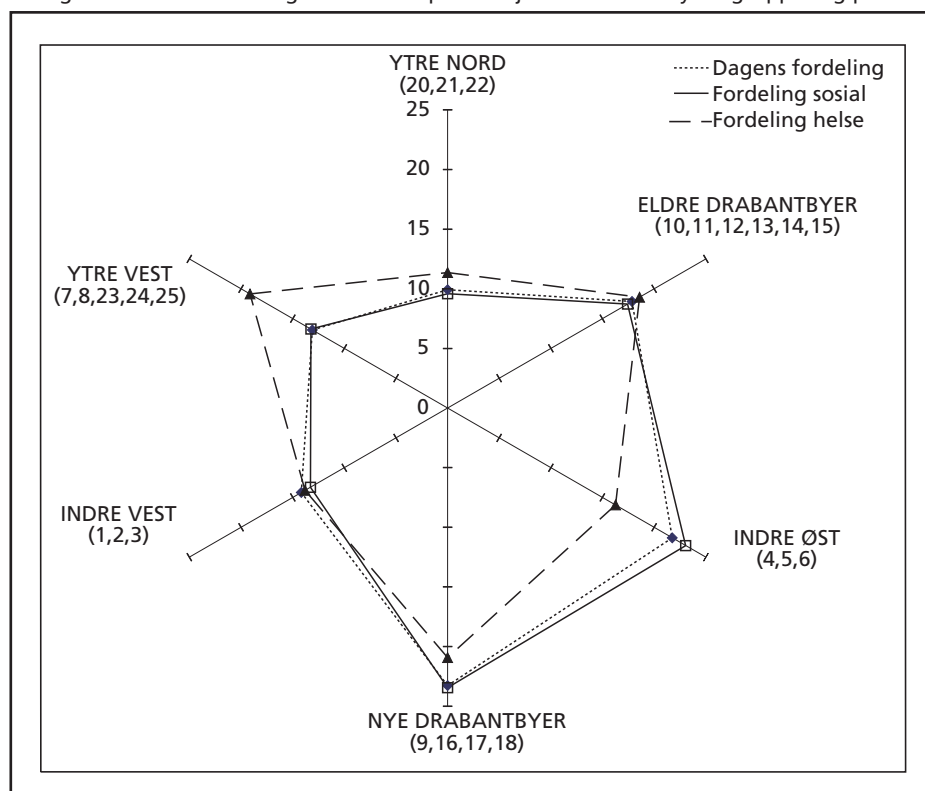


og et sosialområde. Dette er imidlertid ett funksjonsområde i dag, og det er derfor også på sin plass å vise hvordan våre beregninger av behov for helsetjenester og sosiale tjenester samlet fordeler seg, sammenliknet med dagens fordeling i kriteriesystemet.

Slike fordelinger er vist i figur 4.12 og 4.13. Dette er beregnet ved å vekte den beregnede andelen av behov for helsetjenester med 0,35 og den beregnede andelen av behov for sosiale tjenester med 0,65. Dermed vektet «behovene» på de to områdene på en måte som svarer til fordelingen i budsjettet på Funksjonsområde 1 med 65 prosent til sosiale formål, og 35 prosent til helseformål.

Når vi slår sammen de beregnede behovene for helsetjenester og sosiale tjenester, er det en meget god overensstemmelse mellom våre beregninger og dagens fordeling på Funksjonsområde 1. Dissimilaritetsindeksen viser at dersom våre beregninger ble lagt til grunn, ville 3,85 prosent av midlene bli fordelt annerledes enn i dag.

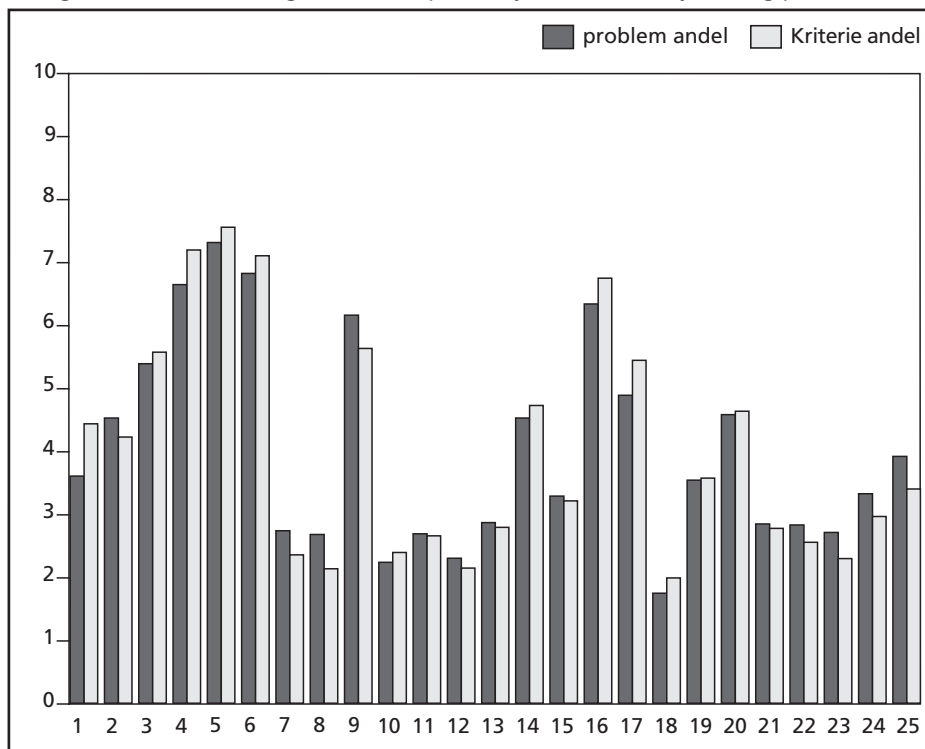
Figur 4.11 Fordeling av behov for helsetjenester og behov for sosialkontortjenester og fordeling av ressurser etter dagens kriterier på funksjonsområde 1. Bydelsgrupper og prosent



Våre beregninger reproduserer langt på vei den samme fordelingsprofilen som ligger i dagens system, men med til dels andre variabler enn de som benyttes som kriterier i dag. For eksempel fant vi klare tegn til at folk over 60 år og kvinner i større grad enn andre etterspør helsetjenester. Dette er variabler som ikke er inne i dagens kriteriesett på FO I. Tilsvarende fant vi klare effekter av arbeidsledighet og skilsmisser på sannsynligheten for å ha oppsøkt sosialkontor. Disse variablene er heller ikke inne i dagens kriteriesett.

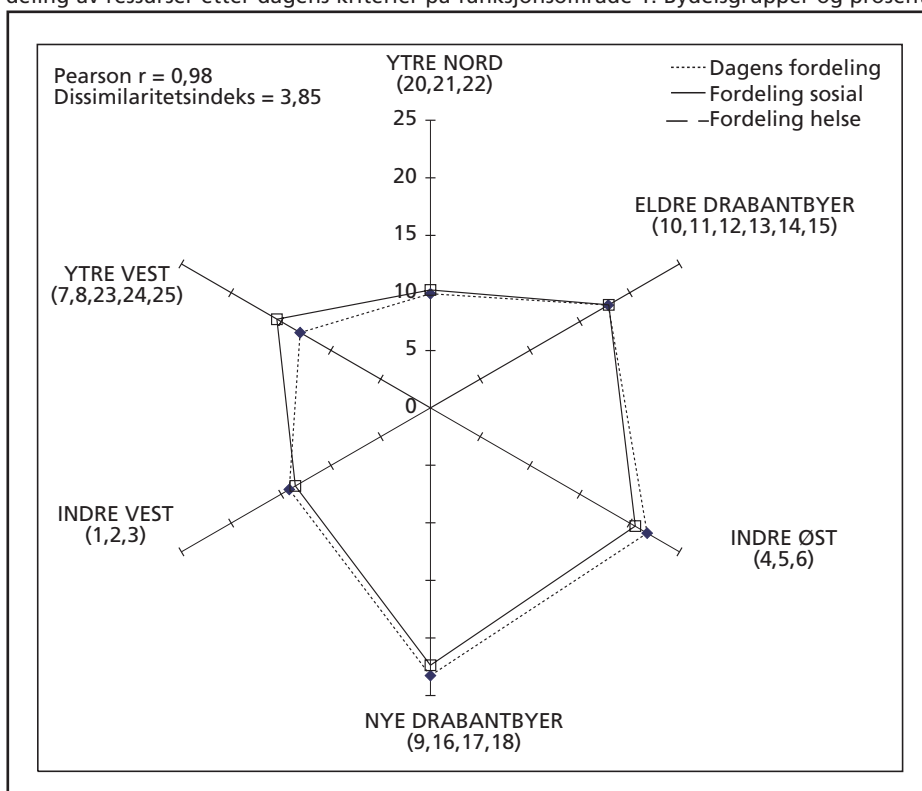
Det kan tenkes at det er såpass store korrelasjoner mellom ulike levekårsulemper at det ikke spiller så stor rolle hvilke man velger for å modellere behovene. For eksempel er arbeidsledighet klart korrelert med andre faktorer som er med som kriterier i dagens system. Det kan være grunnen til at dagens fordeling og vår beregnede fordeling blir såpass sammenfallende, til tross for at det er ulike faktorer som er lagt til grunn for beregningene av behov.

Figur 4.12 Fordeling av samlet behov for helsetjenester og for sosialkontortjenester og fordeling av ressurser etter dagens kriterier på funksjonsområde 1. Bydeler og prosent



Som en foreløpig konklusjon, kan vi si at det ser ut til at våre estimerer på behov for helse- og sosialtjenester i meget stor grad overensstemmer med dagens fordeling på funksjonsområde 1, og følgelig at det ut fra våre analyser ser ut til at kommunen treffer behovsfordelingen godt på funksjonsområde 1.

Figur 4.13 Fordeling av samlet behov for helsetjenester og for sosialkontortjenester og fordeling av ressurser etter dagens kriterier på funksjonsområde 1. Bydelsgrupper og prosent



Kapittel 5 Økonomisk sosialhjelp

5.1 Innledning

Kommunene er pålagt å yte økonomisk sosialhjelp gjennom lov om sosiale tjenester m.v. av 13.12.1991. I loven heter det som følger om økonomisk stønad:

De som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre krav på økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad. (Besl. O. nr. 6, s. 3)

Det innebærer at alle har krav på økonomisk sosialhjelp gitt at de ikke kan sørge for sitt livsopphold, noe som igjen innebærer at *målgruppen* for dette området er hele befolkningen.

Hva som skal forstås med å «sørge for sitt livsopphold» er ikke uten videre gitt. I Sosialdepartementets Rundskriv I-1/93 er det gjort nærmere rede for hva som skal forstås med begrepet «livsopphold»:

Begrepet «livsopphold» er ikke entydig, og det er ikke nærmere presisert i loven hvilke utgifter som faller inn under dette begrepet. Loven gir heller ingen veiledning om nivået på den økonomiske hjelpen som skal gis, men det er forutsatt at alle skal sikres et forsvarlig livsopphold. Hva som er forsvarlig livsopphold må avgjøres konkret med bakgrunn i den enkelte søkers situasjon. Gjennom praktiseringen av tidligere lov om sosial omsorg er kjerneområdet for livsoppholdbegrepet blitt nærmere avklart. Det er således klart at livsopphold omfatter grunnleggende behov som nødvendig mat, toalett- og rengjøringsartikler, klær, strøm til matlaging og oppvarming, eventuelt brensel, nødvendig innbo og husholdningsartikler, hus- og innboforsikring, TV-lisens, vanlige småutgifter til offentlig kommunikasjon, hårklipp og innkjøp av medisiner, rimelige fritidsaktiviteter og avis samt utgifter til legebesøk og vanlig tannbehandling. Videre inngår utgifter til bolig. (Sosialdepartementets Rundskriv I-1/93, s. 122)

Denne tolkningen av begrepet livsopphold gir klart inntrykk av at det er personer som ikke klarer vanlige løpende utgifter til mat og klær med videre, som i første rekke har krav på økonomisk stønad i henhold til loven. Det vil til enhver

Kapittel 6 Funksjonsområde II

6.1 Innledning

Funksjonsområde II fordeler midler til bydelenes tiltak for barn og unge. Drift av barnehager dominerer innen funksjonsområdet, og utgjør to tredeler av de samlede (netto) utgiftene. Resten av midlene brukes til skolefritidsordningen og fritidsklubber, samt helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Dagens tilskudd til seksåringstilbud vil falle bort med Reform 97, mens finansieringen av barnevernstiltak er lagt til et eget funksjonsområde, og inngår ikke i denne evalueringen.

Kommunen har selv gruppert tjenestene innen dette funksjonsområdet i to programområder: Oppholds- og stimulerings tiltak og forebyggende helsetiltak. Om vi ser bort fra de forebyggende helsetjenestene, vil befolkningens behov for ytelse i betydelig grad, og i motsetning til de tjenestene som finansieres innen de andre funksjonsområdene, være betinget av hvordan foreldre anvender sin tid og utøver foreldrerollen. Yrkes- og utdanningsaktive foreldre har et behov for tilsyn for barna som må være komplementært til foreldrenes tid i jobb eller skole, og det er stor enighet om at barn hvis foreldre ikke er i stand til å tilby et godt tilsyn har et spesielt behov for barnehageplass og/eller andre relevante kommunale omsorgstjenester. På slike måter vil barnas behov være avledet av kjennetegn ved foreldrene. I tillegg kommer selvstendige behov barna kan ha, og som foreldre ikke kan tilfredsstille på egen hånd, for eksempel helseproblemer, atferdsvansker eller innlæring av norsk språk. Slike forhold innebærer at den behovsstrukturen som er blant byens barn og unge er svært kompleks, og langt mer sammenvevd med hvordan sosiale nettverk (foreldre) og nærmiljø fungerer enn tilfellet er for de behovene som kommunen skal forholde seg til innen de andre funksjonsområdene. Dessuten har vi et betydelig privat tilbud, både av ideell, og etterhvert også kommersiell karakter når det gjelder barnetilsyn. Dette betyr at foreldre er stilt overfor et valg av tilbud, og at de kan knytte ulik grad av ønskelighet til kommunalt versus privat tilbud. For eksempel kan foreldre tenkes å oppleve at de påføres et velferdstap av kommunen, ved at manglende offentlig tilbud tvinger dem til å anvende private løsninger. Til sist spiller prisingen av de kommunale tjenestene en stor rolle for kommunens utgifter til tilbudet. Prissettingen kan også tenkes å få fordelingsvirkninger som følge av priseksklusjon: Kostnadene forbundet ved å benytte kommunal barnehage kan

for en del husholdninger bli så høye relativt til inntektsmulighetene at bruk av kommunale barnehagetjenester blir uaktuelt. Slike forhold bør det ideelt sett også tas hensyn til ved utformingen av det kommunale tilbudet.

Det er derfor på ingen måte innlysende hva slags overordnet fordelingsprinsipp som skal eller kan gjelde for den samlede fordelingen av midler mellom bydelene. Valg av fordelingsprinsipp innebærer samtidig a) normative vurderinger av hvilke foreldre som må forventes å ha gode forutsetninger for å dekke sine barns behov for et godt oppvekstmiljø, og hvilke som bør gis forrang ved tildeling av knappe kommunale ressurser, b) prinsipielle betraktninger om hvordan målgruppens bruk av privat tilbud skal vurderes, og c) hvordan prisforskjellene brukerne står overfor eventuelt skal behandles. Kommunale barnehager er et godt eksempel på nettopp dette: Tilbys dette godet av kommunen primært for å dekke yrkesaktives behov for tilsyn, eller er de et ledd i en velferdsstatlig politikk for å utjevne forskjeller i foreldreressurser? Legges den første oppfatningen til grunn, må behovet for tjenester avledes fra (og måles ved) foreldres yrkesaktivitet, mens om det fordelingsorienterte målet legges til grunn er det data om bydelsvariasjoner i foreldreressurser som er relevant for et kriteriesystem. En betydelig del av etterspørselen etter barnehageplasser dekkes i dag av private tilbud. Dette er i regelen også dyrere, hvilket innebærer at et lite kommunalt tilbud betyr at foreldre i mange tilfeller må benytte et uønsket og dyrere tilbud. Dette betyr at foreldre får dekket barnas tilsynsbehov, samtidig som de ikke er mottakere av det kommunale godet: Hvordan skal dette inngå i målinger av det relevante behovet for kommunale barnetilsynstjenester? Dersom det overordnede målet for kommunen er å sikre at alle barn skal ha adgang til barnehage, må disse foreldrenes behov åpenbart anses for å være dekket. Men dersom de kommunale midlene skal utmåles etter behovene som er hos barn med svake eller sviktende foreldreressurser, er omfanget av privat barnehagebruk irrelevant som beslutningspremiss.

Disse prinsipielle avveieingene om hvilke private onder de offentlige godene skal kompensere for, har vært lite uttalt i debatten om tildeling av ressurser under funksjonsområde II. De har langt på vei blitt fortrent av opptattheten av mangelen på barnehageplasser. Men når vi nå i disse dager opplever at noen bydeler faktisk har ledige barnehageplasser, mens andre fortsatt har lange ventelister, må vi kunne forvente en sterkere debatt om hvilke trekk ved en bydels befolkning som bør regnes som relevante behovsindikatorer i forhold til de tjenester som funksjonsområde II skal finansiere.

For å kunne foreta en evaluering av dagens ressursfordeling er vi avhengige av å utgå fra et prinsipp om hva som er den ønskede fordelingen av de samlede ressursene. Dette prinsippet må, slik vi diskuterte i kapittel 2, nødvendigvis være forankret i, og avledet fra, en overordnet politisk målsetting om hva slags

fordelingsvirkninger man ønsker det samlede kommunale tjenestetilbudet skal ha på barn og unges levekår. I den forbindelse er det også nødvendig å presisere hvilke aspekter ved ulike levekårsonder (det vil si behov) kommunen definerer som et offentlig anliggende, slik at ressursene kan fordeles mellom bydelene proporsjonalt med omfanget av de typene behov det oppfattes som en kommunal oppgave å møte.

Vi har lagt til grunn at det overordnede målet for tjenestene innen funksjonsområdet er å sikre at alle barn og unge får et så likeverdig oppvekstmiljø som mulig, og at bydeler med mange barn tilhørende familier med dårlige ressursforutsetninger tilføres midler gjennom kriteriesystemet i større grad enn andre.¹ Sagt på en annen måte: Det overordnede målet er at svake foreldreressurser i minst mulig grad skal gjenspeiles i barnas oppvekstvilkår, og at de kommunale velferdstjenestene skal være et middel for å dempe virkningen av en slik sosial arv. Fra dette allmenne prinsippet følger så at bydelene skal tilføres midler gjennom kriteriesystemet i samsvar med deres andel av barna som tilhører husholdninger i områder hvor oppvekststressene, empirisk belagt og i bred betydning, kan karakteriseres som svake.

Dette er utgangspunktet for vår evaluering. Det forholdet at to av tre tildelte kroner benyttes av bydelene til å produsere barnehager, er en lokal prioritering som ikke skal etterprøves. Vi vil primært forsøke å analysere levekårsdata for å komme fram til bydelenes andeler av barn tilhørende husholdninger og nærmiljø med antatt svake levekårsressurser, og data som kan si noe om behovene for forebyggende helsetjenester blant de aller yngste.

I neste avsnitt skal vi knytte noen kommentarer til dagens kriteriesett for funksjonsområde II, før vi i går over til en teoretisk og empirisk behandling av begrepet «oppvekstmiljø». Ulike sider ved barns helse, det fysiske og sosiale nærmiljøet samt, kanskje viktigst av alt, familietype og foreldreressurser, vil bli gjennomgått med det målet å fange opp relevante bydelsvariasjoner. I siste del av kapittelet blir så disse variasjonene i behov sammenliknet med den fordeling av ressurser til funksjonsområde II som dagens kriteriesystem gir.

6.2 Noen kommentarer til gjeldende kriteriesett

Dagens kriteriesett, gjengitt i tabell 6.1, legger sterk vekt på bydelens befolkningsstruktur: 42 prosent av midlene fordeles etter rene alderskriterier, mens særskilte behov for kommunale tjenester er forsøkt fanget opp ved å ta hensyn til barnas etniske bakgrunn og foreldrenes utdanning og sivilstand. Vi kan se at både det å være

¹ Dette er i tråd med de signaler vi har fått fra prosjektets styringsgruppe, blant annet gjennom notat tw95041d.

av fremmedkulturell opprinnelse og det å være barn av en enslig forsørger antas å øke behovene for kommunale tjenester, slik også det å være funksjonshemmet gjør.

Med ett unntak tilfredsstiller alle disse nevnte kriteriene kravet om å utpeke en målgruppe som kan antas å romme individer med behov for de aktuelle tjenestene. Det eneste kriteriet som ikke direkte definerer en målgruppe, er produktet av andel personer med lav utdanning (i alderen 30-49 år) og antallet barn under sju år i bydelen. Begrunnelsen for dette kriteriet er å lede ressurser til bydeler hvor det antas at mange av barna har lavt utdannede foreldre, utfra en oppfatning av at et større tilbud av kommunalt produserte oppvekstressurser skal kompensere for et lavere nivå i familiene. Dette kriteriet må derfor oppfattes som en tilnærming, og det vil senere i dette kapittelet bli erstattet med bedre data over nettopp andelen av barna i bydelene som faktisk har lavt utdannede foreldre. Slik kriteriet nå er utformet, trekker det ressurser også til bydeler hvor det bor mange lavt utdannede som ikke har barn. Husholdningens inntektsnivå og foreldrenes utdanning er sentrale aspekter ved et barns oppvekstmiljø som idag ikke fanges opp av kriteriesystemet. Disse variablene vil, på grunnlag av data fra Statistisk Setralbyrå spesielt tilrettelagt for vår evaluering, bli presentert senere i dette kapittelet.

Dagens kriteriesett forsøker å fange opp variasjoner i behov knyttet til sosio-økonomiske forhold som husholdningsnettverk, etnisitet og foreldres (antatte) utdanning. Disse variablene er ment å trekke fordelingen av midler i en retning som utjevner levekårene mellom bydelene mer enn en ren (aldersbasert) likebehandling i form av et likt tilskudd per barn ville gjøre. Hvor stort avvik vi får mellom dagens fordeling og en fordeling etter formell likebehandling, er vist i figur 6.1. Her er dagens fordeling sammenliknet med den fordelingen et likt tilskudd per person 0-18 år ville gi.

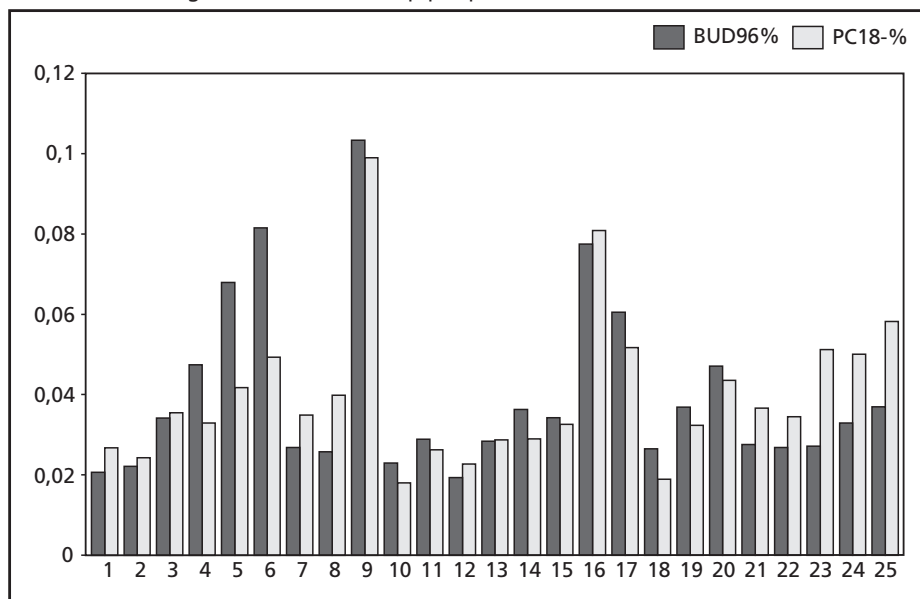
Tabell 6.1 Kriteriesettet for funksjonsområde II anvendt for tildeling av midler mellom bydelene 1996

KRITERIER	VEKT
Barn 0-2 år	0.14
Barn 3-6 år	0,20
Fødsler	0,02
Personer 10-18 år	0,06
Fremmedkulturelle barn 0-6 år	0,14
Barn 0-6 år med enslig forsørger	0,21
Lavutdanningsrate gange andel barn 0-6 år	0,18
Grunn-og hjelpestønadsmottakere 0-5 år	0,05

Mønsteret viser at den vesentligste virkningen av de sosio-økonomiske kriteriene først og fremst er at bydelene i indre øst får mer enn deres barnetall isolert sett tilsier, mens det er ytre vest som ville få økte inntekter dersom aldersstrukturen alene ble lagt til grunn. Forskjellen mellom de to fordelingene betyr konkret at tolv prosent av de tildelte midlene (det vil si 70 av 558 millioner) ville gå til en annen bydel, dersom kriteriesettet ble redusert kun til bydelens andel av alle personer 0-18 år. Dersom vi i denne tenkte beregningen hadde tatt noe mer hensyn til de yngste, ved å la antall barn 0-6 år telle tre ganger så mye som antallet barn 7-18 år, ville likevel ikke den tenkte fordelingen bli vesentlig anderledes. Andelen av midlene som etter denne siste fordelingsnøkkelen ville gå til en annen bydel enn ved en fordeling etter dagens kriteriesystem ville være elleve prosent, og de to fordelingene korrelerer med 0,85. Til sammenlikning korrelerer dagens kriteriefordeling og en fordeling med et likt tilskudd per person mellom 0 og 18 år med 0,81.

Sammenliknet med de andre funksjonsområdene i kriteriesystemet, er funksjonsområde II det området hvor avviket mellom dagens fordeling og en tenkt fordeling kun utfra aldersstruktur er minst. Årsaken til dette er trolig at kunnskapen om barns oppvekstvilkår er svært mangelfull, og at lett tilgjengelige levekårsdata med barn som enhet allment er en stor mangelvare. Et annet forhold kan være at foreldres etterspørsel etter barnetilsyn er mer knyttet til mødrenes yrkesaktivitet (i den norske/vestlige befolkningen) enn til sosial klasse (Grue 1987), og for å finansiere

Figur 6.1 Fordeling av midler til bydelene etter gjeldende utmåling for 1996 sammenliknet med tenkt tildeling av et likt kronebeløp per person 0-18 år. ($r=.81$, $\text{dissim}=.12$)



drift av barnehager er det ikke urimelig å ta utgangspunkt i antallet barn under skolealder. Dermed har man i så stor grad benyttet rene aldersgrupper som kriterier. Dette *kan* bety at dagens kriteriesett ikke så godt som ønskelig klarer å fange opp barn som vokser opp med de svakeste oppvekststressursene. Derfor har vi i evalueringen av funksjonsområde II i stor grad måttet frambringe nye og bedre data enn det som hittil har vært tilgjengelig om de foreldreressursene som omgir barna i de ulike bydelene.

Utfra sammenlikningen mellom dagens fordeling og den rene aldersbaserte fordeling (i figur 6.1), kan vi formulere de to sentrale spørsmålene for den videre evalueringen: Kan avviket fra en tildeling etter bydelenes aldersstruktur alene begrunnes i empiriske påvisbare forskjeller i barns oppvekstvilkår, og er dagens ressursfordeling mellom bydelene i samsvar med slike forskjeller? Dette leder umiddelbart til et svært komplisert, men like fullt fundamentalt spørsmål, nemlig hvordan vi skal måle geografisk betingede forskjeller i barns oppvekstvilkår.

6.3 Identifisering av behovsgruppe og relevante behov

6.3.1 Hva er et godt oppvekstmiljø?

Barns behov for et trygt og godt oppvekstmiljø er en overordnet velferdsstatlig oppgave alle kan enes om, inntil det punktet hvor man kommer til spørsmålet: Hva er egentlig viktige dimensjoner i et godt oppvekstmiljø, og hvilke kjennetegn ved et barn bør gi opphav til et legitimt krav på offentlige tjenester? Hvilke aspekter ved et barns og dets nære fysiske og sosiale omgivelser er et kommunalt anliggende, og hvilke er et foreldreansvar offentlige myndigheter ikke bør gripe inn i?

Vi vil ta utgangspunkt i tre sentrale dimensjoner ved et barns oppvekst: Den første er helse: Godt helsetilsyn fra unnfangelsen og opp gjennom de første leveårene er et fundamentalt offentlig ansvar, likeså at barn med spesielle helseproblemer raskt fanges opp av førstelinjetjenesten og henvises til videre behandling. Den neste dimensjonen er det fysiske og sosiale nærmiljøet barnet vokser opp i: Dette bør være rent og trygt, gi barnet rom for trygge aktiviteter samt sosialisere til fredelig og tolerant samhandling med jevnaldrende, og sist, men ikke minst, opplæring i norsk. Det tredje forholdet er foreldrenes ressurser, en dimensjon som igjen kan splittes i tre: For det første foreldrenes tid til å være sammen med barna. Denne

dimensjonen har vi dessverre ingen gode mål på, og vil derfor ikke behandles her². Den andre er foreldrenes materielle ressurser, slik som inntekt, bolig men også deres utdanningsnivå. Den tredje er foreldrenes kulturelle kompetanse: Denne måles tradisjonelt med foreldrenes utdanning, men når hvert fjerde barn som fødes i Oslo har foreldre med en annen etnisk opprinnelse enn majoritetsbefolkningen, er det nødvendig å skille ut etnisitet som en egen faktor.

På et analytisk plan kan vi holde disse ulike dimensjonene fra hverandre, men i praksis vil de være tett sammenvevet gjennom en lang rekke mekanismer, hvorav en er av spesiell relevans i vår sammenheng, nemlig flytting: Foreldre flytter for bevisst å påvirke både helsetilstanden og oppvekstmiljøet til barna, samtidig som flytteeatferden er betinget av foreldrenes materielle ressurser. Flytting er en helt konkret måte en husholdning kan påvirke sine levekår ved å velge bosted, og med større grad av frihet i valg av boligstandard og strøk jo større inntekt man har. I Oslo har vi et betydelig omfang av livsfasebetingede flyttemønstre, hvor et markert mønster i den norske befolkningen er at familier flytter ut av indre by etterhvert som de får barn. Hvor de flytter hen, synes å samvariere med foreldrenes ressurser (Fafo 1994). Familier av fremmedkulturell opprinnelse har et annet flyttemønster, blant annet fordi de på grunn av dårligere økonomi har et mindre rom for valg av bosted, og de kan ha andre oppfatninger av hva som er et akseptabelt oppvekstmiljø for barna. I tillegg kan vi ikke utelukke at foreldres vurderinger av nivå og kvalitet på de relevante kommunale tjenestene i en bydel kan påvirke flyttebeslutninger, samtidig som en flytting påvirker nivået på etterspørselen etter kommunale goder og oppvekstmiljøet i to bydeler; både den familien flytter fra og den barna flytter til.

Inn- og utflytting fører til en del problemer når levekårsdata skal benyttes til utformingen av kriteriesystemet. Barnefamiliers flytting er i stor grad motivert nettopp utfra levekårsbetraktninger, og det er derfor ikke sikkert at de sosiale forholdene som på et gitt tidspunkt kjennetegner bydelens befolkning klarer å fange opp de faktorene som foreldrene vektlegger når de velger bosted. Og som en ytterligere faktor kommer at barnefamilier ikke nødvendigvis etterspør eller forbruker tjenester for å sikre barna en god oppvekst kun i den bydelen hvor de sover om natten. Disse forholdene skal vi komme tilbake til flere ganger i den videre framstillingen.

² En mulig tilnærming er å benytte foreldrenes yrkesaktivitet og arbeidstid, utfra et argument om at jo mer foreldrene jobber, jo mindre tid har de sammen med barna. Men fra dette kan vi ikke slutte at barn av foreldre som jobber mye har et spesielt behov for tilsyn som kommunale tjenester kan eller bør kompensere for. Det ville være helt urimelig om foreldre (i praksis kvinner) som tilbringer mye tid sammen med barna fordi de ikke jobber på grunn av manglende barnehageplass, eller som har tatt barna ut av barnehage fordi de ikke får eller har mistet jobb, i kriteriesystemets utforming skulle trekke i retning av mindre bevilgninger til den bydelen de bor i.

I de neste avsnittene skal vi presentere relevante data om bydelsvariasjoner i helse, fysisk og sosialt nærmiljø og til sist foreldres ressurser. For hver dimensjon diskuterer vi først hvilke argumenter som kan gis for at de relevante behov kan tenkes å variere mellom bydelene, deretter presenteres det data om slike variasjoner. I siste avsnitt forsøker vi å sammenfatte de empiriske mønstrene i noen samlemål på bydelsvariasjoner i behov. Disse benyttes så til å beregne ulike alternative ressursfordelinger som deretter sammenliknes med dagens fordeling.

6.3.2 Variasjoner i behovene for forebyggende helsetiltak

En stor del av behovene for forebyggende helsetjenester er biologiske og universelle: Alle barn bør helsekontrolleres og vaksineres de første leveårene. I tillegg vil en viss andel av barna ha og få helseproblemer som er rent genetisk betinget. Omfanget av slike behov kan vi anta er direkte proporsjonalt med antallet barn i en bydel, slik at en bydels andel av barna i den relevante aldersgruppe er en fullgod indikator på behovsomfanget.

Det er minst fire grunner til å modifisere en slik summarisk betraktning i retning av å vektlegge sammenhenger mellom sosio-økonomiske kjennetegn ved foreldrene og behovet for tjenester: For det første er det gode grunner til å tro at behandlingskostnadene ikke er like for alle barn: noen foreldregrupper kan være mer kostnadskrevenende å få fatt i, og undersøkelser kan ta lengre tid. Innvandrere foreldre bytter ofte adresse og dårlige norskkunnskaper kan gjøre undersøkelsene mer tidkrevende. For det andre vil rutinekontroller oppdage sykелighet, og det er nødvendig med ressurser for å formidle slike tilfeller til videre behandling innen helsevesenet. SSBs (1996) store undersøkelse av alle barn født i 1993 viser en klar tendens til større sykелighet blant barn av foreldre med lav utdanning, og Stoltenberg (1996) har funnet en signifikant overhyppighet av medfødte helseproblemer innen bestemte grupper etniske minoriteter av asiatiske opprinnelse i Oslo. For det fjerde vil foreldre som har barn med helseproblemer i mange tilfeller la dette være bestemmende for valg av bosted, ikke minst i de tilfeller hvor problemene er knyttet til lunger/luftveier (noe som utgjør en av tre tilfeller av sykehusinnleggelser blant barn 0-6 år i Oslo 1995, Tangen 1996). Eller sagt mer allment: Foreldres faktiske muligheter til å velge et nytt bosted vil være betinget av deres økonomiske ressurser, mens hvorvidt de faktisk gjør det kan være betinget av andre forhold, for eksempel utdanning og grad av bekymring om eventuelle sammenhenger mellom bosted og barnas helse.

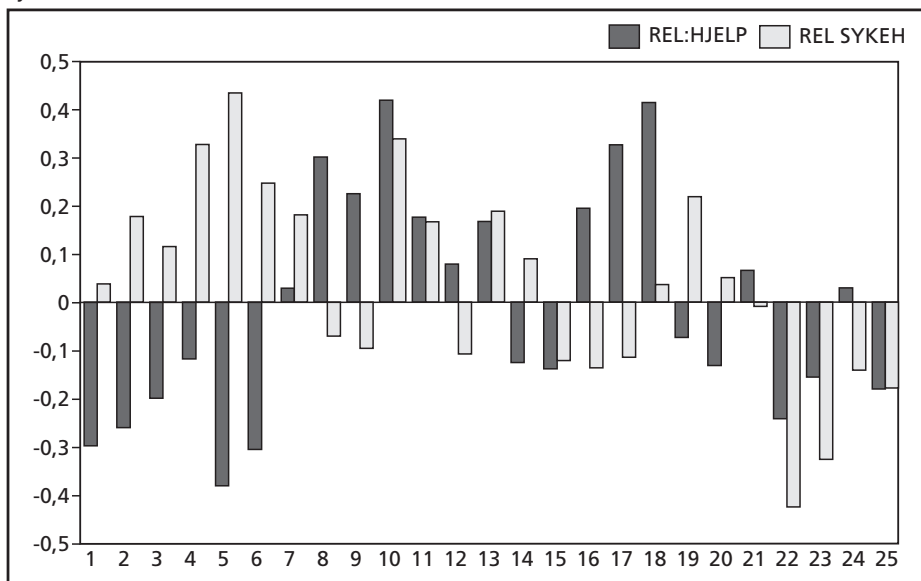
Kunnskapen om de sammenhengene som antydes over er relativt liten og fragmentarisk, men alle resonnementer leder i retning av å anta at det vil være større behov for helsetjenester jo lenger ned man kommer i den sosio-økonomiske strukturen, hvorav en vesentlig komponent er den etniske dimensjonen.

Oslos fremmedkulturelle minoriteter vil (som lavutdannet lavinntektsgruppe boscatt i de mest luftforurensede strøk av byen) antakelig ha en større sykkelighet blant barna, i tillegg til at avdekkings- og behandlingskostnadene kan være større utfra tidligere nevnte argumenter. Per i dag må dette likevel stå som kvalifiserte gjetninger, fordi kunnskapsgrunnlaget om disse sammenhengene er så lite.

De data som i dag foreligger over helsetilstand blant barn gjør det mulig til en viss grad å beskrive bosettingsmønsteret til barn med manifeste helseproblemer. I figur 6.2 viser vi andeler av barna (0-17 år) som mottok grunn- eller hjelpestønad i 1993 i de enkelte bydelene og bydelens andeler av pasienter 0-17 år som ble innlagt på sykehus i 1993. For sammenlikningens skyld vises de enkelte bydelenes nivå i prosent over eller under gjennomsnittet for hele byen.

Som det tydelig framgår, er det ingen sammenheng mellom disse to variablene, hvilket ikke er særlig overraskende. Mottakerne av grunn- og hjelpestønad er i stor grad barn med helseproblemer som ikke er direkte eller indirekte relatert til (annet enn genetiske kjennetegn) ved foreldrene. Dette burde isolert sett tilsi at det ikke skulle være variasjon mellom bydelene. Når vi likevel kan se en klar tendens til en lavere andel barn med slik støtte i indre by, og en høy andel i de nye drabantbyene, er det nærliggende å forklare dette med foreldrenes flytemønster. Hypotesen må være at foreldre med et funksjonshemmet barn flytter ut av indre by i større grad enn andre ellers like familier. Et belegg for dette kan være

Figur 6.2 Andelen mottakere av grunn- og hjelpestønad 0-17 år i bydelene og andelen av alle sykehusinnleggelser. Personer 0-17 år, 1993. Over-/underhyppighet relativt til andelen for hele byen

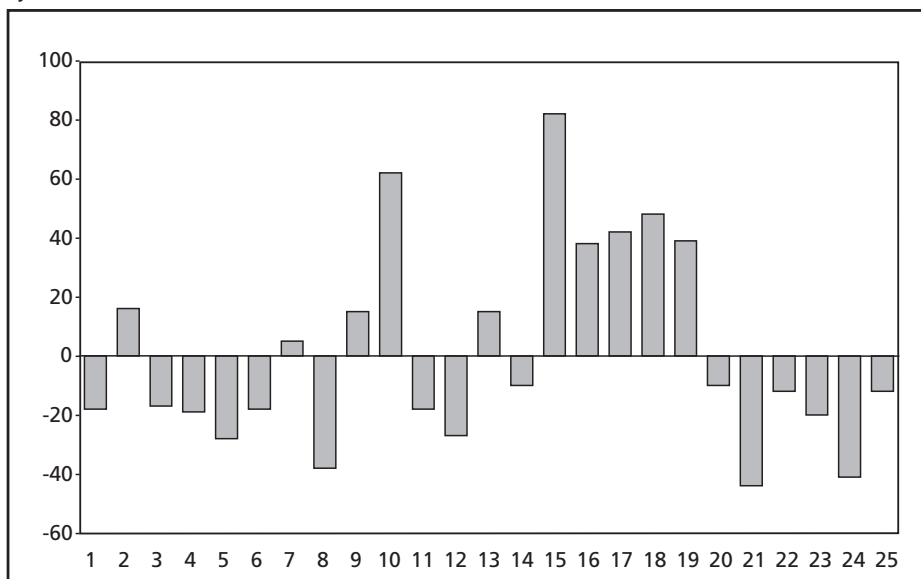


at det eneste bydelskjennetegnet som kan sies å variere (og da positivt, .46) med andelen hjelpestønadsmottakere, er friareal per innbygger i bydelene (Wessel, 1996). Konkret betyr dette at det behovet for kommunale tjenester som barn med slike funksjonshemninger representerer, ikke lar seg fange opp gjennom andre kjennetegn ved en bydels befolkning. Det derfor er fornuftig å la denne gruppen inngå i kriteriesystemet direkte ved sitt antall, slik det også gjøres i dagens system.

Når det derimot gjelder andelen av barna som har vært innlagt på sykehus, gjenfinner vi et langt sterkere innslag av Oslos sosiale geografi. Barn fra bydelene i indre øst er overrepresentert, mens barn fra ytre vest er underrepresentert. Dette antyder at sykелigheten er relatert til andre kjennetegn ved befolkningens sammensetning i disse bydelene, og at den derfor har en klar sosio-økonomisk komponent. Samvariasjonene mellom andelen barn som har vært på sykehus og andre sosio-økonomiske trekk ved befolkningen i bydelene er klare, men ikke utpreget sterke. Andelen samvarierer for eksempel med .71 med bydelens andel unge sosialhjelpstilfeller, .71 med andelen eneforsørgere og .64 med NIBRs levekårsindeks.

Dette betyr at det sosio-økonomiske innslaget i barns helse er statistisk sikkert, men ikke spesielt sterkt. På grunnlag av disse nivåene på samvariasjon, kan vi grovt si at rundt 40 prosent av bydelsvariasjonen i sykehusinnleggelser lar seg forklare med forskjeller i befolkningens sosio-økonomiske sammensetning. Når dette er sagt, må det understrekes at vi her ikke har kunnet ta hensyn til varigheten av sykehusinnleggelser, og at det kan være vanskelig å benytte data om forbruk av

Figur 6.3 Relativ over- og underhyppighet av sykehusinnleggelser av astma/bronkitt etter bydel. Barn 0-6 år, 1995



sykehusinnleggelser til å avlede noe sikkert om sammenhengen mellom dette forholdet og det behovet som er relevant for de forebyggende helsetjenestene som skal finansieres gjennom funksjonsområde II.

Om vi går nærmere inn på den viktigste årsak til sykehusinnleggelser blant barn 0-6 år, så er dette sykdommer i lunger og luftveier. Astma og bronkitt alene stod for hver fjerde innleggelse i 1995.

Igen finner vi et bilde av bydelsvariasjoner som neppe kan forklares med tilfeldigheter, da tallmaterialet er basert på nesten 1000 innleggelser. Den påfallende tendensen til underrepresentasjon i indre øst og overrepresentasjon i bydelene øst og nord i Groruddalen, trenger en forklaring. Her er det nødvendig med nærmere undersøkelser, blant annet for å undersøke i hvilken grad foreldre som har barn med helseproblemer (for eksempel knyttet til luftforurensing) har en tendens til å flytte fra og til bestemte bydeler. I den grad det er slike helserelaterte flyttemønstre blant småbarnsforeldre, vil helseproblemene kunne bli registrert i en annen bydel enn der de er påført eller forverret. I så fall vil ressursene gjennom kriteriesystemet ikke styres til de bydelene hvor helseproblemene oppstår, men til de bydelene hvor folk har flyttet etter at behovene er oppstått. Men som antydnet, dette er bare en mulig forklaring på en geografisk variasjon i helseproblemer som krever andre typer av data for å bli undersøkt enn de vi har hatt til rådighet.

Konklusjonen på denne gjennomgangen er for det første at det foreligger betydelige og sikre variasjoner i barns helse mellom bydelene, og for det andre at disse variasjonene ikke samvarierer statistisk i noen særlig grad med andre sosio-økonomiske kjennetegn ved bydelene. Sannsynligvis må bydelsvariasjonene forklares som et samspill mellom flytteeatferd og fysiske og sosiale faktorer som påvirker sannsynligheten for at et barn får et helseproblem som fører til etterspørsel etter den typen tjenester som finansieres i funksjonsområde II.

Data om helsetilstand kan benyttes i kriteriesystemet på to måter. I de tilfellene hvor vi har sikker viten om antall barn med klart verifiserte helseproblemer som er relevante for de tjenestene som skal tilbys, er det ingen grunner til ikke å inkludere denne behovsgruppen direkte (slik det som nevnt gjøres med de barn som mottar stønader fra folketrygden). Denne gruppens levekårsproblemer skal dempes ved for eksempel å gi den prioritet ved tildeling av barnehageplasser, slik det praktiseres i opptaksreglene for de kommunale barnehagene. Den andre måten er å utnytte opplysninger om forbruk av helsetjenester som en indikator på helsetilstanden også til andre barn i bydelen, og dermed for behovet for forebyggende helsetjenester. Sammenhenger mellom fysiske miljøeksponeringer og helseproblemer kommer ikke til uttrykk innen den befolkningen som på et gitt tidspunkt bor i bydelen dersom foreldre flytter ut av en bydel som reaksjon på miljøfaktorer, og det vil derfor føre til en feilallokering om ressursene (som skal gå til forebyggende ar-

beid) går til de geografiske områdene hvor konsekvensene av problemet er synlige, og ikke til de områdene hvor problemene oppstår. De typene av data som skal kunne fange opp problemene på en relevant måte, bør da enten være over fysiske miljøfaktorer som man vet fører til helseproblemer, slik at forebyggende tiltak kan iverksettes der miljøproblemene er, eller være relatert til faktiske forskjeller i sykkelighet i bydelene.

6.3.3 Variasjoner i nærmiljø

I dette avsnittet skal vi ta for oss den andre sentrale dimensjonen i et barns oppvekstforhold, nemlig de fysiske og sosiale omgivelsene et barn vil vokse opp i dersom det får sin oppvekst i bydelen. Dette miljøet vil påvirke barnets oppvekst på mange måter: For det første som kilde til helseproblemer, gjennom alt fra forurensing til utsatthet for ulykker og vold. For det andre er utrygghet et vesentlig aspekt ved et nærmiljø, og det er relativt uproblematisk å anta at denne øker med kriminalitet og andelen sosialt marginaliserte. For det tredje vil lokale ungdomskulturer utgjøre et viktig innslag i nærmiljøet, og jo mer disse preges av rotløshet, jo dårligere må det lokale oppvekstmiljøet kunne sies å være. Som vi straks skal se, oppviser Oslos bydeler en svært sterk variasjon i slike forhold, og de opprettholdes ved de kontinuerlige flytteprosessene som foregår i byen. Foreldre kan, særlig de med god privat økonomi, i noen grad selv påvirke innslaget av disse faktorene i sine barns oppvekstmiljøer gjennom sine flyttebeslutninger, samtidig som foreldre gjennom utøvelsen av oppdragerrollen kan formidle til sine barn mer eller mindre vellykkede strategier å mestre slike oppvekstforhold på.

Det finnes forbausende få data om barns og unges oppvekstmiljø i Oslo, hvilket betyr at vi må slutte indirekte fra data om bydeler til antakelser om dårlig oppvekstmiljø med relativt tradisjonelle resonnementer av den typen som er antydnet over. En variabel som på en en sammenfattende måte, kanskje mer enn noen annen ville kunne fange opp en lang rekke aspekter ved oppvekstmiljø og foreldreressurser, nemlig elevenes avgangskarakterer fra ungdomsskolen, er ikke offentlig tilgjengelig på bydels- og skolenivå. Oslo kommune viser for eksempel i Plangrunnlaget for kommunenplanen 1995-98 (Oslo Kommune 1994) at det er betydelige forskjeller i karakterprestasjoner hos ungdom fra ulike deler av byen. Det er dobbelt så stor sannsynlighet for at en ungdom bosatt i ytre nord og vest har topp karakterer som det er for en ungdom fra indre øst eller de nye drabantbyene. Det er ingen enkel eller vitenskapelig begrunnbar metode å «oversette» strøksvariable om kriminalitet og omfang av ungdom i drift til kvantitative mål på omfanget av barns og ungdoms konkrete behov for kommunale tjenester. Men som vi skal kom-

me tilbake til, kan slike data likevel benyttes til å tallfeste variasjonene mellom bydelene.

Til å fange opp strøkskjennetegn av relevans for barns- og unges oppvekstmiljø, har vi laget en indeks bestående av følgende variabler: Til å måle utrygghet knyttet til kriminalitet og rusproblematikk har vi valgt antall promilledømte per 10 000 kjøretøyer (1994) og antall overtredelser av narkotika- og alkoholloven per 10 000 innbyggere (1993) blant personer bosatt i bydelene. Begge disse målene sier noe om omfanget av rusproblematikk i nærmiljøet. Antakelsen er ikke først og fremst at disse lovbryterne er foreldre, men at de er et trekk ved nærmiljøet i bydelene. Personer som faktisk dømmes for slike forhold har normalt så betydelige rusproblemer at vi må kunne anta at dette vil påvirke det nærmiljø de bor i. For å fange opp variasjoner i sosial marginalisering i den yngre delen av befolkningen, benytter vi andelen av alle 16-19-åringene som ikke er i videregående skole (1993), og andelen av 18-24-åringene som mottok sosialhjelp (1994).

Tabell 6.2 viser to ting. For det første en enorm variasjon i disse fire strøksvariablene, og for det andre en svært høy statistisk samvariasjon mellom de ulike målene. I praksis betyr dette at bydeler som har høy verdi på et kjennetegn, også har høy verdi på de andre, og omvendt for lave verdier. Når disse fire variablene kombineres til en indeks, framkommer følgende bilde, vist i figur 6.4. Jo høyere skår, jo dårligere må strøket kunne sies å være som oppvekstmiljø.

De tre bydelene i indre øst utpreger seg med en markert overhyppighet, mens ytre vest preges av en like slående underhyppighet. Svært dårlig strøk er altså typisk for indre øst, der 14-15 prosent av barna under skolealder bor. Omtrent like man-

Tabell 6.2 Statistisk samvariasjon mellom antallet promilledømte per 10 000 kjøretøyer, antall overtredelser av alkohol- og narkotikalovgivningen per 10 000 personer, prosent av 16-19-åringene som ikke går videregående skole og prosent av personene i alderen 18-24 år som mottok sosialhjelp på bydelsnivå, variablenes spredning og gjennomsnitt samt bydeler med laveste og høyeste. Kilde: Wessel (1995)

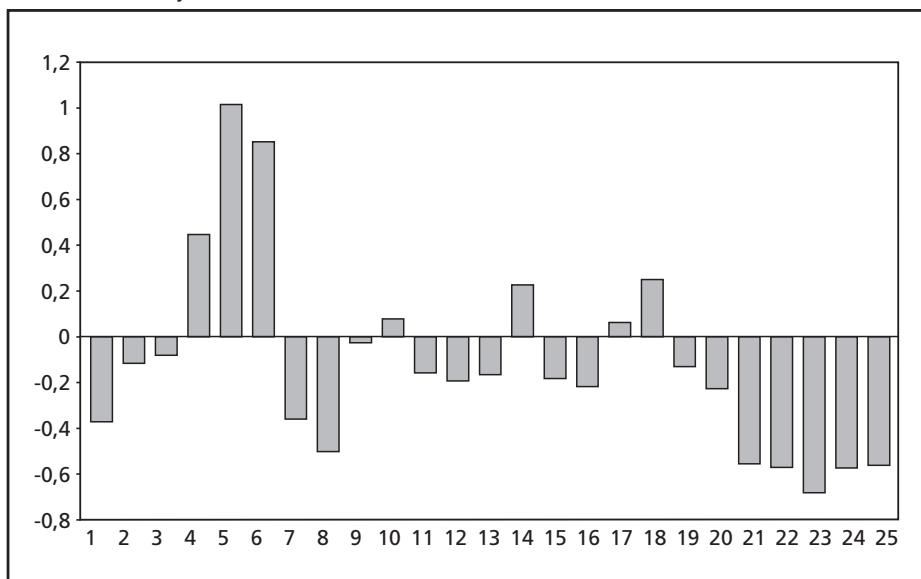
	Promilledømte	Narkotikadømte	Prosent ikke i skole 16-19	Mottar sosialhjelp
Promille		0,84	0,87	0,86
Narkotika			0,87	0,90
% ikke i skole				0,90
Lavest verdi, bydel/score	Bydel 23, 14	Bydel 23, 16	Bydel 23, 7	Bydel 23, 4
Høyest verdi, bydel/score	Bydel 5, 63	Bydel 5, 148	Bydel 6,40	Bydel 6, 29
Gjennomsnitt	37	69	17	15

Tabellnote: Indeksen er laget ved å beregne alle variablenes verdier i prosent av snittet for hele byen, og deretter summere og dele på fire. På den måten kan indeksverdien fortolkes direkte som den gjennomsnittlige relative overhyppighet. En score på 1.0 betyr altså dobbelt så høy verdi som gjennomsnittet for hele byen.

ge bor i ytre vest, med svært godt strøk. Det mest overraskende er kanskje at vi mellom de andre bydelene ikke finner noen variasjon av betydning.

Slike strøkskjennetegn som de vi har presentert over dannes gjennom sosiale prosesser, som en kombinasjon av sammenhenger mellom de oppvekstsressurser barn og ungdom har med seg hjemmefra og sosialt og etnisk selektive flyttemønstre. Kvaliteten på et strøk som oppvekstmiljø er et kollektivt gode (onde), i den betydningen at alle personer, når de først bor i strøket, ikke kan unndra seg det. Det gir derfor heller ikke logisk mening å oppfatte dårlig strøk som et definerbart «volum» på problemer, som så kan fordeles geografisk. Data om forskjeller i strøkskvalitet må derfor utnyttes i forhold til kriteriesystemet på to ulike måter. Den første er å lage et skjønnsbasert «strøks tillegg» som utmåles i forhold til bydelenes verdi på den type indekser som vi laget over. En slik prosedyre ville bryte med kriteriesystemets ide om å identifisere konkrete behovsgrupper, og antakelig også være politisk konfliktfylt samt ha en uønsket stigmatiserende virkning på bestemte deler av byen. Den andre måten er å velge en variabel som representerer en konkret gruppe personer som empirisk fordeler seg (mest mulig) i samsvar med bydelenes skår på strøksindekser for dårlig oppvekstmiljø. Det er dette vi gjør når vi utnytter den sterke samvariasjonen mellom vår strøksvariabel og andelen av personene 16-19 år i bydelen som ikke går på videregående skole. I figur 6.5 viser vi hvordan disse ungdommene fordeler seg på bydelene. Variasjonene mellom bydelene kan nå både tolkes som (direkte eller som proporsjonal med) et kvantitativt uttrykk for den

Figur 6.4 Bydelens score på kombinert indeks for grad av ugunstig oppvekstmiljø. Gjennomsnittet for hele byen er satt til 0,0. Pearsons r med NIBRs levekårsindeks er .95



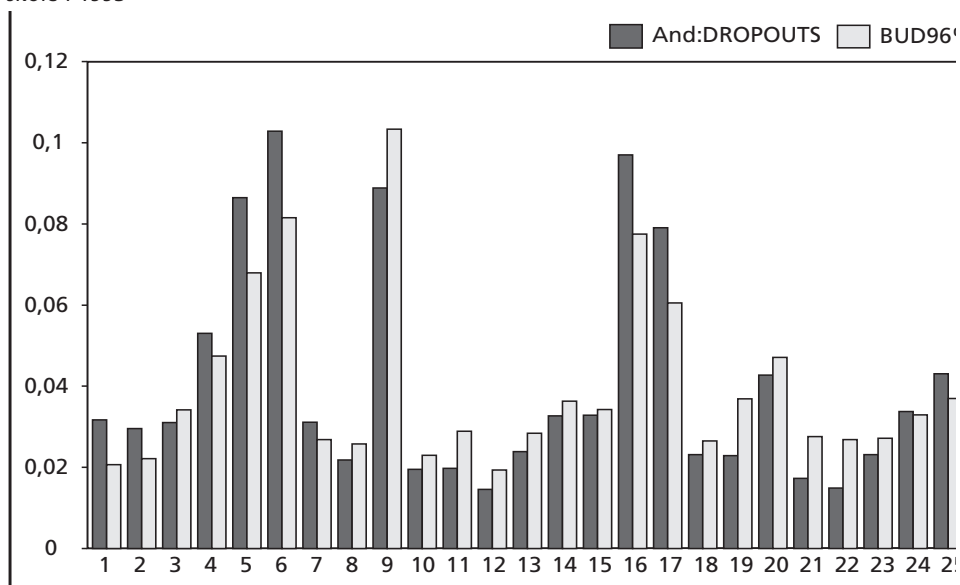
geografiske fordelingen av barn- og ungdom som har svake levekårsressurser, og som en empirisk underbygget indikator på bydelsvariasjoner i ugunstige strøkskjennetegn. For sammenlikningens skyld har vi også vist den faktiske fordelingen av midler innen funksjonsområde II for 1996.

Om fordelingen av ungdom som ikke går i videregående skole tolkes som et strøkskjennetegn, har vi samme bydelsprofil som for strøksindeksen (figur 6.4), med unntak av for Søndre Nordstrand: I denne bydelen er strøket svært nær snittet for alle bydelene, mens over ti prosent av ungdommen uten utdanning bor her. Uten at vi kan belegge det empirisk, er det nærliggende å tolke dette som en effekt av bydelens etniske sammensetning.

Om dagens midler inne funksjonsområde II var blitt tildelt proporsjonalt med denne variabelen, ville resultatet blitt overraskende likt en fordeling etter dagens kriterier: $r=.93$, $\text{dissim}=.10$. For enkelte bydeler ville forskjellen imidlertid blitt betydelig. Det er særlig indre øst og Stovner og Furuset som ville ha kommet bedre ut. Bydel 5 og 6 ville hver få rundt to prosent mer av det samlede budsjettet, tilsvarende om lag elleve millioner kroner.

Forskjellen fra den rene aldersbaserte tildelingen som ble simulert i avsnitt 6.2 er påfallende liten. Forklaringen på dette er at bydeler med en stor andel av barna også er bydeler med en stor andel av de som ikke går på videregående skole ($r=.70$). Det er ingen tallogikk som skulle tilsi at det skulle være en slik tett sammenheng.

Figur 6.5 Bydelenes andel av tildelte midler på Funksjonsområde II sammenliknet med bydelenes andeler av det totale antall ungdommer 16-19 år som ikke gikk i videregående skole i 1993



Tvert i mot er det nærliggende å anta at dette er relatert til den etniske sammensetningen av bydelene. I bydeler med stor ung befolkning er det en stor andel barn av fremmedkulturell opprinnelse, og blant disse er det en lav søkning mot, og gjennomføring av, den videregående skolen; den bivariate samvariasjonen mellom andelen fremmedkulturelle barn 0-15 år og andelen i videregående skole (16-19 år) er så sterk som .90. Når vi så i tillegg vet at søkningen til videregående skole blant den norske befolkningen i bydeler med store etniske minoriteter også er lav, får vi et høyt statistisk samsvar mellom en bydels etniske sammensetning, indikatorer på sosial marginalisering, kriminalitet, aldersstruktur og deltakelse i videregående utdanning.

Disse strøksvariablene avspeiler sider ved oppvekstmiljøet som først og fremst er av betydning for de litt eldre barna, når de blir så gamle at de tar seg rundt i nærmiljøet uten foreldretilsyn. De utgiftstunge ytelsene innen funksjonsområde II er imidlertid rettet inn mot de alle yngste, og vi husker at barnehager utgjør 63 prosent av utgiftene. For barn under sju år er det først og fremst foreldrene og eventuell barnehage som tilsammen utgjør det viktigste oppvekstmiljøet.

Andelen barn i barnehage er en vesentlig del av oppvekstmiljøet i et nærmiljø, fordi denne bestemmer både hvem barn i barnehage vil tilbringe denne tiden sammen med, og hvilke barn som er hjemme og dermed blir lekekameraer til de som ikke er i barnehage. I denne forstand vil data om barnehagebruk også kunne fange opp et svært viktig trekk ved de yngstes oppvekstmiljø, nemlig forutsetningene for å kunne mestre norsk godt den dagen man begynner i grunnskolen. Oslo er svært sterkt etnisk segregert om vi betrakter de aller yngste aldersgruppene. Om lag hver femte person under 20 år tilhører en farget etnisk minoritet. Andelen av barna 0-6 år innen hver enkelt bydel som har fremmedkulturell (og dermed fremmedspråklig) bakgrunn varierer fra 53 prosent i Gamle Oslo, og ned til 1,1 prosent i Vinderen. Ser vi på de noe eldre, aldersgruppe 7-15 år så er segregeringen ennå sterkere, med henholdsvis 68,7 og 1,3 prosent fremmedkulturelle i de to mest ekstreme bydelene. Denne forsterkingen av «ghettoisering» skyldes norske familiers tendens til å flytte ut av de indre bydelene etterhvert som barna blir noe eldre.

Den etniske sammensetningen i en bydel må karakteriseres som et viktig trekk ved barnas oppvekstmiljø, men uten at det foreligger noen systematisk kunnskap om *hvordan* dette påvirker barn av ulik etnisk bakgrunn. En vanlig antakelse er at mulighetene for barn av etniske minoriteter til å mestre norsk godt, er knyttet til å ha samkvem med barn med norsk som morsmål i perioden før de begynner på grunnskolen. I denne sammenhengen blir minoritetsbarnas deltakelse i barnehager et viktig forhold. Eller omvendt, manglende deltakelse i barnehager må kunne oppfattes som en større levekårsulempe for et farget barn enn

for et hvitt barn, fordi sistnevntes språksosialisering neppe påvirkes i samme grad av å gå i barnehage eller ikke.

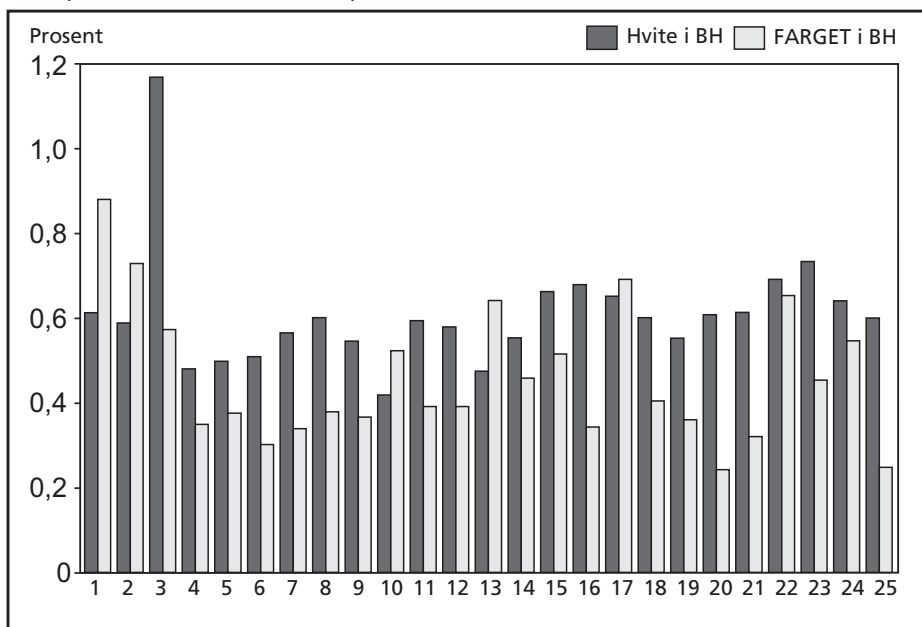
Mens 62 prosent av barna i den norske/vestlige majoritetsgruppen går i barnehage, gjelder dette kun 41 prosent av barna i den fargede minoriteten. Uten at det foreligger sikker viten, må det kunne antas at denne lavere bruken av barnehage er knyttet både til mødres lavere yrkesaktivitet, husholdningenes dårligere økonomi og ideologisk-kulturelle motforestillinger mot å overlate barnetilsynet til andre enn mødrene. I tillegg kan det forholdet at mødre med fremmedkulturell innvandrerbakgrunn (og lav utdanning) får flere barn enn norske kvinner, og med kortere mellomrom, trekke i retning av at gevinsten ved å gå ut i lønnet arbeid spises opp av barnepasskostnader. I Fafos undersøkelse av flyktningers levekår (Djuve og Hagen, 1995), fant vi en tendens i den retning: Foreldrenes bruk av barnehage var knyttet til antallet barn husholdningen hadde: 50 prosent av enebarna var i barnehage, mens bare 30 prosent av de som hadde ett søsken, og praktisk talt ingen av de barna fra barnekull på tre eller flere (under sju år). Lav bruk av barnehage blant etniske minoriteter kan derfor tenkes å avspeile svake levekårsressurser hos foreldrene i langt større grad enn tilfellet er for norske foreldre som ikke benytter barnehage.

I figur 6.6 vises prosent av barna som er i barnehage etter etnisk opprinnelse i de ulike bydelene.³ Selv om hovedmønsteret altså er en betydelig lavere barnehagebruk blant innvandrerforeldre, ser vi at dette ikke er et gjennomgående trekk ved alle bydelene: Tvert imot er det en tendens til at jo færre innvandrerbarn som bor i en bydel, jo mindre er avstanden mellom bruksratene for de to gruppene. Dette kan bety at bydeler med få minoritetsbarn har iverksatt tiltak for å gi disse barna plass, men det kan også skyldes at det er mer ressursrike og modernistisk orienterte innvandrere som bor i disse bydelene, og som derfor i større grad har ønsket sine barn inn i barnehage.

I de bydelene hvor barn av etniske minoriteter utgjør en stor andel av barna under seks år, ser vi at, bortsett fra i Stovner og Romsås, er bruken av barnehager systematisk mindre blant den fargede minoriteten. Barn med innvandrerbakgrunn som ikke går i barnehage utgjør en gruppe som har et dårlige oppvekstmiljø enn andre; både fordi de da ikke blir eksponert for norsktalende barn og fordi de ikke får det godet som barnehage i sin alminnelighet er. I denne forstand kan de oppfattes som en behovsgruppe, og deres relative fordeling på bydelene (vist i figur 6.7) kan dermed indikere den geografiske utbredelsen av en gruppe barn som bør vies en spesiell oppmerksomhet.

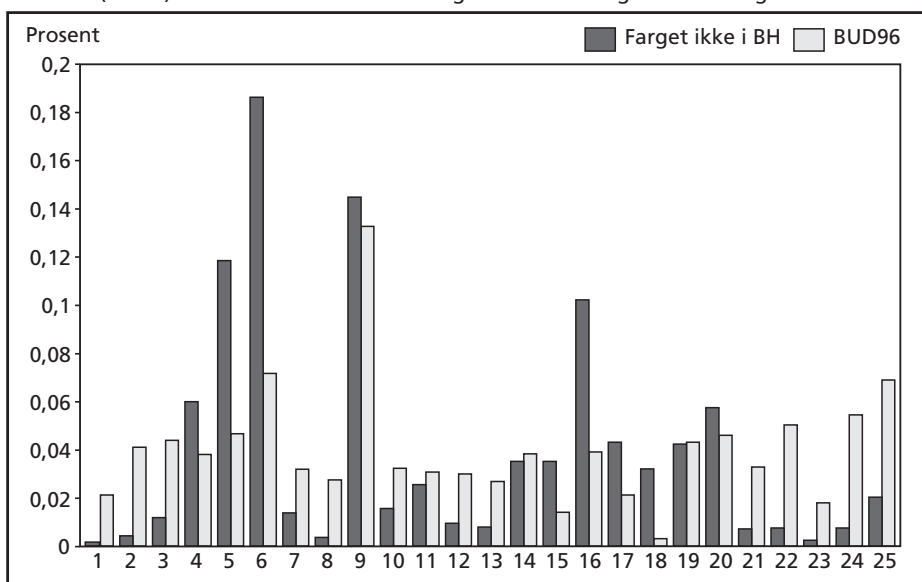
³ Tallene er noe unøyaktige, fordi Oslo kommune registrer antallet barn i barnehage etter hvilken bydel de går i barnehage, og ikke etter hvilken bydel barna som går i barnehage bor. I bydel 3 er det for eksempel 2108 barn i barnehage, men det bare bor 1872 barn mellom 0 og 6 år i bydelen pr. 1.1.95. Kilde: Oslo Kommune: Årsstatistikk for bydelene.

Figur 6.6 Prosent av alle barn 0-6 år i barnehage (inkludert 6-års tilbud) etter etnisk opprinnelse (fremmedkulturell eller ikke)



Tabellkommentar: Den ulogiske verdien for bydel 3 skyldes at 912 barn går i barnehage i denne bydelen, men bor i en annen bydel. Tas disse bort, er barnehagedekningen 53 prosent blant hvite barn.

Figur 6.7 Fordeling av budsjett 1996 sammenliknet med en fordeling etter andel av alle byens barn (0-6 år) med fremmedkulturell bakgrunn som ikke går i barnehage



Halvparten av barn fra etniske minoriteter som ikke går i barnehage er konsentrert i indre by øst og på Furuset. Denne sterke konsentrasjonen gjør at en fordeling av midlene utelukkende etter dette kriteriet ville medføre ganske store endringer i forhold til dagens system, faktisk ville 26 prosent av midlene flyttes fra en bydel til en annen. Korrelasjonen mellom de to fordelingene er likevel høy, $r=0.92$. Dette betyr at en endring av kriteriene for funksjonsområde II i retning av en vektlegging av andelen fremmedkulturelle barn som ikke har barnehageplass, sterkt vil bidra til å trekke midler til indre by øst og Furuset. Det ville imidlertid være svært problematisk å bruke dette som tildelingskriterium, siden bydelene da ville straffes økonomisk for å gi fargede barn barnehageplass.

6.3.4 Avslutning; strøkskjennetegn

I dette avsnittet har vi forsøkt å sette sammen tilgjengelige data som kan si noe om kvaliteten på nærmiljøet hvor barn vokser opp. Som vi har pekt på, er tilfanget av gode data som kan beskrive miljøet fra barn og unges ståsted relativt magert. De indikatorene vi har betraktet, viser likevel et klart mønster: Ser vi på de fysiske omgivelsene kommer de tre bydelene i indre øst svært dårlig ut, og med ytre vest på den motsatte ytterligheten. Når vi betrakter forhold som sterkt former oppvekstmiljøet, som skole- og barnehagedeltakelse, er det, i tillegg til indre øst, de nye drabantbyene som kommer dårligst ut. Antakelig er dette en avspeiling av to viktige trekk ved Oslos sosiale geografi: Rusproblematikkens geografiske dimensjon er et aspekt ved bosettingsmønsteret til de mest marginaliserte delene av den norske befolkningen, mens bruken av skole og barnehage er et aspekt ved de fargede befolkningsgruppens bomønstre. Fordi fremmedkulturelle innvandrere og de mest ressursvake delene av den norske befolkningen har et svært likt geografisk bosettingsmønster, får vi et sterkt statistisk samsvar mellom de ulike målene på oppvekststrøk og generelle levekårsindekser. Andelen innvandrerbarn som ikke går i barnehage samvarierer for eksempel med 0.89 både med andelen som ikke går i videregående skole og med NIBRs levekårsindeks.

6.3.4 Foreldre og familieressurser

Familieinstitusjonen har endret seg dramatisk de siste 30 årene, og sammen med oppkomsten av en lang rekke etniske og kulturelle minoriteter i Oslo, har variasjonen i hva slags familier byens barn vokser opp i økt dramatisk. Den tradisjonelle kjernefamilien med to tilstedeværende gifte foreldre samt et par barn er på kraftig retur, og ikke lenger en grunnleggende sosial infrastruktur rundt barn som kan tas for gitt i den offentlige politikken. For det første utgjør, som vi

ser av tabell 6,3, tradisjonelle kjernefamilier kun elleve prosent av samtlige husholdninger i Oslo, 13 prosent om vi tar med samboere med felles barn. For det andre, hvis vi ser kun på husholdninger som har barn under 18 år, så består kun 59 prosent av disse av gifte foreldre.

Barns oppvekstvilkår og deres behov for kommunale omsorgstjenester er tett sammenvevd med husholdningens sammensetning. Den faktiske kunnskapen om *hvordan* disse sammenhengene er, er derimot ikke så godt kartlagt. Det er rimelig å anta at det å bo sammen med begge foreldrene, eldre søsken og/eller andre voksne slektninger øker barnets tilgjengelige voksentid, noe som til en viss grad reduserer behovet for barnetilsyn utenfor familien. En stor søskenflokk kan redusere behovet for sosialt samvær med andre barn. På den annen side kan det tenkes at mange husholdningsmedlemmer medfører en anstrengt økonomi, og dermed utestenger barna fra barnehage. Det er all grunn til å tro at slike sammenhenger som her anty-

Tabell 6.3 Oslos befolkning fordelt etter husholdningstyper samt det gjennomsnittlige antallet barn 0-17 år etter husholdningstype og etnisk bakgrunn til hovedforsørger samt hvilke bydeler som har henholdsvis høyest og lavest andel av de ulike familietyperne

HUSHOLDNING			Antall barn		
	Lavest andel	Høyest andel	Gjennomsnitt	Hvite	Fargede
Ektepar med barn	Uranienborg, 4,3	S.Nordstrand, 25,0	11,3	1,72	2,39
Samboere med barn	Uranienborg, 1,1	Romsås, 3,6	2,1	1,40	1,88
Enslige mødre	Uranienborg, 3,1	Romsås, 11,6	5,1	1,31	1,75
Enslige fedre	Uranienborg, 0,4	S.Nordstrand, 1,1	0,6	1,26	1,46
Enslig + voksne barn	Grunerløkka, 1,4	Stovner, 4,2	2,3		
Ektepar + voksne barn	Grunerløkka, 0,8	Stovner, 6,8	3,4	-	-
Ektepar uten barn	Grunerløkka, 6,3	Manglerud, 21,5	13,0	-	-
Enslige menn	Vindern, 19,9	Grunerløkka, 41,0	28,5	-	-
Enslige kvinner	Vindern, 25,6	St.Hanshaugen, 43,6	33,5	-	-
Totalt			100	1,56	2,20

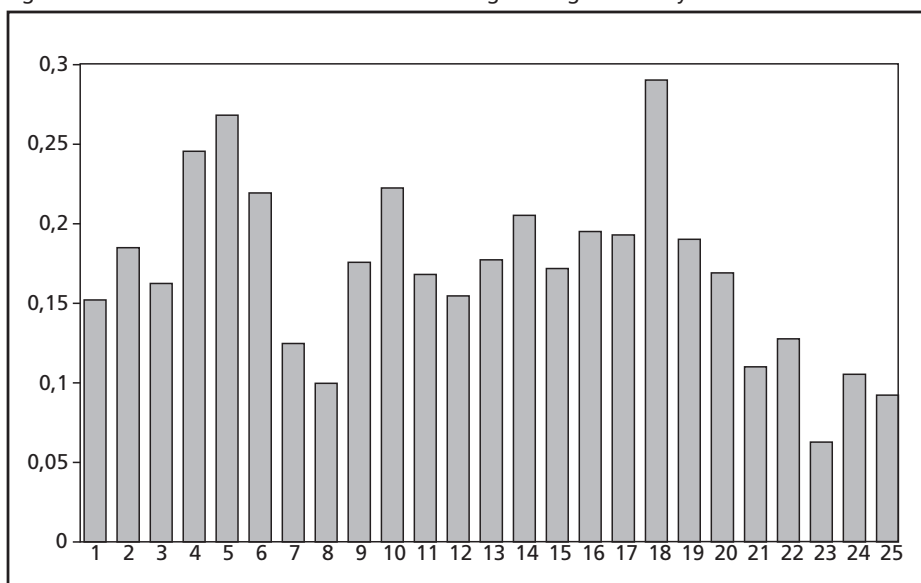
des kan være svært forskjellige innen byens ulike etniske grupper, og det er et åpenbart behov for mer faktisk kunnskap om nettopp slike forhold.

I dagens kriteriesystem er barn med enslig forsørger det eneste husholdskjennetegnet som er direkte inkludert, utfra en antakelse om at barn i slike familier har spesielle behov som kan kompenseres gjennom kommunal tjenesteyting. Oppfatningen av at barn av enslige forsørgere har svakere oppvekststressurser enn barn i tradisjonelle kjernefamilier, gis ofte en noe uheldig moralsk-normativ fortolkning, men man kan like gjerne begrunne dette praktisk: Det å være alene om omsorgen for et eller flere barn er en større belastning både økonomisk, fysisk og psykisk enn når man er to om omsorgen. Barn av enslige forsørgere har derfor et allment akseptert og større behov enn andre barn for barnehageplass.

17 prosent av alle barn under sju år bor i husholdninger med en forsørger. Andelen innen de enkelte bydelene varierer imidlertid sterkt, fra nesten 30 prosent i Romsås, ned til seks prosent i Vindern. Grovt sett er det dobbelt så stor sannsynlighet for at et barn har en enslig forelder i indre øst som det er i ytre vest.

Disse tallene skjuler en markert forskjell mellom den norske majoritetsbefolkningen og de fargede minoritetene, noe som tydelig framkommer i figur 6.9: Ser vi på de yngste barna (0-6 år) har henholdsvis 23 prosent av de hvite og tolv prosent av de fargede en enslig forelder. Betrakter vi alle barn under 18 år, er forskjellen litt større, henholdsvis 25 og ni prosent. Dette betyr at andelen av barna i

Figur 6.8 Andelen av barna 0-6 år som har enslig forsørger etter bydel



en bydel med enslig forsørger i betydelig grad også vil avspeile bydelens etniske sammensetning. For eksempel vil tallet 28 prosent av barna i bydel 5 med enslig forsørger tildekke en forskjell på 45 prosent blant nærkulturelle og tolv prosent blant fremmedkulturelle. Blant hvite er det en overhyppighet av enslige forsørgere i indre øst og nye drabantbyer, mens det blant fremmedkulturelle er motsatt.

Jo lavere andel en bydel har av personer fra etniske minoriteter, jo mer likner familiemønsteret til minoriteten majoritetsbefolkningens. Dette kan være et resultat av ulikheter mellom de forskjellige etniske minoritetene både når det gjelder familiemønster og valg av bosted, og det kan være et resultat av det er de «norskeste» innvandrene innen hver etnisk minoritet som bor i bydeler med lav innvandrerandel.

Bildet blir ikke vesentlig annerledes om vi ser på andelen av barna fra 0-17 år som har enslig forsørger. Nivåene ligger da noe høyere (som resultat av skilsmisser etter at barna er blitt eldre), men variasjonen mellom bydelene er praktisk talt den samme: Igjen er det påfallende hvordan ytre vest utmerker seg med lave nivåer, mens bykjernen, både indre øst og vest har høye nivåer. Vi kan også legge merke til at forskjellen mellom hvite og fargede nå faktisk er noe større.

I dagens kriteriesystem skilles det ikke mellom nær- og fremmedkulturelle barn av enslige forsørgere. På den annen side kan det argumenteres for at fremmedkulturelle barn av enslige forsørgere kan ha svakere oppvekstressurer, blant annet fordi de utgjør et større avvik fra hva som er det rådende normsystemet innen den etniske gruppe man tilhører. Men det kan også være omvendt: Nettopp fordi de utgjør en familietype som er stigmatisert innen egen minoritetsgruppe, kan eksponeringen for det norske samfunnet bli bredere, slik at for eksempel norskopplæringen til barna kan bli bedre. Noe paradoksalt kan resultatet bli at en levekårsuleppe for et etnisk norsk barn kan vise seg å bli til en ressurs for et farget barn (for eksempel om det kommer inn i barnehage som barn av enslig forsørger foran et farget barn med samboende foreldre).

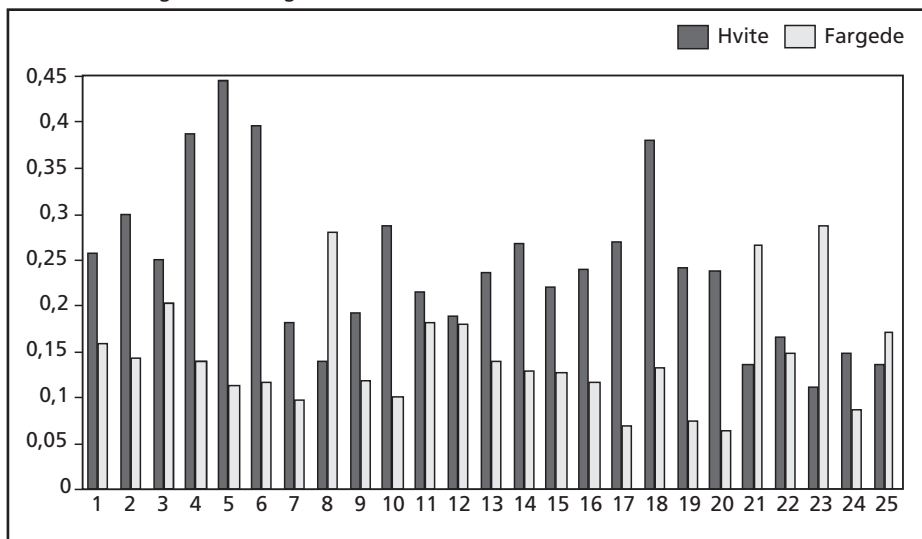
Andelen av barna i en bydel som har enslige forsørgere sier noe om behovene for kommunale omsorgstjenester *innen* bydelen. For å få den informasjon som er relevant for kriteriesystemet, må vi i stedet beregne andelen av alle byenes barn med enslig forsørger som bor i de enkelte bydelene. Denne er vist i figur 6.11 for alle barn (0-17) etter etnisk bakgrunn, og i figur 6.12 sammenlikner vi den geografiske fordelingen av alle barn (0-6) av enslig forsørger med dagens fordeling av ressurser innen funksjonsområde II.

En tildeling av midlene utelukkende utfra bydelenes andel av barna under sju år som har enslig forsørger, ville gi en fordeling av midlene som er nesten iden-

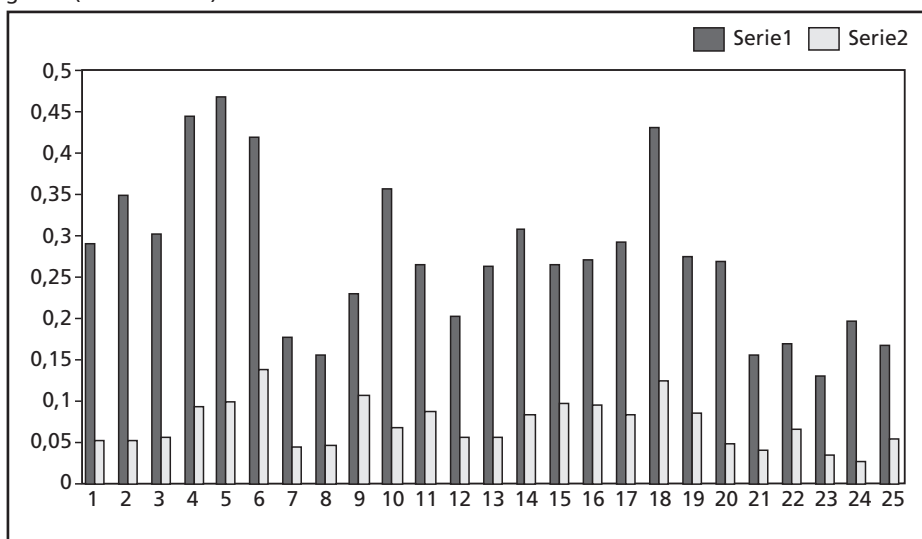
tisk med dagens tildeling. Bare seks prosent av midlene ville bli flyttet fra en bydel til en annen, og de to fordelingene korrelerer med 0,97.

I de bydelene der det bor mange barn med bakgrunn fra etniske minoriteter, er det svært høye andeler av barna fra majoritetsbefolkningen som har enslige

Figur 6.9 Prosent av alle barn (0-6) år i bydelen hvis mor eller far er enslig forsørger, etter morens alder og etnisk bakgrunn

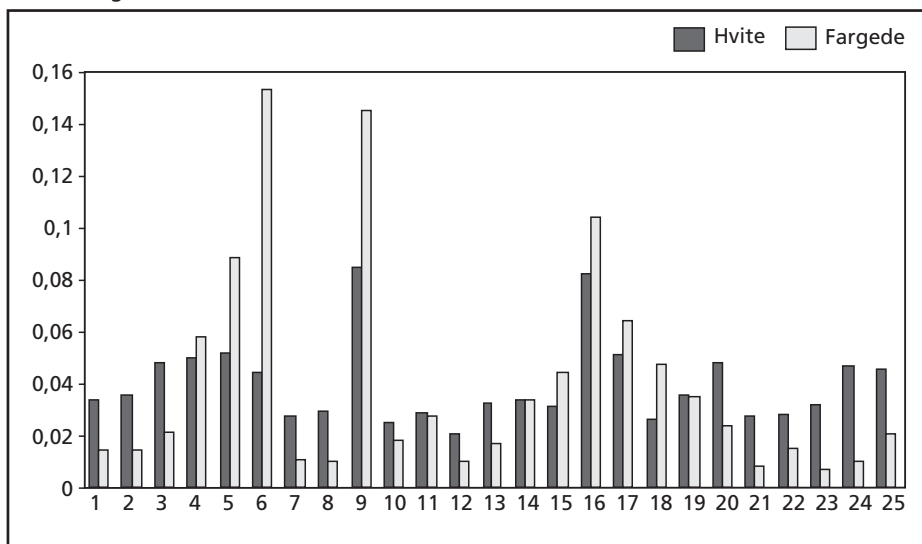


Figur 6.10 Prosent av barna 0-17 år som har enslig forsørger etter bydel og etnisk bakgrunn.(serie 1=hvite)

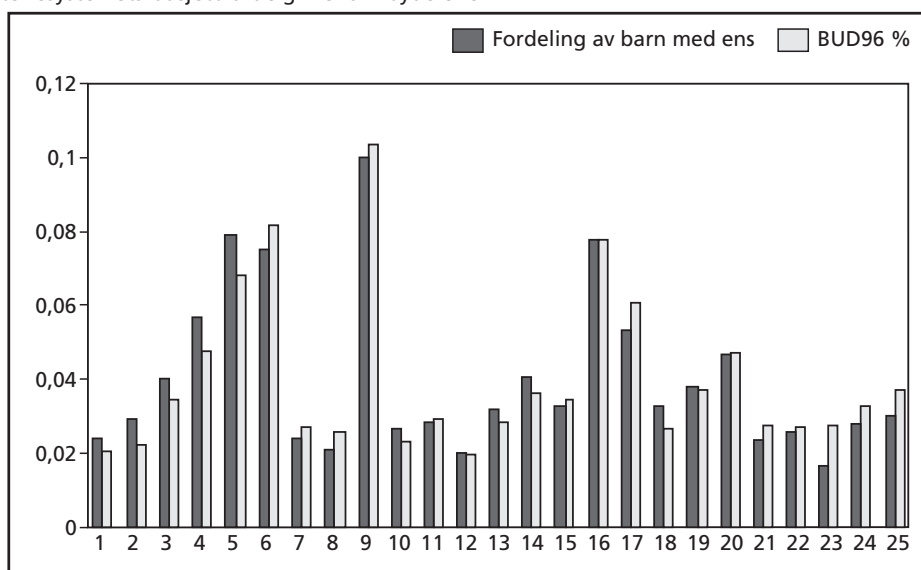


foreldre. Det er under vurdering å la barn tilhørende etniske minoriteter få prioritet ved inntak til kommunale barnehager, samtidig som barn av enslige forsørgere allerede er gitt slik prioritet. 85 prosent (8235 av 9675) av barna under sju år som har enslig forsørger er hvite, slik at prioriteringen av enslige barn i praksis vil tilsi-

Figur 6.11 Andelen av alle barn med enslig forsørger som bor i de enkelte bydelene, etter etnisk bakgrunn



Figur 6.12 Bydelenes andel av alle barn 0-6 år som har enslig forsørger sammenliknet med kriteriesystemets budjettfordelg mellom bydelene

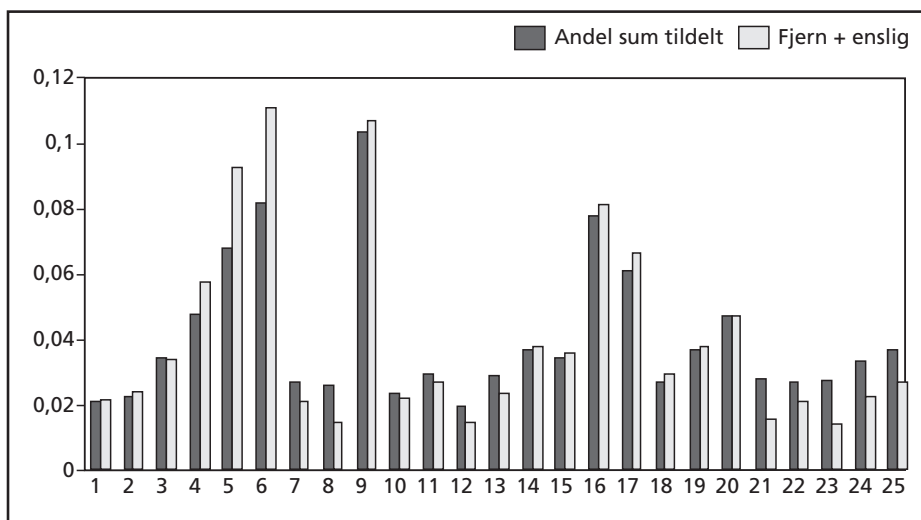


desette fargede barn, fordi disse i langt mindre grad har enslige foreldre. (I hele byen er det altså 8235 hvite og 5772 fargede barn under sju år som ikke har enslige foreldre). Om vi nå tenker oss at både barn med fremmedkulturell bakgrunn og barn av enslige forsørgere har behov som kan berettigje en prioritering, kan vi få et enkelt mål på dette samlede behovet ved rett og slett å summere de to gruppene. I figur 6.13 viser vi hvordan denne totalgruppen fordeler seg på bydeler, sammenliknet med dagens ressursfordeling innen funksjonsområde II:

Om summen av disse to behovsgruppene hadde vært det eneste tildelingskriteriet, ville vi likevel fått en ressursfordeling mellom bydelene svært lik dagens: Kun åtte prosent av ressursene ville gå til en annen bydel, men med en entydig «overføring» fra ytre vest til indre øst. Bydelene 5 og 6 ville få henholdsvis 2,5 og 3 prosent mer av den samlede potten, mens bydelene i ytre vest vil få mindre budsjetter.

I dette avsnittet har vi, på samme måte som dagens kriteriesystem, definert barn av enslige forsørgere som en behovsgruppe, og enslighet er det eneste kjennetegnet ved foreldrene som er blitt trukket inn, i tillegg til at vi også har sett på etnisitet. Barn av enslige forsørgere har allerede idag en vekt på 0,21 i kriteriesettet på funksjonsområde II, hvilket forklarer en del av det sterke samsvaret vi har vist mellom dagens ressursfordeling og den geografiske fordelingen av barna med enslige forsørgere. Andelen fremmedkulturelle barn teller 0,14, og fordi det er en så klar tendens til at barn av hvite enslige forsørgere og fargede barn er overrepresentert i

Figur 6.13 Andelen av alle barn 0-6 år som enten er av fremmedkulturell opprinnelse eller som har en hvit, enslig forelder etter bydel, samt fordelingen av ressursrer på funksjonsområde II



de samme bydelene, virker både enslighets- og etnisitetskriteriet i samme retning. Videre har vi vist at jo sterkere vekt som legges på enslighet og etnisitet i kriteriesystemet, jo mer vil ressursene måtte overføres fra ytre vest til indre øst. De nye drabantbyene, hvor en betydelig del av de yngste barna bor, vil derimot ikke berøres i så stor grad.

Både barn av enslige forsørgere og barn av fremmedkulturell opprinnelse er svært grovt definerte behovsgrupper. Til sammen utgjør disse to gruppene 30 prosent, vel 14 000 av 45 000 barn under sju år. Antakelsene om at disse barna har særskilte behov er i større grad intuitive enn de er empirisk belagte. At enslige mødre i større grad enn gifte/samboende er mer avhengige av et offentlig barnetilsyn, og at innvandrerbarns norskopplæring blir bedre av å gå i barnehage, er eksempler på slike allmenne «sannheter». I de neste avsnittene skal vi ta i betraktning andre sider ved husholdningens ressurser, og forsøke å identifisere barn som vokser opp i familier hvor inntekten og foreldrenes utdanning er lav.

Foreldrenes inntekt

Inntekten til den husholdningen et barn vokser opp i representerer en så viktig oppvekststressurs at det neppe trenger en nærmere begrunnelse. I tillegg argumenterte vi tidligere for at inntekten også sier noe om foreldres grad av frihet til å velge barns oppvekstmiljø gjennom flytting. For at inntekt som oppvekststressurs skal måles på en relevant måte, må vi justere husholdningens samlede inntekt etter dens personsammensetning. Dette gjøres ved å regne om den samlede inntekten til en inntekt per forbruksenhet etter en allment vitenskapelig akseptert kostnadsfordeling: En voksen person gis vekten 1,0, ytterligere personer over 17 år verdien 0,7 og barn 0-17 år 0,5. En husholdning omregnes på denne måten til et gitt antall husholdningsenheter, og dens nivå på økonomiske ressurser beregnes rett fram som samlet inntekt delt på antallet husholdningsenheter. Med dette utgangspunktet kan vi beregne hvor mange barn som vokser opp i husholdninger med ulike nivåer av økonomiske ressurser. I tabell 6.4 viser vi gjennomsnittlig disponibel inntekt per forbruksenhet for ulike husholdningstyper, etter hvorvidt husholdningen mottar sosialhjelp eller ikke. Disse tallene er basert på Statistisk Sentralbyrås inntektsregnskap for familier for året 1993, og viser hva de ulike husholdningstypene har i faktisk disponibel inntekt (etter skatt og inkludert offentlige kontantytelser, også sosialhjelp).

Av alle husholdningstyper under ett skiller enslige mødre, og da særlig de yngste enslige mødre, seg ut som den gruppen med lavest disponibel inntekt per forbruksenhet, med 103 000 kroner i gjennomsnitt. De har mellom to og tre tusen kroner mindre per måned å rutte med (per forbruksenhet) enn andre småbarnsfamilier. Dette betyr at enslighet ikke bare, slik vi var opptatt av i foregående avsnitt,

sier noe om foreldrenes tidsressurser, men det går også sammen med lav inntekt. Ser vi på de husholdningene som mottar sosialhjelp, skiller ikke de enslige forsørgerne seg ut, men ligger faktisk noe høyere enn andre familietyper som mottar sosialhjelp.

Ser vi nærmere på de husholdningene som har barn under sju år, og deler disse husholdningene igjen etter hovedpersonens etniske tilhørighet, framkommer et slående bilde: Blant familier ligger inntektsnivået til de fremmedkulturelle familiene på halvparten av det norske (og andre nærkulturelle). Vi bør også legge merke til at det er svært liten forskjell i disponibel inntekt mellom de som mottar sosialhjelp og de som ikke gjør det: Dette forholdet bekrefter vårt funn fra

Tabell 6.4 Gjennomsnittlig gjennomsnittlig disponibel inntekt per forbruksenhet i ulike familietyper etter hvorvidt husholdningen mottar sosialhjelp eller ikke i 1993

	Disponibel inntekt per forbruksenhet	
	Mottar sosialhjelp	Mottar ikke sosialhjelp
Ektepar uten barn	78 032	158 104
Ektepar med barn	70 433	137 482
Samboere med felles barn	84 679	122 969
Enslige mødre under 25 år	83 534	79 318
Enslige mødre over 25 år	91 955	109 693
Enslige fedre med barn	88 753	144 223
Enslige menn	80 181	136 562
Enslige kvinner	78 910	115 830
Ektepar m/voksne barn	176 232	257 593
Enslige m/voksne barn	176 098	240 608
Husholdninger med minst ett barn under sju år:		
Nærkulturell, familie	111 210	128 212
Nærkulturell, enslig forsørger	89 123	92 259
Fremmedkulturell, familie	67 965	67 774
Fremmedkulturell, enslig forsørger	74 168	68 429
Alle husholdninger	86 276	137 203

levetidsundersøkelsen blant familier med flyktningebakgrunn (FAFO 1995), nemlig at fremmedkulturelle innvandrere i liten grad klarer å oppnå annet en svært lave inntekter i arbeidsmarkedet. Sosialhjelpen utmåles deretter åpenbart opp til en (minste-)norm som gjør at avstanden mellom førsørgelse i arbeidsmarkedet og gjennom velferdsstaten ikke blir særlig stor.

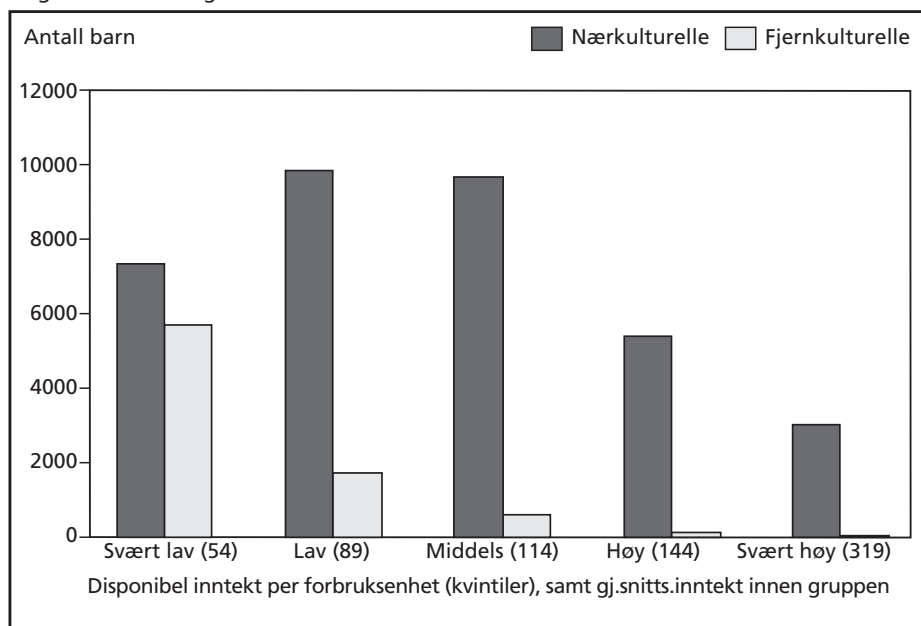
Husholdningens inntekt som mål på oppvekstressurser rommer to dimensjoner: For det første må inntekten målt i kroner være over det minimum som er nødvendig for å sikre basale forhold som ernæring, klær, bolig og så videre. I Norge har vi ingen slik absolutt fattigdomsgrense, men det er altså grunn til å tro at den økonomiske sosialhjelpen løfter alle husholdninger over dette nivået. For det andre, og svært relevant for barns oppvekstressurser, så bør inntekten være så høy at barna ved klesdrakt, lekeutstyr, fritidsaktiviteter og så videre ikke skiller seg ut eller blir ekskludert fra sosialt fellesskap med andre barn. Dette aspektet ved oppvekstvilkår skal i prinsippet den økonomiske sosialhjelpen ikke ta hensyn til, samtidig som det kan være et vesentlig aspekt ved barns oppvekstmiljø.

13 062 av byens 43 557 barn under sju år bor (per 1.1.94) i husholdninger som tilhører den laveste femdelen av samtlige husholdninger, når vi beregner husholdningens inntektsposisjon utfra disponibel inntekt per forbruksenhet. Gjennomsnittlig disponibel inntekt per forbruksenhet for denne gruppen er 54 192 kroner. Sagt på en annen måte; *Nesten hvert tredje barn i Oslo vokser opp i en husholdning hvis kjøpekraft er på samme nivå som for en enslig minstepensjonist.* Denne overrepresentasjonen av småbarnsfamilier i den laveste inntektsklassen har flere forklaringer: For det første vil hushold med små barn være familier tidlig i en livs- og yrkesfase, en eller begge av foreldrene kan være under utdanning eller hjemmeværende av hensyn til barna: En trang økonomi som følge av slike forhold kan være ille nok, men den vil normalt være forbigående og derfor ikke så problematisk fra et sosialpolitisk ståsted. For det andre, og som vi så i tabell 6.4, så preges enslige forsørgere av lav disponibel inntekt, også når vi beregner denne per forbruksenhet. Av alle byens vel 10 000 barn (under sju år) av enslige forsørgere, tilhører 36 prosent husholdninger som har svært lav inntekt, det vil si ligger i den laveste femdelen av inntektsstrukturen. For det tredje er husholdninger av fremmedkulturell opprinnelse så kraftig overrepresentert blant lav-inntekts-husholdningene, at en analyse av hvilke barn som vokser opp under svært trange økonomiske kår gir liten mening uten å ta med den etniske dimensjonen. Fargede barn under utgjør 19 prosent av alle under sju år i Oslo, men hele 44 prosent av alle barn i den fattigste femdel av husholdningene (sammenliknet med 21 prosent av de hvite). For det fjerde, ved vår beregning av en husholdnings økonomiske stilling utfra dens disponible inntekt per forbruksenhet, vil selve metoden tendere til at husholdninger med mange barn kommer ut med lav inntekt. Dette er da også poenget med framgangsmåten: Vi er ute etter å kartlegge barnas oppvekstressurser, og fra det enkelte barns ståsted er det i en viss

forstand likegyldig om dårlig råd skyldes at foreldrene har lav inntekt fra arbeid, eller om det skyldes at husholdningen er stor. På den annen side kunne det tenkes at de fremmedkulturelle husholdningenes lave inntektsnivå kunne forklares ved et høyere barnetall: Dette er til en viss grad også tilfelle: I gjennomsnitt har de fremmedkulturelle familiene 1.52 og de norske 1.30 barn under sju år. Innvandrerfamilienes lave inntekter må likevel i all hovedsak føres tilbake til deres svake stilling i arbeidsmarkedet, med høy yrkespassivitet og lav lønn for de som er i arbeid. I det følgende vil vi konsentrere oppmerksomheten mot de barna under sju år som vokser opp i husholdninger med svært lav inntekt. Med svært lav inntekt vil vi mene at husholdningen har en disponibel inntekt per forbruksenhet som plasserer den blant de laveste 20 prosent av alle husholdningene. Som allerede nevnt, er dette en gruppe på 13 000 barn, og vi ser av figur 6.14 at barn av fremmedkulturell bakgrunn utgjør nesten halvparten av barna i lavinntektshusholdningene.

Vi ser klart hvordan barn med innvandrerbakgrunn er konsentrert på bunnen av inntekthierarkiet, mens hovedtyngden av de norske barna tilhører husholdninger med langt bedre økonomi.⁷⁰ 70 prosent av alle barn under sju år med innvandrerbakgrunn, 5721 av 8221, vokser opp i husholdninger som tilhører den fattigste femdel av befolkningen. Til sammenlikning finner vi 20 prosent av de norske barna, 7341 av 35336, i denne gruppen. Innen denne gruppen av lavinntektsfamilier er det videre slik at innvandrerfamiliene har betydelig svakere økonomi

Figur 6.14 Antall barn 0-6 år etter husholdningens inntektsgruppe (kvintiler) og hovedforsørgers etniske bakgrunn



enn de norske: Mens sistnevnte familier i gjennomsnitt har en inntekt på 48 tusen per forbruksenhet, har husholdningene med fargede barn en gjennomsnittlig inntekt på kun 37 870 kroner per forbruksenhet.

Blant barna i lavinntektshusholdningene har 2800, vel 28 prosent, en enslig forsørger. Dette tallet dekker imidlertid over en viktig etnisk forskjell: Blant de fargede barna i lavinntektsgruppen er det bare 13 prosent (770 barn) som har enslig forsørger, mens 40 prosent av de norske barna i denne inntektsgruppen har enslig forsørger. Dette avspeiler antakelig et viktig forhold ved barns oppvekst i en lavinntektsfamilie: Blant norske barn er dette i stor grad et aspekt ved familiestrukturen (og dårlig økonomi kommer i tillegg til et svakt familienettnettverk), mens det blant innvanderne er et aspekt ved de etniske minoritetenes posisjon i det norske samfunnet.

Sosialhjelpen er det viktigste kommunale instrumentet for å motvirke fattigdom blant barn, og totalt 7129 barn under sju år tilhører en familie som mottar sosialhjelp (i 1993). Av denne gruppen barn utgjør fargede nøyaktig halvparten, hvilket betyr, når vi tar hensyn til at de fargede utgjør en femdel av alle barn, at 43 prosent av alle fargede barn i Oslo bor i en husholdning helt eller delvis avhengig av sosialhjelp. Innen den hvite befolkningen tilhører bare ett av ti barn en husholdning som mottar sosialhjelp. Den største sosialhjelpsavhengigheten finner vi blant barn av fremmedkulturelle, enslige mødre, hvor over halvparten mottar økonomisk støtte. Dette er også en gruppe hvor den disponible inntekten per forbruksenhet (jevnfør tabell 6.4) er større blant de som mottar sosialhjelp enn blant de som ikke gjør det.

Tabell 6.5: Prosent av barna 0-6 år som tilhører en husholdning som mottok sosialhjelp i 1993 etter husholdningstype og hovedforsørgers etniske bakgrunn. I parentes antallet barn avhengig av sosialhjelp i de ulike kategoriene

	Familie	Enslig	Etnisitet
Farget	41,5 (2813)	52,1 (748)	43,3 (3561)
Hvit	4,5 (1219)	28,5 (2349)	10,1(3568)
Familietype	11,9 (4032)	32,0 (3097)	16,4 (7129)

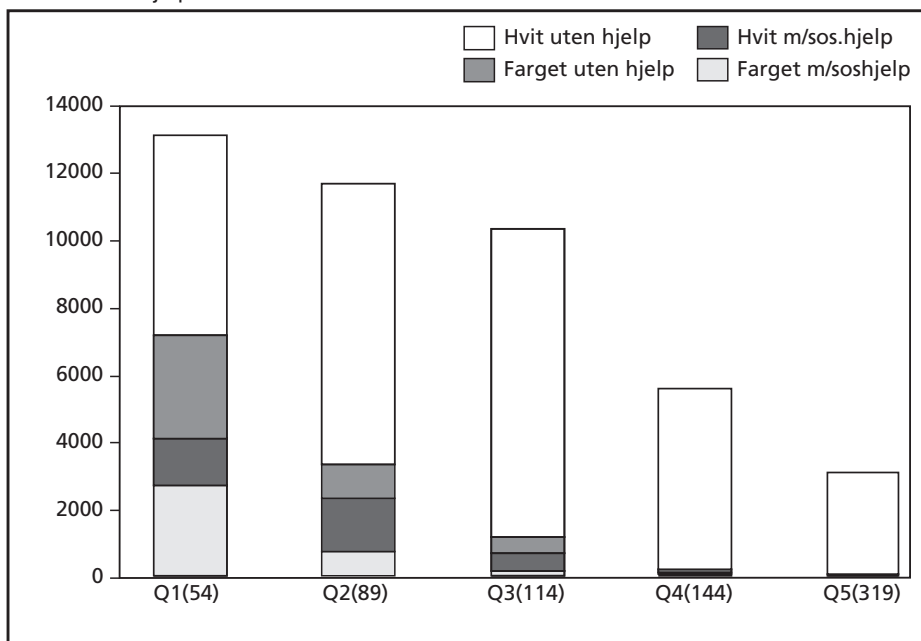
Vi kan også legge merke til et interessant mønster når vi sammenlikner andelene av barna innen hver etisk gruppe etter hvorvidt de har enslig forsørger eller gifte/samboende foreldre. Innen Oslos etniske minoriteter finner vi en liten effekt av foreldres sivilstand på forekomsten av sosialhjelp: Fire av ti barn med gifte foreldre er i kontakt med sosialhjelp, og fem av ti som har enslig forsørger. Innen majoritetsbefolkningen er derimot forskjellen svært stor: Bare ett av tyve barn med gifte/samboende foreldre er i en sosialhjelpsavhengig husholdning, sammenliknet med ett

av fire blant barn med enslig forsørger. Dette understreker igjen vår antakelse om at familiestrukturen er viktig for å forklare fattigdom blant hvite barn, mens det ikke er så viktig blant de etniske minoritetene.

Figur 6.15 viser hvordan alle barn under sju år fordeler seg etter etnisk bakgrunn og forhold til sosialhjelp innen hver av de fem familieinntektsgruppene. Vi kan se at over halvparten av de vel 13000 barna som vokser opp i den fattigste femdelen avhusholdningene er enten fargede eller hvite barn i familier avhengige av sosialhjelp.

Går vi opp en inntektsklasse, kan vi legge merke til at det faktisk er flere barn i sosialhjelpsavhengige norske familier i denne inntektsgruppen enn i den aller laveste. Dette skyldes at det er flere barn (1192) av enslige mødre som mottar sosialhjelp i den nest laveste inntektsgruppen enn det er i den aller laveste (731). En mulig forklaring på dette kan være at den økonomiske sosialhjelpen enslige mødre mottar bidrar til at de «løftes ut» av den aller laveste inntektsgruppen. En annen forklaring kan være at de «dyttes ut» av innvanderfamilier med svært lav inntekt, men som ikke mottar sosialhjelp. En tredje mulighet er at studenter (med studielån som kilde til livsopphold) utgjør en viss andel av de med aller lavest inntekt, og dermed også bidrar til å dytte enslige mødre med sosialhjelp på mer permanent basis opp i den nest laveste inntektsgruppen. Hvilke av disse gjetningene som har mest belegg

Figur 6.15 Antallet barn 0-6 år etter husholdningens inntektsgruppe, etnisk bakgrunn og forhold til sosialhjelp



kan imidlertid ikke avgjøres uten data om hvor store beløp ulike husholdninger mottar i sosialhjelp.

Poenget med denne gjennomgangen er ikke å søke etter forklaringer på ulike gruppers grad av sosialhjelpsavhengighet, men å identifisere levekårsproblemer blant de aller yngste innbyggerne i Oslo. For det første har vi altså funnet at en svært stor andel av barna faktisk vokser opp i husholdninger med trang økonomi, for det andre at disse barna består av to ulike grupper; barn av hvite enslige mødre og barn av innvandrere. Satt på spissen: Hvite barn opplever dårlig økonomi fordi mor er enslig, mens fargede barn opplever dårlig økonomi på grunn av foreldrenes etniske bakgrunn. Dette gjør at en vektning av enslige forsørgere og etniske minoriteter vil kanalisere midler til bydeler hvor store andeler av barna vokser opp i husholdninger med en svært trang økonomi. Vi skal senere komme tilbake til en mer detaljert analyse av hva som kjennetegner foreldrene i husholdninger med svært dårlig økonomi, men først skal vi se på foreldrenes utdanningsnivå.

Foreldrenes utdanning

Foreldrenes utdanning er en sentral oppvekststressurs for barna, både direkte som uttrykk for husholdningens evne til å formidle og mestre normer og valg i et konkurransesamfunn, og indirekte ved at utdanning samvarierer med en lang rekke andre levekårsfaktorer. Barns skoleprestasjoner er for eksempel tett forbundet med foreldrenes egen utdanning. Uten at det her er nødvendig å argumentere mer for dette, er det rimelig å ha som utgangspunkt at barn i familier hvor foreldrene har (svært) lav utdanning, også vil ha særlige behov for å få dette kompensert gjennom en god tilgang på kommunalt produserte tjenester. Det er her viktig å understreke at vi snakker om statistiske sammenhenger og hovedmønstre, og ikke om lovmessigheter som er gjeldende for hver enkelt husholdning.

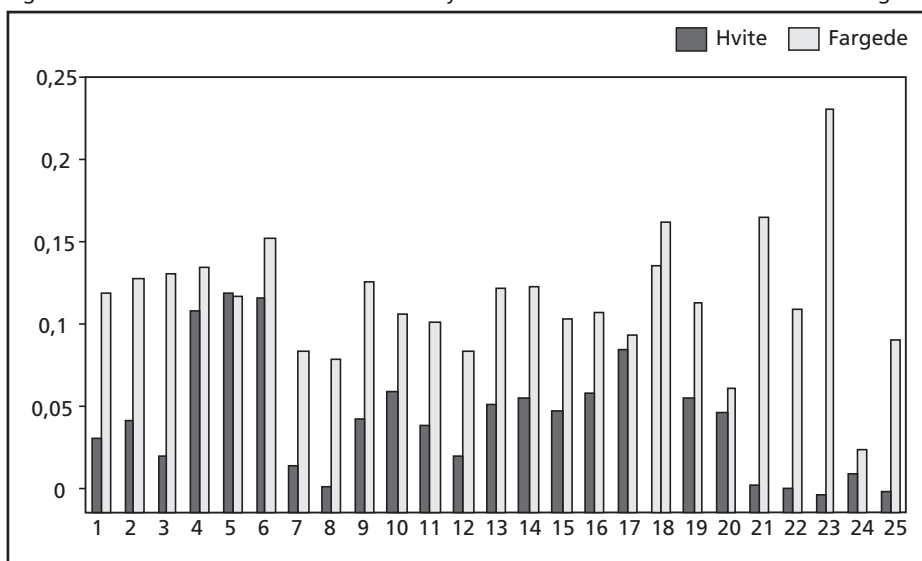
Hva er så lav utdanning, og hvordan skal vi måle om et barn har lavt utdannede foreldre? Utdanning er et såkalt «posisjonelt gode», hvilket betyr at verdien av utdanning som egen levekårsressurs er betinget av hva slags utdanning de andre samfunnsmedlemmene har. Kun videregående skole må i dag karakteriseres som lav utdanning innen den delen av befolkningen som er så unge at de har hjemmeboende barn, nettopp fordi utdanningsnivået allment er så høyt. På den annen side kan foreldre som nå registreres med videregående som høyeste fullførte formelle utdanning være i en livsfase hvor videre utdanning er planlagt, men for tiden utsatt for eksempel på grunn av barn. Dette er foreldre som i sosiologisk forstand ikke bør klassifiseres sammen med foreldre som har avsluttet sin utdanning på et lavt nivå. Videregående skole kan dessuten være ulike typer fagutdanning, som er fullverdige, avsluttete utdanningsløp. I den videre analysen vil vi derfor definere lav utdanning som kun gjennomført ungdomsskole. I de tilfellene hvor barna har to forsørgere, karakteriserer vi husholdningen som lavt

utdannet dersom begge foreldrene har lav utdanning. Dette betyr at vi antar at det er utdanningsnivået til den av foreldrene som har høyest utdanning som representerer det utdanningsnivå som «omgir» barna i familien.

Etter disse forutsetningene har 5865, det vil si 6,7 prosent, av barna under 18 år foreldre med (svært) lav utdanning. Av disse er 2008 av fremmedkulturell opprinnelse, hvilket betyr at 5,3 og 13,2 av henholdsvis hvite og fargede barn kommer fra hjem med små utdanningsressurser. Antakelig er andelen enda større blant fremmedkulturelle barn, fordi Statistisk Sentralbyrå opererer med selvrapportert utdanningsnivå for innvandrere, noe som i en del tilfeller er en tvilsom metode.

I figur 6.16 har vi vist andelen av barna 0-17 år i hver enkelt bydel som har lavt utdannede foreldre for norske barn og barn fra den fargede minoriteten. Vi kan legge merke til den store variasjonen blant norske barn: Mens kun mellom en og to prosent av barna på ytre vest har lavt utdannede foreldre, en andelen 12-15 prosent i indre øst og i Romsås. Bydelsvariasjonen ville være praktisk talt lik, selv om vi hadde begrenset oss til kun å se på de aller yngste barna. Vi har likevel valgt å inkludere alle barn 0-17 år, fordi vi ved å få med de eldre barna også vil fange opp et viktig aspekt ved ungdomsmiljøene i bydelene. Et annet argument for å ta med alle barn og ungdommer, er at vi dermed i større grad får gitt et bilde av situasjonen etter flytting. Foreldre med barn 0-6 år er svært mobile på boligmarkedet, og andelen av barna 0-6 år vil derfor kunne endre seg mer fra det ene året til det andre.

Figur 6.16 Prosent av barna 0-17 år innen bydelen som har foreldre med lav utdanning

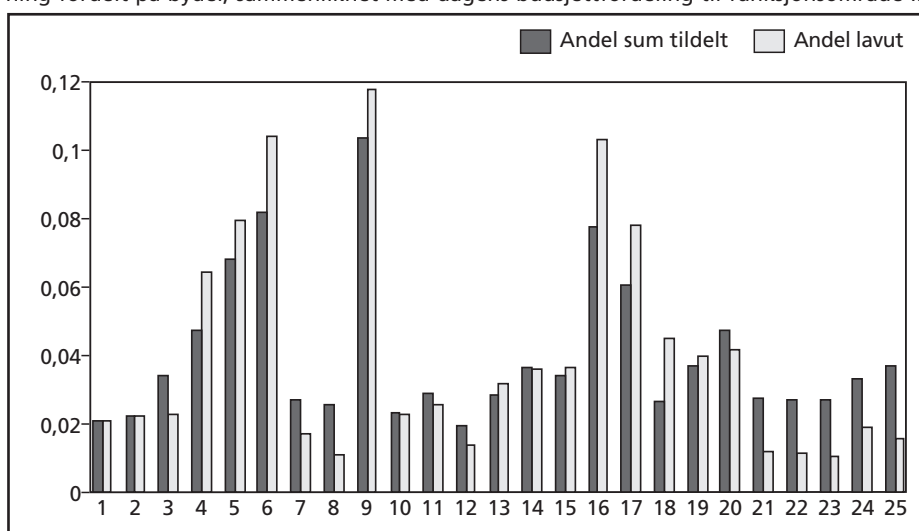


Blant norske barn finner vi, ikke særlig overraskende, en avspeiling av Oslos sosiale geografi: I ytre vest er andelene av barna med kun grunnskoleutdannede foreldre forsvinnende liten, mens den i indre øst er på 12-14 prosent. Blant barn med fremmedkulturelle foreldre er det ingen slik tendens, tvert imot er hovedbildet en langt mindre bydelsvariasjon (rundt et høyere nivå). Det er faktisk i Vindern at vi finner den høyeste andelen av de fargede barna med lavt utdannede foreldre (samtidig som det bor svært få barn med innvandrerbakgrunn her). Dette har blant annet den implikasjonen at i de bydelene hvor det bor få barn fra etniske minoriteter, altså i de samme bydelene hvor deres hvite jevnaldrende skolekamerater kommer fra svært ressursrike hjem, vil de etniske forskjeller forsterkes av maksimale sosio-økonomiske forskjeller – et aspekt ved bosettingsmønsteret som har vært lite fremme i debatten om den såkalte «ghettoiseringen» i Oslo.

For å få et relevant uttrykk for den geografiske spredningen av barn med svakt utdannede foreldre, er de i figur 6.17 fordelt på bydelene. Dermed framkommer et meget klart mønster, som samvarierer sterkt med andre levekårsvariabler på bydelsnivå. (Dissimilaritetsindeks: 0,13, Pearsons $r=0,95$).

Nå kan vi tydelig se hvordan de fargede barnas høyere andel med lavt utdannede foreldre, kombinert med de etniske minoritetenes tallmessige konsentrasjon i bestemte bydel, kommer som et forsterkende tillegg til fordelingen av hvite barn med lavt utdannede foreldre. Samvariasjonen mellom denne fordelingen og NIBRs levekårsindeks er faktisk ikke større enn 0,65, fordi tendensen til

Figur 6.17 Prosent av samtlige barn i alderen 0-17 år i Oslo som har foreldre med lav utdanning fordelt på bydel, sammenliknet med dagens budsjettfordeling til funksjonsområde II

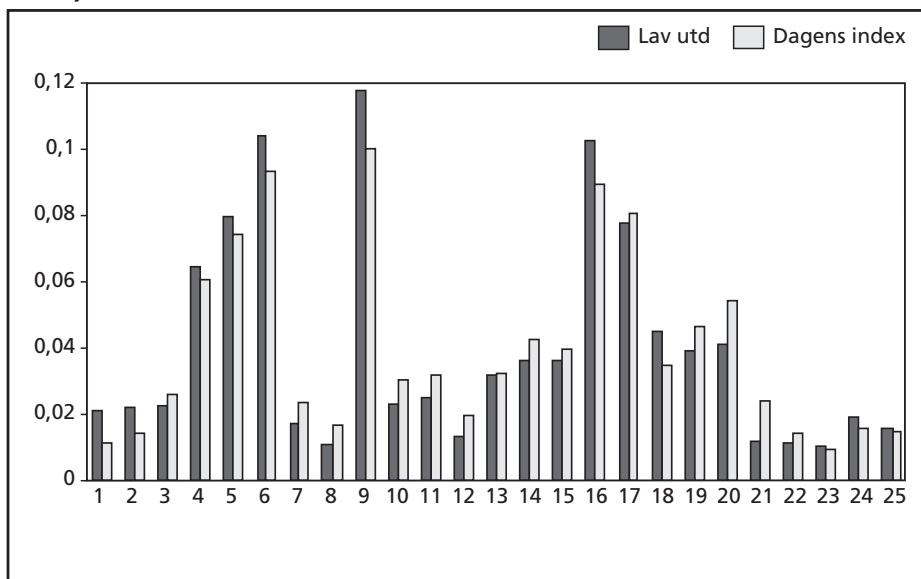


oppnopning av barn med lavt utdannede foreldre i indre øst og (noen få) nye drabantbyer er *sterkere enn de sosio-økonomiske forskjellene i befolkningen sett under ett*.

Vi kan også legge merke til at om fordelingen av barn fra lavt utdannede foreldre ble nyttet som eneste kriterium, ville indre øst og Furuset, Stovner og Søndre Nordstrand få en kraftig økning i tildelte midler.

I dagens kriteriesystem er foreldrenes utdanning som oppvekststressurs forsøkt fanget opp ved å lage produktet av antallet barn 0-6 år ganget med andelen personer i alderen 30-49 år som har lav utdanning. Vi har tidligere kritisert bruken av et slikt kriterium på prinsipielt grunnlag, fordi det ikke definerer en konkret mål- eller behovsgruppe. For det andre kritiserte vi det for å være en ikke-empirisk begrunnet indikator på det som ønskes fanget opp, nemlig hvordan barn med svakt utdannede foreldre er fordelt mellom bydelene. En slik empirisk etterprøving kan vi nå få ved å sammenlikne det benyttede utdanningskriteriet med det faktiske antallet barn som har foreldre med lav utdanning: Den statistiske samvariasjonen mellom en ressursfordeling etter det nåværende lavinntektskriteriet og etter den faktiske fordelingen av antallet barn (0-17) som har foreldre med lav utdanning, er 0,97. Dette betyr at dagens lavutdanningsindeks er en god tilnærming til den faktiske fordelingen av barn med lavt utdannede foreldre. Kun åtte prosent av de samlede ressursene ville gå til en annen bydel. Om vi så tar hensyn til at vekten til lavutdanningskriteriet er 0,18 (jevnfør tabell 6,1), betyr dette i praksis at 8 av 558 millioner går til «gal» bydel. Når vi i figur 6.18 sammenlikner fordelingen mellom

Tabell 6.18 Fordelingen av ressurser mellom bydelene etter dagens lavinntektskriterium og etter bydelenes faktiske andeler av barn 0-17 år som har lavt utdannede foreldre



dagens kriterium og den faktiske fordelingen av barn med lavt utdannede foreldre, ser vi at det lavinntektskriteriet som nyttes i dag gir «for mye» midler til en del etablerte drabantbyer, hvilket kan forklares med at dette er bydeler hvor det bor relativt mange personer med lav utdanning som ikke har barn under sju år. Men vi kan også legge merke til at bydelene i indre øst har en større andel av barn med lavt utdannede foreldre enn det dagens lavutdanningsindeks faktisk «antar».

Vi startet dette avsnittet med å peke på foreldrenes utdanning som en svært sentral oppvekststressurs, og vi har vist at på denne variabelen er det en meget betydelig variasjon mellom bydelene. Indre øst og nye drabantbyer har svært høye andeler av det totale antallet barn i byen som har lavt utdannede foreldre, slik at en ytterligere vektlegging av lavutdanningskriteriet, og spesielt hvis de faktiske andelene brukes, vil kanalisere en større andel av midlene til disse bydelene. Som vi skal se i neste avsnitt, samvarierer lav utdanning sterkt med lav inntekt, og en fordeling av midlene utelukkende etter disse kriteriene vil resultere i en betydelig omfordeling mellom bydelene.

6.3.4. Multivariat analyse

I avsnittene over har vi betraktet inntekt og utdanning hver for seg, og vi fant en sammenheng mellom husholdningstype og familieøkonomi, med en tendens til lavere inntekt hos enslige forsørgere, og faktisk lavest blant enslige mødre under 26 år. Videre har vi funnet en markert etnisk dimensjon, med en kraftig overrepresentasjon av fargede barn av foreldre med lav inntekt og lav utdanning. Det er neppe tvil om at husholdningens inntekt er en helt sentral ressurs i et barndomshjem, og at det er disponibel inntekt per husholdningsenhet som er den mest relevante måten å måle denne på. På den annen side er inntektsregnskapsdata relativt uhåndterlige som variabler i kriteriesystemet, og husholdningenes inntekter kan reduseres sterkt fra ett år til et annet av grunner som for barna kan innebære en bedring av oppvekstmiljøet, for eksempel en overgang til deltidsarbeid eller permisjon for å ha bedre tid til å være foreldre.

Vi skal derfor nå, og i tråd med prinsippet i den evalueringsmetoden vi har valgt, forsøke å identifisere andre bakgrunnskjennetegn ved et barns foreldre som samvarierer sterkt med lav inntekt, kjennetegn som lettere lar seg samle inn på bydelsnivå og som kan tenkes å være mer stabile trekk ved foreldrene enn inntekt. I det følgende presenterer vi resultatene fra analyser som undersøker sammenhengene mellom foreldres alder, utdanning, enslig/ikke-enslig og etnisitet og sannsynligheten for at et barn under sju år bor i en husholdning som tilhører de laveste 20 prosent av alle husholdninger (med barn 0-6 år) rangert etter disponibel inntekt per forbruksenhet. I tillegg har vi også tatt med bosted, for å un-

dersøke om vi i bestemte bydeler kan finne konsentrasjoner av lavinntektshusholdninger som ikke kan forklares med andre familiekjennetegn. Datamaterialet er alle husholdninger i Oslo, slik at det ikke foreligger noen statistisk usikkerhet knyttet til resultatene.

Metoden som er anvendt er logistisk regresjon, og de resultatene som presenteres er de enkelte husholdningskjennetegnenes odds-ratioer. Dette målet sier noe om hvor sterkt sannsynligheten for at et barn tilhører en husholdning i den laveste femdelen av inntektsstrukturen påvirkes av det aktuelle foreldrekjennetegnet. Dersom verdien er 1.0, betyr det at barn hvis foreldre har det aktuelle kjennetegnet har samme sannsynlighet for å tilhøre en lavinntektsfamilie som barn hvis foreldre ikke har kjennetegnet. En verdi mindre enn 1.0 betyr at en økende verdi på bakgrunnsvariabelen reduserer sannsynligheten for at et barn tilhører en lavinntektsfamilie, mens en verdi over 1,0 betyr at sannsynligheten er øker.

Datamaterialet er vektet med antallet barn under sju år. Konkret betyr det at familier med to barn teller dobbelt, og har man tre barn veier familien like mye som tre familier med ett barn. Begrunnelsen for dette er at vi ønsker å la barn og ikke husholdning være den databærende enhet, i og med at det er sannsynlighetene for at et gitt barn tilhører en lavinntektshusholdning vi er ute etter, og ikke sannsynligheten for at en husholdning som sådan har lav inntekt. Ser vi først på resultatene for familier med gifte eller samboende foreldre, er det en klar tendens til at jo høyere utdanning foreldrene har, jo lavere er sannsynligheten for at barna vokser opp i en lavinntektsfamilie. Dette er ikke særlig overraskende, men vi kan legge merke til at mors alder påvirker husholdningsinntekten sterkere enn fars. Mors utdanning er altså en mer treffsikker prediktorvariabel for å forutsi om en familie har svært lav inntekt enn fars. Verken fars eller mors alder har noen sterk effekt, men mønsteret viser at jo yngre foreldrene er, jo større sannsynlighet for at barna tilhører en lavinntektsfamilie. Om familien ikke mottar sosialhjelp, faller sannsynligheten for å tilhøre en lavinntektsfamilie kraftig.

Effekten av å ha foreldre av fremmedkulturell opprinnelse er *meget sterk*. I modell 1, hvor vi altså ikke har med sosialhjelp og bosted i modellen, viser resultatene at selv etter at vi har tatt hensyn til begge foreldrenes utdanning og alder, så er sannsynligheten for at et farget barn tilhører en lavinntektshusholdning mer enn seks ganger så stor som for et hvitt barn. En nærliggende tolkning av dette er at vi fanger opp *virkingen på barns oppvekstvilkår av etnisk diskriminering i arbeidsmarkedet*. Når vi tar med sosialhjelp i modell 3, reduseres denne sannsynligheten til i underkant av fem ganger så høy sannsynlighet. I separate analyser av norske og fremmedkulturelle familier får vi en ytterligere underbyggelse av dette: Da er det faktisk slik at høy utdanning blant innvandrere, både blant ferdre og mødre, øker

sannsynligheten for å være en lavinntektsfamilie. Dette funnet bekrefter tidligere undersøkelser (Djuve og Hagen 1995) om at det er de høyt utdannede innvandrene som har størst problemer med å skaffe seg en jobb. Dette funnet har en viktig implikasjon for kriteriesystemet, nemlig at vi ikke klarer å fange opp de fargede barnas overhyppighet i lavinntektsfamilier, slik vi kan for hvite barn, med foreldrenes utdanning og (dels) alder.

Effektene av bosted viser to ting: For det første at vi i indre by, samt i Søndre Nordstrand og i Sogn, finner konsentrasjoner av lavinntektsfamilier som ikke kan føres tilbake til foreldreressurser og etnisitet. Det kan tenkes flere forklaringer på dette fenomenet. Vi kan legge merke til at bydelseffektene, med noen få unnn-

Tabell 6.6 Resultater fra 8 logistiske regresjonsmodeller. Oddsratioer for foreldrekjennetegn, hvorvidt husholdningen mottar sosialhjelp og bosted. Kun de bydeler hvor det er odds-ratioer over 1.0 er presentert. Avhengig variabel er 1,0 dersom husholdningen tilhører den laveste femdel i inntektsstrukturen, målt ved disponibel inntekt per forbruksenhet, ellers 0,0

	Foreldre som bor sammen				Enslige mødre			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Fars utdanning	.70	.70	.72	.71	-	-	-	-
Mors utdanning	.56	.56	.60	.59	-	.80	.75	.72
Fars alder	.90	.90	.92	.91	-	-	-	-
Mors alder	.86	.87	.90	.91	.77	.80	.76	.76
Er fjernkulturell	6.3	5.9	4.9	4.7	2.2	2.1	2.3	2.3
Har sosialhjelp			.32	.32			1.9	1.9
Bygdøy-Frogner		1.3		1.3				
Uranienborg		2.0		1.9				
St.Hanshaugen		1.3						
Sagene-Torshov		1.3		1.3				
Grunerløkka		1.7		1.6				
Gamle Oslo		1.8		1.6				
Ekeberg						1.3		1.3
Nordstrand						1.3		1.3
S.Nordstrand		1.9		1.1				
Sogn		1.9		1.9		1.5		1.6

tak, ikke endres når vi kontrollerer for hvorvidt husholdningen mottar sosialhjelp eller ikke. Dette er med andre ord (i stor grad) familier som ikke mottar sosialhjelp, og det mest nærliggende er derfor at dette er studenter og skoleelever med små barn. I de bydelene hvor bostedseffekten endres ved kontroll for sosialhjelp (se for eksempel på effekten av å bo på Søndre Nordstrand), antyder denne endringen at vi står overfor grupper som altså har svært lav inntekt uavhengig av alder, utdanning og etnisk bakgrunn og som også mottar sosialhjelp. En mulig forklaring er at dette er familier med mange barn under sju år, og som derfor har lav disponibel inntekt per husholdningsinntekt. (Og på grunn av vår vekteprosedyre vil de derfor også veie tungt i materialet).

Når vi ser på analysene av enslige mødre, finner vi de samme virkninger av morens alder og utdanning som for gifte/samboende mødre: Både høy utdanning og høy alder reduserer sannsynligheten for å være en lavinntektshusholdning. Vi kan imidlertid legge merke til at morens alder og utdanning har omtrent samme effekt på sannsynligheten for å ha lav inntekt. Det mest interessante er imidlertid at effekten av etnisitet er langt mindre for enslige mødre enn for gifte/samboende. Sannsynligheten for at et farget barn med enslig mor tilhører en lavinntektshusholdning er «bare» dobbelt så stor som for et hvitt barn av enslig mor, om mødrenes alder og utdanning ellers er lik. En forklaring på dette kan være at enslige mødre med innvandrerbakgrunn er en mer ressursrik gruppe enn andre enslige mødre. En annen forklaring, som ikke trenger å stå i strid med den første, er at summen av stønader til enslige mødre faktisk løfter dem ut av den laveste femdelen i inntektsstrukturen, og at et etnisk ikke-diskriminerende offentlig forsørgelsessystem dermed nøytraliserer den ulempen hudfarge er om de var henvist til forsøk på forsørgende lønnsarbeid. Den mest overraskende effekten er imidlertid at det å motta sosialhjelp *reduserer* sannsynligheten for å være blant de 20 prosent fattigste husholdningene. Nå utgjør norske familier det store flertallet av enslige forsørgere, men separate analyser av norske og fremmedkulturelle mødre viser et praktisk talt likt mønster for begge gruppene. Dette fenomenet – at barn av enslige forsørgere med sosialhjelp ikke er overrepresentert i de aller fattigste husholdningene, har fått en antydning på også tidligere (jevnfør tabell 6.4). Hvorfor det er slik, krever mer detaljerte analyser, men antydningssvis skyldes det en kombinasjon av at i den norske befolkningen er det endel barn av studenter som lever på lån (og derfor ikke mottar sosialhjelp) i den laveste inntektsklassen, mens enslige innvandrer-mødre nok i mange tilfeller kommer ut av den laveste inntektsklassen dersom de søker sosialhjelp. For enslige mødre finner vi ikke den samme effekten av å være bosatt i indre by, og «studenteffekten» er nå redusert til Sogn. (Hvorfor det er en effekt av å bo på Ekeberg og Nordstrand kan vi ikke finne noen nærliggende forklaring på).

De mest sentrale, og for kriteriesystemet mest relevante, funnene kan oppsummeres på følgende måte: For det første er vil en vektlegging av småbarnforeldres

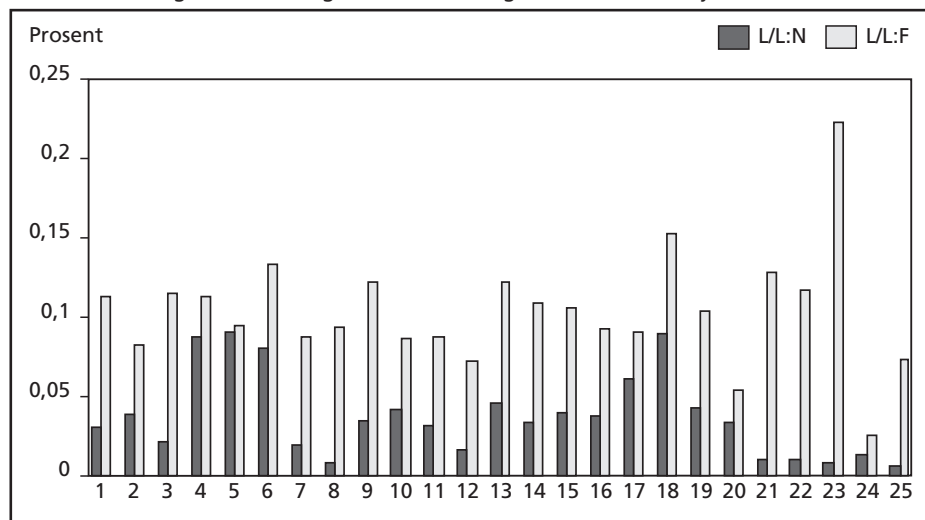
utdanning (og dels alder) klare å fange opp barn som tilhører lavinntektsusholdninger. Dermed kan det begrunnes å anvende kriterier som (andelen barna som har) mødre med lav utdanning eller i ung alder. For det andre

viser analysene at etnisitet har en selvstendig virkning, uavhengig av foreldrenes utdanning og alder. Dette betyr at av de variablene vi har undersøkt, er et barns hudfarge den suverent beste prediktorvariabel på om vedkommende barn tilhører en lavinntektsfamilie. I tillegg til eventuelle begrunnelser for å oppfatte barn av fremmedkulturell opprinnelse som en egen behovsgruppe knyttet til språk og kultursosialisering, så er de først og fremst en behovsgruppe fordi så mange av dem vokser opp i husholdninger med svært lav inntekt. Mange av disse barna har høyt utdannede foreldre, men den høye utdanningen leder ikke videre til høy inntekt på samme måte som innen majoritetsbefolkningen.

6.3.5 Hopning av svake levekårsressurser

Svake oppvekststressurser har en tendens til å opptre samtidig. I de multivariate analysene i forrige avsnitt betraktet vi ulike foreldrekjennetegn hver for seg, og de ble kontrollert mot hverandre for å få fram de direkte effektene. I praksis er det slik at alder, utdanning og inntekt henger sammen, og vi vet at innvanderbefolkningen er kraftig overrepresentert både som unge og lavt utdannede foreldre. Slike hopningsmønstre er relevante for utformingen av kriteriesystemet på flere måter: For det første kan man argumentere for at dette tilsier at kriteriesettet kan forenkles; jo sterkere statistisk samvariasjon det er mellom to eller

Figur 6.19 Prosent av barna 0-17 år som vokser opp hos foreldre med både lav inntekt per forbruksenhet og lav utdanning etter etnisk bakgrunn innen hver bydel



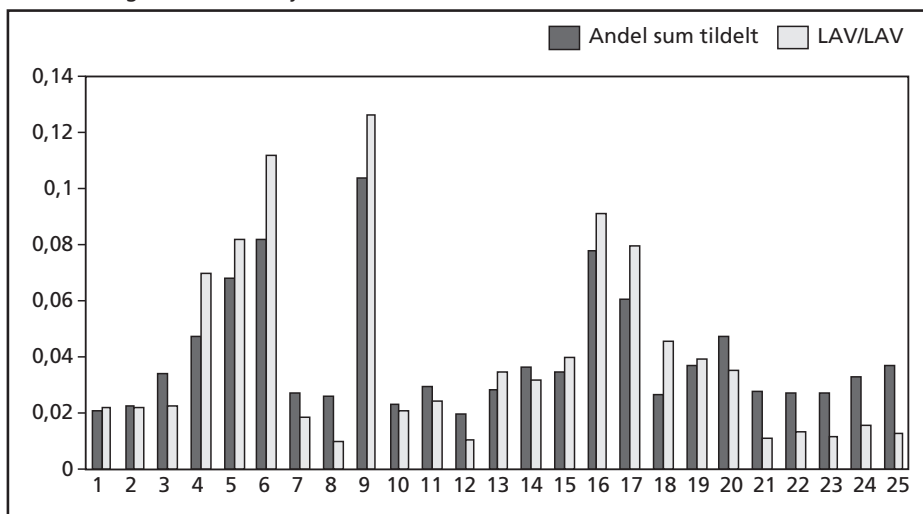
flere variabler på individnivå, dess mer av variasjonen i levekår kan representeres med kun en variabel (for eksempel den som er billigst eller enklest å måle). For det andre er det god grunn til å tro at det forsterker problemene for et barn dersom husholdningen har flere levekårsulempers samtidig. De svake oppvektsressursene som *kombinasjonen* av lav husholdningsinntekt og lavt utdannede foreldre utgjør, kan oppfattes å være mer enn kun summen av hver enkelt faktor isolert sett. Vi skal derfor avslutte denne gjennomgangen av foreldreressurser ved å undersøke den geografiske fordelingen av barn med foreldre som både har lav inntekt og lav utdanning.

Av de 5865 barna under 18 år med svært lavt utdannede foreldre, har 3961 også foreldre med svært lav inntekt: Tendensen til samsvar er betydelig sterkere blant barn fra etniske minoriteter enn blant norske barn: 80 prosent av de fargede barna med lavt utdannede foreldre bor også i husholdninger med lav inntekt, mens dette gjelder 61 prosent av de hvite barna. I figur 6.19 viser vi hvor stor andel av barna innen bydelene hvis foreldre har både lav utdanning og lav inntekt:

Igjen kan vi legge merke til at blant hvite barn finner vi høye andeler i indre øst og i de nye drabantbyene, mens blant fargede barn er andelen ikke bare markert høyere i alle bydeler – det er også mindre spredning i andelen mellom bydelene. På den annen side er barn av fremmedkulturelle foreldre så sterkt konsentrert i indre øst og noen få nye drabantbyer at det er svært få barn som utgjør tallgrunnlaget i mange av de andre bydelene.

Dersom vi nå lar barna som tilhører slike ressursvake husholdninger representere omfanget av behov for kommunale velferdstjenester, det vil si dersom deres

Figur 6.20 Prosent av samtlige barn 0-17 år som vokser opp i familier etter bydel hvor foreldrene har kun grunnskoleutdanning og lav inntekt per forbruksenhet, sammenliknet med ressursfordelingen fra kriteriesystemet



geografiske fordeling oppfattes å være et kvantitativt mål på behovsgruppens utbredelse, får vi den fordelingen av alle barn med ressursvake foreldre som er vist i figur 6.20. Sammenlikningen med dagens kriteriebaserte ressursfordeling viser at om dette målet på ressursvakheter ble benyttet som tildelingskriterium, ville 16 prosent av ressursene bytte bydel, fra ytre vest og noen av de eldste drabantbyene, til indre øst og de nye drabantbyene.

Syv av ti barn som bor i husholdninger med lavt utdannede foreldre opplever også at husholdningen har lav inntekt. Dette store samsvaret gjør at den geografiske fordelingen av barn med lavt utdannede foreldre og fordelingen av barn i lavinntektshusholdninger blir svært lik. Ved å la barna av lavt utdannede foreldre representere behovsgruppen, er samsvaret med dagens ressursfordeling en verdi på dissimilaritetsindeksen 0.13. Om vi i tillegg innfører inntekt, og ser på fordelingen av barn med både lavt utdannede foreldre og som er i lavinntektshusholdninger, endres ressursfordelingen kun tre prosent. Dette betyr at gevinsten, i form av at ressursene treffer de mest ressursvake barna ved å innhente inntektsopplysninger i tillegg til utdanning, er relativt liten. I tillegg har vi argumentert for at foreldres utdanning er et bedre, og ikke kun økonomisk, mål på barns oppvekstressurser. Utdanning kan derfor brukes til å fordele både midler som er tenkt å kompensere for den ulempen det (i gjennomsnitt) er å ha foreldre med lav utdanning, og til å fordele midler som er tenkt å skulle kompensere for lav inntekt.

6.3 Avslutning foreldreressurser

I denne gjennomgangen av foreldreressurser har vi tatt utgangspunkt i tre sentrale forhold; familiens sammensetning, foreldrenes utdanning og husholdningens inntekt. Barn av enslige forsørgere, for 90 prosent av dem dreier det seg om enslige mødre, har vi antatt utgjør en egen behovsgruppe, likeså har vi antatt at svært lavt utdannede foreldre og en plassering av husholdningen i den laveste del av inntektsstrukturen, utgjør oppvekstsulemper for barna som det er en kommunal oppgave å forsøke og kompensere, med et bedre tjenestetilbud i de bydelene hvor slike barn er overrepresentert. I vår gjennomgang av disse forholdene har etnisitet framkommet som et svært viktig forhold som virker på ulike måter: Barn av enslige forsørgere er i stor grad hvite. Den geografiske fordelingen av barn av enslige foreldre er imidlertid svært lik fordelingen av fargede barn, men den kan muligens ha framkommet på en annen måte: Hvite enslige forsørgere har en tendens til å bli konsentrert i de bydelene hvor de fremmedkulturelle befolkningsgruppene har bodd hele tiden, fordi hvite foreldre som holder sammen flytter ut av disse

områdene når de får barn. Både blant hvite og fargede enslige forsørgere finner vi et lavt inntektsnivå, men igjen kan det være ulike forklaringer på den lave inntekten: Fargede enslige forsørgere har lav inntekt fordi dette er et trekk ved etniske minoriteters posisjon i det norske samfunnet, mens enslige norske forsørgere har lav inntekt av andre grunner. Implikasjonen av disse sammenhengene blir likevel, at selv om barn av enslige forsørgere består av 85 prosent hvite, vil en sterkere vektlegging av enslighetskriteriet også innebære en styring av ressurser til de bydelene hvor det bor mange barn med fremmedkulturell bakgrunn.

Barn av lavt utdannede foreldre er allerede i dagens kriteriesystem forsøkt fanget opp gjennom et eget kriterium. Vår gjennomgang har for det første vist at barn av lavt utdannede foreldre er konsentrert i visse bydelsgrupper, og at utdanning og inntekt samvarierer så sterkt at lite vinnes i å sirkle inn de mest ressursvake barna ved i tillegg å betrakte husholdningenes kombinasjon av utdanning og inntekt. For det andre viste vi at dagens lavutdanningskriterium, til tross for metodiske svakheter, fanger opp spredningen i barns foreldreressurser på en forholdsvis god måte. På den annen side er det ingen grunn til å bruke dette målet når det er mulig å få data på det systemet ønsker å fange opp, nemlig fordelingen av barn som faktisk har lavt utdannede foreldre.

6.4 Treffer dagens kriteriebaserte ressursfordeling?

6.4.1 Kan det lages samlemål på barns oppvekstmiljø?

I dette kapittelet har vi forsøkt å beskrive barns oppvekstressurser som bestående av tre dimensjoner; egen helse, oppvekststrøk og foreldrenes ressurser. Bortsett fra for egen helse, har vi funnet en fordeling av kjennetegn ved nærmiljøet og av foreldres ressurser som viser en meget betydelig og sosio-økonomisk systematisk variasjon i barns oppvekstmiljø i de ulike bydelene. Denne variasjonen i levekårsressurser for den yngste delen av befolkningen må, slik vi argumenterte for i kapittel 2, fortolkes i relasjon til hvilke behov den kommunale tjenesteytingen skal ivareta.

Ideelt sett skulle vi nå kunne kombinere ulike variabler som måler disse forholdene til et samlemål, og fra det tallfeste variasjoner i kvaliteten på oppvekstmiljøet rundt barna i bydelene, og fra dette igjen tallfeste antallet av barna i de ulike bydelene som kan begrunnes å tilhøre den behovsgruppe de kommunale tjenestene først og fremst skal treffe. Dette skal vi også gjøre i forbindelse med selve evalueringen av dagens kriteriebaserte fordeling, men det er nødvendig med visse forbehold:

For det første er visse behov direkte proporsjonale med antallet barn. Den variasjon i ressursbehov mellom bydelene disse behovene gir opphav til, kan fanges direkte gjennom bydelens andel av barn i den relevante aldersgruppe, mens hvor sterkt den rene aldersfordelingen skal telle i kriteriesystemet, er et politisk spørsmål om hvilken kvalitet disse ytelsene skal ha. Likeså kan det argumenteres for at hvordan den opphopning av negative strøkskjennetegn vi finner i indre øst skal vurderes, også må gjøres til gjenstand for politiske vurderinger. Det finnes ingen vitenskapelig metode som kan gi oss et svar på hvor stor vekt det skal legges på slike miljørelaterte forhold med karakter av å være kollektive onder.

Det metodisk enkleste og sikreste er å lage sammenfattende mål på foreldreressurser, slik vi gjorde når vi kartla antall og bosted til barn hvis foreldre både hadde lav inntekt og lav utdanning. Videre viste regresjonsanalysene at det er bestemte trekk ved foreldre og husholdning som sterkt øker sannsynligheten for at et barn vokser opp i en husholdning med svake leveårsressurser. Vi valgte bevisst svært strenge definisjoner av lav utdanning og lav inntekt, for nettopp å identifisere en gruppe barn som vokser opp i husholdninger det neppe kan være uenighet om at er så ressurs svak at det med meget høy sannsynlighet må kunne sies å representere et svakt oppvekstmiljø. Slike hopningsindikatorer vil likevel ha en lening i retning av å peke ut visse foreldre som «dårlige». På samme måte kan det være uheldig å beskrive innvandrerforeldre med variabler som entydig indikerer dårlig oppvekstmiljø for deres barn.

Utfra slike hensyn, og utfra mer teknisk-praktiske krav om å ha et kriteriesett som er enkelt, pedagogisk og billig å oppdatere, er det derfor fordelaktig å benytte statistisk samvariasjon mellom befolkningsstruktur og andre indikatorer på oppvekstmiljø. Vi har flere ganger pekt på tendensen til at bydeler med mange barn er de samme bydelene hvor andelen av barna med dårlige oppvekstressurser

Tabell 6.7 Bivariate korrelasjoner (Pearsons r) mellom bydelens andel av alle personer i tre aldersgrupper og fordelingen av ulike mål på oppvekstmiljø

	Barn 0-6 år	Barn 7-12 år	Ungdom 10-17 år
Andel barn med grunn- og hjelpestønad	0,86	0,95	0,90
Andel unge i videregående skole	0,78	0,63	0,63
Andel fremmedkulturelle ikke i barnehage	0,71	0,53	0,43
Andel barn 0-17 av enslig forsørger	0,80	0,63	0,55
Andel barn 0-17 av lavt utdannede foreldre	0,72	0,60	0,53

også bor. Jo sterkere denne samvariasjonen er, desto mer uproblematisk er det å la alderskriterier veie tungt, fordi disse da samtidig vil fange opp sosio-økonomiske oppvekstvilkår. I tabell 6.7 har vi vist samvariasjonene mellom en bydels andel av alle barn i tre aldersgrupper, og fem indikatorer på sosio-økonomiske forhold:

Disse sterke samvariasjonene mellom aldersstruktur og sosio-økonomiske kjennetegn er en avspeiling av at flytte- og bomønstrene er etnisk og sosio-økonomisk betingede. Dette kommer til syne ved at samvariasjonen med de variablene som i sterkest grad avspeiler svake foreldreressurser faller jo eldre barn vi betrakter, fordi norske familier flytter ut av indre øst etterhvert som barna blir eldre. Samtidig innebærer disse statistiske samsvarene at ved å vektlegge aldersstruktur i kritesystemet, vil man automatisk fordele mest midler til de bydelene som har store andeler barn med dårlige oppvekststressurser, og sterkere jo større vekt som legges på en bydels andel av barn 0-6 år. Demografiske tildelingskriterier vil likevel ikke fordele midlene proporsjonalt med andelene av barn med dårlige oppvekststressurser, fordi fordelingen av disse barna mellom bydelene vil være noe skjevere enn fordelingen av alle barn mellom bydelene. Indre øst vil altså ha en større andel av alle barn i byen med dårlige oppvekstvilkår enn av alle barn i byen. Demografiske mål kan derfor ikke fullt ut erstatte sosio-økonomiske mål, men de kan i betydelig grad utnyttes (også) som mål på behov som ikke er aldersrelatert, men knyttet til kjennetegn både ved strøket og ved foreldreressurser.

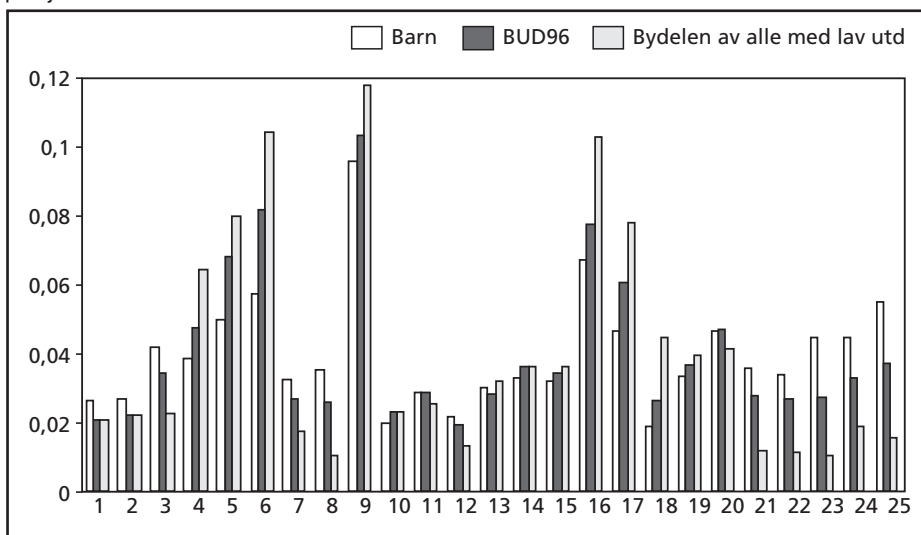
6.4.2 Treffer dagens fordeling behovene?

Til slutt skal vi nå sammenlikne den geografiske profil dagens ressursfordeling innen funksjonsområde II har med ulike tenkte fordelinger hvor de oppvekstdimensjoner vi har kartlagt nyttes som alternative kriterier. Tabell 6.8 oppsummerer resultatene fra sju slike sammenlikninger, hvor dagens ressursfordeling er blitt sammenliknet med den fordelingen vi ville fått dersom disse seks angitte variablene var blitt benyttet.

Disse sammenlikningene forteller oss to ting: For det første at de sterke sammenhengene mellom både de ulike sosio-økonomiske målene og sammenhengene mellom sosio-økonomiske mål og aldersstruktur, gjør at hovedmønsteret i fordelingen er relativt robust i forhold til valg av kriterier. En fordeling av ressursene etter andelen barn 0-6 år, vil bety at kun ti prosent av ressursene vil gå til en annen bydel. For det andre, jo sterkere vekt som legges på å definere den relevante behovsgruppen som bestående av barn med svake foreldreressurser, jo mer vil den tenkte ressursfordelingen nærme seg dagens kriteriebaserte fordeling. Jo sterkere slike tradisjonelle levekårsressurser som inntekt og utdanning vektlegges, jo mer vil systemet trekke ressursene til bestemte bydeler; indre øst, Søndre Nordstrand, Furuset,

Stovner og Romsås. Forskjellene mellom en tildeling kun etter antall barn og kun etter lav utdanning er vist i figur 6.21, sammen med dagens fordeling.

Figur 6.21 Fordelingen av ressurser etter dagens kriteriesett sammenliknet med en fordeling etter likt beløp per barn 0-6 år (=proporsjonalt med andelen barn 0-6 år i bydelen) og proporsjonalt med andelen



Tabell 6.8 Bivariat samvariasjon målt med Pearsons r og dissimilaritetsindeks for sju tenkte fordelinger og dagens kriteriebaserte fordeling

	Pearsons r	Dissim.
Andelen barn 0-6 år	.89	.10
Andelen barn 0-17 med lavt utdannede foreldre (kun grunnskole)	.95	.13
Andelen barn 0-17 med enslig forsørger	.97	.06
Andelen barn 0-6, andel med lav utd og andel enslig forsørger vektet likt	.99	.03
Andelen barn 0-6 vektet med faktor 2, andel enslig forsørger og andel lav utdanning vektet med faktor 1.	.99	.02
Andel barn 0-6 og andel enslig forsørger vektet med faktor 1, andelen med lav utdanning vektet med faktor 2.0	.98	.05
Andelen barn med lavt utd./lav inntekt	.95	.16

Den geografiske fordelingen av byens barn og av byens barn med svake levekårsressurser leder til et underliggende «utvekslingsforhold» som kommer klart fram i figur 6.20: Rene alderskriterier trekker ressurser til de vestlige bydelene, mens levekårsindikatorer trekker ressursene til indre øst og nye drabantbyer. Selv om altså samsvarene mellom aldersstruktur og sosio-økonomiske levekår er såpass sterke at kriteriesystemet nærmest ikke kan unngå å få en profil på ressursfordelingen som samsvarer godt med levekårsforskjeller, vil den relative vektleggingen av befolkningsstruktur og sosio-økonomiske kjennetegn ha betydelige budsjettvirkninger for de bydelene som er mest «sårbare» for hvilke kriterier som anvendes og hvordan de vektet. For eksempel vil Gamle Oslo tildeles 22 millioner kroner mer ved en tildeling kun etter vårt lavutdanningskriterium, enn om byens andel av alle barn under sju år ble benyttet som eneste kriterium. Dette fører oss tilbake til utgangspunktet, nemlig: Hvilket overordnet mål for den samlede ressursinnsatsen innen Funksjonsområde II er det kommunens politikere ønsker å realisere?

6.5.3 Avslutning

I denne evalueringen av ressursfordelingen mellom bydelene innen Funksjonsområde II la vi til grunn en sterkt resultatorientert oppfatning av en rettferdig fordeling. Hensikten med det samlede spekteret av bydelenes tjenester i de ulike delene av byen er å komme nærmere en velferdsmessig utjevning av barns og unges opvekstvilkår. Tjenestene skal være flest og best i de bydelene hvor barnas ressurser er svakest. Som vi diskuterte i kapittel 2, er en slik sterk resultatorientert rettferdighetsoppfatning ofte kontroversiell, og den står i motsetning til en mer liberal og likebehandlingsorientert rettferdighetsoppfatning. Denne motsetningen kommer klart til syne i debatten om prioriteringer av bestemte grupper til barnehage: Har ikke alle barn behov for barnehage (eller alle foreldre som er yrkesaktive?), i forhold til argumentet om at noen barn på grunn av spesielle forhold har et større behov for barnehage, og derfor bør ha forrang.

Når dette er sagt, er det likevel slik at en sterkt resultatorientert velferdspolitik har en svært høy grad av oppslutning nettopp når det gjelder tiltak overfor barn. De har ikke valgt sine foreldres sosio-økonomiske kjennetegn, og barn som sammenliknet med andre stiller svakere, har derfor et allment akseptert behov for å bli spesielt tilgodesett. Dette var også utgangspunktet for vår relativt strenge definering av barn med ressursvake foreldre, – vi skilte ut en gruppe som kun utgjør mellom fem og seks tusen av byens barn. Vår hovedkonklusjon er at dagens kriteriebaserte ressursfordeling langt på vei samsvarer med fordelingen av denne gruppen, men at det ennå er et stykke igjen dersom politikerne ønsker å gjøre ressursfordelingen enda mer resultatorientert.

Den andre hovedkonklusjonen er at etnisitet allerede er etablert som en sentral forklaring på levekårsforskjeller blant byens yngste. Ikke bare utgjør barn av fremmedkulturell opprinnelse en femdel av byens barn og unge, de er også henvist til svake levekår vi ikke kan forklare eller føre tilbake til tradisjonelle (og i majoritetsbefolkningen viktige) levekårsvariabler som utdanning og inntekt. De multivariate analysene viste at fattigdom blant fargede barn – og i Oslo er det mellom seks og sju tusen barn av innvandrere i husholdninger som er helt eller delvis avhengig av sosialhjelp – viste at vi ikke kan forklare denne fattigdommen med foreldres lave utdanning. Den store utfordringen som vi derfor til slutt vil peke på, er et enormt behov for mer kunnskap om hvordan det er å vokse opp i Oslo som barn av innvandrerforeldre, og om hvorfor det er slik at fordelingen av dårlige levekår blant Oslos barn har en ennå skjevare sosial geografi enn levekårene til befolkningen sett under ett.

Kapittel 7 Funksjonsområde III

7.1 Innledning

Ressursfordelingen under funksjonsområde IIIa skal finansiere bydelenes tiltak til eldre. Da kriteriesystemet ble innført i 1991, og fram til og med 1995, var også unge funksjonshemmede inkludert som behovsgruppe. Fra og med 1996 er disse tatt ut, slik at funksjonsområdet i praksis fremstår som kommunale tjenester for eldre som har behov for hjelp i form av personlig tjenesteyting; pleie og omsorgstjenester. Alders- og sykehjemmene er den desidert viktigste tjenesten, og beslaglegger nesten 60 prosent av ressursene. Deretter kommer hjemmesykepleie og hjemmehjelp, med en firedel av utgiftene. Målgruppen er den eldre delen av befolkningen, mens behovsgruppen er definert ved de som på grunn av helse- og funksjonssvekkelse ikke vil kunne klare å ha en akseptabel livskvalitet uten å få hjelp av andre.

Funksjonsområde III representerer velferdstjenester hvor både målrettingen mot eldre og konsentrasjonen om funksjonssvekkelse er omgitt av stor og tverrpolitisk enighet. Denne enigheten skyldes antakelig to forhold: For det første at omsorgsbehovene er så store og av en slik karakter at det er lett å enes om prioriteringene, og for det andre at det i liten grad foreligger noe alternativt tilbud av markedsbaserte tjenester. I motsetning til for eksempel barnehager, har det derfor ikke vært noen aktuell problemstilling hvorvidt ressursrike personer i behovsgruppen som dekker sine behov gjennom et slikt privat tilbud skal telles med eller ikke, når bydelens samlede behovsomfang skal legges sammen til premiss for ressurstildeling. Etterhvert som mer ressursrike eldre kommer til, og disse antakelig i større grad vil dekke sine hjelpebehov gjennom et markedsbasert tilbud, vil nok slike spenninger mellom likhets- versus behovsorientering komme til syne.

I neste avsnitt skal vi kort knytte noen kommentarer til dagens kriteriesett, før vi presenterer analyser av hvilke faktorer som synes å samvariere med hjelpebehov på individnivå. I del 7.4 skal vi diskutere noen relevante bydelskjennetegn som også kan si noe om befolkningens behov, før vi til slutt gjennomfører sammenlikninger mellom dagens fordeling av ressursrer og tre tenkte fordelinger basert på forskjellige mål på behovsomfang i bydelene.

7.2 Noen kommentarer til någjeldende kriteriesett.

Dagens kriteriesett, gjengitt i tabell 7.1 legger stor vekt på kombinasjonen av svakt sosialt nettverk og høy alder som behovsfremkallende. Bydeler med en stor andel av byens enslige eldre, mottar forholdsmessig mye av ressursene, noe som slett ikke synes urimelig.

Bydelens andel av Oslos uførepensjonister fordeler ti prosent av midlene, utfra antakelser om at de uføre i seg selv representerer en gruppe med hjelpebehov, og at høy uførepensjonering er en indikator på helsetilstanden blant de (andre) eldre i bydelen. Ved oppbyggingen av kriteriesystemet ble vektene til disse kriteriene fastlagt utfra disse gruppenes faktisk bruk av alders- og sykehjem (Finansdirektøren 1989:55). Videre er eldre med svært dårlig bostandard eksplisitt tatt inn som et eget kriterium, som fordeler åtte prosent av midlene.

Alle disse variablene, alder, sivilstand, uførhet og boligstandard, definerer konkrete grupper i befolkningen, og tilfredsstiller derfor kravet (jfr. kapittel 2) om at kriteriene nettopp bør referere til en konkret gruppe innen målgruppen som det empirisk kan underbygges har et hjelpebehov.

De to siste kriteriene, utflyttefaktoren og lavutdanningskriteriet, er derimot konstruert på en annen måte, ved å ta et bydelskjennetegn, bruttoflytting og andelen 40-49-åringer med lav utdanning, og så multiplisere dette med henholdsvis antallet 80-99-åringer og 70-99-åringer. Begrunnelsen for disse to indeksene er at eldre i bydeler med stor gjennomstrømning vil ha et mindre tilbud av nabohep, og at eldre

Tabell 7.1: Kriteriesettet for funksjonsområde III anvendt for tildeling av ressursrer mellom bydelene i 1996

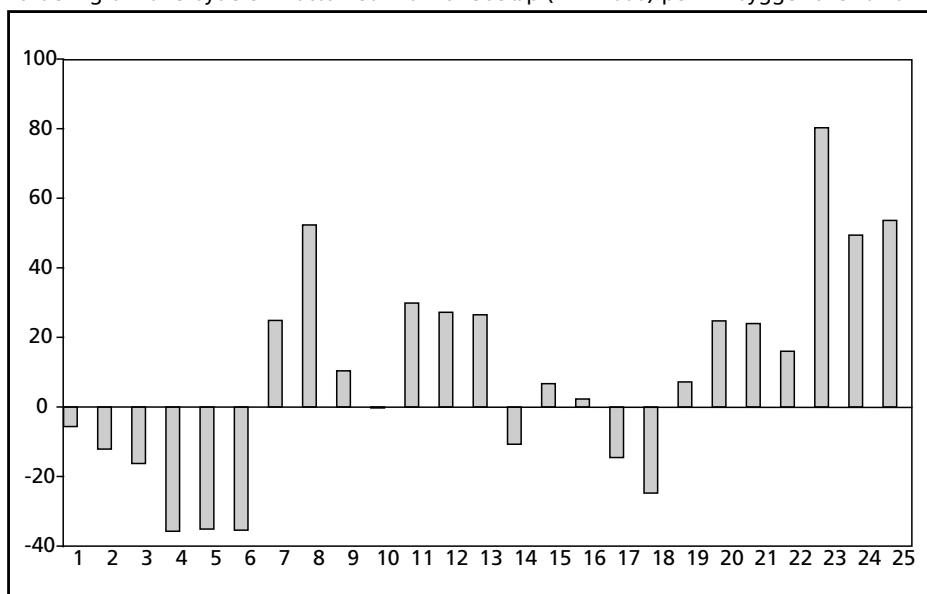
Kriterier	Vekt
Ikke-gifte 67-79 år	0,09
Giftet 80 år og over	0,05
Ikke-gifte menn 80 år og over	0,04
Ikke-gifte kvinner 80-84 år	0,09
Ikke-gifte kvinner 85 år og eldre	0,21
Uførepensjonister 16-66 år	0,10
Utflyttefaktor 80-99 år	0,08
Lavutdanningsfaktor	0,26
Personer 80-99 år med dårlig anitærstandard	0,04
Personer 80-99 år med dårlig tilgjengelighet i boligen	0,04

i lavere sosiale lag har et større hjelpebehov enn eldre lengre opp i den sosiale strukturen. De henter altså sin begrunnelse fra antakelser om forhold på individnivå, men av mangel på slike data utnyttes et bydelskjennetegn. Disse variablene bryter derfor med ønsket om at kriteriene skal henspeile på faktisk eksisterende grupper (for eksempel antall eldre som har mistet nabohjelp fordi naboen flyttet, eller andelen blant de eldre med lav utdanning). Om derimot den rangeringen av bydeler som fremkommer på disse variablene samsvarer sterkt med andre, og på individnivå underbygde, mål på hjelpebehov, kan de forsvare sin plass i kriteriesettet ved at de er enkle og lett oppdaterbare variabler.

Fordi dette kriteriesettet fordeler en så stor andel av de enkelte bydelenes samlede budsjett, er hensynet til stabilitet spesielt viktig. Dette har vært et argument for å benytte forholdsvis mange kriterier, for på den måten å hindre at bydeler opplever store budsjettendringer fra år til år. Blant annet ble inntekt vurdert som et mulig kriterium ved systemets innføring, men forkastet fordi inntektsforhold kan variere sterkt over relativt kort tid. I stedet valgte man å inkludere utdanning. Data over dødelighet, som vil bli mye benyttet i vår analyse, ble ikke med i kriteriesettet fra begynnelsen, rett og slett fordi data på bydelsnivå dengang ikke var tilgjengelig (Tangen, pers.med.)

Dagens kriteriesett har vært kritisert for å vektlegge sosio-økonomiske forhold for sterkt, og å undervurdere den direkte betydningen av aldersstrukturen i bydelene. I figurene 7.1a og 7.1b har vi beregnet endringen i bydelenes budsjetter

Figur 7.1a Prosent endring i bydelens budsjett fra funksjonsområde IIIa i forhold til dagens fordeling om alle bydeler mottok et likt kronebeløp (kr 27 800) per innbygger over 67 år

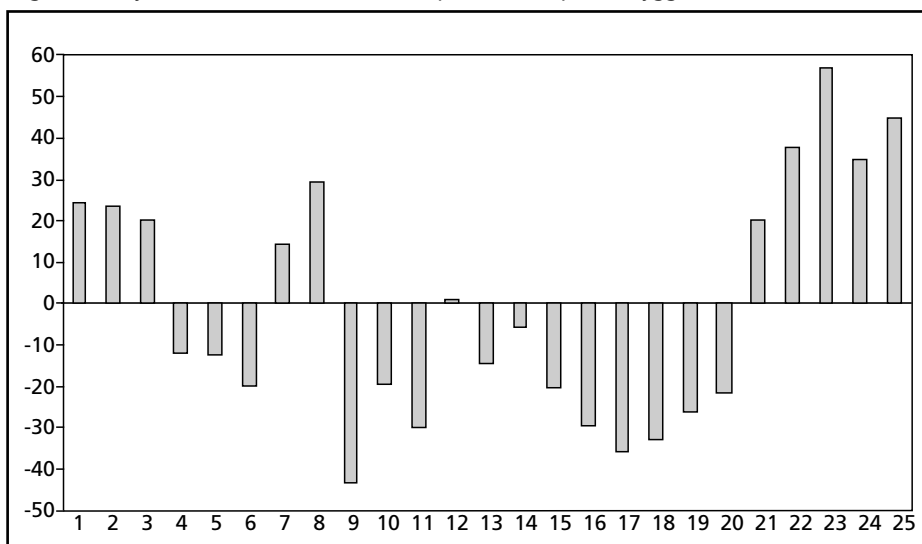


ved å tildele samme overordnede ramme (2.09 milliarder) som et likt kronebeløp per person over 67 år (figur a) og per person over 80 år.

Avvikene fra en tildeling av et likt beløp per person i målgruppen er et konkret uttrykk for de forutsetningene som per i dag er bygd inn i kriteriesystemet om «avstand» mellom målgruppe og behovsgruppe. Enten vi nå forutsetter at målgruppen utgjøres av alle over 66 år eller alle over 79 år, ser vi at med en slik konsekvent anvendelse av et prinsipp om formell likebehandling, så vil bydelene i indre øst få reduserte budsjetter, mens ytre vest vil bli tilført større ressurser. Disse avvikene mellom dagens budsjettfordeling og slike tenkte fordelinger, er kriteriesystemets «antakelse» om avstand mellom behovsgruppe og målgruppe, slik vi definerte disse begrepene i kapittel 2. Et rent alderskriterium ville ikke kunne ta hensyn til at det finnes personer med hjelpebehov utenfor den aldersgruppen som velges. De sosio-økonomiske kriteriene er derfor ment å fange opp hjelpebehov som er knyttet til andre kjennetegn ved en person enn kun alderen. Det er denne antakelsen som er blitt «utfordret» i den offentlige debatten, gjennom påstanden om at dagens kriteriesystem undervurderer behovene som er knyttet til aldring, og overvurderer betydningen av andre individuelle kjennetegn. Sagt på en annen måte, påstanden er at behovsgruppen er blitt definert slik at den ekskluderer personer i målgruppen for tjenestene.

Hvorvidt dagens kriteriesett treffer behovene, forstått som at midlene er fordelt mellom bydelene proporsjonalt med fordelingen av hjelpebehov, er et empirisk spørsmål. I de følgende analysene vil vi forsøke å etterprøve dette, ved å

Figur 7.1b Prosent endring i bydelens budsjett fra funksjonsområde IIIa i forhold til dagens fordeling om alle bydeler mottok et likt kronebeløp (kr 88 700) per innbygger over 80 år



sammenlikne alternative fordelinger basert på empirisk begrunnede oppfatninger av behovsvariasjonene mellom bydelene. Men vi skal også ta med et annet hensyn i analysene, nemlig ønsket om å representere behovsvariasjonene med så få variabler som mulig, utfra kravet om enkelhet. Alder er det enkleste mulige kriteriet, og analysene vil derfor bli lagt opp slik at de tar utgangspunkt i sammenhenger mellom alder og behov, og så forsøker vi å identifisere hvilke andre kjennetegn ved et individ (og ved bydeler) som kommer i tillegg til alder, eller som eventuelt påvirker sammenhengen mellom alder og hjelpebehov.

7.3 Identifisering av behovsgruppen

7.3.1 Innledning

Som vi har nevnt, er målgruppen for funksjonsområde III den eldre delen av befolkningen. Ved økende alder svekkes funksjonsdyktigheten, og vi får behov for omsorgstjenester. Døgkontinuerlig tilsyn på en pleie-/sykehjemsplass kan oppfattes som den ene ytterkanten på en skala vi kan kalle personens omsorgs- (eller tilsyns-) behov, mens behov for litt hjemmehjelp for å få utført noen praktiske oppgaver ligger i den andre ytterkanten. Disse tjenestene er svært individorientert, og de produseres i et tett samspill mellom bruker og leverandør. Det viktigste tilbudet innen funksjonsområdet som kan sies å være et kollektivt gode med et geografisk (og ikke individuelt) nedslagsfelt, er eldresentrene. Utgiftene til disse utgjør likevel under to prosent av totalutgiftene.

Utgangspunktet for den videre analysen er derfor å identifisere hvilke bakgrunnskjenetegn som samvarierer sterkt med de tilgjengelige målene på funksjonsdyktighet og hjelpebehov som vi kan ta ut av tidligere gjennomførte levekårsundersøkelser. I og med at alder er det enkleste av alle kriterier, vil perspektivet i analysene være å finne den direkte betydningen av (kronologisk) alder. Alle blir vi skrøpeligere med alderen. Deretter vil vi undersøke hvilke andre faktorer som enten kommer i tillegg til alder (for eksempel enslighet), eller som påvirker sammenhengen mellom alder og hjelpebehov (for eksempel utdanning). Før vi går løs på analysene, skal vi gi et kort sammendrag av de viktigste innsiktene den sosialmedisinske kunnskapen gir, og hva mer sosiologisk orienterte studier har frambrakt av kunnskap om nettverkenes betydning for eldres tilgang på hjelp fra andre personer i nærheten.

7.3.2 Kunnskapsstatus

Hva sier den sosialmedisinske faglitteraturen?

Funksjonsdyktigheten i befolkningen som helhet er nært knyttet til normale (gerontologiske) aldringsprosesser. I tillegg kommer funksjonsproblemer som kan ha sin årsak i mer spesielle medisinske forhold som genetisk utrustning, skader eller medfødte funksjonshemninger. Som en tredje sett av faktorer, kommer virkningene av ulike typer miljøeksponeringer gjennom livsløpet, knyttet til stikkord som sosial klasse og livsstil; kosthold, tobakk/alkohol, yrke, familie og så videre. Den rådende kunnskapen om aldersprosesser er godt sammenfattet av Hjort og Waaler (1996) og det følgende bygger i stor grad på denne kilden.

Den biologisk drevne aldersprosessen svekker evnen til maksimalt muskelarbeid med om lag én prosent årlig fra 20-års-alderen, og er redusert til halvparten ved om lag 70 år. Ved rundt 75 års alder er organismen så svekket at sannsynligheten for å få en alderssykdom (senilitet, Parkinson, slag, benskjørhet, slitasjeledd, åreforkalkning, hjerteinfarkt, hjerneslag) stiger eksponensielt ved økende alder. Den nåværende kunnskapsstatusen innen geriatrien (læren om alderssykdommer) er ikke så presis at det er mulig å peke ut sikre kjennetegn som med stor sannsynlighet disponerer et individ for bestemte alderssykdommer. Forekomsten av alderssykdommer er så innvevd i aldersprosessen at det ikke enkelt lar seg gjøre å skille disse to komponentene i aldringsprosessen. Dette betyr medisinsk sett at forebyggingsmulighetene er små, og i vår sammenheng, at det er lite å vinne på å forsøke og lete etter kjennetegn ved et individ som kan angi sannsynligheter for sykdom ved en gitt alder. Det vil være mer fruktbart (og langt billigere) å utnytte data over hvem som dør av hva ved hvilken alder, og deretter trekke slutninger fra sykdomsbildet til antatte hjelpebehov.

En persons kjønn er viktig for sammenhengen mellom alderssvekkelse og hjelpebehov. Selv om kvinner lever om lag seks år lenger enn menn, har kvinner, ved samme alder, grovt sett dobbelt så mange plager, og halvparten så god førlighet som menn. Mennene dør tidligere, mens kvinner lever (lenger) med sine funksjonshemninger. Andelen kvinner stiger derfor raskt jo eldre aldersgrupper vi betrakter: I Oslo er 65 prosent av alle over 67 år kvinner, stigende fra 60 prosent blant 70-74-åringene til 80 prosent for de over 90 år. Hvor mye av helse- og dødelighetsforskjellene mellom menn og kvinner som har en genetisk komponent, og hvor mye som er knyttet til sosio-økonomiske forskjeller, er langt fra utforsket (Schei et al. 1993). På kort sikt er dette forholdet heller ikke så relevant for kriteriesystemet, i og med at de eventuelle statistiske effektene vi finner av kjønn vil fange opp summen av både genetiske og sosiale faktorer. På lengre sikt kan dette imidlertid være viktig, fordi de helseeffektene som er knyttet til kvinners livskarriere,

må forventes å endres for kommende generasjoner av eldre, mens den genetiske komponenten rimeligvis er fast.

En persons levekårsressurser («klasse») er også en viktig faktor. Personer i den laveste sosio-økonomiske gruppen har grovt sett dobbelt så stor sykelighet og halvparten så god funksjonsdyktighet som den høyeste gruppen. Forekomsten av langvarig sykdom med alvorlig funksjonsbegrensning ble i et nordisk materiale (etter aldersstandardisering, 16-84 år) anslått til tolv prosent blant de med bare grunnskole, og kun tre prosent blant de med universitetsutdanning (se Hjort et al 1996). Westin (1995) fant en sterkt stigende risiko for hjerte- og karsykdommer jo lavere sosial klasse i sin undersøkelse av personer i Oslo på 1970-tallet. De faktorer som forklarer effektene av klasse på helse er bare delvis identifisert. Et påfallende trekk er likevel at selv om sykdomsbildene og dødsårsaker har endret seg radikalt de siste 100 årene, så har de sosiale forskjellene i helse og sykelighet bestått (og i noen tilfeller faktisk økt). Sagt på en annen måte: Klasse disponerer for økt sykelighet, men man vet ikke helt hvordan. Vel én tredel av klasseeffekten på helse kan tilbakeføres til sammenhenger mellom klasse og livsstil (kosthold, røyking, yrkesbelastninger), mens to tredeler av effekten ennå er uforklart, selv om det altså ikke er noen uenighet om dens betydning: Lav klasse øker sannsynligheten for nesten alle sykdommer. Dette forklarer hvorfor vi regelmessig finner signifikante effekter av tradisjonelle sosio-økonomiske ressursvariabler på helse (se Dahl 1995 for en god oversikt).

Personer med høy utdanning og høy inntekt har bedre helse enn andre. Samtidig lever de også lenger, noe som i forhold til å måle hjelpebehov i befolkningen leder til en svært viktig sammenheng, nemlig at effekten av sosio-økonomiske kjennetegn på en persons helse er sterkest i den livsfase hvor de typiske livsstilsrelaterte sykdommer begynner å opptre (ved 50 års alder), for så å øke fram til 70 års alder. Deretter minker effekten av klasse på helse jo eldre personer vi betrakter. En annen måte å spissformulere dette på, er at personer med lav klasse som overlever sin forventede levetid, er like friske som de med høy klasse: Klasse selekterer ut til tidlig død, og de som oppnår en (svært) høy alder har (derfor) vært «immune» mot helseeffekten av sin klassetilhørighet. Dette forholdet avspeiler seg i klare dødelighetsforskjeller mellom bydeler i Oslo. Otterstad (1988) viser at forskjellene i dødelighet innen Oslos bydeler er betydelige, men at «forskjellen i dødelighet mellom bydelgruppene nesten faller bort etter fylte 70 år» (side 18). Vi skal i avsnitt 7.4.2 komme tilbake til både hvordan dødeligheten varierer mellom bydelene, og hvordan denne variasjonen kan utnyttes i utformingen av kriteriesystemet.

For å sammenfatte den innsikt det er viktig å ta med seg videre:

- Det er en nær sammenheng mellom aldring og sykelighet,
- Det er en nær sammenheng mellom sykelighet og hjelpebehov.
- Aldringen foregår som en eksponensiell funksjon av levetid hos alle individer, med en sterk aksellerasjon i effekten av alder ved 75-års levetid.
- Aldringen skjer raskere hos kvinner enn hos menn, raskere i lavere sosiale lag, og raskere hos personer med svake sosiale nettverk.
- Effekten av sosial klasse på sykelighet er størst for de unge eldre, og klasse har en betydningsfull virkning på levealder. Effekten av sosio-økonomiske kjennetegn svekkes imidlertid når vi ser på de aller eldste gjenlevende aldersgruppene.

For å få til en ryddig framstilling av disse i praksis kompliserte sammenhengene, kan det være nyttig å holde fast ved den enkleste (og sterkeste) sammenheng, nemlig den mellom kronologisk aldring og helse. Sosio-økonomiske forhold kan betraktes som en faktor som modifierer denne sammenheng, ved at små levekårsressurser framskynder funksjonssvekkelsen, mens gode levekår opp gjennom livet forsinker den. Det er dette forholdet som gjør at en persons alder (og en bydelsbefolknings alderssammensetning) ikke er et tilstrekkelig godt mål på funksjonssvekkelse. Årsaken til at en fordeling av ressurser etter alder alene ikke ville treffe fordelingen av hjelpebehov mellom bydelene, *er at også andre kjennetegn enn alder påvirker både aldersprosessen og sannsynligheten for å få alderssykdommer, og dermed også hjelpebehovet.*

Hvilke sosio-økonomiske forhold som er relevante, må belegges gjennom kunnskap om aldringsprosessens forløp. Dette betyr at de kjennetegnene ved individer som skal identifisere personer i behovsgruppen må inkludere, foruten alder og kjønn, også variabler som sier noe om personens plassering i den sosio-økonomiske strukturen. Innsikten fra sosialmedisinen viser at det å være kvinne og det å ha små levekårsressurser (lav utdanning, svake familiære nettverk) virker svekende på funksjonsevnen ved å framskynde aldringsprosessen; helsemessig er man eldre enn alder målt i år tilsier. Kriteriesystemet kan derfor ikke bygge på bydelens aldersstruktur alene, om det skal avspeile behovsvariasjonene mellom bydelene. En ren aldersbasert tildeling ville undervurdere de helseproblemene som finnes hos personer med kort forventet livslengde, altså de ressursvake gruppene.

Hva sier de sosiologiske undersøkelserne?

Som nevnt antar dagens kriteriesystem at enslige har større hjelpebehov enn andre med samme alder og kjønn. Siviltand benyttes derfor som indikator på to forhold som er direkte relevante for en persons behov for omsorgstjenester: Det første er at enslighet øker helseproblemene gjennom livsstilseffekter, det andre er at det å dele husholdning med en annen person også innebærer at man faktisk har en nær tilgang til daglig hjelp og omsorg (gitt at ektefellen er funksjonsfrisk). Siviltand benyttes altså både som en indikator på behov i objektiv forstand, og som et uttrykk for at individet har adgang til en kompensasjonsressurs. Kriteriesystemet har her et eksplisitt normativt premiss, nemlig at av to eldre med samme nivå på helseproblemer, så skal den som er enslig komme foran den som er gift ved tildeling av ressurser. I tillegg har kriteriesystemet som nevnt også lagt inn et kriterium som gir høy skår til bydeler med kombinasjon av mange eldre og høy flytting, utfra antakelsen om at stor gjennomstrømning undergraver tilgangen på naboer.

Mens den sosialmedisinske forskningen naturlig nok er mest opptatt av hvordan sosiale nettverk, livsstil og helse henger sammen, er den sosiologiske innfallsvinkelen mer opptatt av nettverk som kompensasjonsressurs: I hvilken grad leverer nettverk omsorgs- og tilsynstjenester, hvilke former for hjelp er viktige, og er sivilstand (gift/ugift) en god indikator på nettverksressurser? Og hvilken rolle spiller bruken av innleid hjelp, ved at de eldre selv kjøper de tjenester de trenger?

Det er noe intuitivt opplagt i at en person som bor sammen med ektefellen har lettere tilgang på daglig hjelp enn en enslig, gitt at ektefellen er mer funksjonsdyktig enn en selv. Derimot er det ikke like opplagt at eldre enslige har mindre tilgang til nettverksbaserte tjenester enn andre. Det er først og fremst barn som er den viktigste kilde til hjelp for eldre, og det er ikke urimelig å anta at hjelpen fra barn vil øke når den ene av foreldrene blir enslig fordi ektefellen dør. To eldre som begge bor alene kan være i en vesensforskjellig situasjon, om den ene er enke som har barn i nærheten, mens den andre har vært enslig hele sitt liv. Også naboer kan være en viktig ressurs, men slik hjelp synes lite utbredt. Danielselsen og Langsether (1987:110) finner i sin sammenlikning av eldre i Lammerset og Sagene/Bjølset at henholdsvis 88 og 94 prosent aldri mottar noen praktisk hjelp av naboer, mens 25 prosent mottar hjelp fra barn. Faktisk spiller leid hjelp en like stor rolle som naboer. Danielselsen og Langsether konkluderer med at naboer betyr mer for de eldre som en kilde til trygghet, enn som kilde til praktisk hjelp. Samme hovedmønster finner Lingsom (1987). Hvorvidt det er blitt mer vanlig at velstående eldre i større grad har begynt å kjøpe omsorgstjenester det siste tiåret er ikke undersøkt, men det er vel grunn til å tro at tilbudet er blitt bedre.

Clausen (1993) har på et intervjudatamateriale over 963 hjemmeboende eldre over 69 år i Oslo forsøkt å finne sammenhenger mellom bydelskjennetegn

og omfanget av hjelp som eldre mottar fra familie, venner eller naboer. Hans konklusjoner er at omfanget av privat produsert omsorg er «størst i bydeler med lave andeler eldre» (s.45) og i bydeler hvor befolkningen kjennetegnes av høy skåre på generelle levekårsproblemer: Med andre ord; han finner høye nivåer på privat omsorg i de nye drabantbyene og i Gamle Oslo og på Sagene. Det er også en sterk effekt av utdanning i hans materiale: Eldre med høy utdanning mottar mindre hjelp enn eldre med lav utdanning, og samvariasjonene mellom sivilstand og omfanget av mottatt hjelp er faktisk svakere enn sammenhengene mellom utdanning og mottatt hjelp. Han sammenfatter sin undersøkelse med at (s.56): «*Oslo øst har større andeler med privat omsorg enn Oslo vest. Innen Oslo øst er det indre øst og de nordøstlige bydelene som har størst andeler. I vest er det spesielt Røa og Vindern som har lite privat omsorg. Dette til tross for at behovene synes å være like store i vest som i øst*». Nå kan denne undersøkelsen kritiseres for å trekke vel bastante konklusjoner om bydelsvariasjoner på et noe tynt tallgrunnlag, men det er et interessant funn at velutdannede eldre synes å ha svakere familiære nettverk enn de lavt utdannede.

Et individs faktiske nettverksressurser lar seg bare undersøke gjennom intervjuer. Det er derfor et åpent spørsmål om opplysningen om hvorvidt en gammel bor med ektefelle eller alene er en god indikator på personens tilgang til omsorgs- og tilsynstjenester. I Fafos levekårsundersøkelse av Oslos befolkning (Fafo 1993) fant vi en klar tendens til at gifte eldre ikke bare har flere barn enn enslige, men også at gifte har en større krets av venner. Dette mønsteret inneholder imidlertid en alderskomponent: Jo eldre man er, jo større er sannsynligheten for å ha mistet ektefellen og vennene, slik at høy alder på denne måten måler en utarming av det sosiale nettverket gjennom dødelighet. Det å ha barn (i nærheten), blir derfor den viktigste nettverksressursen ved høy alder. Ut fra tradisjonelle familiemønstre, har juridiske sivilstandskategorier vært rimelig gode indikatorer på en persons nære sosiale nettverk. Den historiske trenden er imidlertid, og mer i Skandinavia enn noe annet sted, at formell sivilstand i økende grad ikke avspeiler de faktiske samværs- og nettverksforholdene. Nye generasjoner av eldre vil være skilte og gifte igjen, de vil ha vært samboende og vil danne samboerforhold i alderdommen. Og ingen vet i dag hvordan dette igjen vil påvirke deres barns følelse av omsorgsforpliktelser overfor sine foreldre.

Det er vanskelig å tenke seg at intervjudata om de eldres faktiske sosiale nettverk skal kunne nyttes direkte i kriteriesystemet. Slike data kan selvfølgelig samles inn, men ved høye kostnader. Kravet til enkel og billig oppdatering av kriteriene tilsier at det må være opplysninger om de eldre som allerede foreligger innsamlet. Av slike er det neppe tvil om at data om den eldres eventuelle barn og deres bosted, er den enkeltopplysningen som i størst grad vil fange opp den eldres faktiske nettverksressurser.

7.3.3 Data fra levekårsundersøkelser.

Gjennomgangen av den sosialmedisinske kunnskapen viser at det er stor enighet om hvilke faktorer som påvirker en persons funksjonsevne, mens mye gjenstår når det gjelder å forstå årsakssammenhenger og det relative forholdet mellom ulike faktorer. I hvilken grad sosiale nettverk og kjøp av omsorgstjenester benyttes av hvilke eldre til å kompensere for funksjons- og helseproblemer, er derimot lite kartlagt. Et kriteriesystem må imidlertid forsøke å fange opp nettopp hvor sterke de ulike faktorene er i forhold til hverandre. Hvor stor vekt skal det for eksempel legges på en persons utdanning i forhold til sivilstand og alder?

For å få begrunnede oppfatninger om ulike variablers relative betydning, er det nødvendig med mange opplysninger om det enkelte individet. Det er dette levekårsundersøkelser gjør mulig. Med slike data kan vi separere ut ulike kjennetegn (alder, utdanning, kjønn, sivilstand osv) virkning. Begrensningen ved levekårsundersøkelser er at de er dyre å gjennomføre, og at de som regel inneholder få personer i de aller eldste aldersgruppene. Frafallet er som regel større blant eldre mennesker, både fordi de er noe mer skeptiske til å la seg intervju, og fordi de kan ha så store helseproblemer at intervjuene ikke lar seg gjennomføre. Dette betyr at de eldre som man får fatt i ved intervjuundersøkelser vil være mer funksjonsfriske enn de som ikke fanges opp. Hvor stort problem dette frafallet innebærer for analysene, er betinget av formålet med undersøkelsen: Dersom vi skal lage anslag for hvor stor andel av personene i en aldersgruppe som er helsessvekket, vil anslagene bli for lave for de aller eldste. Dersom vi derimot er interessert i de statistiske sammenhengene mellom alder, helse og eventuelle andre bakgrunnsvariabler, influerer dette frafallet ikke så sterkt på de mønstrene vi finner, fordi det likevel er så få personer som oppnår svært høy alder.

Levekårsundersøkelsene er, i motsetning til mye av den medisinske forskningen, basert på intervjuer. Dette betyr at når vi måler folks helse og funksjonsevne, vil det alltid være personenes egne oppfatninger av sin tilstand vi fanger inn. Dette betyr at individets selvopplevde helse kan avvike fra den objektive helsetilstand en klinisk undersøkelse ville ha konkludert med. På den annen side er hensikten med de kommunale omsorgstjenestene å bedre folks livskvalitet på deres eldre dager, og det kan derfor argumenteres for at det nettopp er individenes egne oppfatninger som er den relevante opplysningen. Mer problematisk kan det være om det er sosialt selektive tendenser til å rapportere ulike subjektivt opplevde funksjonsproblemer ved samme objektive behov. Dersom for eksempel personer med høy utdanning er raskere til å oppfatte et helseproblem som en funksjonssvekkelse (fordi personer med høy utdanning kan ha større ambisjoner om hva de skal klare), vil vi kunne finne større helseproblemer hos de med høy utdanning enn hos de med lav.

I det følgende vil vi gå gjennom materiale fra Statistisk Sentralbyrå's levkårsundersøkelse fra 1991, Fafo's levkårsundersøkelse av Oslos befolkning i 1993 og Fafo undersøkelse av livskvalitet blant eldre i hele Norge fra 1995.

Levekårsundersøkelsen 1991

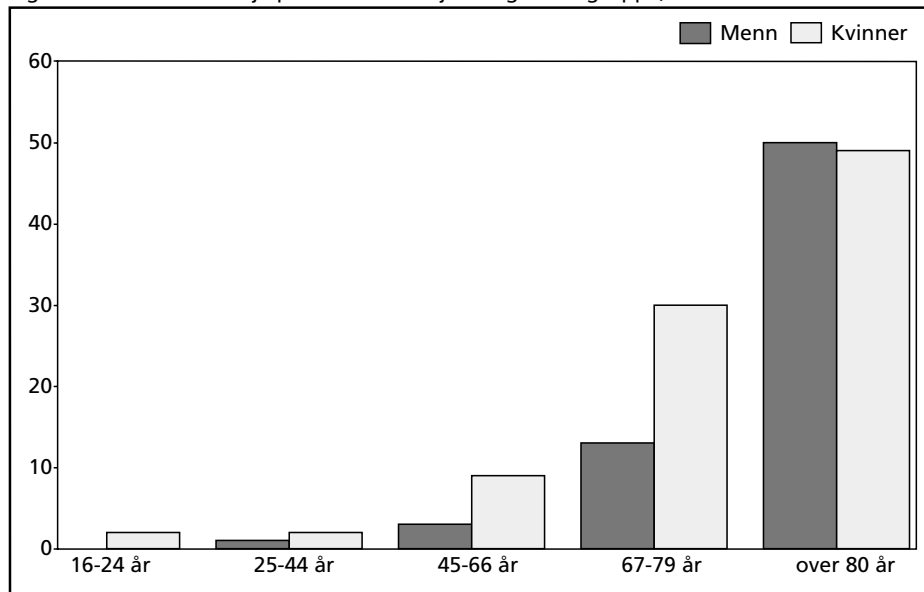
I levkårsundersøkelsen 1991 ble et representativt utvalg av hele den norske befolkningen undersøkt, og vi har valgt å klassifisere som hjelpetrengende de som «*ikke uten hjelp av andre klarer daglige vareinnkjøp eller vask og rengjøring av boligen*».

Syv prosent av befolkningen har disse problemene, og andelen i Oslo/Akershus er på samme nivå som for landet som helhet. Videre er det definert en gruppe som (etter kombinasjoner av svar på flere spørsmål) har «langvarig sykdom med betydelige konsekvenser», som utgjør 21 prosent av befolkningen, og igjen skiller ikke Oslo/Akershus seg ut. I figurene 7.2 og 7.3 har vi vist sammenhengene mellom alder, kjønn og forekomst av hjelpebehov/alvorlig helsesvekkelse.

Vi ser klart hvordan kvinner ved alle aldersgrupper fram til 80-åringene er mer svekket enn menn. For de aller eldste blir imidlertid kjønnsforskjellen nesten borte. Her er det imidlertid viktig å peke på at vi ikke klarer å fange opp den betydelige delen av aldersgruppen som er blitt institusjonsbeboere. Det viktige er imidlertid at menn som blir svært gamle, og som bor hjemme, ikke er rapporterer mer helsesvekkelse enn kvinner i samme alder.

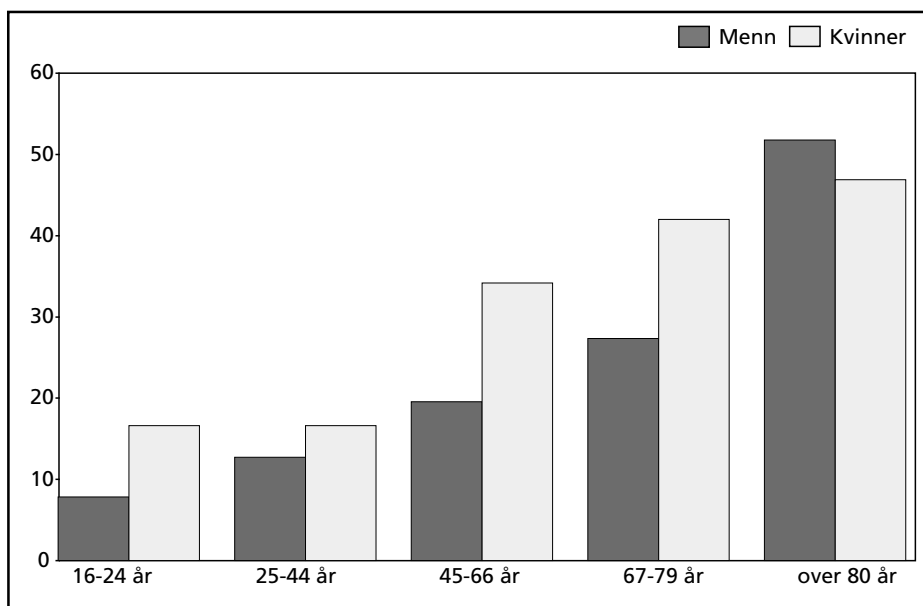
Figur 7.4 viser at både for menn og kvinner går enslighet sammen med nedsatt funksjonsevne og økt hjelpebehov. Den relative forskjellen (altså effekten

Figur 7.2 Prosent med hjelpebehov etter kjønn og aldersgruppe, SSB 1991

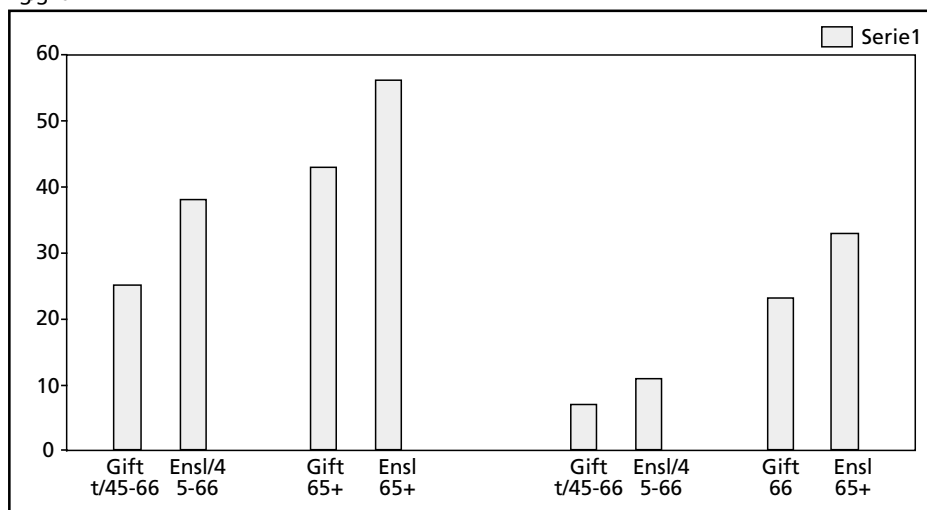


av å være enslig) er imidlertid størst for personer mellom 45-66 år. Dette må forklares ikke bare med de gode livsstilseffekter det har å være gift, men også av at ensligheten for 45-66-åringene nok har et større innslag av seleksjon til ekteskap (som igjen kan være helsebetinget), mens enslige over 67 år i større grad er enslige fordi ektefellen er død.

Figur 7.3 Prosent som har langvarig sykdom med betydelige konsekvenser, SSB 1991



Figur 7.4 Andelen personer med nedsatt funksjonsevne og med hjelpebehov etter alder og enslig/gift



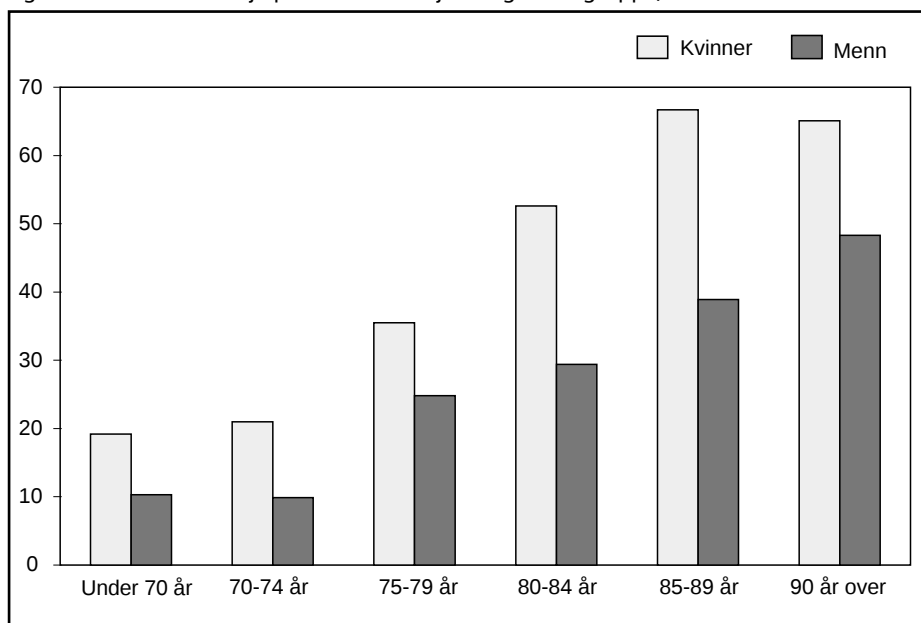
I levekårsundersøkelsen 1991 finner man en betydelig effekt av sosial klasse på nedsatt funksjonsevne: Helsesvekkelsen er betydelig sterkere blant arbeidere og lavere funksjonærer enn blant selvstendige og høyere funksjonærer, for begge kjønn (Presentert og diskutert i Øverås 1995:70).

Analysen fra Fafos levekårsundersøkelse blant eldre

Høsten 1995 gjennomførte Fafo i samarbeid med Statistisk sentralbyrå en levekårsundersøkelse av levekår og livskvalitet blant eldre over 65 år. Et representativt utvalg på 994 personer av den norske eldrebefolkningen ble intervjuet, hvilket er så mange at det er forsvarlig også å skille ut en egen gruppe av personer over 90 år. Heller ikke i denne undersøkelsen er eldre på institusjon tatt med, hvilket gjør at helseproblemene for de over 90 år underrapporteres.

I de analysene som presenteres fra dette materialet er en helsesvekket/funksjonshemmet person definert som en person som *«ikke klarer å gjennomføre minst ett av disse daglige gjøremålene uten hjelp av andre: Gjøre innkjøp, vask og rengjøring av boligen eller kle av og på seg selv»* Om personen har minst ett av disse problemene er vedkommende definert som hjelpetrengende, og vi kan bruke antall problemer som analysenes avhengige variabel. Figur 7.5 viser andelen av personer i ulike aldersgrupper som er hjelpetrengende:

Figur 7.5 Prosent med hjelpebehov etter kjønn og aldersgruppe, 1995



Vi ser et helt entydig mønster: Andelen hjelpetrengende øker kraftig ved passerte 75 års levetid, og kvinner er i alle aldersgrupper mer hjelpetrengende enn menn. Den «manglende» økningen fra 85-89-årsgruppen til de aller eldste må forklares ved frafall: De aller mest helsesvekkede rekrutteres til institusjoner i denne livsfasen, slik at det er de hjemmeboende over 90 vi fanger opp. Om lag halvparten av befolkningen over 90 år er institusjonsboere, og kombinert med at om lag 60 prosent av de hjemmeboende er hjelpetrengende, så vil om lag 80 prosent av befolkningen over 90 år ha behov for omsorgstjenester.

I tabell 7.2 presenteres effektene av ulike bakgrunnsvariabler på omfanget av hjelpebehov slik de framkommer med regresjonsanalyse av undersøkelsens 994 personer over 65 år.

Alder er den enkeltvariabel som gi størst effekt. Betydningen av kjønn og sivilstand er også i tråd med kjente mønstre. Det overraskende funnet i dette materialet er at inntekt betyr relativt mye: Det er en klar tendens til at pensjonister med høy inntekt har bedre funksjonsevne enn de med lav inntekt, når vi altså tar hensyn til alle de andre variablene. Derimot ser vi at lav utdanning ikke synes å svekke helsen isolert sett. Inntekt er altså en bedre indikator på behov enn utdanning, og vi ser at effekten av høy utdanning er like betydningsfull som effekten av kjønn. I materialet er det ingen effekt av om personene bor i by (over 20 000 innbyggere) eller på mindre steder.

Slike regresjonsanalyser kan være vanskelige å forstå for ikke-eksperter, men mønstrene kan illustreres ved å «regne» om effektenes styrke til alder. Det å være

Tabell 7.2 Effekter av ulike bakgrunnsvariabler på det å ha et funksjonsproblem som krever hjelp fra andre. Standardiserte regresjonskoeffisienter. N=994

Uavhengig variabel	Beta	Kommentar
Alder	.24*	Sterk effekt, mer hemmet jo eldre man er
Kjønn (1=mann)	-.10*	Kvinner mer hemmet enn menn
Inntekt	-.10*	Jo høyere inntekt, jo mindre hemmet
Enslig (Ja=1)	.07	Enslige noe mer hemmet enn gifte
Har lav utdanning	-.02	Ingen effekt av lav utdanning
Forklart varians	.11	

* signifikant ved 5 prosent nivå.

(Note: sammenhengen mellom alder og behov er kurvlinjær, men en kraftig økning i effekten på behov mellom 70 og 80 år, helt i tråd med etablert kunnskap. Derimot flater den ut igjen for de aller eldste, noe som skyldes to forhold: Det første at blant de aller eldste vil de aller mest hjelpetrengende være blitt institusjonsboere og dels så øker ikke hjelpebehovet så raskt lenger - det foreligger allerede.)

enslig innebærer, utfra de observerte mønstrene, at hjelpebehovet til en enslig er framskyndet fem år i tid, altså at en gitt enslig 75-åring vil ha samme hjelpebehov som en gift 80-åring, alt annet likt. Effekten av kjønn kan illustreres ved at kvinner ligger mellom sju og åtte år foran menn på sammenhengen mellom kronologisk alder og hjelpebehov. Effekten av å ha lav utdanning er to år, mens 20 000 i inntekt tilsvarende ett år. Den enkeltes anslåtte hjelpebehov framkommer da som kombinasjonen av disse kjennetegnenes virkning: En tenkt 90 år gammel gift mann med en

Tabell 7.3 Modell med dagens aldersmålgrupper i kriteriesystemet som uavhengige variabler, med behov for hjelp som avhengig variabel. Standardiserte regresjonskoeffisienter

Uavhengig variabel	Beta	Kommentar
Enslige 67-79 år	.13*	Svak men sikker effekt
Gift 80 år og eldre	.42*	Sterk effekt, mest av alder
Enslige menn 80 år og eldre	.38*	Sterk effekt, mest av alder
Enslige kvinner 80-84 år	.55*	Sterk effekt, nesten bare alder
Enslige kvinner 85 år og eldre	.88*	Meget sterk effekt av alder
Lav utdanning 70-99 år	.04	Ingen effekt
Forklart varians	.11	Samme som i tabell 7.2

* signifikant ved 5 prosent nivå.

Tabell 7.4 Prosent med hjelpebehov innen de grupper som defineres i dagens kriteriesystem, samt samsvarskoeffisienten Gamma

KRITERIEGRUPPE Dagens system	ANDEL MED PROBLEM	GAMMA	ANTALL
Enslige i alderen 67 til 79 år	26.6	-.04	233
Gift 80 år og eldre	42.5	.35	80
Enslige menn, 80 og eldre	53.6	.52	28
Enslige kvinner, 80-84 år	52.5	.51	40
Enslige kvinner over 84 år	71.0	.76	62
Lavt utdannede 70 og eldre	34.0	.25	379
Alle	27.7	-	964

(Gamma er et mål på samvariasjon, her mellom å ha det kjennetegn som inngår i dagens kriteriesystem og det å ha et helseproblem. Jo høyere gamma, jo mer velbegrunnet kan bruken av det aktuelle kriteriet sies å være.)

inntekt på 160 000 vil ha samme forventede hjelpebehov som en enslig kvinnelig minstepensjonist på 70 år.

På den samme datamaterialet har vi også testet effekten av mulige samspill: Det er gjort ved å ta de av dagens kriterier innen funksjonsområde III som kan modelleres for datamaterialet, og og så undersøke om denne modellen predikerer hjelpebehov bedre enn modellen i tabell 7.2.

Denne modellformuleringen gir ingen bedre tilpasning til variasjonene i hjelpebehovet i eldrebefolkningen enn modellen som ble presentert i tabell 7.2. Dette betyr at vi ikke har bedret modelleringen av hvilke faktorer som frembringer et hjelpebehov i forhold til en modell uten samspill: Konkret betyr dette at hjelpebehovet til for eksempel enslige kvinner over 85 år blir like godt predikert ved å summere de direkte effektene av kjønn, alder og sivilstand. Eller sagt på en annen måte: Selve kombinasjonen av alder, kjønn og sivilstand synes ikke å ha noen selvstendig forsterkende effekt på helseproblemene.

Det mest bemerkelsesverdige i tabell 7.3, er at effekten av lav utdanning blir helt borte. Om vi inkluderer inntekt i modellen over, øker forklaringskraften noe (+ to prosent) samt at inntekt «overtar» effekten av utdanning. (Treffsikkerheten i kriteriesystemet vil derfor, utfra det mønsteret vi finner innen eldrebefolkningen på landsplan, bli noe bedre om lavutdanningskriteriet erstattes med et inntektskriterium).

For å konkretisere disse sammenhengene, har vi i tabell 7.4 beregnet andelene i de ulike aldersmålgruppene som rapporterer at de har et hjelpebehov. Regresjonsanalysen kan si oss hvilke kjennetegn ved en person som høver hjelpebehovet (og derfor hvilke kjennetegn ved en bydelsbefolkning som er relevante for kriteriesystemet), men resultatene må omregnes til andeler innen konkret definerte befolkningsgrupper for at vi skal kunne lage anslag på behovsgruppens relative fordeling mellom bydelene.

Det å være enslig (67-79 år) i seg selv fører ikke til noen statistisk overhyppighet mhp. å ha et helseproblem. Dette er ikke særlig overraskende, i og med at alle enhetene i undersøkelsen er 65 år eller eldre. Vi kan se at andelen med helseproblemer øker med alder, men det mest overraskende er den svake overhyppigheten blant de med lav utdanning. Igjen understøtter dette vårt funn om at utdanning faktisk ikke er en god indikator for å forutsi noe om en persons hjelpebehov. Dette kan avspeile at det faktisk er slik, men vi var tidligere også inne på at høyt utdannede kan være raskere til å definere et hjelpebehov. Dersom en slik svartendens går sammen med at lavt utdannede objektivt sett har mer helseproblemer, blir resultatet at utdanning ikke samvarierer med hjelpebehov slik de blir målt ved en spørreundersøkelse. For å få bedre kunnskap om sammenhengen mellom utdanning og helse, er det derfor nødvendig å sammenlikne resultater fra levekårsundersøkelser med data fra medisinske undersøkelser.

Fafos levekårsundersøkelse av Oslos befolkning, 1993:

Høsten 1992 gjennomførte Fafo en levekårsundersøkelse av befolkningen i Oslo. I dette materialet er det 615 personer over 65 år, hvorav 241 over 75 år. Dette er i snaueste laget for å gjennomføre detaljerte analyser, særlig for de aller eldste gruppene. Men det er tilstrekkelig for å få et sikkert inntrykk av hvilke bakgrunnsfaktorer som statistisk går sammen med å ha helseproblemer og hjelpebehov. I de følgende regresjonsanalysene har vi benyttet to ulike mål på helsetilstand: Personer oppfattes å ha et helseproblem dersom de hevder å ha «*en sykdom eller lidelse av mer varig natur, noen virkninger av skade eller noe handicap*». Personer som sier at de: *Har vansker med å bevege deg rundt i eller bruke boligen og (samtidig også) vansker med å komme ut av boligen* oppfattes å ha et funksjonsproblem.

På begge disse sistnevnte spørsmålene er svaralternativene «svært vanskelig», «noe vanskelig» og «ikke vanskelig». Det målet som nyttes på grad av funksjonsproblemer har maksimal verdi for personer som svarer svært vanskelig på begge

Tabell 7.5 Prosent som svarer at det er «noe» eller «svært vanskelig» å bevege seg i boligen, og å komme inn og ut av den, etter kjønn og aldergruppe

	MENN	MENN	KVINNER	KVINNER	Antall
Problemer:	i boligen	komme ut/inn	i boligen	komme ut/inn	
Under 50år	3.6	3.5	7.4	5.8	1846
51-64 år	22.8	18.1	18.5	12.1	343
65-74 år	18.4	8.5	18.0	15.2	374
75 og over	23.0	31.5	24.5	27.2	241
Alle (%)	11.4	9.7	14.9	13.3	2811

Tabell 7.6 Prosent som har et hemmende helseproblem etter alder, kjønn og hvorvidt man bor sammen med ektefelle/samboer

	MENN	MENN	KVINNER	KVINNER	Antall
Bor m/ektefell	Ja	Nei	Ja	Nei	
Under 50	22	24	25	31	1846
51-64	37	41	42	52	343
65-74	49	51	47	60	374
75 og over	60	53	74	74	248

spørsmålene, og verdien 0 for de som ikke har noen problemer. Først skal vi nå presentere fordelingen av disse to variablene etter kjønn og alder, deretter skal vi ved bruk av regresjon analysere ulike uavhengige variablers effekt på helse og funksjonsproblemer.

Ikke uventet er det en sterk samvariasjon mellom disse to vanskene. Personer som har problemer inne i boligen har også problemer med å komme ut og inn av den (mens det er noen få som har problemer med å komme ut og inn, men som ikke har bevegelysesproblemer inne i selve boligen.)

Tabell 7.7 Prosent som rapporterer å ha et helseproblem etter kjønn, alder og utdanning

	MENN	MENN	MENN	KVINNER	KVINNER	KVINNER
UTDANNING	LAV	MID	HØY	LAV	MID	HØY
Under 50	27	28	18	30	30	25
51-64 år	62	31	36	58	41	48
65-74 år	66	47	42	61	50	54
75 og over	65	57	54	74	69	91
Alle	41	32	25	52	39	31

Forklaring: Lav utdanning: kun grunnskole. Høy utdanning: mer enn 12 år med formell skolegang. Middels utdanning: de som hverken har lav eller høy utdanning.

Tabell 7.8 Effekter av ulike bakgrunnsvariabeler på å ha A) et helseproblem og på B) ha daglige funksjonsproblemer. Oslo 1992. Uoppgitt inntekt er ekskludert. Kun personer over 65 år. (N=483) Standardiserte regresjonskoeffisienter

Uavhengig variabel	Har helseproblem	Funksjonsevne	Kommentar
Alder	.10	.20	Sikker effekt: helsen svekkes ved alder
Kjønn (1=mann)	-.06	-.07	Sikker effekt: kvinner mer enn menn
Inntekt	-.15	.05	Uklart mønster
Enslig (1=ja)	-.03	.07	Effekt på funksjonsproblem
Utdanning (lav=1)	.02	.02	Ingen effekt
Forklart varians	.04	.06	

I det empiriske materialet viser det seg likevel at vi ikke finner særlig forskjellige mønstre enten vi benytter denne variabelen eller vi benytter det å svare bekref-
tende på allmennspørsmålet om helse. (Dette er ikke så rart, siden det avspeiler
at helsesvekkelse som følge av alder arter seg (blant annet) som funksjonsvan-
sker). Ved å benytte denne variabelen får vi flere som har problemer, og vi kan
sikrere studere sammenhengen mellom helse og andre individuelle kjennetegn.
Tabell 7.6 viser andelen som har et helseproblem etter alder, kjønn og etter hvor-
vidt de bor sammen med ektefelle/samboer eller ikke.

Vi kan se klart hvordan en større andel av kvinnene, ved samme alder som
menn, har funksjonsproblemer, og at kjønnsforskjellen er størst for de aller eldste.
Derimot er det ingen systematisk effekt av å bo alene.

Utdanning er et mye brukt mål på en persons posisjon i den sosiale struk-
turen, og et kjennetegn som avspeiler en rekke forhold som påvirker levekår-
sproblemer. Utdanning er i seg selv nærmest en indeks på alt fra oppvekstmiljø
via arbeidsmarkedskarriere til kosthold og livsstil. Ikke minst gjelder dette for
den eldste delen av befolkningen: Hvilken utdanning de fikk var langt mer knyttet
til deres (foreldres) plass i den sosiale lagdelingen enn for dagens unge. På den
annen side vil nye kohorter av eldre i årene som kommer ha vært omfattet av
velferdsstatens programmer i en større andel av sin levetid, og det er derfor gode
grunner til å tro at utdanningsnivå som indikator på sosial klasse vil svekkes.
Når personene deles i tre grupper, kun obligatoriske skole (lav), mer enn obligatorisk,
men ikke universitet/høyskole (middels) og høyskole/universitet, finner vi følgen-
de nivåer på prosent av personene som oppgir å ha et helseproblem

Bortsett fra den ekstremt høye andelen med helseproblemer blant de høyest
utdannede kvinnene, viser tabellen de samme hovedmønstrene som er velkjente fra
faglitteraturen. Effekten av alder er den dominerende, og det å være kvinne og å ha
lav utdanning øker sannsynligheten for å ha et helseproblem. Vi kan også legge merke
til at effekten av utdanning på sykelighet er sterkere for menn enn den er for kvinner,
og at effekten av utdanning blir mindre når vi ser på den aller eldste aldersgruppen
(i tråd med de tidligere refererte funnene om at betydningen av sosial arv minker
for de aller eldste).

I tabell 7.8 presenteres en regresjonsmodell med de samme uavhengige
variablene som i analysene av det landsomfattende materialet. Nå er bare personer
over 65 år inkludert.

For de uavhengige variablenes effekter på det å ha et allment helseproblem,
finner vi praktisk talt det samme mønsteret som i det landsomfattende materialet.
Alder og kjønn har sterke og forventede effekter. Igjen bekreftes det at inntekt
betyr mer enn utdanning. Effekten av å være enslig er ikke statistisk sikker. Dette
betyr ikke nødvendigvis at enslige ikke har større problemer enn ikke-enslige,
men at enslige i stor grad er eldre kvinner. Det resultatene viser er at deres be-

hov fanges opp ved alder og kjønn, og at informasjon om enslighet ikke gir en bedret prediksjon på en gitt persons hjelpebehov. Når omfanget av funksjonsproblemer (i boligen) benyttes som avhengig variabel, er det en svak tendens til at enslige rapporterer større problemer enn andre, og vi finner ingen sikker effekt av inntekt. Utdanning synes ikke å ha noen selvstendig effekt. Ikke for noen av de to typene problemer finner vi at utdanning er av betydning.

Den ulike effekten av inntekt i de to modellene indikerer at folk med høy inntekt har et allment helseproblem i mindre grad enn andre, men at inntekt ikke betyr noe når det gjelder å ha konkrete problemer i boligen. Dette kan tenkes å avspeile at hva slags bolig eldre har er knyttet til inntekt, og at høyinntektsgrupper kan ha helseproblemer i større grad uten at dette også blir til rørlighetsproblemer i boligen, rett og slett fordi de har en høyere boligstandard.

Vi finner altså ingen tendenser til at eldre med lav utdanning synes å ha dårligere helse eller større praktiske funksjonsproblemer enn andre (med samme alder, kjønn og sivilstand). Dette indikerer at den samvariasjonen vi fant mellom utdanning og kjønn/alder i tabell 7.7 i en viss forstand er produsert av at det å ha lav utdanning henger sammen med en persons kjønn og alder. En persons alder sier både noe om hvor langt man er kommet i en fysiologisk aldringsprosess, og noe om når – og i hvilket samfunn – man ble født, og hvilken type av utdannings- og yrkesmuligheter man dengang hadde. Etterhvert som nye generasjoner blir eldre, vil eldrebefolkningen bestå av personer som har levd en stadig større del av sitt liv i en moderne velferdsstat. Det er derfor grunn til å anta at dette vil innebære at sammenhengene mellom for eksempel utdanning og andre levekårsproblemer vil endres, eller at de for tiden er under endring. Dette er åpenbart et område hvor det er behov for langt mer kunnskap, ikke minst om hvordan typiske sosio-økonomiske ressersvariabler som utdanning og inntekt relaterer seg til en persons behov for kommunale tjenester innen ulike alderskohorter.

7.3.4 Oppsummering: relevansen av dagens kriterier

Hensikten med disse empiriske gjennomgangene har vært å identifisere hvilke bakgrunnskjennetegn ved en person som i størst grad predikerer forekomsten av et så alvorlig helse- eller funksjonsproblem at det må kunne sluttet at personen også har et hjelpebehov som er relevant for den kommunale tjenesteytingen innen funksjonsområde III. Spørsmålene om helse og funksjonsdyktighet varierer noe i de tre datasettene vi har analysert. Dette gjør at vi finner ulike nivåer på behov avhengig av hvordan funksjonshemming er operasjonalisert. Likevel gir alle undersøkelsene et godt grunnlag for å identifisere hvilke bakgrunnsfaktorer som best predikerer funksjonshemminger og dermed hjelpebehov.

I alle tre datasettene er effekten av alder den desidert sterkeste, deretter kommer kjønn. Effektene på funksjonsevne av sosiale kjennetegn som enslighet og inntekt er langt mindre, og utdanning gir faktisk ingen statistisk sikker effekt. I den landsomfattende eldreundersøkelsen, hvor datagrunnlaget er best, får vi bare en marginal økning i forklaringskraften ved å ta med inntekt og enslighet i modellen i tillegg til alder og kjønn. Det samme mønster finner vi i Oslo-dataene, selv om kvaliteten på dette materialet altså er noe dårligere.

På mange måter viser våre resultater en svakere effekt av sosio-økonomiske variabler på helse enn hva som ofte antas (se Dahl 1995 for en oversikt). Et annet gjennomgående trekk (svært tydelig i tabell 7.7) er tendensen til at jo høyere nivå på funksjonsproblemer vi betrakter, jo sterkere er effekten av kjønn og alder. Dette må forklares på følgende måte: Jo strengere definisjon av helseproblemer som legges til grunn, jo lenger opp i aldersklassene må vi for å finne betydelige omfang av disse problemene. Og jo lenger opp vi kommer i aldersklassene, jo større er andelen av kvinner og personer som, fra naturens side eller på grunn av høy sosial klasse, har lang livslengde. Jo lenger opp vi går i aldersgruppene, jo større vil andelen personer med genetisk disposisjon for lang levetid blande seg med personer som har lang levetid på grunn av gunstige levekårsvariabler. De sosialt bestemte forskjellene i levealder påvirker derfor sammensetningen av de aller eldste på en slik måte at tradisjonelle mål på sosial ulikhet ikke samvarierer med helsemessig funksjonsdyktighet. Vi må lengre «ned» i aldersgruppene, før den sosialt selektive dødeligheten trer inn, for å finne de sterkeste sammenhengene mellom sosial klasse og helse.

Dette innebærer at antallet (og andelen) personer i en bestemt høy aldersgruppe i en bydel bærer informasjon om langt flere forhold enn kun den medisinske sammenhengen mellom kronologisk alder, kjønn og helse. Den sosiale og demografiske strukturen til en bydels eldrebefolkning vil nettopp være influert av hvordan sosio-økonomiske faktorer påvirker livslengden (i tillegg til folks klasse- og livsfasebetingede flyttemønstre innen byen). Dette innebærer et betydelig potensial for forenkling av dagens kriteriesystem, hvor alder i seg selv kan utnyttes på en begrunnet måte. Om vi for eksempel betrakter personer over 85 år, så er det lite å vinne i økt presisjon i anslaget på hvor stor andel av disse som er hjelpetrenende ved en ytterligere spesifisering av for eksempel sivilstand og kjønn. De fleste er enslige og kvinner på grunn av dødelighetsmønstrene, og den effekten av å være mann og gift som fører til redusert hjelpebehov for denne gruppen er så liten at det ikke vil være særlig problematisk å la hensynet til enkelhet i kriteriesystemets utforming tilsi at det bare tas hensyn til antall personer over denne alderen. For det andre, og konkret for kriteriesystemet, så betyr den svake effekten av sosiale variabler på objektiv funksjonsdyktighet at begrunnelsen for å eventuelt inkludere sivilstand og inntekt må flyttes fra en argumentasjon om at dette

er faktorer som avspeiler helse, til en begrunnelse om at dette er kompensasjonsressurser. Dette er selvfølgelig et normativt og kontroversielt spørsmål når det stilles på denne måten, fordi det går direkte på spørsmålet om hvor sterk vekt som skal legges på velferdsmessig resultatlikhet i forhold til fordelingsrettferdighet. Vi argumenterte tidligere for at gift/ugift kanskje ikke er noen god operasjonalisering av en persons tilgang på nettverksbaserte omsorgstjenester, og at hvorvidt personen har barn eller ikke ville være bedre. På den annen side spør det om legitimiteten av et eventuelt kriterium som tok hensyn til hvor mange barn de eldre har ville være særlig høy i en så sterkt individualistisk (protestantisk) kultur som den norske.

For det tredje betyr de empiriske sammenhengene vi har funnet at en sosio-økonomisk vektning av behov har sin sterkeste begrunnelse i å bestemme hjelpebehovet innen gruppen av yngre eldre, altså før ulikhetene i dødelighetsmønstrene i for sterk grad former alderskohortens sosiale sammenheng. Også de som dør i relativt ung alder må forventes å ha hatt en periode med hjelpebehov forut for dødsfallet. Dette hjelpebehovet er det ikke så lett å få tak på, i og med at de fleste levekårsundersøkelsene er av levende. Men vi kan danne oss noen begrunnede oppfatninger på minst to måter: For det første kan vi i prinsippet tenke som om svake levekårsressurser framskynder aldringen: Grovt sett tilsvarer effekten av svake levekårsressurser på aldersprosessen at folk i indre øst ligger ti år foran befolkningen i ytre vest: En 80-åring på vestkanten er i statistisk forstand ved samme helse som en 70-åring i indre øst. Om vi hadde hatt et meget stort datamateriale, kunne vi i prinsippet ha «oversatt» den sosiale geografien til en demografisk geografi. Den andre strategien er å utnytte de data vi har på bydelsnivå som kan tenkes å avspeile helsetilstanden til de yngre eldre, nemlig ung dødelighet og uførepensjonering. Dette skal vi gjøre i neste avsnitt.

7.4 Behov på bydelsnivå.

I de foregående avsnittene har vi forsøkt å identifisere hvilke kjennetegn ved en person som påvirker funksjonsevnen, og som derfor kan benyttes til å predikere en persons helsemessige funksjonsevne. I dette avsnittet skal vi gå over til data på bydelsnivå, og diskutere relevansen av mulige variabler som er lette å måle for de enkelte bydelene, slik som aldersstruktur, dødelighet, uførepensjonering og etnisk befolkningssammensetning. Jo bedre det kan begrunnes at slike variabler er gode

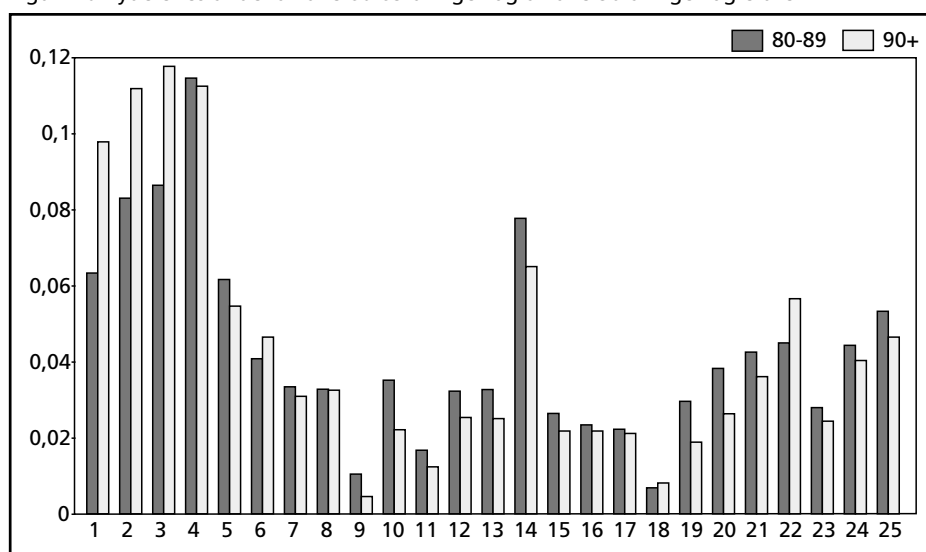
avspeilinger av helsetilstanden til bydelsens befolkning, jo enklere sett av kriterier kan da nyttes for å tallfeste fordelingen av hjelpebehovet mellom bydelene.

7.4.1 Aldersstruktur

I analysene av individdata fant vi en klar sammenheng mellom alder og funksjons svekkelse. Samtidig er det stor variasjon mellom bydelene i hvilke andeler hver enkelt bydel har av det samlede antallet eldre i hele kommunen, slik det er vist i figur 7.6. Her kan vi se hvordan byens aller eldste innbyggere er konsentrert i bykjernen, og med Helsfyr/Sinsen og Ullern som bydelers utenfor denne med mange svært gamle.

Aldersstrukturen kan oversettes til behovsstruktur ved hjelp av de direkte, kontrollerte effektene av alder på helse som vi fant i analysene på individnivå, ved å utnytte de behovsbrøkene vi viste etter kjønn og alder i figurene 7.2-7.5, uttrykt som hvor mange prosent innen hver gruppe som kan antas å ha et relevant helseproblem/hjelpebehov. Ved en slik beregning får vi ikke tatt hensyn til at effekten av alder på behov er betinget av andre levkårsforhold hos individet: Avstanden mellom kronologisk alder og funksjonell alder er nettopp knyttet til slike forhold, noe som vi tar hensyn til ved også å inkludere sosio-økonomiske variabler i målingen av behov.

Figur 7.6 Bydelenes andel av alle 80-89-åringene og av alle 90-åringene og eldre



Betydningen av kjønn kan vi derimot forenkle: Kvinner har større helseproblemer enn menn i alle aldersgrupper, og kvinner lever lenger enn menn. Dette kommer til uttrykk ved at de har en større behovsbrøk, og at kvinnes andel i en aldersgruppe øker jo eldre befolkningsgruppe vi betrakter. (Kvinner utgjør 53 prosent av 60-64-åringene, 70 prosent av 80-84 åringene og er 81 prosent av alle over 90 år). Dersom andelen kvinner i de aldersgruppene vi betrakter er den samme i alle bydeler, blir kjønn uten betydning for å beregne fordelingen av behovsgruppen mellom bydelene, fordi de kjønns- og aldersspesifikke behovsbrøkene da kan standardiseres med kjønnsfordelingen i aldersgruppen. Siden en persons kjønn er irrelevant som formelt kriterium ved tildeling av offentlige velferdsytelser, kan vi derfor beregne andelen av personene innen en aldersgruppe som kan antas å ha svekket funksjonsevne uten å trekke inn kjønn direkte. Forutsetningen for å kunne gjøre dette, er altså at andelen kvinner i de eldste aldersgruppene ikke varierer mellom bydelene, en forutsetning som, bortsett fra en viss konsentrasjon av eldre kvinner i indre øst, er rimelig godt tilfredsstillende.

Bydelens interne aldersstruktur blant de eldste er imidlertid som før nevnt også påvirket av sosiale kjennetegn ved de som (bodd og) bor der. Den framkommer som en kombinasjon av dødelighets- og flyttemønster. Aldersfordelingen i en bydel må derfor forklares med samfunnsmessige faktorer, men dette ligger utenfor vår problemstilling. Vårt spørsmål er ikke hvorfor folk blir så gamle i ytre vest, men om de gamle i ytre vest har mer eller mindre hjelpebehov enn like gamle personer i andre deler av byen.

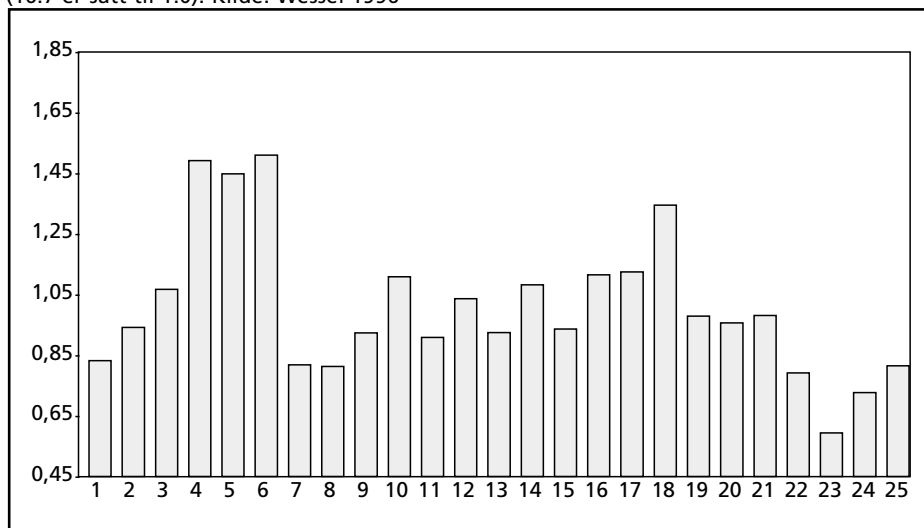
7.4.2 Dødelighet

I kapittel 3 antydte vi at tidlig død og uførepensjonering er to indikatorer på en persons helsetilstand, og dermed også på pleie- og omsorgsbehovet. Hvor gode disse målene er, lar seg vanskelig fastslå gjennom levekårsundersøkelser hvor data samles inn gjennom personlige intervjuer: De tidlig døde kan vi av opplagte årsaker ikke få fatt i, mens uførepensjonister kan tenkes å overvurdere sine helseproblemer, i og med at de vanskelig kan rapportere at de ikke har noen problemer. Dessuten har Folketrygdens uførepensjon også hatt en viss karakter av å bli brukt som en arbeidsmarkedsrelatert førtidspensjoneringsordning, i tillegg til at det er blitt vanligere for eldre arbeidstakere å benytte andre ordninger for tidlig pensjonering. I de siste årene har vi (derfor) hatt en fallende rekruttering til uførepensjonen, selv om det neppe er mulig å slutte fra dette til at de eldre i yrkesaktiv alder har fått bedre helse.

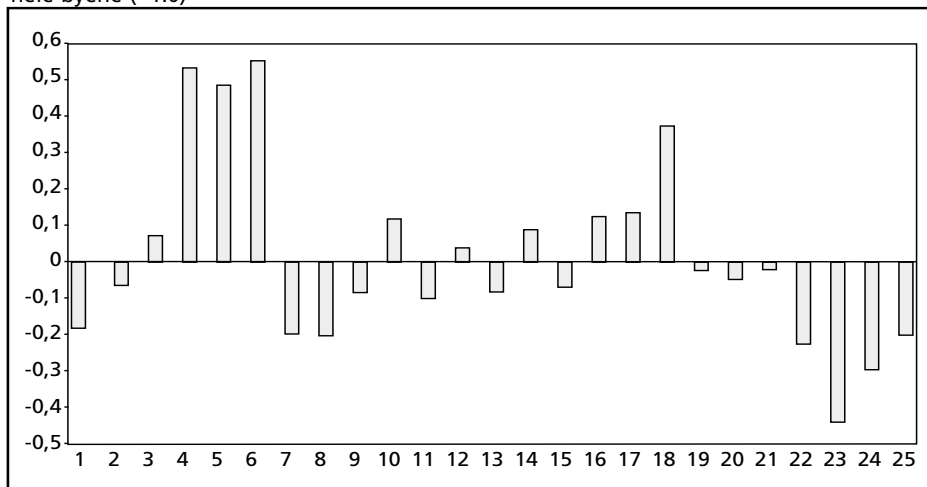
Tidlig død er derimot en uomtvistelig indikator på at den døde hadde et alvorlig helseproblem. Spørsmålene i vår sammenheng er 1) om dødeligheten i et område er en god indikator på helsetilstanden til de andre som lever i samme

område, og 2) om tidlig død er et godt uttrykk for at den døde hadde behov for omsorgstjenester i perioden forut for dødsfallet. Kort sagt, kan forskjeller i dødelighet mellom bydelene gi god informasjon om variasjoner i de hjelpebehovene kommunen skal imøtekomme?

Figur 7.7 Bydelenes score på indeks for dødelighet: Antall døde i alderen 50-74 år i perioden 1990-1994 i promille av befolkningen i samme alder. Gjennomsnittet for hele befolkningen (16.7 er satt til 1.0). Kilde: Wessel 1996



Figur 7.8 Differansen mellom bydelens score på dødelighetsindeksen og gjennomsnittet for hele byene (=1.0)



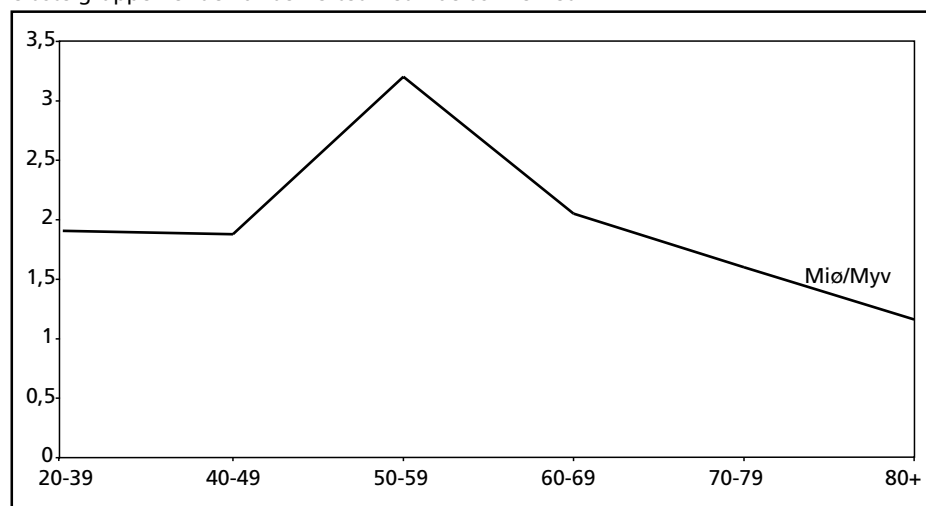
I figur 7.7 ser vi hvor stor forskjell det er i dødeligheten blant de yngre eldre innen Oslo, med betydelig høyere ung dødelighet i indre øst, og lavest i ytre vest. Konkret avspeiler dette mønsteret en variasjon i dødelighetsrate fra 25 (døde per 1000 innbyggere i alderen 50-74 år) i Gamle Oslo ned til ti i Vindern.

For tydeligere å få fram de store variasjonene, viser figur 7.8 de bydelsspesifikke avvikene fra gjennomsnittet i hele byen.

De tre bydelene i indre øst samt Romsås, markerer seg med desidert høyest dødelighet. Verdien på 0.4-0,5 betyr at dødeligheten i disse bydelene blant 50-70-åringene er 40-50 prosent høyere enn gjennomsnittet, mens Vindern (med -0.4) ligger 40 prosent under gjennomsnittet. Vi kan legge merke til at indre øst og ytre vest framstår som klare motpoler. I figur 7.9 ser vi at dersom vi sammenlikner dødelighetsratene i ytre vest med indre øst for de enkelte aldersgrupper, framkommer et meget interessant mønster:

Størrelsen på dødelighetsforskjellen mellom de to bydelsområdene er betinget av hvilken aldersgruppe vi ser på: Blant de yngste er det dobbelt så høy dødelighet i indre øst (1,2 mot 0,6 promille blant 20-39-åringene). Dette gjelder faktisk også for aldersgruppen 1-19 år, men her er tallmaterialet tynt, kun elleve dødsfall totalt

Figur 7.9 Overdødelighet blant befolkningen i indre by øst, sammenliknet med ytre vest (= 1.0) Døde i årene 1993 og 1994 i andel av befolkningen per 1.1.1994. Verdi i indre øst delt på verdi i ytre vest. N = 1248 dødsfall i indre øst, 1012 i ytre vest. Kilde: Statistisk Årsbok for Oslo, 1993 og 1994. Disse tallene er ikke korrigert for de sykehjemspasienter som blir registrert som døde i en annen bydel enn der de ble registrert som bosatt. Tallene for den aller eldste gruppen er derfor bekreftet med noe usikkerhet



i de to årene. Deretter øker den geografiske forskjellen til et maksimum for 50-60-åringene: For denne aldersgruppen er dødeligheten nesten 3,5 ganger så stor i indre øst (henholdsvis 9,8 mot 3,0 promille). Ser vi så på eldre aldersgrupper faller forskjellen, til å bli praktisk talt borte når vi betrakter de aller eldste.

En annen måte å uttrykke forskjellen på er ved å vise til at 40-49-åringene i indre øst har samme dødelighet som 50-59-åringene i ytre vest, og 50-59-åringene i indre øst har bare en helt marginalt mindre dødelighet enn 60-69-åringene i ytre vest. Spissformulert kan vi si at aldringen er «fremskyndet» med ti år hos befolkningen i indre øst sammenliknet med i ytre vest.

Den statistiske samvariasjonen mellom bydelsforskjellene i dødelighet (målt ved dødelighetsratene til 50-74-åringene) og NIBRs levekårsindeks (jvnfør kapittel 3.2.1) er på 0.94. Dette betyr at dødelighetsforskjellene for de fleste formål er en like god indikator på den sosiale lagdeling i Oslo som langt mer avanserte levekårsindekser (og omvendt). Dødelighetsdata er enkle, billige og entydige, og derfor teknisk sett godt egnet til bruk i kriteriesystemet. Det sentrale spørsmålet blir derfor på hvilket grunnlag vi kan slutte fra dødelighetsforskjeller mellom bydelene til forskjeller i behov for pleie- og omsorgstjenester?

Dødelighetsdata kan benyttes med to ulike begrunnelser. Den første er at dødelighet oppfattes som en indeks på levekårsproblemer (og dermed behov for kommunale omsorgstjenester) i den befolkningen som lever i bydelen. Den høye samvariasjonen mellom dødelighet og levekårsindekser kan begrunne en slik fortolkning av dødeligheten. Dødeligheten sier ingenting om *nivået* på problemene, men vi kan anta at *variasjonen* i dødelighet avspeiler variasjonen i behov. Dette er imidlertid ikke noen svakhet ved dødelighet som behovsmål, dersom vi kan anta at forholdet mellom antallet døde og antallet personer som har et hjelpebehov er rimelig likt i hele byen. Dette er et empirisk spørsmål, og det krever en grundig analyse av dødsårsaker, flyttmønster og levekår. Satt på spissen, om overdødeligheten i indre øst skyldes brå død (ulykker og selvmord), mens de unge dødsfallene i ytre vest kommer som resultat av langvarig sykdom, kan behovet for omsorgstjenester i prisippet være større i vest enn i øst. Problemet ved å benytte dødelighet som mål på behovet for omsorgstjenester, ligger derfor i kravet om en empirisk underbygging av sammenhengen mellom dødelighet og behovet for omsorgstjenester hos de som lever.

Den andre måten å begrunne bruken av dødelighetsdata til å fange opp tjenestebehov, er gjennom en retrospektiv slutning, ved å anta at personer som dør i relativt ung alder har hatt en periode på slutten av livet hvor de var hjelpetrengende.

Den relevante empirien som kan begrunne en slik bruk av dødelighetsdata vil derfor være svaret på spørsmålet: Hva dør folk av (i ung alder), og hvilke sammenhenger er det mellom ulike typer dødsårsaker og hjelpebehov i perioden forut for dødsfallet?

Grovt sett har befolkningens dødsårsaker følgende mønster: Blant de aller yngste, opp til 45 års alder, dominerer ulykker og selvmord. Brå død og fatale ulykker er irrelevant for hjelpebehovet, mens ulykker som leder til (varige) funksjonshemninger selvsagt fører til et pleiebehov for den som rammes. Fra 45-50 års alder og i de neste femten årene, er det de livsstilsrelaterte sykdommer og dødsårsaker som dominerer: Hjerte-og hjerneinfarkt og kreftsykdommer: At disse to gruppene av dødsårsaker er relatert til sosiale forhold er uomtvistet – hvordan disse sammenhengene er er derimot bare kartlagt i svært grove trekk (slik som røyking/kreft og kosthold/infarkt). Sammenhengene mellom livsstil, kosthold og andre levekårsvariabler er derimot rimelig godt kartlagt, så det er ingen overraskelse at vi finner stor overdødelighet i de bydelene hvor befolkningens levekårsressurser er svakest. Fra dette resonnementet kan vi slutte at dødelighetsforskjeller vil være en god indikator på de behovene for omsorgstjenester som er lokalisert i den yngre eldrebefolkningen, fordi høy dødelighet innen denne befolkningsgruppen i så stor grad er en følge av helsesvekkelse som medfører et stort hjelpebehov. Men igjen er det en utfordring å undersøke om dette faktisk er tilfellet.

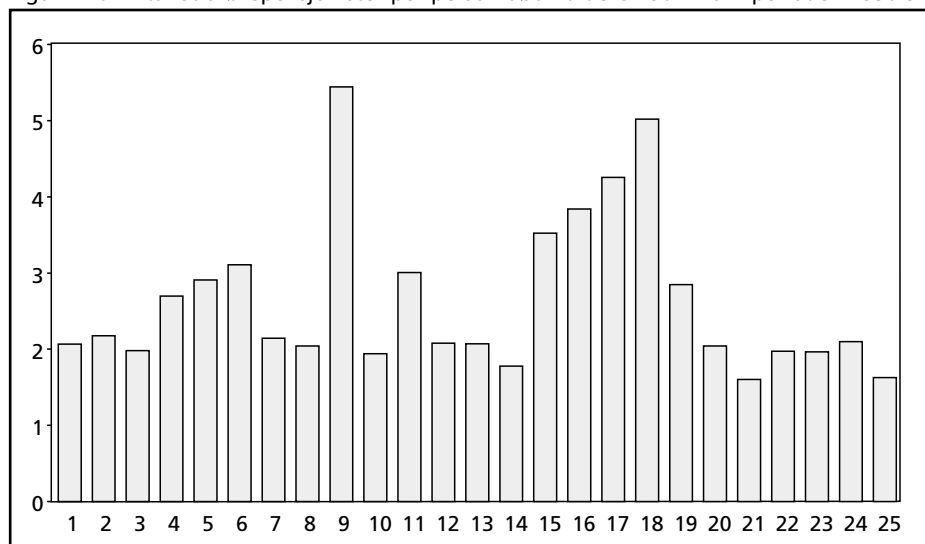
For å kunne utnytte disse dødelighetsforskjellene som uttrykk for hjelpebehov, trengs det mer kunnskap om sammenhengene mellom dødsårsak, sykdomsforløp og pleiebehov. Grovt sett kan vi vel anta at de som rammes av kreft vil ha mindre behov for omsorgstjenester og mer behov for helsetjenester ved sykehus, mens de (80-85 prosent) infarktpasienter som overlever første sykdomsangrep i større grad går inn i en periode med tildels sterk helsesvekkelse og betydelig hjelpebehov. Og det er vel heller neppe tvil om, selv om kunnskapsgrunnlaget er lite systematisert, at den sterke samvariasjonen mellom generelle levekårsindekser og dødelighet avspeiler det forhold at grupper med et stort behov for kommunale tjenester er de samme gruppene hvor vi finner høy dødelighet.

7.4.3 Uførepensjonering

Uførepensjonistenes antall i en bydel kan betraktes på to måter: For det første kan deres andel av befolkningen 16-66 år si noe om den sosiale lagdelingen innen bydelens befolkning. Uførepensjonister rekrutteres i meget betydelig grad fra de lavere lagene i yrkes- og utdanningsstrukturen (Kolberg og Hagen, 1992). For det andre er antallet et uttrykk for hvor mange som har vært gjennom en medisinsk test av sin arbeidsevne, og blitt tildelt pensjon på bakgrunn av en slik vurdering. Selv om vi i kapittel 3 reiste noen motforestillinger mot å anta en automatikk mellom det å være uførepensjonist og det å ha et relevant behov for kommunale tjenester, er det neppe noen tunge grunner som taler mot å betrakte uførepensjonering som et troverdig uttrykk for svekket helsetilstand. Derimot er det mer usikkert hvor mye vi kan slutte fra kun det faktum at en person oppebærer uførepensjon, til sannsynligheten for at helsen er svekket på en slik måte at personen må kunne sies å ha et for kommunen relevant hjelpebehov.

Sammenhengen mellom uførepensjonering og hjelpebehov er høyst sannsynlig også avhengig av kjønn: Kvinner pensjoneres i større grad etter mer diffuse lidelser og muskel-skjelett-sykdommer enn menn, og ved yngre alder, noe som i sin tur forklarer hvorfor kvinner har langt mindre sannsynlighet for å dø som uførepensjonist enn det menn har. Derfor får vi et flertall av kvinner blant pensjonistene, selv om menn er i flertall blant de nyrekruttede uførepensjonistene. Dette betyr også at kvinnelige uførepensjonister har et eventuelt hjelpebehov som varer lenger enn menns.

Figur 7.10 Antallet uførepensjonister per person død i alderen 50-74 år i perioden 1990-94



Hvorvidt disse antakelsene stemmer, er det i dag ikke kunnskapsgrunnlag for å avgjøre. I figur 3.2 (i kapittel 3) ble det vist hvordan uførepensjonering og tidlig dødelighet oppviste et betydelig samsvar, bortsett fra i tre bydeler: Søndre Nordstrand, Furuseth og Stovner. Dette er alle drabantbyer hvor uførepensjoneringen er høyere enn dødelighetstallene skulle «tilsi». I figur 7.10 har vi illustrert dette fra en annen innfallsvinkel, nemlig ved å se hvor mange uførepensjonister det er i en bydel per død person i alderen 50-74 år. Dersom både ung dødelighet og uførepensjonering var likeartede aspekter ved dårlig helse for alle bydelene, kunne vi forvente at dette forholdstallet burde være likt for alle bydeler.

Dette gjelder som vi ser for alle bydelsgrupper, bortsett fra i de nye drabantbyene. Her synes uførepensjoneringen å avspeile også noe annet, uten at det foreligger mer enn spekulasjoner på hva årsaken til dette kan være.

Både tidlig dødelighet og uførepensjonering på bydelsnivå kan betraktes som synlige og sikre indikasjoner på at omfanget av helseproblemer har en betydelig sosio-økonomisk komponent. Det sentrale spørsmålet er hvordan data om dødelighet og tidlig pensjonering skal oversettes og utnyttes som mål på relevant hjelpebehov. Den ideelle datasituasjon ville vært om vi hadde detaljerte opplysninger om uførepensjonistenes faktiske funksjonsproblemer, og (som tidligere nevnt) sykehistorikk for de unge døde, kombinert med kunnskap om sammenhengene mellom uførhets-/dødelighetsdiagnose og hjelpebehov. Slike data har ikke vært tilgjengelige for dette prosjektet.

Når det gjelder uførepensjonistenes hjelpebehov, så oppga 70 prosent av uførepensjonistene i Oslo-undersøkelsen at de hadde et alvorlig helseproblem. Denne undersøkelsen er likevel ikke detaljert nok til at vi kan anslå hvor mange av disse som har et så alvorlig problem at de er hjelpetrengende. Om vi antar at halvparten av disse med alvorlig helseproblem har et hjelpebehov, betyr det at hver tredje uførepensjonist har et hjelpebehov. Andelen med hjelpebehov blant arbeidsuføre i Statistisk Sentralbyrås levekårsundersøkelse i 1991 er 43 prosent. I Oslo er det vel 22 000 uførepensjonister, mens om lag 2000 personer mellom 18 og 66 år mottar hjemmehjelp. Om alle disse også er uførepensjonister, betyr det at i underkant av ti prosent faktisk får hjelp av kommunen, altså omtrent samme andel som for personer i aldersgruppen 67-79 år. For denne sistnevnte aldergruppen, viser både levekårsundersøkelsen 1991 og Fafos eldreundersøkelse at om lag en tredel av personene har et hjelpebehov. Om forholdet mellom behovsgruppens størrelse og antallet brukere (dekningsgraden) kan antas å være den samme for alle uførepensjonister under ett som for yngre alderspensjonister, ender vi også opp på et anslag på at hver tredje uførepensjonist kan inkluderes i behovsgruppen.

Andelen av de uføre som har et hjelpebehov er først og fremst relevant når det gjelder å anslå antallet personer i bydelene med et hjelpebehov. Dette absolutte tallet trenger vi imidlertid ikke for å bestemme den relative fordelingen av det

hjelpebehovet uførepensjonistene representerer mellom bydelene. Om andelen av uførepensjonistene som også har et hjelpebehov er konstant for alle bydeler, kan vi benytte fordelingen av antallet uførepensjonister direkte som mål på geografisk behovsvariasjon. Det er ikke omfanget av hjelpebehov i volum som er relevant for kriteriesystemet, men fordelingen av behovet mellom bydelene. Figur 7.10 kan antyde at vi i de nye drabantbyene kan stå overfor en annen, og svakere, sammenheng mellom hjelpebehov og antall uførepensjonister enn i resten av byen. Den feilen som eventuelt gjøres ved å benytte uførepensjonering som kriterium, er antakelig at hjelpebehovet i de nye drabantbyene overvurderes om det er så at uførepensjonistene i disse bydelene har noe mindre alvorlige helseproblemer enn uførepensjonister i andre bydeler. Men det må understrekes at dette er en gjetning, som bare kan bekreftes eller forkastes gjennom grundigere undersøkelser.

7.4.4 Etnisitet

For de andre funksjonsområdene er det rimelig godt belegg for eksplisitt å ta hensyn til spesielle hjelpebehov hos ikke-vestlige innvandrergupper. Hvorvidt dette er relevant også på funksjonsområde 3 er et vanskelig spørsmål, fordi det eksisterer så mange usikkerhetsfaktorer: Antallet fremmedkulturelle eldre i Oslo er per i dag ikke så høyt, men det vil øke betydelig i årene som kommer dersom de blir boende i Oslo. På den annen side kan vi ikke framskrive innvandrernes aldersfordeling i byen uten videre på samme måte som for nordmenn. Wikan (1995) antyder at fremmedkulturelle (førstegenerasjons) innvandrere til vesten i stor grad vil reise tilbake til sitt opprinnelige hjemland når de avslutter sitt yrkesliv. Hvorvidt dette vil skje med de innvandrerguppene som er i Oslo kan vi ikke vite før flere personer kommer opp i høyere alder. For det andre kan de sosiale nettverkene tenkes å spille en annen rolle i omsorgsarbeidet blant innvandrere: Den generelle antakelsen er gjerne at de sosiale forpliktelsene er sterkere overfor eldre familiemedlemmer blant innvandrere – på den annen side vet man lite om dette. Både omfanget av tilbakevending og nettverksressurser har imidlertid svært stor betydning for omfanget av eventuelle hjelpebehov.

Det er ikke særlig overraskende at innvandrere får større helseproblemer på grunn av sin mer utsatte posisjon i arbeidsmarkedet og i yrkesstrukturen, med stor forekomst av slitasje- og belastningslidelser (Abascal, 1995). I forhold til en modellering av behovet for kommunale tjenester, er den etniske bakgrunnen kun relevant om vi kan underbygge at innvandreres helse og funksjonsevne er dårligere enn for tilsvarende grupper innen majoritetsbefolkningen, eventuelt om de har andre helseproblemer som er direkte knyttet til innvanderbakgrunnen. Undersøkelser fra Storbritannia, og etterhvert også indikasjoner fra norsk materiale, viser at sukkersyke (og til denne relaterte hjertelidelser/infarkt) er i ferd med å bli et betydelig helse-

problem blant middelaldrende innvandrere med asiatisk opprinnelse (Stoltenberg 1995). De forklaringene som er lansert på dette relaterer seg til de kostholdsomleggingene som innvandrere foretar når deres materielle velstand øker, og til senvirkninger av underernæring i fosterlivet og i de første levekår.

Som nevnt er kunnskapsgrunnlaget svært spinkelt når det gjelder å slutte noe substansielt om eventuelle særegne behov for kommunale tjenester blant innvandrere. De faktorene vi har pekt på vil ved sine konsekvenser like fullt bli fanget opp gjennom andre kriterier. Eventuell utvandring av eldre påvirker antallet eldre, og blir da tatt hensyn til som er reduksjon i behov for tjenester i bydelen. I den utstrekningen helseproblemer fører til tidlig død og/eller uførepensjonering, fanges også dette opp gjennom disse kriteriene. Den mest problematiske faktoren er derfor de eldre innvandrernes tilgang på omsorgstjenester gjennom nettverk. Det er vanskelig å praktisk tenke seg et kriteriesystem som kan modellere nettverk på en annen måte enn gjennom sivilstandsopplysninger. Tradisjonelt baserte sosiale forpliktelser overfor eldre går imidlertid mye lenger enn til ektefelle i de fleste (ikke-protestantiske) kulturer, slik at dette kriteriet kan tenkes å undervurdere de eldre innvandrernes nettverksressurser. Per i dag er det derfor etter vår oppfatning ingen gode grunner til å innføre noe eget kriterium for (eldre) innvandrere; - ikke fordi vi utelukker at innvandrerne kan ha et stort hjelpebehov, men fordi dette vil fanges opp som overdødelighet og tidlig pensjonering. Derimot er det gode grunner til å følge forskningen omkring sammenhengene mellom sykkelighet og etnisitet i årene som kommer.

7.4.5 Kompensasjonsressurser: Nettverk, utdanning og inntekt

Bydelskjennetegn som aldersstruktur, dødelighet, uførepensjonering og (eventuelt) etnisitet, er så langt diskutert og analysert ved deres påvirkning på funksjonsevne i objektiv forstand. Hjelpebehovet er imidlertid også relatert til en persons kompensasjonsressurser. Dette tas i dag inn i kriteriesystemet ved at enslige antas å mangle den levekårsressursen som lett tilgang på hjelp fra en ektefelle innebærer, og ved antakelsen om at høy utflytting reduserer «tettheten» i nærmiljøet (og dermed reduserer tilgangen på nabohjelp). Utdanningsnivået i bydelen er også tatt med (som en lavutdanningsindeks basert på utdanningsnivået til 40-49-åringene i bydelen), mens de eldres inntekt er utelatt av dagens system.

Operasjonaliseringen av nettverk som enslighet (ugift, skilt eller enke/-mann), avspeiler både en antakelse om at behovene er større blant enslige fordi de har dårligere objektiv helse, og at det å være enslig innebærer at personen mangler tilgang på hjelp fra andre i husstanden. I den første betydningen benyttes enslighet som bakgrunnsvariabel som øker sannsynligheten for å ha et funksjonsproblem, i

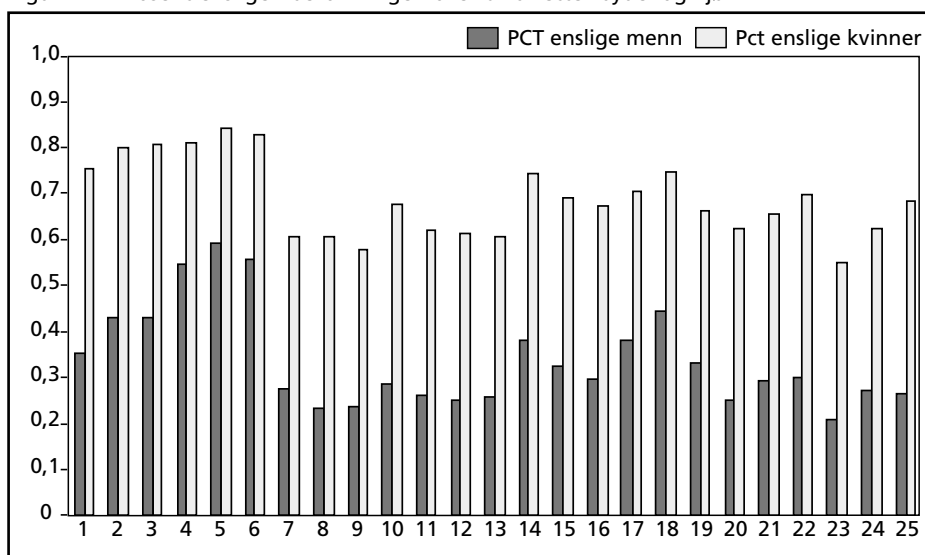
den andre betydningen benyttes ensligheten som mål på manglende kompensasjonsressurser.

I de undersøkelsene vi gjennomgikk, fant vi relativt svake effekter av helse på objektivt funksjonsproblem. Dette er kanskje heller ikke så overraskende, fordi den relevante faktoren som kopler enslighet og helseproblemer sammen er tid: Det er hvor stor del av livet har man har vært enslig som er relatert til livsførsel og dermed til helsetilstand. Blant eldre vil det finnes mange som er enslige fordi ektefellen nylig har gått bort, og det er da ikke rimelig å forvente så sterkt samsvar mellom enslighet og helseproblemer i en tverrsnittsundersøkelse.

Forstått som kompensasjonsressurs, kan relevansen av enslighet kun gis en politisk begrunnelse: Det anses som rett og rimelig at personer som er alene kommer foran personer som bor sammen med andre kommer foran i køen ved tildeling av kommunale omsorgstjenester. I figur 7.11 viser vi andelen av personene over 67 år som av ulike grunner er enslige, altså at de bor i en en-persons husholdning.

Hver tredje mann, og syv av ti kvinner over 67 år bor alene. Fordi kvinner lever lenger enn menn, vil andelen enslige kvinner naturlig nok ligge langt høyere enn for menn. Men det kan også være et poeng å nevne at dette mønsteret er et uttrykk for boform blant den norske majoritetsbefolkningen. At pensjonister bor sammen med sine voksne barn, og barnebarn, forekommer praktisk talt ikke blant nordmenn, og det er neppe tvil om at vi her står overfor et kulturtrekk ved den

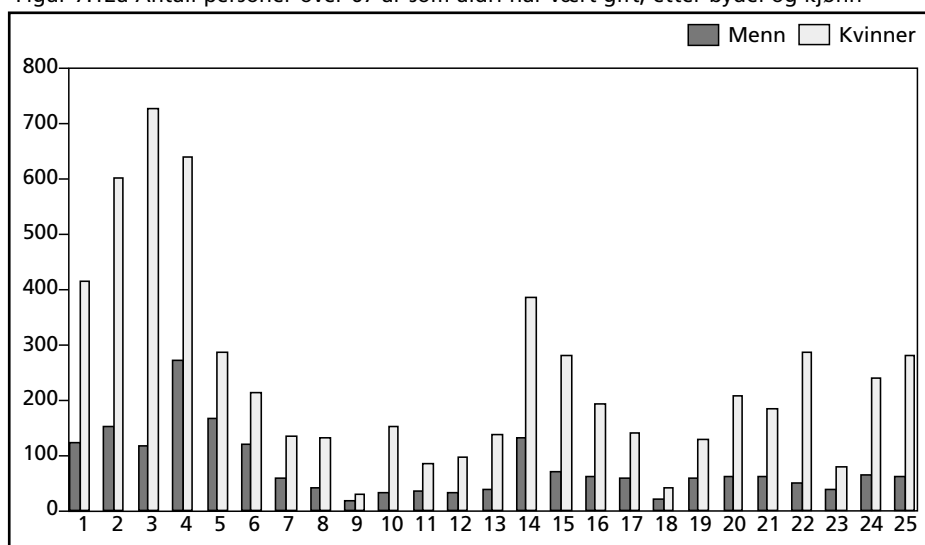
Figur 7.11 Prosent enslige i befolkningen over 67 år etter bydel og kjønn



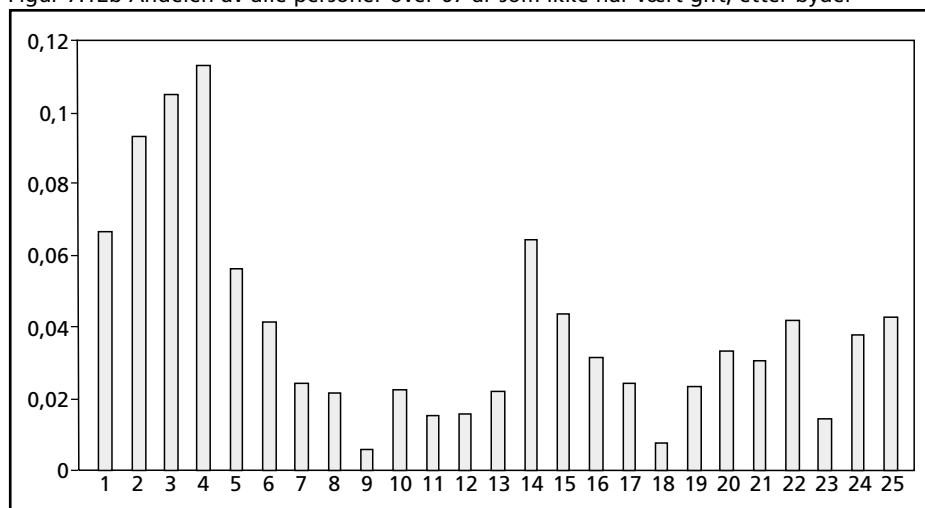
norske befolkningen som nødvendigvis fører til en stor etterspørsel etter offentlig sosial tjenesteyting. Hadde vi her hatt data for eldre innvandrere, ville vi antakelig fått et annet bilde.

Som nevnt må enslighet som helseindikator knyttes til å ha levd en stor del av sitt liv som enslig. Totalt er det i hele Oslo 8000 personer over 67 år som aldri har vært gift. Tre av fire er kvinner. Har man aldri vært gift, vil nok antallet barn (og også venner) være mindre, slik at det er grunn til å tro at dette er en gruppe

Figur 7.12a Antall personer over 67 år som aldri har vært gift, etter bydel og kjønn



Figur 7.12b Andelen av alle personer over 67 år som ikke har vært gift, etter bydel

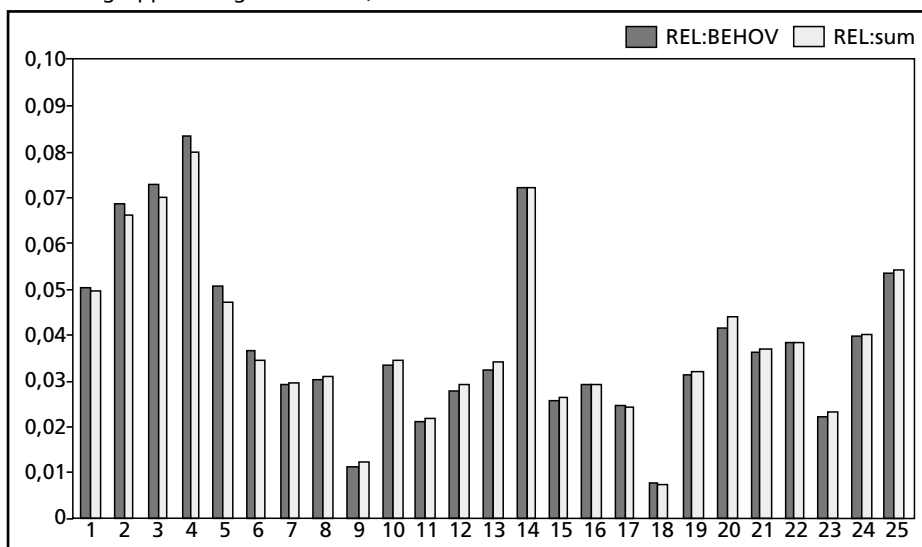


med svært dårlig tilgang til hjelp gjennom sosiale nettverk. I figurene 7.12a og b viser vi, fra to ulike innfallsvinkler, hvor sterkt geografisk konsentrert denne gruppen er: I den første figuren vises hvor mange personer det dreier seg om i de forskjellige bydelene, i den andre hvor stor andel av denne gruppen som bor i hver enkelt bydel.

Her ser vi for det første en sterk konsentrasjon av personer i indre by, for det andre bør vi legge merke til kjønnsforskjellene: Både i indre vest og i ytre vest er andelene av kvinner større enn for menn, mens menn er konsentrert i Oslo indre øst. For å illustrere forskjellene i den behovsstrukturen bydelene står overfor, kan vi se av figur 7.12a hvordan St.Hanshaugen-Ullevål og Sagene-Torshov har over 1000 personer i denne gruppen, mens Søndre Norstrand og Romsås har under 100.

Hvordan kan så slike data om enslighet utnyttes i kriteriesystemet? På den ene siden kan det å ikke bo alene oppfattes som en ressurs, slik at det kan begrunnes å definere de enslige summarisk som en behovsgruppe, fordi mangelen på nettverksressurser skal kompenseres gjennom kommunal tjenesteyting. På den annen side kan vi forsøke å belegge empirisk hvor store andeler innen de ulike kjønns-/alders- og sivilstandsgrupper som faktisk har et relevant hjelpebehov, og på den måten beregne hvor mange innen disse gruppene som kan antas å ha et hjelpebehov. Med denne framgangsmåten vil effektene av kjønn,

Figur 7.13 Fordelingen av anslått behovsomfang*, samt fordelingen av antallet personer i aldersmålgruppene angitt i tabell 7,5



* Det kvantitative målet på behovsomfang er framkommet ved å ta andelene med problem i de ulike alders/sivilstandsgruppene i tabell 7.5 og beregne det faktiske antallet personer i bydelene i de aktuelle gruppene som etter denne behovsbrøk kan antas å ha et hjelpebehov. Deretter er antallet summert for hele byene, og fordelt på bydelene.

alder og enslighet på funksjonsevne være fanget opp i selve andelens størrelse. I presentasjonen fra funnene i Fafos landsomfattende eldreundersøkeelse, beregnet vi slike andeler for de aldersmålgrupper som benyttes i dagens kriteriesett (se tabell 7.5). Dersom disse andelene benyttes som behovsbrøker på Oslos eldrebefolkning, får vi følgende anslag på den geografiske fordelingen av det anslåtte hjelpebehov, sammenliknet med fordelingen av (summen av) antallet personer i de samme gruppene.

Sammenlikningen av de to fordelingene viser at sammenliknet med dagens budsjettfordeling, så vil sju prosent av ressursene gå til en annen bydel. Dersom dette behovsmålet hadde vært eneste fordelingskriterium, ser vi at de vestlige bydelene ville få noe større budsjetter, og særlig indre øst ville få noe mindre. (Som en kuriositet kan det her nevnes at den behovsfordeling som vises i figur 7.13 er helt identisk med den samlede fordelingen under funksjonsområde 3 a og b).

I kapittel 2 argumenterte vi for at det er et allment mål å forsøke å forenkle kriteriesettet dersom det kan underbygges at vi likevel klarer å fange opp den variasjon i relevante behov som tjenestene skal rettes mot. For å få en indikasjon på dette, sammenlikner vi fordelingen av ressurser slik den ville blitt dersom vi benyttet behovsindikatoren fra tabell 7.13 med en langt grovere behovsindikator, rett og slett den geografiske fordelingen av summen av alle enslige kvinner over 79 år og enslige menn over 74 år. Denne forskjellen i alderskutt mellom kjønnene er begrunnet i menns lavere levealder og en antakelse om at hjelpebehovet derfor inntreffer noe tidligere hos menn enn hos kvinner. I figur 7.14 har vi i tillegg vist dagens ressursfordeling (se neste side).

Dette svært grove og skjønnsbaserte behovsmålet, summen av enslige kvinner og menn, påvirker ni prosent av ressursenes fordeling, og gir altså en antatt behovsfordeling som ligger noe lengre fra dagens fordeling enn det langt mer avanserte behovsmålet basert på empiriske behovsbrøker. Vi kan forøvrig legge merke til at begge enslighetsmålene *isolert sett* antyder at indre og ytre vest «bør» ha en større tildeling enn de har i dagens system, mens endel drabantbyer antydningssvis får en større andel av ressursene enn deres andeler av byens enslige eldrebefolkning tilsier.

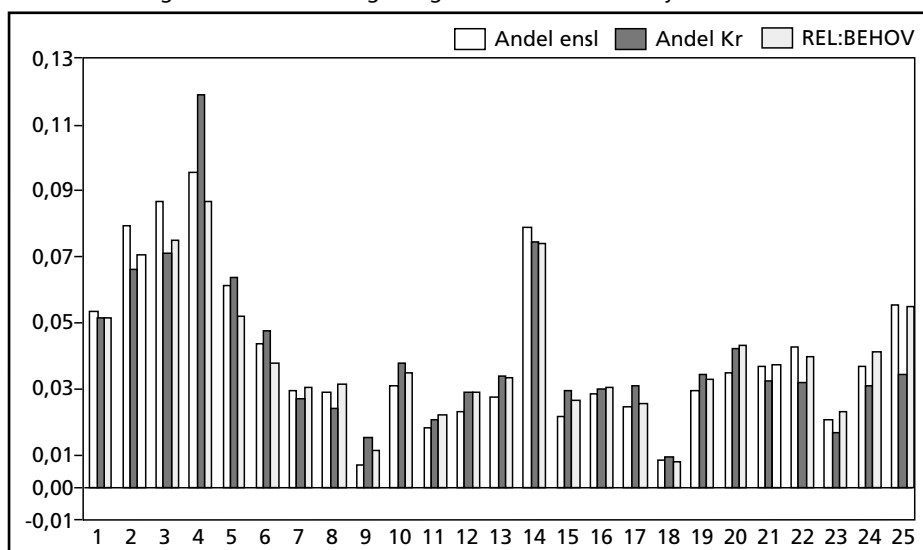
Analysene av individdata viste at utdanning og nettverk har en, relativt til alder, liten effekt på forekomsten av hjelpebehov. Inntekt derimot samvarierte sterkere med den allmenne helsetilstanden til personene, men svakere med forekomsten av sterke funksjonshemninger. Vi argumenterte også for at formell juridisk sivilstand er en relativt dårlig indikator på livsstilsrelaterte helseproblem. Bruken av sivilstand og eventuelt inntekt bør derfor begrunnes mer ved at de er kompensasjonsressurser enn at de er empirisk underbygde indikatorer på objektivt hjelpebehov.

I kriteriesystemet for 1996 benyttes utdanningsnivået til personer i aldersgruppen 40-49 år til å fordele 26 prosent av midlene. Nå er det selvsagt ingen årsaksmessig sammenheng mellom et trekk ved denne aldersgruppen og forekomsten av behov i den langt eldre delen av befolkningen. Dette kriteriet bryter derfor med kravene både om å være basert på en intuitiv oppfatning om et årsaksforhold mellom individkjennetegn og hjelpebehov, og at kriteriet skal definere en behovsgruppe. Begrunnelsen ligger derfor i en antakelse om at lavt utdannede personer i denne aldersgruppen bor i de samme bydelene hvor hjelpebehovet blant eldre også er stort. Utdanningskriteriet samvarierer sterkt med andre levekårsindekser, og 0.90 med uførepensjonering. Det er altså et rimelig godt mål på generelle levekårsforskjeller, men er ikke godt underbygd som mål på behovsforskjeller på individnivå som skyldes utdanning.

Også NIBR (1994) er kritiske til dette målet, og argumenterer for (s.13) at utdanning har lav validitet som direkte uttrykk for hjelpebehov. I våre empiriske analyser av individdata kunne vi heller ikke identifisere en selvstendig effekt av utdanning, når vi kontrollerte for kjønn og alder. Derimot fant vi at omfangene av helseproblemer var større i lavinntektsgrupper, også etter kontroll.

Som mål på de eldres levekårsressurser, synes derfor inntekt en å være en bedre indikator. For det første fant vi betydelige effekter av inntekt på funksjonsevne. Dette betyr at inntekt måler helseeffekter av en persons sosiale arv bedre enn utdanning. Det er følgelig mulig å gi en mer presis prediksjon på en

Figur 7.14 Bydelenes andeler av estimert behovsgruppe, dagens ressurstildeling og av summen av antallet enslige menn over 74 år og enslige kvinner over 79 år i bydelene



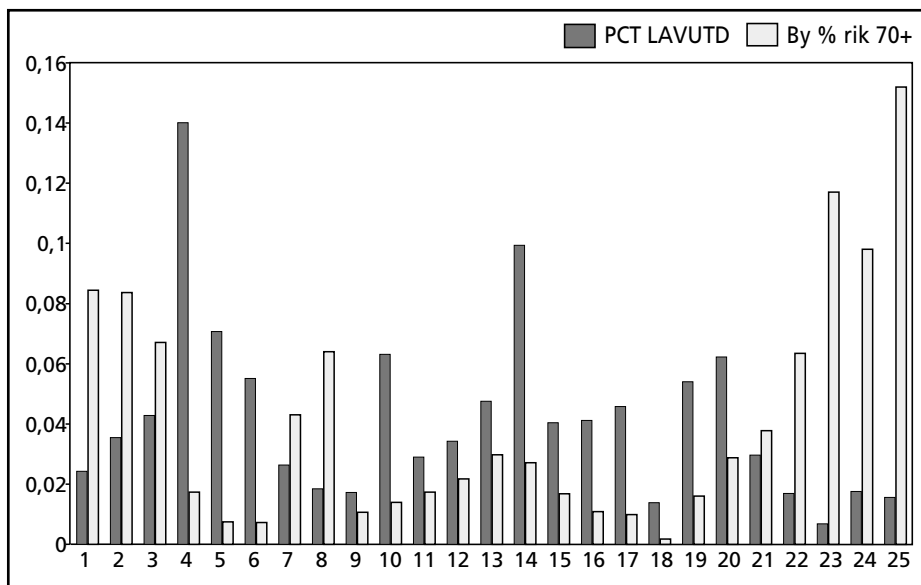
personers helsetilstand (ved gitt alder og kjønn) ved å ta utgangspunkt i personens inntekt enn i vedkommendes utdanning. I tillegg er inntekt et direkte mål på økonomisk evne til å kunne kjøpe omsorgstjenester for å kompensere for dårlig helse (eller manglende kommunale tjenester).

I figur 7.15 presenteres fordelingen av personer over 70 år med lav utdanning (kun grunnskole) og fordelingen av personer i samme alder med et inntektsnivå (målt som toppskattgrunnlag) på 200 000 kroner eller mer.

Ikke særlig overraskende finner vi en klar tendens til at disse gruppene er bosatt i ulike deler av byen. De mest kjøpekraftige eldre er nesten utelukkende konsentrert i indre og ytre vest, mens eldre med lav utdanning bor i indre øst og i de eldre drabantbyene.

Dagens kriteriesystem tar hensyn til de ressursene en person har i familiearenaen, men ikke til de ressurser en person har i markedsarenaen. I de senere årene har det imidlertid skjedd en ekspansjon i tilbudet av privat, både kommersielt og ideelt basert, tjenesteyting som må kunne sies å være lett tilgjengelig for høyinntektsgrupper. Hvorvidt en persons inntektsforhold skal tas med i vurderingen av hans eller hennes behov for kommunale tjenester er et politisk spørsmål om hvor sterk resultatlikhet de kommunale myndigheter ønsker å bygge inn i kriteriesystemet. Vi har tidligere nevnt at inntekt ble vurdert ved kriteriesystemets innføring, men

Figur 7.15 Fordelingen av personer over 70 år med lav utdanning (kun grunnskole) og fordelingen av personer i samme alder med et inntektsnivå (målt som toppskattgrunnlag) på 200 000 kroner eller mer



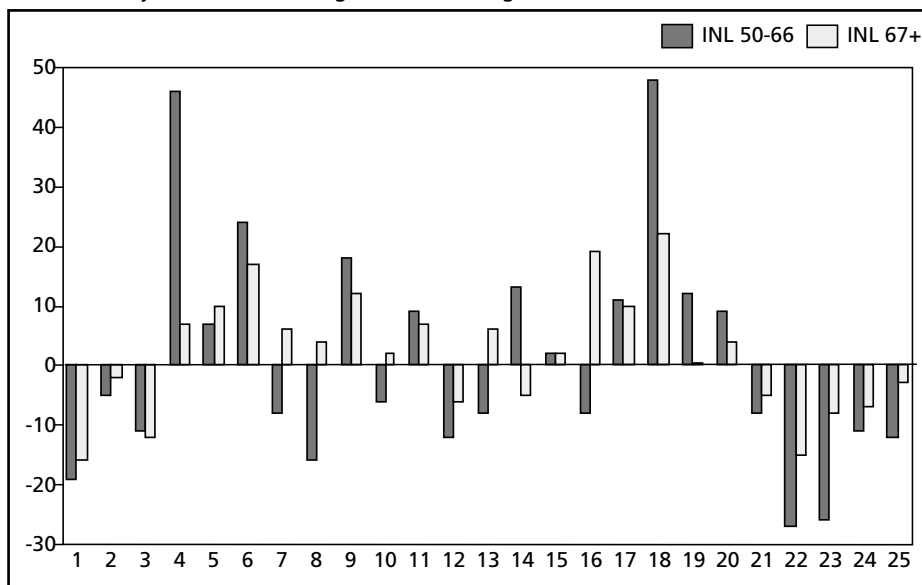
forkastet: Ikke på grunn av fordelingsvirkningene, men på grunn av at skattesystemet dengang var slik at ressursrike grupper ble registrert med lav eller endog ingen skattbar inntekt. Utdanningskriteriet ble derfor foretrukket fordi det er et mer stabilt kjennetegn.

7.4.6 Sykdomsbilde og forbruk av tjenester

I de foregående avsnittene har vi benyttet både uførepensjonering og dødelighet som tilnærminger til helserelatert hjelpebehov. Også data om sykehusinnleggelser vil rimeligvis avspeile sykkelighetsforskjeller. For å eliminere de forskjeller i forbruk av sykehusinnleggelser som skyldes at bydelene har ulik aldersstruktur, har Tangen (1996) beregnet antallet sykehusinnleggelser i bydelene i prosent av gjennomsnittet for hele byen for aldersspesifikke grupper. Figur 7.16 viser over-/underhyppighet av sykehusinnleggelser for to aldersgrupper i 1995.

For det første kan vi legge merke til de relativt store forskjellene mellom bydelene, og et mønster i samsvar med Oslos sosiale geografi: Bydelene i indre øst (samt Romsås) har stor sykkelighet, bydelene i indre og ytre vest har lav. Videre kan vi legge merke til at variasjonen mellom bydelene er større for yngste gruppen. Dette er i samsvar med våre tidligere antakelser om at effekten av sosiale forhold på helse er større for de middelaldrende enn for de eldste. Men noen bastante

Figur 7.16 Sykehusopphold for personer i alderen 50-66 og over 66 år i prosent av forventet antall etter bydelenes befolkningssammensetning



konklusjoner i den retning gir likevel ikke en så enkel indikator som sykehusinnleggelser grunnlag for. Til gjengjeld viser også mønsteret for sykehusinnleggelser at vi innen Oslos befolkning har helt systematiske geografiske variasjoner i helse. Tangen (1996) har beregnet at den statistiske samvariasjonen mellom dagens fordeling av ressurser innen funksjonsområde III og bydelenes andeler av samtlige sykehusinnleggelser for personer over 67 år er på over 0.9.

De ressurser som går med til å behandle innlagte pasienter finansieres ikke gjennom kriteriesystemet, slik at relevansen av disse data først og fremst er å oppfatte bruken av sykehus som en indikator på helse. Variasjonen mellom bydelene er praktisk talt den samme som for ung dødelighet og uførepensjonering. Til sammen må disse tre opplysningene sies å gi et rimelig godt fundament for å beskrive variasjonen i helsetilstand mellom befolkningen i bydelene. I og med at den bivariate samvariasjonen mellom disse målene er så sterk, vil det ikke ha noen særlig praktisk konsekvens for budsjettfordelingen hvilket av dem som benyttes som det målbare uttrykket for behovsvariasjonen.

7.4.7 Oppsummering

Hensikten med dette avsnittet har vært å drøfte hvilke (lett tilgjengelige) variabler på bydelsnivå som er gode avspeilinger av hjelpebehovet til befolkningen. Vi har argumentert for at alder er den sentrale variabelen bak objektivt nivå på funksjonsevne, og at de effektene av sosio-økonomisk karakter som påvirker sammenhengen mellom alder og funksjonsevne, er så svake at det er lite å vinne ved å spesifisere deres effekter på en så kraftig svekket funksjonsevne at den må kunne sies å utgjøre et hjelpebehov. Dessuten vil alderstrukturen i en bydel i seg selv være produsert av sosialt betingede forskjeller i dødelighet. Helsesvekkelse på grunn av lavt nivå på levekårsressurser er først og fremst relevant for de yngre eldre. I kapittel 3 (jevnfør 3.3.2) viste vi at både dødelighet og uførepensjonering mellom bydelene samsvarer så godt med langt mer avanserte mål på sosio-økonomiske forskjeller i levekår, at det er lite å vinne ved ikke å utnytte disse to konkrete variablene direkte. Til sammen betyr dette at en bydels demografiske struktur samt nivå på uførepensjonering (eller tidlig dødelighet/sykehusinnleggelser) bør, gitt de vanlige vitenskapelige forbehold som er knyttet til slike analyser, gi et troverdig bilde av variasjonene i funksjonssvekkelse mellom befolkningen i de enkelte bydelene. På den annen side har vi også flere ganger pekt på at sammenhengene mellom deografiske og sosio-økonomiske variablers effekt på den typen hjelpebehov kommunen primært skal tilfredsstill, er langt fra utforsket. Dette betyr at valget av indikatorer til kriteriesystemet nødvendigvis må baseres på et innslag av faglig skjønn. Sosiale nettverk og inntekt bør først og fremst oppfattes som kompensasjonsressurser, og kan best begrunnes som variabler som rangerer personer med samme nivå på

objektive funksjonsproblemer etter grad av relevant hjelpebehov. Begge variablene sier noe om individets evne til å få tilfredsstilt sitt hjelpebehov på andre måter enn gjennom kommunale tjenester. Hvor sterkt disse skal telle, er derimot et politisk spørsmål.

7.5 Evaluering av dagens kriteriebaserte tildeling

7.5.1 Fra målgruppe til behovsgruppe og fordeling av hjelpebehov

I denne analysens siste del skal vi sammenlikne dagens ressursfordeling mer systematisk med ulike mål på antatte hjelpebehov og omfang av kompensasjonsressurser blant byens eldre. Rimeligvis vil det være slik at de resultater vi kommer til ved slike beregninger vil være beheftet ved den grad av usikkerhet som er knyttet til hvorvidt målene på behov faktisk klarer å avspeile hva som kan kalles de reelle behovene. Videre er det slik at den vekten som konkret skal legges på de ulike behovsindikatorene, og særlig på kompensasjonsressursenes betydning, må være skjønnsbasert. Ambisjonen ved de illustrasjonene som blir presentert, er derfor å vise hvilke (eventuelle) endringer vi vil få mellom dagens ressursfordeling og alternative fordelinger, dersom ulike forutsetninger legges til grunn.

Vi vil derfor presentere sammenlikninger fra tre ulike innfallsvinkler: Den første (avsnitt 7.5.2) vil presentere fordelinger basert på den metode som har vært utgangspunktet for vår evaluering, og som ble beskrevet i kapittel 2. Vi forsøker å danne oss et begrunnet kvantitativt anslag på en behovsgruppe, og deretter sammenlikne dens geografiske fordeling med kriteriesystemets budsjettfordeling. I den andre innfallsvinkelen (avsnitt 7.5.3) vil vi legge langt større vekt på enslighet. Mønstrene fra levekårsundersøkelsene antyder at enslighet kan begrunnes brukt i kriteriesystemet som en kompensasjonsressurs.

Det er en viktig svakhet ved vår metode at vi ikke klarer å fange opp behovsintensitet, og derfor får problemer med å skille mellom helsesvekkede som trenger mye hjelp og de som trenger mindre. For bydelene spiller det imidlertid en stor rolle økonomisk, om en bruker trenger hjemmehjelp eller fulltids sykehjemsplass. På den annen side argumenterte vi for at hvorvidt en person faktisk får det ene eller andre tilbudet kan være betinget av bydelens ressursprioriteringer, og derfor en type data som kan være direkte påvirket av det ressursfordelingssystemet som skal evalueres. I den siste tilnærmingen (avsnitt 7.5.4) vil vi likevel forsøke å få tatt hensyn til dette, ved å utnytte data om hva kommunen som helhet i gjennomsnitt anvender av ressurser for å fremstille omsorgstjenester for de eldste.

I hvert avsnitt vil det nå presenteres et resonnement og tre sammenlikninger for å vise effektene av ulike forutsetninger om vekting. Til slutt sammenfattes funnene i et avsluttende avsnitt.

7.5.2 Behovsgruppebaserte tildelinger

I dette avsnittet tar vi utgangspunkt i fem grupper av en bydels befolkning, gjengitt i tabell 7.8. I denne tabellen har vi også satt inn behovsbrøkene, slik de ble identifisert i avsnitt 7.3. De ulike undersøkelsene ga noe variasjon i andelen innen hver aldersgruppe som hadde hjelpebehov, noe avhengig av spørsmålsstillingen i undersøkelsen. I levekårsundersøkelsen 1991 er for eksempel andelen med hjelpebehov litt under 20 prosent for aldersgruppen 67-79 år, i eldreundersøkelsen 1995 noe over. Begge undersøkelser gir 50 prosent hjelpetrengende for 80-åringene, mens nivåene for de over 90 er basert på *skjønn*. Det er så få personer i datamaterialet at vi ikke kan lage et slikt anslag på behovsbrøk, dessuten vil en betydelig del av disse befinne seg på institusjon. Antakelsen om at hver tredje uførepensjonist er hjelpetrengende, er den empirisk svakest belagte forutsetningen. Men som det ble diskutert tidligere, må det faktiske nivået antas å ligge et sted mellom 20 og 43 prosent, om vi forsøker oss med en tilnærmet lik oppfatning av hjelpebehov som for alderspensjonistene. Gruppene er ikke splittet på kjønn, selv om det er forskjeller i behovsgruppens andel av målgruppen innen hvert kjønn. For å forenkle framstillingen, men uten å tape informasjon, er kjønnsfordelingen benyttet som vekt. Så lenge fordelingen av personer innen hvert kjønn og aldersgruppe ikke varierer sterkt mellom bydelene, er det heller ikke nødvendig å inkludere kjønn i analysene for å komme fram til nivå og fordeling på kjønn. Kjønnssammensetningen kommer direkte til uttrykk i nivået på behovsbrøken.

Tabell 7.8 Bydelsvariabler anvendt i evalueringen, samt behovsbrøk og antallet personer i gruppene. Andelen med hjelpebehov blant personer over 95 år er skjønnmessig satt til 1.0

BEFOLKNINGSGRUPPE	ANTALL	BEHOVSBRØK	BEHOVSGRUPPE
Uførepensjonister	22136	0.33	7300
Personer 70-79 år	39906	0.20	7980
Personer 80-89 år	20166	0.50	10083
Personer 90-94 år	2705	0.75	2030
Personer år 95 og eldre	557	1.00	557

Med disse antakelsene identifiseres en behovsgruppe bestående av 28 000 personer. For sammenlikningens skyld kan det nevnes at per 31.12 94 hadde Oslo 16 300 mottakere av hjemmehjelp eller hjemmesykepleie, og 4600 pasienter på sykehjem, altså totalt 21 000 personer. Her må vi huske på at vårt anslag er gjort utelukkende på grunnlag av data fra utvalgsundersøkelser, og det er ikke overraskende at vi ender på et noe høyere anslag enn summen av brukere. For det første er det vel grunn til å tro at behovene for eldretjenester er større enn dagens tilbud, for det andre vil subjektive uttrykk for behov (slik det måles i levekårsundersøkelser) nok ligge over hva det profesjonelle apparatet vil definere som hjelpebehov. Poenget med denne sammenstillingen av anslått behovsgruppe og antallet brukere, er først og fremst å få en sjekk på om omfanget på det fra levekårsdataene definerte behovet avviker noe vesentlig fra den oppfangingen av behov som det tjenesteytende apparatet selv har foretatt.

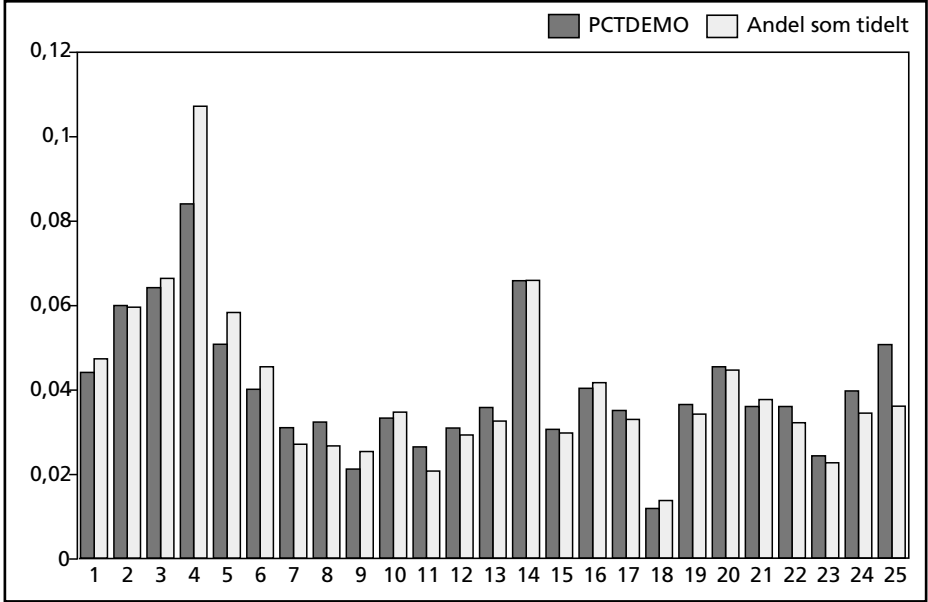
Den geografiske dimensjonen til dette empirisk anslåtte hjelpebehovet kan nå beskrives på to måter: 1) problemomfang, det vil si antallet personer innen en bydels befolkning som kan karakteriseres som hjelpetrengende og 2) problemandelen, det vil si andelen av alle byens hjelpetrengende som bor i den enkelte bydel. Problemomfanget kan være relevant for å tallfeste hvor store ressurser som trengs for å tilfredsstille behovene, mens det er problemandelen som er relevant for å etterprøve om den relative fordelingen av dagens ressurser samsvarer med den *relative fordelingen* mellom bydelene i behovsomfang.

Det er all grunn til å tro at behovsbrøken faktisk vil variere noe mellom bydelene, ved at levekårsressurser påvirker sammenhengen mellom alder og helse på måter man ikke har god nok kunnskap om. Sagt på en annen måte, så må det antas at både behovsbrøken og problemintensiteten for en gitt aldersgruppe ikke er identiske i alle bydelene. Det var dette som ble illustrert tidligere ved å anslå at eldre i indre by øst i funksjonell helse er ti år «eldre» enn deres alder tilsier, altså at behovsbrøken for 70-79-åringene ligger nærmere behovsbrøken for 80-åringene i bydelene i ytre vest. For å kunne ta hensyn til dette forholdet, er det nødvendig med et langt større datamateriale enn det som foreligger per i dag. På den annen side kan det antas at variasjonene i ung dødelighet mellom bydelene fanger opp denne effekten av sosio-økonomiske forhold på hjelpebehovet.

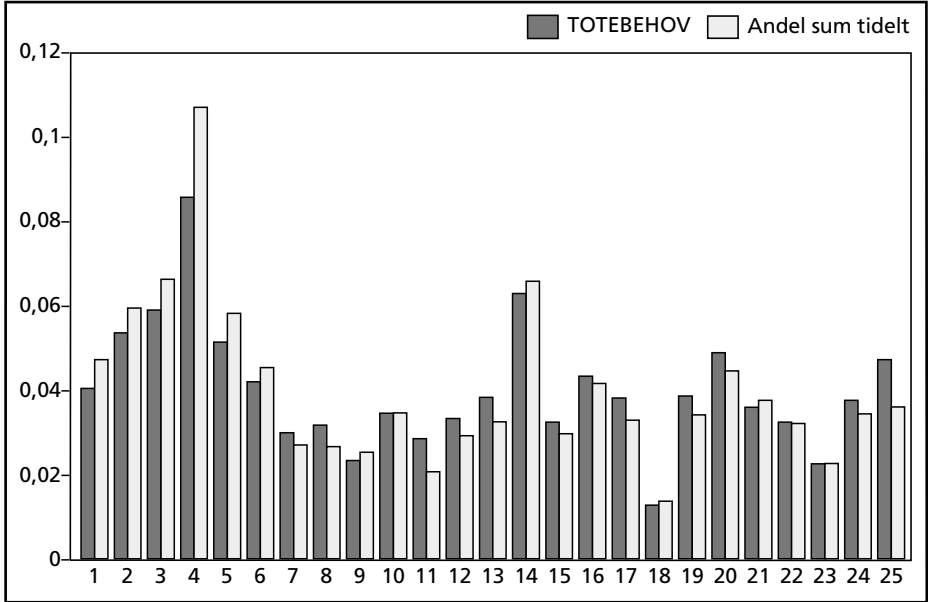
I den første beregning, modell 1, er ressursene fordelt etter den behovsdefinisjon som ble gjengitt i avsnittet over. Her inngår uførepensjoneringen som indikator på helsetilstand, og hele behovsgruppen er fordelt på bydelene. For enkelthets skyld kan vi kalle denne for «fordeling etter aldersrelatert behov», siden beregningen er basert på sammenhengen mellom alder og hjelpebehov, med uførepensjonering som eneste sosio-økonomiske modifikasjon.

I modell 2 er dødelighet og uførepensjonering trukket inn som en levekårsjustering. Vi har da latt aldersvariabelen fordele 50 prosent av midle-

Figur 7.17 Fordeling av samlet ressursmengde proporsjonalt med bydelens andel av behovsgruppen, sammenliknet med dagens fordeling



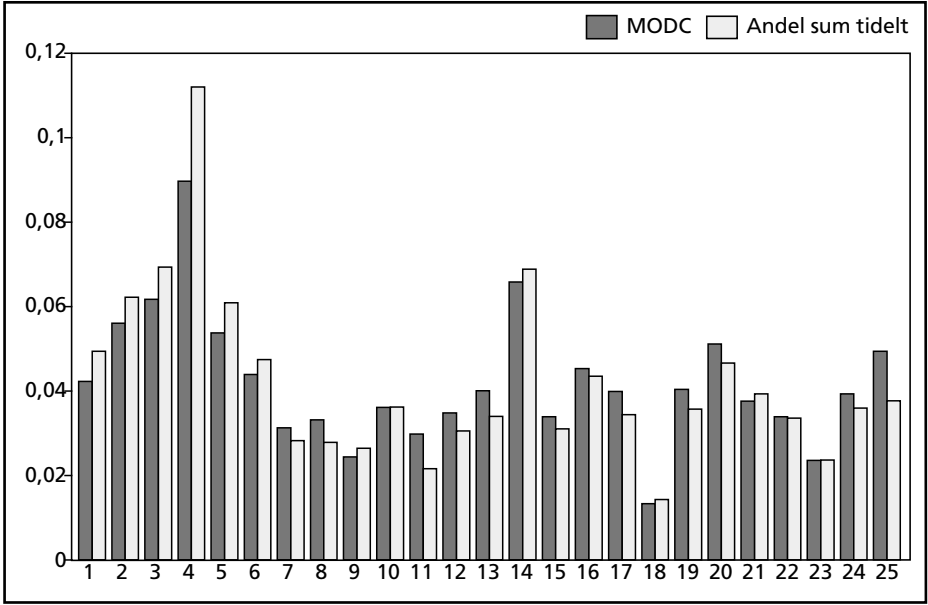
Figur 7.18 Fordeling av samlet ressursmengde etter behovsindeks med 50 prosent fordelt etter aldersstruktur, 25 prosent etter andelen uførepensjonister og 25 prosent fordelt etter andelen unge døde, sammenliknet med dagens fordeling



ne, mens fordelingen av uførepensjonister og fordelingen av unge døde fordeler 25 prosent hver av midlene. Dødelighet og uførepensjonering oppfattes som en indikator på helseproblemer forankret i den sosiale strukturen (og ikke i aldringsprosessen). Alternativt kunne sykehusinnleggelser vært benyttet, uten at dette ville påvirke fordelingen av det antatte behovet mellom bydelene. Denne modellen kan kalles for «levekårsjustert fordeling» fordi den vektlegger sosio-økonomiske faktorer så sterkt.

I modell 3 er fordelingen av personer over 70 år med en inntekt (beregningsgrunnlag for toppskatt) over 200 000 satt inn i stedet for dødelighetsmålet

Figur 7.19 Fordeling av samlet ressursmengde etter behovsindeks med 50 prosent fordelt etter aldersstruktur, 25 prosent etter andelen uførepensjonister og 25 prosent fordelt etter andelen over 70 år med mindre enn 200 tusen i inntekt, sammenliknet med dagens fordeling



Tabell 7.9 Sammenlikning modell 1-3: Pearsons r og dissimilaritetsindeksens verdi, samt angivelse av de ulike variablenes vekting

MODELL	r	Dissim	Behov	Uførhet	Dødelighet	Inntekt
1:	.95	.05	100%			
2:	.96	.06	50%	25%	25%	
3	.91	.07	50%	25%		25%

fra modell 2, og inntekt fordeler 25 prosent av midlene. (Teknisk er dette gjort ved å fordele 25 prosenet av ressursene etter bydelenes andeler av personer over 70 år som har en inntekt lavere enn dette) Denne fordelingen kan vi kalle «aldersfordeling med kompensasjonsressurser», fordi den eksplisitt tar hensyn til at eldre med svært god inntekt både kan antas å ha noe bedre helse, og fordi de har ressurser til å skaffe seg omsorgstjenester i et marked.

Samsvaret mellom disse tre tenkte fordelingene og den faktiske budsjettfordelingen i 1996 kan beskrives ved to mål: Pearsons r som viser det statistiske samsvaret, og dissimilaritetsindeksen som beregner avviket mellom de to fordelingene til andelen av den totale ressursmengden som bør gå til en annen bydel om de to fordelingene skal bli identiske.

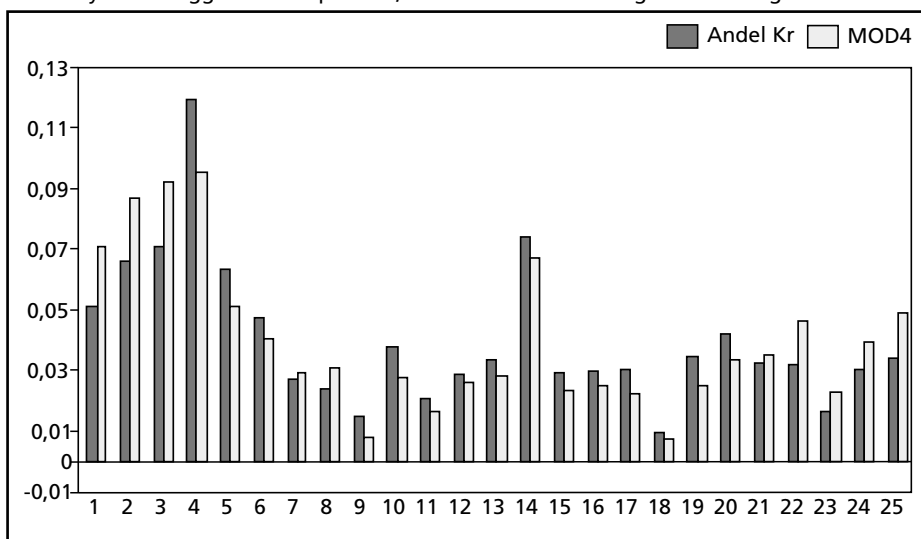
Det første som springer i øynene er *den svært høye graden av samsvar* mellom de estimerte fordelingene og den faktiske. Det andre er at en bydel, Sagene-Torshov, kommer ut som overkompensert i alle tre modellene. (Dette er en virkning av lavtutdannings- og flyttekriteriet i dagens system). Det tredje som er verdt å merke seg, er at alle tre modellene gir et større behovsomfang i bydelene i ytre vest: Alle disse får en lavere andel av ressursene i dagens system enn alle tre operasjonaliseringene av behov tilsier. Minst underkompensasjon får de når de eldres inntektsnivå trekkes inn. Jo sterkere dette vektet, jo mer vil vi få en estimert fordeling i samsvar med dagens fordeling. Og omvendt, jo mer vekten legges på den rene demografiske fordelingen, jo mer av ressursene vil gå til disse bydelene.

For det fjerde, går vi mer detaljert inn på effektene på bydeler og bydelsgrupper ser vi at effekten av vektingen mellom de aldersrelaterte behov, de to sosio-økonomiske indikatorene og inntekt gir virkninger i pakt med de som ble diskutert i kapittel 3, om forholdet mellom resultatlikhet og formallikhet som kriterium for rettferdig fordeling: Bydelene i indre vest får mindre når vi går fra modell 1 til modell 2, altså når dødelighetsforskjellene trekkes inn. Bydelene i indre øst favoriseres jo mer vekten legges på uførepensjonering og ung dødelighet som behovsmål. Vi kan også merke oss at alle de tre tenkte fordelingene gir noe mindre midler til indre øst enn dagens kriteriesystem. En sterkere vektlegging av de sosio-økonomiske variablene (som avspeiler helse) vil imidlertid trekke ressurser til denne delen av byen.

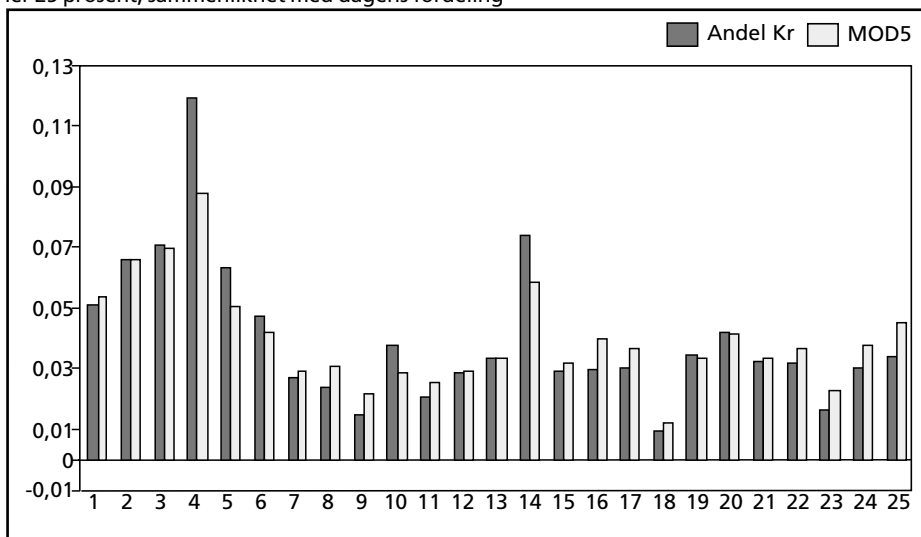
7.5.3 Enslighet som behovsindikator

I modellene 1-3 fanges enslighet opp kun som faktor i den grad den kommer til uttrykk i behovsbrøkene for de ulike gruppene. Som før nevnt, kan enslighet også oppfattes som en kompensasjonsressurs, og det kan derfor begrunnes å la enslighet inngå som et selvstendig kriterium. I tillegg er enslighet en levekårsulempe

Figur 7.20 Budsjettfordelingen mellom bydelene dersom andelen enslige og andelen over 89 år i bydelen begge telte 50 prosent, sammenliknet med dagens fordeling



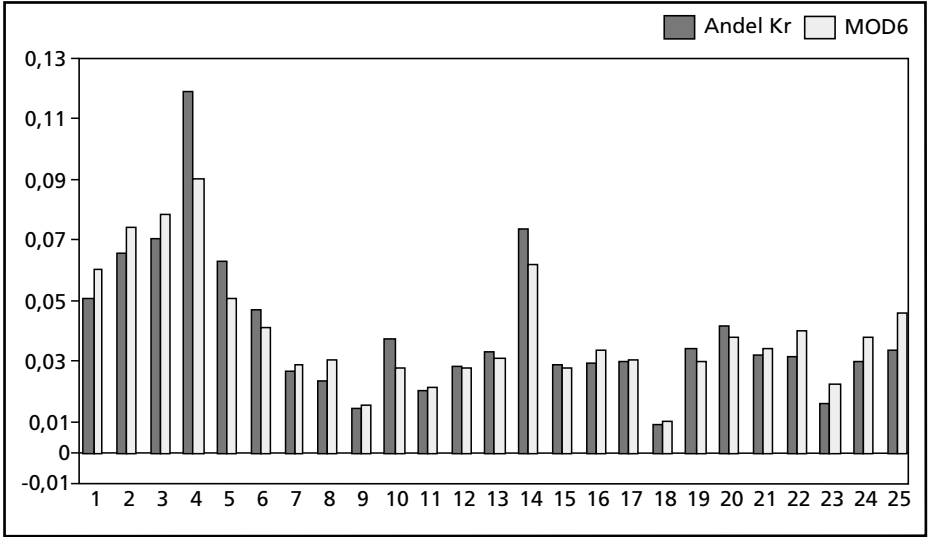
Figur 7.21 Ressursfordelingen mellom bydelene dersom andelen enslige, andelen over 89 år i bydelen, andelen unge døde i alderen 50-74 og andelen eldre over 70 år med lav inntekt alle teller 25 prosent, sammenliknet med dagens fordeling



det er lett å vinne forståelse for, i tillegg til at den er relativt enkel å måle, så lenge det anvendes sivilstands- og husholdningsopplysninger. Vi skal derfor nå presentere tre beregninger hvor enslighet inngår med varierende vekt. Det målet på enslighet som benyttes ble tidligere ble presentert i figur 7.13. Resultatene av beregningene er summert i tabell 7.10 og diskuteres etter figurene.

I figur 7.20 ser vi den tenkte fordelingen dersom den geografiske fordelingen av enslige eldre med hjelpebehov og antallet personer over 90 år begge veide likt ved fordelingen av ressurser. I forhold til dagens ressursfordeling vil indre og ytre vest bli tildelt en større andel av ressursene, mens indre øst og drabantbyene vil få mindre. Når vi i modell 5, figur 7.21 tar et større hensyn til sosio-økonomiske faktorer som dødelighet og inntekt, ser vi hvordan de vestlige bydelene kommer dårligere ut, fordi deres eldrebefolkning på slike variabler kjennetegnes av relativt sett gode kår. Både dødelighet og inntekt trekker ressursene østover i byen.

Figur 7.22 Ressursfordelingen mellom bydelene dersom andelen enslige, andelen over 89 år i bydelen, andelen unge døde i alderen 50-74 og andelen eldre over 70 år med lav inntekt teller henholdsvis 35, 35, 15 og 15 prosent, sammenliknet med dagens fordeling



Tabell 7.10: Sammenlikning av modellene 4-6: Pearsons r og dissimilaritetsindeksens verdi, samt angivelse av de ulike variablenes vektning

MODELL	r	Dissim.	Enslighet	Dødelighet	Inntekt	Alder 90+
3	.90	.11	50%			50%
4	.95	.08	25%	25%	25%	25%
5	.94	.08	35%	15%	15%	35%

I modell 5 har vi endret noe på vektingen ved å redusere innflytelsen av dødelighet og inntekt. Konsekvensen av dette blir svært liten, men med en tendens til at indre vest og bydelene 11 til 20 kommer noe «dårligere» ut enn tilfellet er med den sterkere levekårsvektingen i modell 5. Effektene for bydelene på ytre vest er derimot svært små.

Samlet sett antyder disse beregningene at jo mer vekt som legges på enslighet, både i forhold til ren aldersstruktur og i forhold til sosio-økonomiske variabler, så vil vi ha et utvekslingsforhold mellom de vestlige bydelene på den ene siden, som vil begunstiges om kriteriesystemet tar mer hensyn til enslighet, og på den andre siden drabantbyene, som vil bli tilført ressurser om sosio-økonomiske ressurser teller mer.

7.5.4: Ressursfordelinger når kostnadssiden bringes inn.

De seks foregående fordelingene er framkommet ved en metode hvor det ikke på noe punkt benyttes data om hva det faktisk koster å frambringe tjenestene, eller hvilke aldersgrupper som benytter de ulike tjenestene. Begrunnelsen for dette har som nevnt vært et metodisk begrunnet ønske om å forsøke å identifisere behov uten å benytte data som er direkte eller indirekte påvirket av beslutninger om å tildele brukere de ulike godene. Slike data vil, som vi argumenterte for i kapittel 2, være influert av beslutninger om hvordan hjelpeapparatene i bydelene forholder seg til det lokale problemomfanget. Man kan ikke uten videre anta at denne atferden og disse vurderingene er så like i alle bydeler at en nøyaktig like stor andel av det faktiske behovet er dekket i alle bydeler.

For nå til slutt å modifisere vår metode, skal vi inkludere data om hva det faktisk koster å frembringe omsorgstjenester for de aller eldste. I tabell 7.11

Tabell 7.11 Antallet personer etter alder, aldersgruppenes andel av de totale kostnader ved omsorgstjenestene («forbruksandeler») samt forholdet mellom aldersgruppens andel av befolkningen og andel av kostnadene (fordelsbrøken).

Alder	Antall	Andel av alle	Andel av kostnad	Fordelsbrøk
67-79	51637	0,683	0,259	0,377
80-84	13098	0,174	0,250	1,433
85-89	7172	0,095	0,269	2,822
90 ++	3324	0,044	0,222	5,033
Alle 67++	75231	1,000	1,000	1,000

Kilde: Oslo Kommune

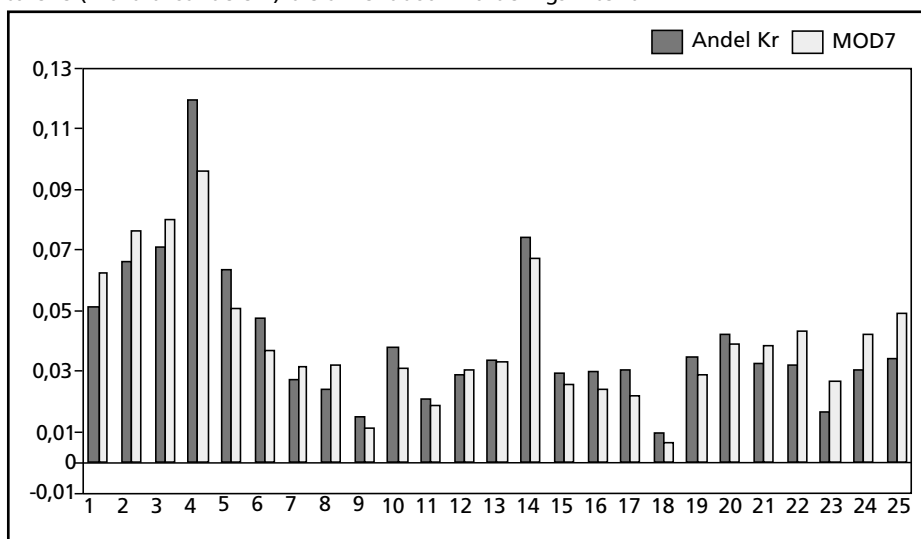
presenteres antallet personer i de relevante aldersgrupper, og den andelen av de totale kostnadene ved å frembringe omsorgstjenestene etter hvilken aldersgruppe som forbruker disse tjenestene.

Vi kan se at personene over 90 år utgjør kun 4,4 prosent av alle innbyggere over 67 år, mens 22 prosent av kostnadene er knyttet til å yte eldretjenester overfor disse aller eldste. Gruppen forbruker altså fem ganger mer av ressursene enn deres andel av eldrebefolkningen (fordelsbrøken). Sagt på en annen måte, koster det Oslo kommune i gjennomsnitt 13 ganger mer å levere omsorgstjenester til en person over 90 år enn til en person i alderen 67-79 år (fordelsbrøken for 90-åringene delt på fordelsbrøken til 67-79-åringene).

Om vi nå antar at denne fordelingen av kostnader mellom aldersgruppene (som altså er framkommet gjennom de lokale, faglige prioriteringene) er et rimelig godt uttrykk for fordelingen av behov mellom aldersgruppene, kan vi ved å gange fordelsbrøken til en gruppe med antallet personer i gruppen (for hver enkelt bydel) få et kvantitativt uttrykk for hver enkelt bydels behovsnivå. Deretter kan det totale behovsnivået innen kommunen fordeles på hver enkelt bydel. I figur 7.23 har vi sammenliknet den relative fordelingen av behovsnivå basert på de aldersspesifikke kostnadene med dagens kriteriefordeling.

De lyse søylene viser nå den fordelingen av behov mellom bydelene, definert ved kostnadene ved å frembringe omsorgstjenester for de ulike aldersgruppene, korrigert for bydelens aldersstruktur. Vi kan tydelig se hvordan bydelene i indre og ytre vest etter dette fordelingskriteriet vil bli tildelt mer ressurser enn med dagens system,

Figur 7.23 Fordelingen av de samlede ressurser dersom kun de aldersspesifikke kostnadsfaktorene («forbruksandeler») ble anvendt som fordelingskriterium



mens indre øst ville få noe mindre. Den største reduksjonen ville imidlertid komme i de nye drabantbyene. Samsvaret mellom denne tenkte, utgifts- og aldersbaserte fordelingen og dagens fordeling er likevel relativt stort: $r=.92$ og ti prosent av ressursene ville gå til en annen bydel i dag.

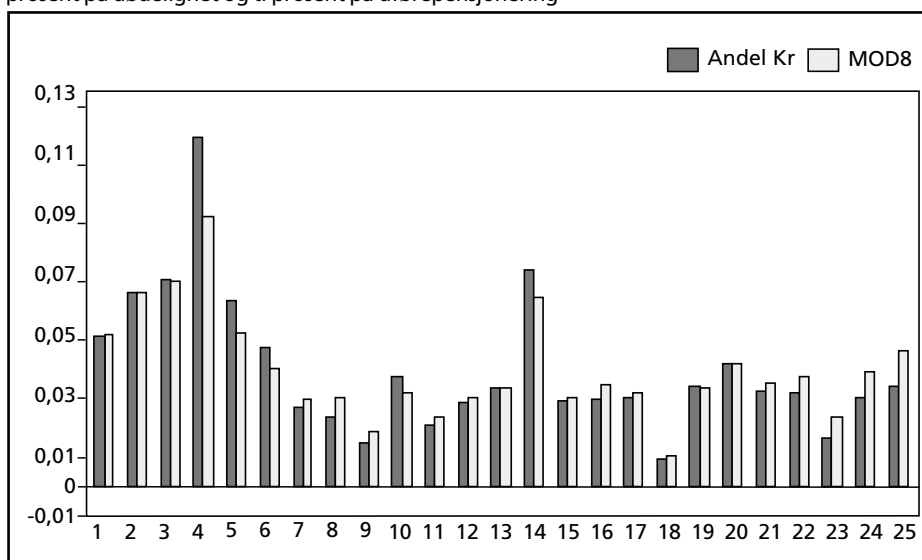
Den tenkte fordelingen i figur 7.23 er basert på hva det i gjennomsnitt koster å produsere tjenester for en person i en gitt alder. Den tar derfor ikke hensyn til hvordan sosio-økonomiske kjennetegn gjør at sammenhengen mellom en persons alder og hjelpebehov kan være forskjellig innen ulike sosiale lag. Fordelingen overser dette, og bør derfor modifiseres med levekårsdata som tar hensyn nettopp til at aldringen (og dermed hjelpebehovet) skjer «raskere» i noen befolkningslag enn i andre. Dette kan gjøres ved å la den kostnadsbaserte behovsfordelingen bli justert med en levekårsbasert fordeling av behov.

I modell 8 har vi latt dødelighet telle ti prosent, enslighet 30 prosent og uførepensjonering ti prosent. Enslighetsvariabelen er den samme som i modellene 4-6.

Med et lite innslag av levekårsvektning, får vi en fordeling som er svært lik den som dagens kriteriesystem frembringer, men med en tendens til at noe mer av ressursene kanaliseres til ytre vest fra indre øst. Om levekårsvektningen gjøres enda sterkere på bekostning av forbruksandeler, slik det er gjort i modell 9 hvor inntekt er tatt med, taper først og fremst indre vest og de etablerte drabantbyene.

Når levekårsvektningen gjøres ennå sterkere, er det først og fremst indre vest som blir tildelt mindre budsjetter, mens østlige bydeler med mange gamle (Helsfyr/

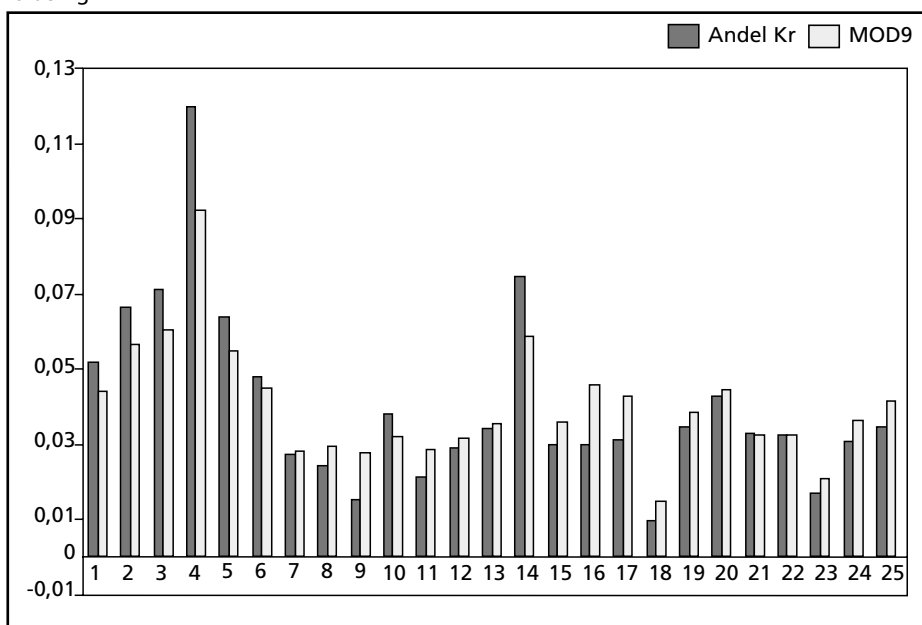
Figur 7.24 Fordeling av ressurser ved 50 prosent vekt på kostnader, 30 prosent på enslighet, ti prosent på dødelighet og ti prosent på uførepensjonering



Sinsen og Lambertseter) får økte ressurser. Resultatene fra modellene 7-9 er sammenfattet i tabell 7.12. Det er særlig bydelene i indre vest som får sin inntekt sterkt påvirket av hvor sterkt vi vektlegger de aldersspesifikke kostnadene i forhold til sosio-økonomiske variabler.

Vi kan også legge merke til hvordan det er modell 8 som samsvarer sterkest med dagens fordeling. Det mest slående ved å benytte data om aldersspesifikke kostnader sammelignet med den metoden som kun baseres på levekårsdata, er hvor like fordelingsmønstrene blir. For det første får vi bekreftet at dagens ressursfordeling har en profil som er i samsvar med fordelingen av behov, og for det andre at kostnadsmønstrene (dermed også) er i rimelig godt samsvar med befolkningens behov.

Figur 7.25 Fordeling av ressursene ved 25 prosent vekt på kostnader, 25 prosent på dødelighet, 20 prosent på enslighet og inntekt, 10 prosent på uførepensjonering, sammenliknet med dagens fordeling



Tabell 7.12 Oversikt over modellene 7-9 samt deres avvik fra dagens ressursfordeling

Modell	r	Dissim.	Kostnader	Enslighet	Dødelighet	Uførhet
7	.92	.10	100%			
8	.96	.07	50%	30%	10%	10%
9	.91	.13	25%	30%	25%	20%

Tabell 7.13 Sammenfatning av resultatene av figurene 17-25, samt budsjettendringer i de enkelte bydelsgrupper, i millioner kroner. I modell 1 er behovsbrøkene oppgitt, for de andre modellene er det vektor

MODELL NUMMER	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70-79 år	,20								
80-89 år	,50								
90-94 år	,75								
Over 94 år	1,0								
Over 90 år				,50	,25	,35			
Behovsgruppe		,50	,50						
Unge døde		,25			,25	,15		,10	,20
Eldre med lav inntekt			,25		,25	,15			,25
Uføre	,33	,25	,25					,10	
Enslige				,50	,25	,35		,30	,30
Forbruksandeler							1,0	,50	,25
Pearsons r	,95	,96	,91	,90	,95	,94	,92	,96	,91
Dissimilaritet	,05	,06	,07	,11	,08	,08	,10	,07	,13
EFFEKT PÅ BYDEL									
Indre vest	4	-75	-47	129	3	54	63	1	-59
Indre øst	-141	-108	-142	-90	-104	-99	-99	-94	-81
Eldre drabantbyer	-10	10	8	-74	-36	-51	-39	-21	11
Nye drabantbyer	-27	76	24	-65	53	6	-56	19	102
Ytre nord	39	21	38	18	11	14	29	17	2
Ytre vest	135	76	116	82	70	75	102	77	46

7.6 Konklusjoner og forbehold

Slik vi har har presentert sammenlikningene mellom tenkte alternative fordelingsnøkler og budsjettfordelingen i 1996, overdrives bildet av samsvar noe, og den konkrete effekten på de enkelte bydelene av ulike kriterier blir undervurdert. Til slutt skal vi derfor sammenfatte modellene i en tabell, og illustrere effektene av ulike variabler og vekter ved å beregne virkningene på bydelsgrupper, nå målt i millioner kroner.

Disse resultatene, og særlig budsjetteffektene på bydelsgrupper, kan man selvsagt diskutere i nærmest ubegrenset detalj. Det skal vi ikke gjøre, men i stedet påpekt at dette kun er illustrasjoner på hvordan budsjetteffektene er knyttet til ulike forutsetninger om valg av behovsindikator og den vekten som disse gis. Vi har benyttet ni ulike simuleringer, og ingen av dem kan på noen måte fortolkes som den sanne eller mest riktige. Til det har vi underveis i analysene pekt på en lang rekke kunnskapshull om sammenhengene mellom hjelpebehov og andre individuelle kjennetegn. På den annen side er alle modellene forsøkt basert på resonnementer som baserer seg på den kunnskapen som er tilgjengelig, og det er derfor grunnlag til å trekke noen antydningssvis konklusjoner.

For det første er det neppe tvil om at hovedprofilen i det kriteriesystem som tildelte budsjetter for 1996 er i samsvar mellom fordelingen av behov hos de eldre mellom bydelene. Kun to av modellene reforderer (såvidt) mer enn ti prosent av ressursene. Eller sagt på en annen måte: ni av ti kroner kommer til «riktig» bydel, og på mange måter er det en god attest til de som første gang konstruerte kriteriesystemet, - med dengang et langt dårligere tilfang av relevante data enn de vi har hatt til rådighet.

For det andre er det et gjennomgående trekk i alle analysene at for bydelene i ytre vest finner vi noe større behovsomfang enn kriteriesystemet antar, og at behovene i indre øst er noe overvurdert. På den annen side må dette ikke overskygge hvordan alle modellene gir en kraftig støtte til en betydelig større overføring per person i indre øst enn på ytre vest. Et eksempel kan illustrere tallstørrelsene det dreier seg om: I dag får Ullern 18 000 kroner per innbygger over 67 år, mens Sagene Torshov får 43 000. Et grovt gjennomsnitt av modellene tilsier de at denne forskjellen «burde» vært noe mindre, anslagsvis 25 000 og 37 000. I tillegg må denne forskjellen også sees i lys av at det er noe billigere for bydelene i Ytre vest å produsere sykehjemspleie, da pasientene i mange tilfeller har høye pensjoner, noe som gjør at finanseringen gjennom brukerbetaling kan dekke en større andel av bydelens brutto utgifter.

For det tredje, i alle de andre bydelsgruppene er budsjettendringene langt mer følsomme for hvilke variabler og hvilke vekter som benyttes. Dette er en

god illustrasjon på nødvendigheten av bedre kunnskap om hvor gode de variablene som genererer disse mønstrene egentlig er som behovsoperasjonaliseringer. Særlig gjelder dette de tradisjonelle sosio-økonomiske variablene, men vi kan også se hvordan ulik behandling av sosiale nettverk i kriteriesystemet fører til store endringer for noen bydelsgrupper, særlig indre vest.

For det fjerde, de resultatene som framkommer må vurderes i lys av vår metode og dens svakheter. Vi har flere ganger pekt på hvordan vi ikke klarer å fange opp behovsintensiteten. Våre analyser kan ikke bekrefte eller avkrefte en antakelse om at brukerne i noen deler av byen er mer kostnadskreven, alt annet likt, enn i andre deler av byen. På den annen side, om vi sammenlikner modell 1 og modell 7, som utgjør de metodiske ytterpunktene, så er faktisk ikke resultatene særlig forskjellige, bortsett fra for indre vest. Dette er på mange måter et interessant funn, som i seg selv krever en forklaring.

For det femte, sammenliknet med dagens kriteriesett er de modellene vi har analysert betraktelig enklere, og alle våre variabler tilfredsstillende kravene om å være årsaksmessig forbundet med hjelpebehov og å definere konkrete behovsgrupper. Dette antyder at det er et stort potensiale både for teknisk og pedagogisk forenkling av dagens system, uten at dette trenger å gå på bekostning av treffsikkerheten.

Sist, men ikke minst, forholdet mellom bruk av likebehandlingsorienterte kriterier og sosio-økonomiske variabler som skal frembringe en større resultatlikhet, er og vil bli et spørsmål som ikke kan avklares på et empirisk grunnlag, selv ikke i en verden med perfekt kunnskap om alle relevante forhold. Kombinasjonen av et fortsatt behov for mer kunnskap om sosiale prosesser bak de eldres behov, og rommet for politiske vurderinger, betyr at det fortsatt må anvendes et betydelig faglig og politisk skjønn ved den videre utviklingen av kriteriesettet under funksjonsområde III.

Kapittel 8

Bydelenes tilpasning til kriteriesystemet

8.1 Problemstillinger

I de foregående kapitlene har perspektivet vært fra kommunen sentralt og «ned» til bydelene: I hvilken grad det sentrale budsjetteringssystemet klarer å fordele de samlede ressursene på en slik måte at forholdet mellom behov og budsjett blir mest mulig likt i alle bydelene. I dette kapittelet skal vi vende perspektivet, og betrakte kriteriesystemet fra bydelenes ståsted. Omleggingen fra en *aktivitetsbasert* til *kriteriebasert* budsjettering mellom 1990 og 1991 innebar at den enkelte bydels samlede budsjett ikke lenger ble bestemt med utgangspunkt i den faktiske tjenesteytingen, men utfra kjennetegn som antas å avspeile behov for tjenestene hos befolkningen. Inndelingen av den kommunale aktiviteten i funksjonsområder er i dette perspektivet et hjelpemiddel til på den ene siden å forenkle de sentrale politikernes prioriteringer mellom brede målgrupper, og på den annen side å få et bredt datagrunnlag om målgruppenes levekår som grunnlag for den enkelte bydels tildelte budsjetttramme.

Den totale budsjettrammen som kriteriesystemet utmåler for hver enkelt bydel er sammensatt av tildelinger som er beregnet utfra egne sett av levekårsindikatorer for hvert funksjonsområde. Fordelingen av ressursene mellom funksjonsområdene utgjør likevel ingen formell retningsgivende binding på bruken av midlene. Den bevilgningen som utmåles til tiltak for barn og unge, er ikke øremerket til tiltak for denne målgruppen, men er ment å avspeile etterspørselen etter tjenester som kommer fra denne gruppen i bydelen. Kriteriesystemet antas da å virke slik at bydeler med store behov blant barn og unge, tildeles ressurser i forhold til dette. Men hvor mye bydelen selv velger å anvende til barn og ungdom, er dens eget ansvar. I korthet kan vi si at hensikten med opprettelsen av bydelene og den kriteriebaserte ressursfordelingen, er å sikre en sentral kontroll over den samlede ressursbruken, mens prioriteringen mellom ulike typer av tjenester, tilligger bydelene. Dette kan også betraktes på en annen måte: De sentrale politikerne har avgitt styring over innhold og omfang i tjenesteytingen innen og mellom funksjonsområdene, mot å få en overordnet kontroll over utgiftsutviklingen. Når bystyret fordele midlene mellom funksjonsområdene, og dermed bestemmer en profil på fordelingen mellom

Kap 9 Avslutning: Virker kriteriesystemet?

9.1 Innledning

Da ansvaret for produksjonen av en lang rekke sentrale velferdstjenester ble lagt til bydelene ved deres opprettelse i 1987 oppstod nødvendigvis spørsmålet om hvordan de sentralt avsatte ressursene skulle *fordeles* mellom bydelene. Det måtte utvikles et *inntektssystem* for bydelene.

Verken i Norge eller i noe annet nærliggende land fantes noe tilsvarende system i funksjon. Det statlige inntektssystemet for kommunene var blitt lagt om i 1986, og fra denne reformen kopierte Oslo prinsippet om rammefinansiering. Utover dette ble kriteriesystemet utviklet som et helt nytt system fra bunnen av. I den senere tid har Oslos system faktisk tjent som modell for tilsvarende systemer under utvikling både i Bergen, Trondheim og Stockholm.

Det nyskapende ved Oslos system var den sterke vekten på levekårsopplysninger som fordelingskriterier. Kriteriesystemet ble utformet på grunnlag av en felles politisk enighet om at ressursene skulle fordeles *i forhold til de lokale behovene målt ut fra objektive kriterier*. Fra dette prinsippet kan det avledes tre sentrale implikasjoner:

- For det første en **fordelingsregel**: bydeler hvor befolkningen har store behov for de tjenester bydelene har ansvaret for skal tildeles store budsjetter, og mindre ressurser til bydeler med mindre behov i befolkningen.
- For det annet en **rettferdighetsoppfatning**: Fordelingen av budsjetter er rettferdig når det er samsvar mellom en bydels andel av hele befolkningens behov og bydelens andel av den samlede ressursemengde som anvendes til å frembringe de tjenester som skal tilfredsstille dette behovet.
- For det tredje, en **empirisk utfordring**: Er fordelingen av ressursene med de 25 bydelene i samsvar med den faktiske fordelingen av hjelpebehov i de befolkningsgrupper som den kommunale tjenesteytingen ønsker å hjelpe? Systemet er altså slik konstruert at det lar seg relativt enkelt etterprøve, en svært viktig egenskap ved en offentlig reform.

Det er denne siste utfordringen som har vært utgangspunktet for vår rapport. Vi har forsøkt å etterprøve målsettingene i den kriteriebaserte budsjettfordelingen

ved å «konfrontere» ressursfordelingen mellom bydelene med data over levekår innen ulike grupper av byens befolkning. Fordelingen av ressursene er det ingen særlige problemer forbundet med å fastlegge, og på det teoretiske plan og i vanlig språkbruk kan benytte et begrep vi kaller «behov». Men i praksis er det en stor og svært vanskelig oppgave å «oversette» den jevne mann og kvinnes, den unge og den gamles, livssituasjon til tall og prosenter. Oppgaven fører oss raskt til helt grunnleggende spørsmål innen samfunnsvitenskapen: Hva er egentlig behov, hva er forholdet mellom subjektive og objektive indikatorer, hva er forholdet mellom allmennmenneskelige behov og de aspekter ved en vanskelig livssituasjon som kan eller bør sies å være relevante for den kommunale tjenesteytingen?

Oppgaven med å fastlegge og måle «objektive behov» fører oss også til grenslandet mellom politikk og vitenskap: For det første er det ikke forskningens oppgave å definere hvilke behov den kommunale velferdspolitikken skal tilfredsstille, og det er slett ikke forskningens oppgave å hjelpe politikerne i avveiningen av hvem sine behov som bør prioriteres. Forskningens oppgave er derimot å frembringe den kunnskapen som er nødvendig for at politikerne kan fatte sine valg med minst mulig usikkerhet om de faktiske, relevante, forhold. Men også forskningens resultater og konklusjoner er beheftet med usikkerhet. Forskningens logikk er ikke å finne «sannheten» med å *redusere usikkerheten* omkring hva som er de faktiske forhold.

Sosialstatistiske konklusjoner vil alltid være ledsaget av usikkerheter som kan tilbakeføres til trekk ved den metode som er benyttet, og til det evige forhold at de data som har vært til rådighet for analysene alltid kunne ha vært (en-*nå*) bedre. Dette innebærer at de konklusjoner som politikerne (eventuelt) vil trekke med hensyn på kriteriesystemets utforming og treffsikkerhet på grunnlag av denne rapporten, nødvendigvis må ledsages av et betydelig skjønn.

Når disse forbeholdene er nevnt, vil vi likevel hevde at de data vi har hatt til rådighet om sosiale forhold og levekår blant Oslos innbyggere tross alt gir et godt fundament for å kunne trekke noen generelle konklusjoner om kriteriesystemet. Før vi i de neste avsnittene går videre til en mer punktvis oppsummering av våre funn, vil vi likevel peke på et lite påaktet trekk ved kriteriesystemet som er viktig å ha med seg når vi skal drøfte om systemet «virker».

Som nevnt ble kriteriesystemet utarbeidet som ledd i en stor reform av hele Oslos politiske styringsstruktur. Omleggingen av finansieringen av de kommunale velferdsytelsene fra et i prinsippet aktivitetsbasert (refusjons-)system til et system hvor prioriteringene innen bydelen ikke kan påvirke (den forventede) det disponible budsjettet, innebar en svært radikal reform. Samtidig innebar også det nye systemet en langt klarere synliggjøring av de velferdsomfordelende virkningen av de kommunale utgiftene, med en sterk fordelsbehandling av

innbyggerne i bestemte bydeler. «Normalt» vil slike endringer i en offentlig politikk lede til mye konflikt og et høyt støynivå. Her er det tilstrekkelig å vise til hvordan endringene i det statlige inntektssystemet ovenfor kommunene, og spørsmålet om hvilke kommuner som «vinner og taper» ved slike omlegginger, leder til mye kontrovers. Innføringen av kriteriesystemet i Oslo er derimot preget av en bred tverrpolitisk enighet fra Fremskrittspartiet til Rød Valgallianse. I løpet av de fem årene systemet har vært i funksjon har det påfallende raskt oppnådd en svært høy legitimitet, og diskusjonene omkring det dreier seg ikke om systemets prinsipielle oppbygging og funksjonsmåte, men om det godt nok fanger opp ulike befolkningsgruppers behov. Systemet har derfor den gode egen-skap at diskusjoner om dets feil (fanger det behovene godt nok) samtidig understøtter dets prinsipielle oppbygging (nemlig at det er ved å fange behov det skal operere). Som reform betraktet er det derfor et spennende spørsmål i seg selv hvorfor gjennomføringen av et så radikalt nytt budsjetteringssystem viste seg å bli etter slike betraktninger så vellykket. Uten at vi skal spekulere mer omkring dette, er det likevel en viktig erfaring å ha i bakhodet når kriteriesystemet etterprøves. Bedømt som en gjennomgripende kommunal reform kan vi utvilsomt konkludere med at kriteriesystemet «virker».

9.2 Treffer budsjettfordelingen hovedmønsteret i levekårsproblemene?

På et overordnet nivå er den kriteriebaserte budsjettfordelingen mellom bydelene i godt samsvar med fordelingen av levekårsproblemer i befolkningen. En lang rekke undersøkelser av ulike forskere og miljøer har de senere årene kommet fram til stor enighet om hvordan levekårsforskjellene i Oslos befolkning varierer mellom bydelene. De nye data vi har analysert bekrefter i stor grad de tidligere studier av Oslos sosiale geografi, og sammenlikningene mellom budsjettfordeling og levekårsproblemer viser et stort samsvar innen alle funksjonsområdene. Dersom vi sammenliknet fordelingen av den totale ressursmengden som ble kriteriefordelt i 1996 med fordelingen av levekårsproblemer (målt ved indeksene fra figur 3.1) finner vi at ni av ti fordelte kroner havner i «riktig» bydel. Også for analysene av de enkelte funksjonsområdene finner vi at avvikene mellom budsjettfordelingen og de ulike målene på levekårsproblemer (beregnet ved dissimilaritetsindeksen) ligger på dette, og tildels enda høyere, nivå på samsvar.

Selvfølgelig kan man også fortolke dette samsvaret på den motsatte måten: En av ti kroner, grovt sett 700 millioner kroner, går til «feil bydel». Dette kan virke som et høyt tall, og det er selvsagt et skjønnsspørsmål hvorvidt man

vil vektlegge dette eller fremheve at syv tusen millioner går til riktig bydel. Når vi tar i betraktning at dette er et fordelingssystem som ble utviklet uten noen erfaring å bygge på fra liknende systemer, og konstruert på grunnlag av et data-materiale som var langt dårligere enn det vi har hatt til rådighet, så må den faktiske treffsikkerheten likevel kunne karakteriseres som god. Dessuten er disse tallene også kun ment som en illustrasjon på avviket mellom budsjettfordeling og den geografiske fordelingen av generelle levekårsproblemer. Den kommunale tjenesteytingen skal primært rette seg mot de behov som bydelene har ansvaret for å ivareta, og ikke mot sosio-økonomiske levekårsforskjeller som sådan. Men fordi det normalt er nære sammenhenger mellom en persons behov for kommunale tjenester og vedkommendes levekårsproblemer, er dette høye samsvaret mellom budsjettfordeling og levekårenes geografiske fordeling er sterk indikasjon på god treffsikkerhet. Dette leder over til neste tema, nemlig om hvilke kunnskapsbehov vi mener foreligger når det gjelder å kunne etterprøve kriteriesystemet utfra et ennå mer relevant empirisk underlagsmateriale.

9.3 Kunnskapsbehov

Som vi diskuterte i kapittel 3 så er ikke et hvilket som helst levekårsproblem hos en person eller gruppe et bydelsanliggende, og flere av de behovene en bydel skal møte kan ikke uten videre karakteriseres som levekårsproblemer i tradisjonell sosialpolitisk forstand. Det er en lang tradisjon innen sosialforskningen å benytte data samlet inn for primært å kartlegge sosial lagdeling til også å kartlegge behovene for offentlig tjenesteyting innen ulike befolkningsgrupper. Både kriteriene i dagens system, og vår bruk av data i denne rapporten, følger i denne tradisjonen. På den annen side bør egentlig den underliggende antagelsen om en identitet mellom posisjon i den sosiale lagdelingen, levekårsproblemer og behov for kommunale tjenester etterprøves kontinuerlig. En lang rekke av de modifikasjoner vi har gjort i de konkrete analysene har nettopp det til felles at det er usikkerhet knyttet til nettopp dette forholdet: For det første, i hvilken grad et objektivt kjennetegn ved en person eller en husholdning *også* er et godt uttrykk for vedkommendes etterspørsel etter kommunal tjenesteyting, for det annet, i hvilken grad vi kan slutte fra forekomsten av et levekårsproblem til *nivået på behovet* for tjenester. Særlig har vi støtte på dette når det gjelder tjenester hvor det kan være stor forskjell i hvor ressurskrevende det er for kommunen å hjelpe vedkommende, som for eksempel sosialhjelp og eldreomsorg. En sosialhjelpsklient kan være alt fra en person som får en engangsutbetaling for å komme over en økonomisk kneik, til en person fullstendig avhengig av

løpende utbetalinger, og en funksjonssvekket eldre kan bety alt fra å ha hjemmehjelp en time i uka til døgnkontinuerlig pleie på et sykehjem. For en bydel kan det imidlertid godt skille flere hundre tusen kroner i forskjell mellom to slike personer.

Både den metodiske innfallsvinkel vi har valgt, og de data som foreligger, klarer derfor ikke å fange opp det vi har kalt for *behovsintensitet*. Den type data som i dag vil kunne si noe om dette er opplysninger om brukerne av tjenestene og kostnader ved å tilfredsstille deres behov. Samtidig argumenterte vi for at dette er typer av data som kan være påvirket av trekk ved kriteriesystemets utforming, og at de derfor ikke kan benyttes i evalueringen av kriteriesystemet. I det ekstreme tilfelle hvor kun data om brukerne og kostnadsforhold inngikk som kriterier, ville budsjettfordelingssystemet faktisk ende opp med å bli reelt sett like aktivitetsbasert som det system man ønsket seg bort fra. Det er derfor en stor utfordring å få etablert nye og gode data om behovsintensitet på individnivå. Vi vil peke på tre slike typer av data:

For tjenester innen funksjonsområde 1 og for sosialhjelpen er det behov for levekårsdata som har opplysninger som gjør det mulig å predikere behovsintensiteten langt bedre. Med de levekårsdata vi hadde til rådighet kunne vi med stor grad av sikkerhet forutsi sannsynligheten for at en gitt person hadde behov for sosialhjelp, men vi kommer ikke videre til noen kvalifiserte utsagn om det omfanget av behov personen kunne forventes å ha. I kapittel 5 viste for eksempel våre beregninger at indre øst syntes å være noe overkompensert i dagens utforming av kriteriesettet for økonomisk sosialhjelp. Men som vi påpeker, det kan godt være slik at klientene er gjennomsnittlig tyngre i denne delen av byen enn klienter andre steder. *Dette er likevel kun en mulig forklaring*. Men det forhold at utbetalingene per klient er større i denne delen av byen kan i prinsippet også skyldes at bydelene faktisk er overkompensert, og at sosialkontorene derfor er mer liberale med de utbetalte beløpene. For å kunne skille mellom slike alternative fortolkninger av de avvikene vi har funnet mellom våre behovsmål og kriteriesystemets budsjettfordeling er det altså nødvendig å få etablert data som kan fortelle oss noe om sammenhenger mellom lett målbare kjennetegn ved en person og tyngden av vedkommendes levekårsproblemer. Slike data lar seg vanskelig frembringe inn ved tradisjonelle levekårsundersøkelser, fordi det er vanskelig å få tak i de tyngste klientene, for eksempel husløse og personer med store rusproblemer. På dette området er det nok derfor nødvendig å utvikle og utnytte statistikk over faktiske brukere, dersom man samtidig kan klare å få isolert de variasjoner i brukertyngde som kan tenkes å være produsert av ulik tildelingspraksis ved de forskjellige sosialkontorene.

På funksjonsområde 2 benyttet vi foruten tradisjonelle levekårsdata også et underlagsmateriale som ble fremstilt spesielt for denne evalueringen. Her

viste analysene at jo sterkere vekt vi la på svake sosio-økonomiske ressurser ved husholdningene som hadde små barn, jo mer underkompensert framstod indre øst og tildels de nyeste drabantbyene. Dette er forsåvidt heller ikke så overraskende, i og med at ren aldersdemografi teller så tungt i dagens kriteriesett. Fordi det per i dag på bydelsnivå er et stort samsvar mellom barnetall og lokaliseringen av de mest ressurssvake barnefamiliene, finner vi også et svært høyt sammenfall mellom budsjettfordelingen og ulike mål på behov. Systemet trefrer godt, men vi må her være oppmerksomme på at denne treffsikkerheten er svært følsom for endringer i barnebefolkningens alders- og etniske sammensetning, dvs for endringer i flyttemønstre. Vi antyder også, i drøftingen av ulike indikatorer på barns helse, at det kan tenkes sammenhenger mellom barns behov og flytteadferd. Nettopp småbarnforeldres flytteadferd, og hvilke faktorer som påvirker denne er et svært utforsket område. Det er mange gode grunner til å kartlegge forholdet mellom foreldrenes sosio-økonomiske ressurser, deres vurdering av oppvekstmiljø og flytteønsker. En ting er at kriteriesystemet skal forsøke å tilgodese de bydeler med en stor andel av barn med svake oppvekstresurser, og på den måte gi alle barn best mulig forutsetninger for en god oppvekst. Men det kan også argumenteres for at det kan være en målsetting i seg selv å bedre oppvekstmiljøet ved å hindre at de ressursrike familiene tar med seg sine barn til bestemte deler av byen, og dermed øker levekårsforskjellene gjennom sin flytteadferd. I et videre levekårsperspektiv er det derfor viktig å få bedre kunnskap om under hvilke betingelser familier fra ulike sosiale lag og etnisk bakgrunn kan tenkes å spre sin bosetting jevnere mellom bydelene.

Det viktigste funnet i analysene av funksjonsområde 2 er likevel den kraftige etniske komponenten i fordelingen av barns levekår. Våre analyser avdekker at vi innen Oslo finner fargede barn som vokser opp i husholdninger som har en så lav inntekt at det er grunn til stor uro. Nå fanger vi kun opp legale inntektsforhold, og det er i prinsippet mulig at inntekter fra svart økonomi gjør at de reelle økonomiske forholdene er bedre enn det tallene viser. I alle tilfeller er det viktige grunner til å få kartlagt ikke bare oppvekstforholdene til barn med innvandrerbakgrunn, men også deres foreldres bruk av og syn på ulike kommunale tiltak utviklet for å bedre deres barns oppvekstvilkår. Hva skjuler seg for eksempel bak den lave bruken av barnehage blant innvandrerbarn? Hvilke konsekvenser har dette for deres norskkunnskaper? I hvilken grad formes barn og ungdoms normer av den lave yrkesdeltakelsen og høye sosialhjelpsavhengigheten blant deres foreldre? Undersøkelser av denne typen vil forhåpentligvis kunne frembringe data som er nyttige for en bredere debatt om hva den etniske dimensjonen faktisk innebærer for målsettingene om å utjevne levekår, og til en bedre forståelse for hva som er innvandrerbarns viktigste behov. Det er vel neppe tvil om at tjenestene som i dag prioriteres under funksjonsområde 2 tar

sitt utgangspunkt i norske barnefamiliers behov, og først og fremst deres store etterspørsel etter barnehager. Men hvor lenge kan man bare anta at innvandrereforeldre og norske foreldre opplever å ha de samme behov for den samme type av kommunale tjenester uten å konkret undersøke om dette faktisk stemmer? Kort sagt, under funksjonsområde to er det et stort behov for kunnskap ikke primært om *behovsintensitet*, men først og fremst om hvordan *behovsstrukturen* kan tenkes å være betinget av barns og ungdoms etniske bakgrunn.

I analysene av de eldres behov møtte vi hyppig på de samme problemene som i analysene av sosialhjelp, nemlig at utvalgsdata fra tradisjonelle levekårsundersøkelser ikke gir oss de best mulige data. For begge grupper har slike undersøkelser problemer med å fange opp de personer med størst problemer, og for de som faktisk blir med i undersøkelsen er opplysningene om tyngden av levekårsproblemer som regel svært grove. I tillegg kommer for de eldste store metodiske problemer knyttet til å slutte fra beskrivelse av sosio-økonomiske ressurser til en god modellering av det faktiske hjelpebehovet. Dette er særlig viktig for hele kriteriesystemet, og av tre grunner: For det første fordi utgiftene under funksjonsområde 3 er så store i seg selv i praktisk talt alle bydeler, for det annet fordi tjenestene ovenfor de eldre kan bli så enorme per bruker at god treffsikkerhet blir viktig for effektiviteten i den samlede ressursanvendelsen, og for det tredje, fordi etterhvert som eldrebefolkningen «fylles opp» av personer som har levd en større del av sitt liv i det moderne samfunnet, kan det tenkes at nye kohorter vil ta med seg andre statistiske sammenhenger mellom sosio-økonomiske bakgrunnsvariabler og hjelpebehov.

Våre analyser antyder en noe sterkere effekt av kronologisk alder på hjelpebehov enn det dagens kriteriesystem «antar». Det er dette som forklarer hvorfor vår metode finner at de bydeler med en svært gammel befolkning fremstår som noe underkompensert i dagens budsjettfordeling. Bydeler med en yngre eldrebefolkning med svake levekårsressurser får tilsvarende større budsjetter enn deres andel av det anslåtte hjelpebehovet skulle tilsi. Tidligere i dette kapittelet anslo vi grovt at ca 700 millioner av de totale midlene som går gjennom kriteriesystemet går til «feil» bydel. For å illustrere betydningen av den empiriske uklarheten omkring sammenhengene mellom alder, sosio-økonomiske ressurser og behov for kommunale tjenester kan vi, igjen svært grovt, si at den står for litt over halvparten av dette beløpet. Dersom dagens kriteriefordeling på funksjonsområde 3 faktisk er riktig (og vi med vår metode har undervurdert behovstyngden) er treffsikkerheten i den samlede kriteriebaserte ressursfordelingen egentlig fantastisk god. Dersom det viser seg at vi med vår metode har fanget behovenes fordeling riktigere enn dagens kriteriesett, vil konklusjonen være at det foreligger en viss sløsing i dagens system. Bare en større undersøkelse av disse forholdene kan klarlegge hvilken antagelse som har best belegg.

Her vil vi bare antyde to veier å går for å kunne frembringe den type informasjon som kan nyttes til å etterprøve dagens system: For det første begynner tilfanget av medisinske data om eldrebefolkningen på bydelsnivå å bli bedre. Dette er data som har mange gode egenskaper for bruk i et kriteriesystem, særlig om de kunne kombineres med sikker kunnskap om sammenhengene mellom typer av diagnoser (herunder dørsårsaker og grunnlag for uførepensjonering), typer av funksjonshemninger og dermed også hjelpe- og tilsynsbehov. Den andre veien er å gjennomføre forsåvidt en tradisjonell levekårsundersøkelse, men hvor ressurser ble satt inn på å kartlegge alle personer som ble trukket ut til undersøkelsen. Konkret ville dette bety å oppsøke sykehjem, gå via hjemmehjelpere etc. for å få så høy svarprosent som mulig. I tillegg måtte de data som ble samlet inn (dvs spørsmålene i intervjuet) være konstruert bevisst slik at man fanget opp både omfanget av hjelpebehovet for de tjenester bydelene tilbyr og personenes tilgang til og bruk av kompensasjonsressurser.

9.4 Kan kriteriesystemet forenkles?

I kapittel 2 gjennomgikk vi endel krav som bør stilles til kriteriesystemet. Disse kravene var dels avledet av et allment mål om at ressursene faktisk skal komme fram til de innbyggere som har størst behov, og dels var kravene avledet av et hensyn til at systemet skal være et virkemiddel i den demokratiske styringen av den kommunale ressursbruken. Dette siste hensynet tilsier at systemet og dets utforming bør være så enkelt og forståelig som mulig, mens målet om treffsikkerhet nødvendigvis innebærer en økt kompleksitet.

Våre analyser viser gjennomgående at det er lite å vinne i treffsikkerhet ved å øke antallet kriterier. Vi vil likevel ikke fra dette alene påstå at kriteriesystemet kan forenkles, av den gode grunn at vi da implisitt ville legge til grunn at dagens fordeling av ressurser faktisk er riktig.

En ting er at vi har funnet variabler hvis bruk som tildelingskriterier kan *reprodusere* dagens budsjettfordeling temmelig nøyaktig, noe helt annet er om denne fordelingen faktisk *er* riktig.

Nå vil man aldri noengang i en tenkt fremtid kunne konkludere med at det foreligger så mye gode data at man med full sikkerhet kan si å ha funnet den sanne fordelingen av de relevante behov. Til det er menneskesamfunnet altfor mangfoldig. Kravet til forenkling bør derfor kanskje heller formuleres som en norm om at dersom det finnes et lite knippe variabler som kan reprodusere en budsjettfordeling man på et trygt empirisk grunnlag kan anta er i best mulig samsvar med en tenkt, «sann» fordeling, så kan det være forsvarlig å la variabler

som fanger opp behovsvariasjonen like godt benyttes i kriteriesystemet. Dette prinsippet kan vi også formulere på en annen måte, nemlig ved å la de enklest tenkelige kriteriet, nemlig ren aldersdemografi, få en «forrang» i å forklare behovsvariasjonen, og deretter justere dette kriteriets virkning med noen få sosio-økonomiske variabler. Våre analyser har i stor grad benyttet denne prosedyren, og resultatene indikerer at dagens kriteriesett faktisk kan forenkles betydelig.

9.5 Avslutning

Det var en erklært målsetting ved systemets innføring at det skulle evalueres kontinuerlig. Vi har i denne rapporten forsøkt å vise hvordan en bestemt fremgangsmåte kan benyttes, og hvordan vi på grunnlag av levekårsdata kan trekke konklusjoner om kriteriesystemets treffsikkerhet basert på prosentandeler av utgiftene som burde vært tildelt en annen bydel, gitt at den behovsdefinisjon som velges er den riktige. Styrken ved denne metoden er at den gir en lett tolkbar konklusjon. For hver enkelt bydel finner vi et tallmessig uttrykk for hvor mye for lite eller for mye bydelen tildeles relativt til bydelens andel av det samlede behovet. Svakheter ved metoden, eller rettere ved det datamateriale som det har vært mulig å analysere, er at vi ikke klarer å fange inn forskjeller i behovsintensitet mellom faktiske og potensielle brukere av tjenestene.

Vårt prosjekt er den første, omfattende evalueringen av et kriteriesystem som er helt unikt. Det er derfor ikke mulig å sammenlikne våre funn verken med tilsvarende undersøkelser eller med tilsvarende metoder. På mange måter har derfor dette prosjektet også vært et eksperiment. Vi har forsøkt å påpeke hvor det fortsatt mangler kunnskap som er relevant for å få til en bedre etterprøving av kriteriesystemet, og på den måten også gi noen forsøksvise råd om hvordan fremtidige evalueringer bør gjennomføres. Men vår konklusjon er likevel den, at kriteriesystemet fordeler betydelige ressursmengder på en måte, som i det store og hele samsvarer godt med befolkningens behov, og at denne fordelingen foregår innen et system som er omgitt av stor og tverrpolitisk enighet.

målgrupper, har det i prinsippet ingen garantier for at den samlede profilen ikke kan være vesentlig endret, etter at 25 bydeler har fattet sine lokale prioriteringer.

Den første sentrale problemstillingen for denne rapporten er derfor å undersøke hvordan de 25 bydelene faktisk prioriterer de midlene de tildeles. Kort sagt: *Bruker de sin frihet?* Dette spørsmålet skal belyses ved å se på forskjellene mellom de budsjettene bydelene tilføres fra kriteriesystemet innen hvert av funksjonsområdene og bydelenes bruk av midlene på de samme funksjonsområdene. Oppfatter de sammensetningen av budsjettet etter funksjonsområder som retningsgivende, nærmest som øremerkede midler, eller kan vi finne en lokal prioritering som avviker sterkt fra kriteriesystemets utmåling av ressurser innen funksjonsområdene?

Kriteriesystemet fanger opp endringer i befolkningens behov over tid, og «oversetter» disse til variasjoner i bydelenes samlede ressursramme: Den enkelte bydels budsjettramme vil derfor variere som følge av en kombinasjon av endringer i behov innen bydelen og endringer i den av kommunen sentralt avsatte ressursmengde til bydelene. Fra 1990 til 1996 økte den totale budsjettrammen for alle bydelene fra 3.2 til 4.3 milliarder¹ men med store forskjeller mellom de enkelte bydelene. Noen bydeler har opplevd praktisk talt konstant driftsramme, andre har fått den økt med over 40 prosent over denne perioden. Den andre sentrale problemstillingen er derfor i korthet: *Hvordan prioriterer bydelene ved endret totalramme?* Er prioriteringene annerledes i de bydeler som har opplevd stor økning i sine budsjetter enn i bydeler med mindre budsjettøkning? Dette spørsmålet vil bli belyst ved at undersøke eventuelle sammenhenger mellom bydelens endring i samlet budsjettramme og deres prioriteringer i 1995.

Den overordnede ideen bak kriteriesystemet er at det skal fange opp befolkningens behov på en empirisk fullt ut sikker og relevant måte, og fordele midler mellom bydelene proporsjonalt med behovet til befolkningen i bydelen. En slik tenkt situasjon vil man aldri nå, men la oss gjøre et tankeeksperiment: Dersom vi var sikre på at kriteriesystemet fordelte midler utfra de sanne, objektive behovene, ville enhver endring i behov i en bydel føre til en tilsvarende endring i bydelens budsjett. Bydelens ressursmessige forutsetning for å løse de aktuelle behovene ville være konstant – økte behov ville ledes av større budsjetter, reduserte behov av mindre. I denne ideelle verdenen måtte enhver forskjell i utgiftsprioritering og tjenestenivå mellom bydelene forklares med andre forhold enn variasjoner i behov, for eksempel lokale normative prioriteringer, innflytelse fra administrasjon og profesjoner, produktivitetsforskjeller, sløsing og så videre. I den virkelige verden vil et kriteriesystem ikke makte å måle behovene på en perfekt og sann måte. Man må derfor alltid operere med muligheten for at det til enhver tid gjeldende kriteriesystemet

¹ Tallene er den totale netto budsjetterte driftsrammen utmålt gjennom kriteriesystemet, inkludert administrasjon men eksklusive sosialhjelp. Inklusive sosialhjelpen er tallene henholdsvis 4.05 og 5.2.

ikke fullstendig fanger opp (endringer i) befolkningens behov. En slik svikt i kriteriesystemet vil innebære at noen bydeler har mer ressurser til rådighet gitt sitt behovsnivå enn andre. Bydelene står ikke overfor de samme forholdene mellom lokale behov og tildelte budsjetter. En slik svikt i kriteriesystemet vil derfor, slik vi drøftet i kapittel 2, kunne være en selvstendig faktor bak de prioriteringene bydelene foretar. Den tredje problemstillingen som derfor skal belyses er i hvilken grad inadekvat behovsoperasjonalisering i det gjeldende kriteriesystemet kan forklare forskjeller i utgiftsprioriteringer mellom bydelene. Fra bydelene framkommer det hyppig påstander som hevder at svikt i kriteriesystemets oppfangning av utgiftsbehov (på ett funksjonsområde) fører til at bydelene føler seg «tvunget» til å nedprioritere andre tjenestetyper. Spissformulert kan vi derfor stille vårt tredje hovedspørsmål på denne måten: *Lar de lokale prioriteringene seg forklare som en effekt av svak treffsikkerhet i kriteriesystemet?* Dette spørsmålet lar seg ikke besvare like enkelt som de to foregående, noe vi skal behandle mer utførlig i avsnitt 8.5. Men ved å sammenstille data om bydelenes faktiske prioriteringer med data over behov, vil vi kunne danne oss et bilde av i hvilken grad slike «tvangsprioriteringer» er et vesentlig trekk ved bydelenes tilpasninger til kriteriesystemet.

8.2 Noen metodiske betraktninger, hypoteser og data

Den kriteriebaserte budsjettfordelingen har kun virket i fem år, og kommunal tjenesteyting er en tung og komplisert virksomhet. De analysene som gjennomføres for å besvare de tre problemstillingene vil derfor være beheftet med den metodiske usikkerheten som består i problemene med å skille mellom *effekter av omleggingen* fra aktivitetsbasert til kriteriebasert budsjettering, og det som er framvoksende og mer *allmenngyldige tilpasninger* til den nye kriteriebaserte budsjettfordelingen. Fra og med bydelenes opprettelse i 1988 og til og med 1990 var finansieringen aktivitetsstyrt: Bydelene ble tildelt midler på grunnlag av sin faktiske (og planlagte) tjenesteproduksjon. De hadde derfor stor grad av sikkerhet omkring de kommende budsjett-rammene, men samtidig heller ingen insentiver til å revurdere sine prioriteringer kontinuerlig. Budsjettårene 1991 og 1992 var overgangsår, hvor kriterieelementet ble innført kombinert med overgangsordninger for å unngå at noen bydeler fikk dramatisk endrede budsjetttrammer. Årene 1993 og 1994 kjennetegnes av at overgangsordningene falt bort, og at bydelene ble fullt og helt ble eksponert for det nye budsjetteringssystemet. Til gjengjeld var dette i et utprøvingsfase, med endringer i kriterieandeler som signaliserte til bydelene at det fremdeles ville romme usikkerhet om de endelige budsjetttrammene. 1995 er derfor det første året hvor vi kan anta

at bydelene har kunnet tilpasse seg til et velkjent og forutsigbart budsjetteringssystem. I tillegg kommer at kvaliteten på bydelenes regnskapsdata er blitt stadig bedre. Analysene av bydelenes tilpasninger til kriteriesystemet vil derfor i stor grad være basert på dette året. Først når systemet har virket i en lengre tid, vil man kunne avgjøre hva som var overgangsfenomener og hva som var en ny type atferd. Ambisjonene i dette kapittelet er derfor først og fremst å søke etter *hovedmønstre* i et stort og omfattende datamateriale, og på grunnlag av det vi finner, forsøke å belyse de problemstillingene som ble reist over. Men en vel så viktig oppgave er å benytte det vi finner til å *reise nye problemstillinger*, slik at vi i neste omgang kan få bedre innsikt i hvordan kriteriesystemet faktisk påvirker beslutningene i bydelene.

I det foregående har vi operert med et begrep om bydelenes prioriteringer. Dette begrepet trenger en presis definisjon for å kunne nyttes i de empiriske analysene, og ulike varianter er mulige. Innen den beslutningsteoretiske tradisjonen for analyse av offentlige utgifter er det vanlig å måle grad av prioritering til et formål som andelen av de totale ressursene som anvendes til formålet (Newton, 1980). Men en rett fram sammenlikning av de ulike bydelenes fordeling av sine utgifter mellom funksjonsområdene ville være forholdsvis meningsløs, nettopp fordi bydelene står overfor ulike nivå på behov innen sin befolkning. Det er disse ulikhetene i behov kriteriesystemet forsøker å fange opp. Det er derfor mer nærliggende å måle en bydels prioritering til hvor mye den har benyttet på et funksjonsområde relativt til budsjettet for det samme funksjonsområdet. Det målet på prioriteringer som benyttes er derfor definert på følgende måte for hvert funksjonsområde:

$$\text{Prioritering} = \text{Utgiftsandel} / \text{Budsjettandel}$$

Dette målet vil ha den egenskapen at verdier over 1,0 angir en ressursbruk større enn budsjettet, altså en oppprioritering av funksjonsområdet, mens verdier under 1,0 angir at området er blitt nedprioritert.² Vårt mål er altså beregnet med utgangspunkt i avviket mellom det kriteriefordelte budsjettet og utgiftene på de enkelte funksjonsområdene. En bydel som ikke foretar noen selvstendige beslutninger, men kun

² Et annet mulig mål er utarbeidet av Tangen (1996) og er definert ved:

$$\text{Prioritering} = (\text{utgift} - \text{budsjett}) / \text{budsjett}$$

Dette målet gir negative tall for budsjettoverskridelse, positive for de tilfellene hvor en bydel bruker mindre enn budsjettet. Jo mindre verdi, desto sterkere er området prioritert. Dersom summen av utgifter alltid var lik summen av inntekter ville disse to målene gi helt identiske beskrivelser av prioriteringene. Men en bydel kan reagere på et sterkt problempress på to måter; enten ved interne omfordelinger, eller ved å «låse» de andre områdene mot nedskjæringer og heller sprengte den totale driftsrammen. Et konkret eksempel kan (forts...)

mekanisk anvender de tildelte midlene (*som om* de var øremerkede), vil følgelig få verdien 1,0 på alle funksjonsområdene.

Nå er det er rimelig å anta at bydelenes ressursbruk er noe mer komplisert, og at deres faktiske utgiftsbeslutninger bestemmes av et samspill mellom a) hva man har til rådighet (budsjett fra kriteriesystemet), b) hva man ønsket (lokale normative målsettinger) og c) hva de lokale politikerne og administrasjonen opplever å bli tvunget til (problempress). I tillegg er det grunn til å tro at det innen bydelene, som i alle systemer som fordeler knappe ressurser, vil foregå strid og drakamper mellom ulike formål. Et vesentlig innslag i slike prosesser er alltid ulike påstander om hvilke behov og hvilke grupper som bør prioriteres, og hvor ulike profesjonelle sektorinteresser og pressgrupper tørner sammen.

Enheten for analysene i det følgende er primært den enkelte bydelen, og selv om 25 bydeler er i minste laget for at statistiske analyser skal bli robuste, vil vi kunne anvende statistiske teknikker for å besvare våre spørsmål. Ved så få enheter vil enkeltbydeler med svært avvikende mønstre kunne forme resultatene. På den annen side er 25 enheter ikke flere enn at vi kan klare å holde oversikt over dette fenomenet. Oslos bydeler sammenfattes også hyppig til et mindre antall grupper, og en inndeling i seks levekårsregioner er mye benyttet: Innen disse gruppene finner vi bydeler hvis befolkning er relativt likeartet på en lang rekke levekårsvariabler, og hvor de lokale bydelsmyndigheter (derfor) står overfor relativt likeartede grupper og problemspektre på tjenestesiden. Det er nyttig i analysene å også sammenlikne disse bydelsgruppene med hverandre. I denne forbindelsen må vi imidlertid være oppmerksomme på at det er to måter å beskrive kjennetegn ved slike *regioner*. Den ene er å karakterisere regionen som gruppe av bydeler, og beskrive kjennetegn for eksempel ved bruk av gjennomsnittsverdier. Den andre er å oppfatte dem som en enkelt enhet, og summere de aktuelle variablene på regionnivå. Begge metoder er fullt ut forsvarlige, og må nyttes etter formålet.

(forts...) illustrere dette: Søndre Nordstrand fikk 31 prosent av sitt budsjett fra funksjonsområde 3. Dette utgjorde 60 millioner, og 60 millionene ble også benyttet til funksjonsområdet. Men fordi bydelen sprenge den totale budsjetttramme, og hadde samlede utgifter (13.7/22.5) millioner større enn inntektene, utgjorde disse 60 millionene bare 28 prosent av utgiftene, altså en lavere andel av utgiftene enn av de budsjetterte inntektene. Spørsmålet er da: Hvorledes er det rimelig å fortolke dette tilfellet i forhold til et kvantitativt uttrykk for prioritering? I prinsippet kan det tenkes at det i kroner kan benyttes mer til et funksjonsområde enn det som er budsjettet, selv om andelen til området kan være lavere på utgiftssiden enn på inntektssiden. Et slikt tilfelle har vi likevel ikke funnet i materialet for 1995, og i praksis blir ikke forskjellene mellom de to målene av betydning for konklusjonene. Vi vil argumentere for at siden funksjonsområde 3 ikke har fått noen utgiftsvekst som følge av de økte ressursrammene, er det relativt sett blitt nedprioritert i forhold til andre tjenesteområder. Denne relative nedprioriteringen fanges godt opp av vårt, mens det alternative målet ikke klarer å fange opp dette.

Analysene vil foregå på et høyt aggregeringsnivå: Vi vil være opptatt av de tre hovedfunksjonsområdene, og i noen analyser også utgiftene til barnevern og administrasjon. Utgiftene til sosialhjelp er ikke inkludert i analysene, både utfra teoretiske og praktiske argumenter: På det teoretiske planet bestemmes en bydels utgifter til økonomisk sosialhjelp gjennom andre prosesser enn tilfellet er for de andre funksjonsområdene. Bydelene er forpliktet til å hjelpe klientene, og svingninger i etterspørselen vil generere svingninger i utgiftene. Videre er 40 prosent av den kriteriebaserte budsjettandelen basert på forrige års utgiftsnivå. Vår definisjon av prioritering gir derfor ingen mening for denne utgiftstypen. Vokser etterspørselen etter sosialhjelp, er bydelen forpliktet til å imøtekomme denne, hvilket innebærer at endringer i sosialhjelpsutbetalingene kan være en viktig faktor for å forstå prioriteringene innen andre funksjonsområder (eventuelt at bydelene går utover den tildelte totalrammen for alle funksjonsområdene). En grundig undersøkelse av slike forhold vil kreve en langt mer omfattende analyse enn det vi har rom for i denne rapporten.

I det neste avsnittet skal vi nå undersøke hvordan bydelene faktisk har anvendt den tildelte totalrammen, og hvor forskjellig utgiftsstrukturen er for de forskjellige funksjonsområdenes budsjettandeler. Deretter vil vi i avsnitt 8.4 undersøke eventuelle sammenhenger mellom bydelenes vekst i budsjettene de siste fem årene og prioriteringene. I avsnitt 8.5 analyseres mulige sammenhenger mellom kriteriesystemets treffsikkerhet og de lokale prioriteringene.

8.3 Benytter bydelene sin frihet til å prioritere?

Den første problemstillingen var altså å kartlegge i hvilken grad bydelene faktisk bruker sin kompetanse til selv å bestemme fordelingen av sine budsjetter til de ulike formålene. Dette skal vi belyse i to trinn med data fra 1995: Først ved rett og slett å se på hvor stor andel av de samlede ressursene som på bydelsnivå er blitt anvendt til et annet funksjonsområde enn det ble bevilget til på sentralt nivå, deretter ved å se på hvilke bydeler som har prioritert hvilke funksjonsområder

Et direkte mål på hvor stort innslag det er av lokale prioriteringer av de tildelte midlene kan vi få ved å beregne hvor mange prosent av midlene som går til et annet funksjonsområde enn de ble utmålt etter og dividere med to. Jo større dette tallet er, jo sterkere er det rimelig å si at innslaget av reelle lokale prioriteringer har vært i bydelen. Disse avvikene er vist i tabell 8.1, og vi kan med en gang legge merke til at bydelenes utgiftsstruktur gjennomgående avviker svært lite fra kriteriesystemets sammensetning av deres budsjett.

For kommunen som helhet er totalvirkningen av bydelenes omprioriteringer at kun 1,8 prosent av midlene (i underkant av 100 millioner) blir anvendt på et annet funksjonsområde enn det de ble budsjettet til. 98,2 prosent av de sentralt bevilgede midlene går faktisk går til tjenesteyting beregnet for målgruppene, men ikke nødvendigvis i «riktig» bydel. Omvendt symmetriske omprioriteringer i to bydeler vil, med dette målet, nøytralisere hverandre.

Om en million «bevilget» av kriteriesystemet til eldre i bydel A anvendes til barn, mens en million bevilget til barn i bydel B benyttes til eldre, vil vi på aggregert bynivå finne en utgiftsstruktur lik budsjettstrukturen. Dette fenomenet omfatter i underkant av én prosent av det totale budsjettet, slik at en mer korrekt konklusjon er at 97,3 prosent av samtlige midler blir brukt til det funksjonsområdet, og innen

Tabell 8.1 Prosent avvik mellom budsjettfordeling og utgiftsfordeling for funksjonsområdene 1-3, barnevern og administrasjon 1995. Notasjonen er bydelsnummer og bydelsgруп

Størst endring		Minst Endring	
23-yv	11,43	YTRE NORD	1,03
9-nd	11,14	14-ed	1,08
6-iø	8,88	ALLE	1,82
17-nd	7,74	16-nd	1,99
13-ed	7,47	1-iv	2,14
25-yv	6,64	INDRE VEST	2,53
19-nd	6,58	2-iv	2,99
15-ed	6,28	INDRE ØST	3,04
12-ed	6,26	20-yn	3,09
4-iø	5,58	21-yn	3,54
5-iø	5,22	ELDRE DRAB	3,67
24-yv	5,10	22-yn	3,98
8-yv	5,06	YTRE VEST	4,10
NYE DRAB	5,05	7-yv	4,11
18-nd	5,02	3-iv	4,29
11-ed	4,88	10-ed	4,56

den bydel, det ble budsjettert til. Til sammen påvirker altså bydelenes lokale prioriteringer 2,7 prosent av det totale budsjettet for hele kommunen. Dersom vi setter dette målet på lokale omprioriteringer til 100 prosent, kan det beregnes at endringer innen funksjonsområde 3 står for 32 prosent, funksjonsområde 2 bidrar med 22 prosent, administrasjon 17 prosent, funksjonsområde med 16 prosent og til sist barnevern med 15 prosent.

Innslaget av lokale omprioriteringer er størst i Vindern og i Søndre Nordstrand. Dette er interessant, fordi disse to bydelene befinner seg i hver sin ytterkant av Oslos sosiale geografi. Ellers må mønsteret sies å vise at bydelene i meget stor grad oppfatter at, eller handler som om, budsjettene er øremerket til sine respektive funksjonsområder.

Hvilke funksjonsområder er det så bydelene har prioritert opp, og hvilke er nedprioritert? I tabell 8.2 har vi gjengitt budsjettandelene fra de ulike funksjonsområdene og hvordan utgiftene ble prioritert i bydelene. Som vi ser, er det igjen en meget høy grad av samsvar, noe som understøtter antakelsen om at politikerne og/eller administrasjonen i bydelene i betydelig grad oppfatter budsjettene som rammer også for de enkelte funksjonsområdene.

Vi fant tidligere at i underkant av to prosent av de samlede ressursene ble gjenstand for lokal prioritering, ved at de ble anvendt til utgifter innen et annet funksjonsområde enn de av kriteriesystemet ble utmålt til. Vi kan se av tabell 8.2 at det er funksjonsområde 1 og særlig administrasjon som prioriteres opp, mens det

Tabell 8.2 Prosent av de samlede ressursene i Oslo kommune fordelt til bydelene etter kriteriesystemet etter funksjonsområde, og prosent av midlene anvendt innen funksjonsområdene og variasjonskoeffisienten for bydelenes budsjettandeler og utgiftsfordeling, 1995

	FO1	FO2a	FO-BV	FO3	ADM
BUDSJETTANDEL	12,3	12,1	6,9	61,1	7,7
UTGIFTSANDEL	12,8	11,9	6,9	59,3	9,0
PRIORITERING	1,04	0,99	1,01	0,97	1,16
VARIASJON;BUDSJETT*	,175	,180	,351	,090	,138
VARIASJON;UTGIFT*	,179	,010	,183	,101	,149

* Variasjonskoeffisienten er et standardisert mål på spredning, definert som standardavviket delt på gjennomsnittet. Dette gjør at variasjonskoeffisienten ikke er påvirket av nivået på de ulike funksjonsområdenes andeler, og at den derfor kan sammenliknes direkte mellom funksjonsområdene – jo større variasjonskoeffisient, desto større er variasjonen mellom bydelene.

først og fremst er på funksjonsområde 3 at bydelenes utgifter er mindre enn de tildelte budsjettene for dette funksjonsområdet.

Nå kan alltid tall på aggregert nivå skjule stor variasjon, og bydeler som har større utgifter enn budsjettet på et funksjonsområde «nulles ut» av bydeler som har mindre. For å undersøke dette har vi beregnet variasjonskoeffisienten, og forholdet mellom variasjonen i budsjettandel (som er generert av kriteriesystemet) og variasjonen i regnskapsandel (som framkommer gjennom lokale beslutninger), kan fortelle oss om bydelens prioriteringer øker eller reduserer spredningen.

For funksjonsområdene 1 og 3 ser vi at spredningen i utgiftsandeler og i inntektsandeler er temmelig lik, mens vi for funksjonsområde 2 har en større spredning i budsjettandeler enn i utgiftsandeler: Dette betyr konkret at bydelene er mer ulike i sin prioritering av midler innen funksjonsområde 2 enn det kriteriesystemet antar om behovsvariasjon: Bydeler som får små budsjettandeler bruker mer enn de tildeles, mens de som får relativt sett mye benytter mindre.

Det samme mønsteret finner vi i ennå sterkere grad for midler til barnevern: Kriteriesystemet antar en større spredning i behovsvariasjonen enn det bruken av midler tilsier: For begge disse områdene fører de lokale prioriteringene til en konvergens, hvor bydelene er likere i sin utgiftsprioritering enn det kriteriesystemet er i sin utmåling av budsjettandeler.

I tabell 8.3 (på neste side) vises forholdet mellom budsjettandelen og den faktiske utgiftsandelen for de ulike funksjonsområdene i alle bydelene og bydelsgruppene. Verdier over 1,0 betyr som før nevnt at bydelen har benyttet en større andel av sine samlede ressurser til funksjonsområdet enn budsjettandelen utgjorde av den samlede budsjetttrammen, altså at funksjonsområdet er oppprioritert.

Det vil føre altfor langt å kommentere dette bildet i detalj, men vi kan merke oss at det nå framkommer et bilde som viser et langt større innslag av reelle lokale prioriteringer:

Søndre Nordstrand og Vindern var de bydelene som i størst grad benyttet sin lokale frihet til å prioritere uavhengig av kriteriesystemets budsjettandeler, og de har gjort det på nærmest stikk motsatt måte: Vindern skiller seg kraftig ut ved å prioritere eldreomsorgen, og benyttet her 37 prosent mer av midlene enn det kriteriesystemet tildelte. Søndre Nordstrand benyttet derimot kun 90 prosent av budsjettet under funksjonsområde 3 til eldre. I prinsippet kunne dette mønsteret la seg forklare ved en «svikt» i kriteriesettet for funksjonsområde 3, ved at behovene hos eldrebefolkningen i bydelene på ytre vest ikke fanges godt nok opp, mens de overvurderes i de nye drabantbyene. Til en viss grad kan bydelsgruppens prioriteringen innen funksjonsområde 3 understøtte en slik konklusjon. På den annen side kan vi legge merke til at Vindern er svært avvikende fra de andre bydelene i ytre vest, og at også bydel 5 og 6 faktisk har prioritert eldreomsorgen sterkt. Søndre

Tabell 8.3 Budsjettandel delt på utgiftsandel etter funksjonsområde og bydel. Rangert for hvert funksjonsområde, bydeler og regioner. Rangert

P:f1		P:f2		P:bv		Pf:3		P:ad	
6-iø	1,34	4-iø	1,39	24-yv	2,37	23-yv	1,17	9-nd	2,53
4-iø	1,30	13-ed	1,36	7-yv	2,11	6-iø	1,07	17-nd	1,95
10-gd	1,28	3-iv	1,34	23-yv	2,05	5-iø	1,06	NY:DRA	1,72
I:ØST	1,25	10-gd	1,21	Y:VEST	2,01	22-yn	1,04	19-nd	1,50
8-yv	1,22	19-nd	1,21	25-yv	1,99	24-yv	1,03	15-ed	1,42
25-yv	1,20	20-yn	1,20	21-yn	1,73	8-yv	1,03	12-ed	1,33
18-nd	1,17	I:VEST	1,20	2-iv	1,73	Y:VEST	1,03	16-nd	1,27
5-iø	1,12	11-gd	1,19	12-ed	1,70	21-yn	1,02	25-yv	1,23
7-yv	1,10	2-iv	1,18	1-iv	1,70	14-ed	1,01	13-ed	1,21
21-yn	1,09	EL:DRA	1,14	I:VEST	1,61	1-iv	1,00	18-nd	1,18
9-nd	1,08	12-ed	1,11	3-iv	1,47	25-yv	1,00	ALLE	1,16
3-iv	1,05	18-nd	1,08	15-ed	1,44	Y:NOR	1,00	EL:DRA	1,14
2-iv	1,05	17-nd	1,04	22-yn	1,41	I:ØST	0,99	6-iø	1,13
ALLE	1,04	14-ed	1,03	13-ed	1,29	16-nd	0,98	11-gd	1,11
NY:DRA	1,00	16-nd	1,02	EL:DRA	1,19	2-iv	0,98	1-iv	1,09
I:VEST	1,00	15-ed	1,00	11-gd	1,19	I:VEST	0,98	22-yn	1,08
Y:VEST	0,99	NY:DRA	0,99	Y:NOR	1,18	ALLE	0,97	20-yn	1,07
20-yn	0,99	ALLE	0,99	8-yv	1,10	3-iv	0,96	5-iø	1,07
12-ed	0,98	I:ØST	0,96	4-iø	1,10	20-yn	0,96	Y:NOR	1,06
Y:NOR	0,98	24-yv	0,94	14-ed	1,05	10-gd	0,96	8-yv	1,04
19-nd	0,97	Y:NORD	0,94	17-nd	1,04	7-yv	0,95	7-yv	1,03
EL:DRA	0,96	1-iv	0,93	ALLE	1,01	EL:DRA	0,95	Y:VEST	1,03
14-ed	0,96	7-yv	0,91	16-nd	1,00	11-gd	0,94	I:ØST	1,03
17-nd	0,96	5-iø	0,89	20-yn	0,96	4-iø	0,93	21-yn	1,01
16-nd	0,92	9-nd	0,85	NY:DRA	0,93	15-ed	0,92	10-gd	0,97
11-gd	0,90	22-yn	0,79	19-nd	0,92	18-nd	0,92	24-yv	0,93
1-iv	0,87	6-iø	0,75	18-nd	0,91	NY:DRA	0,91	4-iø	0,93
15-ed	0,86	Y:VEST	0,71	I:ØST	0,81	12-ed	0,91	14-ed	0,92
13-ed	0,85	21-yn	0,63	9-nd	0,79	13-ed	0,91	I:VEST	0,90
22-yn	0,85	8-yv	0,62	10-gd	0,73	19-nd	0,91	23-yv	0,90
23-yv	0,71	25-yv	0,53	5-iø	0,72	9-nd	0,90	3-iv	0,84
24-yv	0,70	23-yv	0,52	6-iø	0,68	17-nd	0,85	2-iv	0,81

Note: administrasjonsutgiftene i bydelene 9 og 17 er antakelig feil (for høye, PHK)

Nordstrand er derimot langt mer representativ for sin bydelsgruppe. Det er et klart mønster at de nye, og om enn i noe mindre grad de eldre drabantbyene, som bruker mindre på eldreomsorg enn de mottar gjennom kriteriesystemet.

Ser vi på prioriteringene innen funksjonsområde 2, tiltak for barn og unge, er igjen Vindern den bydel som i sterkeste grad har nedprioritert dette området. Men nå ser vi at dette også gjelder de andre bydelene i ytre vest. En påstand om at Vindern «tvinges» til å overføre ressurser fra barn og unge til eldre på *grunn av kriteriesystemets utforming* må derfor modifiseres noe. Henvisningen til kriteriesystemet impliserer en forklaring om at Vindern prioriteringer er framkommet ved tvang, mens prioriteringsmønsteret for de andre vestlige bydelene som levekårsmessig er svært like Vindern, viser at de ikke har «måttet» forfordle de eldre like sterkt.

Selv om variasjonsbredden i bydelenes prioriteringer er minst på funksjonsområde 3 (fra 1.17 i Vindern og ned til 0.85 i Stovner), et likevel dette funksjonsområdet sentralt, nettopp fordi det utgjør en så stor andel av praktisk talt alle bydelenes samlede ressursramme. En relativt sett liten nedprioritering av eldreomsorgen vil frigjøre ressurser til en mer betydelig oppprioritering innen andre områder (med mindre utgiftsandel). Og omvendt, det må store nedprioriteringer til på de andre områdene for å finansiere en liten oppprioritering av eldretjenestene. I materialet er det en svak tendens til at en oppprioritering av eldresektoren går sammen med en nedprioritering av tiltak for barn og unge ($r=-.66$) og av administrasjonsutgifter ($r=-.53$). Går vi nærmere inn på dette mønsteret, lar det seg forklare ved at for de vestlige bydelene går en nedprioritering av funksjonsområde 2 sammen med en prioritering av funksjonsområde 3, mens for (de eldre) drabantbyene er det en klar tendens til at nedprioritering av funksjonsområde 3 går sammen med oppprioritering av administrasjon. For de nye drabantbyene «finansierer» nedprioriteringen av funksjonsområde 3 en oppprioritering av administrasjon. For de andre funksjonsområdene er det ingen statistiske sammenhenger mellom bydelenes prioriteringer og deres grad av satsning på eldreomsorg.

Utviklingen over tid

Analysene over gir et bilde at ett enkelt år, 1995. Tilsvarende analyser kan gjøres for alle årene kriteriesystemet har vært i bruk, men det ville sprengte alle rammer. For likevel å få et inntrykk av om det har foregått noen vesentlige endringer i perioden fra og med 1991, har vi i figurene 8.1 til 8.5 vist hvordan utgiftsprioriteringen har vært i de fem årene på de ulike funksjonsområdene. Alle figurene viser nivået på det faktiske forbruket av ressurser (regnskapstall) i prosents avvik fra det kriterietildelte budsjettet.

For barnevernet er det en ennå klarere tendens til at bydelene benytter de tildelte midlene, noe som kanskje ikke er overraskende. Når disse tildeles etter et

eget funksjonsområde, og hvor den kommunale tjenesten er av en spesiell karakter, er det antakelig lett å oppfatte disse midlene som øremerkede.

For funksjonsområde 3 kan vi registrere en interessant utvikling. Bortsett fra i drabantbyene er det en markert utvikling i retning mindre avvik mellom kriterietildeling og faktiske utgifter. Bydelenes lokale prioriteringer konvergerer faktisk mot å ikke bruke verken mer eller mindre enn det man tildeles.

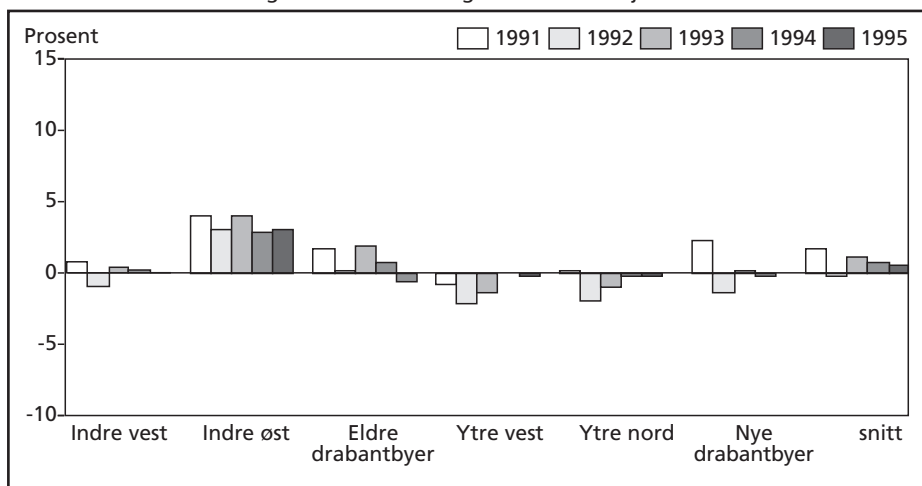
For drabantbyene ser vi en annen utvikling: Fra å bruke mer enn de ble tildelt tidlig på 1990-tallet, har de i de senere årene benyttet mindre enn de har fått i budsjett.

For utgifter til administrasjon finner vi også et konvergerende mønster. I alle bydelgruppene bortsett fra i de nye drabantbyene, er det en klar tendens til det tidlig på 1990-tallet benyttes mindre ressurser enn tildelt, mens det sent i perioden er svært godt samsvar mellom benyttede og tildelte ressurser. For de nye drabantbyene er det derimot en markert trend i retning av å stadig oppprioritere utgiftene til administrasjon.

Figur 8.1 viser at for funksjonsområde 1 har alle bydelgruppene, bortsett fra indre øst, benyttet de kriterietildelte midlene i alle årene. Indre øst har derimot oppprioritert dette funksjonsområdet over hele perioden.

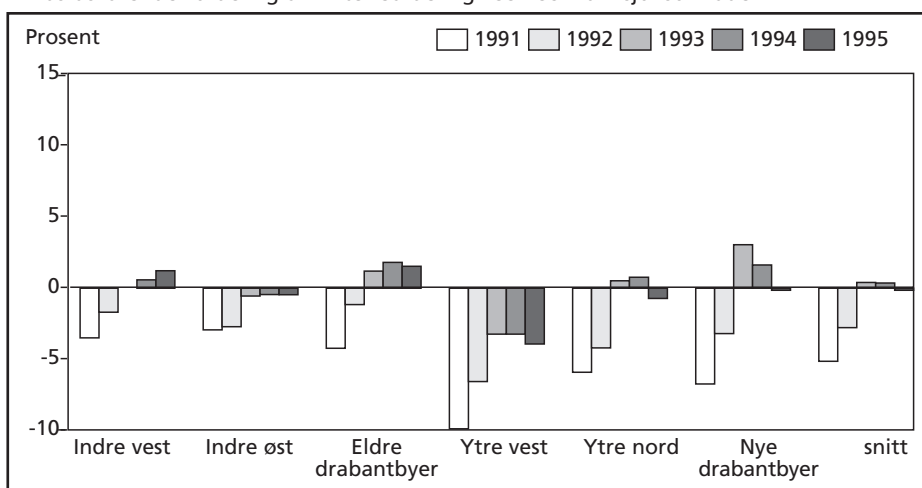
Sammenfatter vi de foregående avsnittene, er det mulig å trekke tre konklusjoner. For det første; bydelenes lokale prioriteringer (i 1995) endrer svært lite på den budsjettfordelingen som vedtas sentralt i kommunen. Grovt sett benytter bydelene de tildelte midlene innen de samme funksjonsområdene som de er utmålt til. I denne forstand synes bydelene å handle som om budsjettene var øremerkede. Hvorfor så mange av bydelene synes å tilpasse sin utgiftsstruktur til budsjettandelene

Figur 8.1 Prosentvis fordeling av forbruk av ressursers pr.funksjons-område (regnskapstall) minus tilsvarende fordeling av kriterietildeling 1991-95- funksjonsområde I

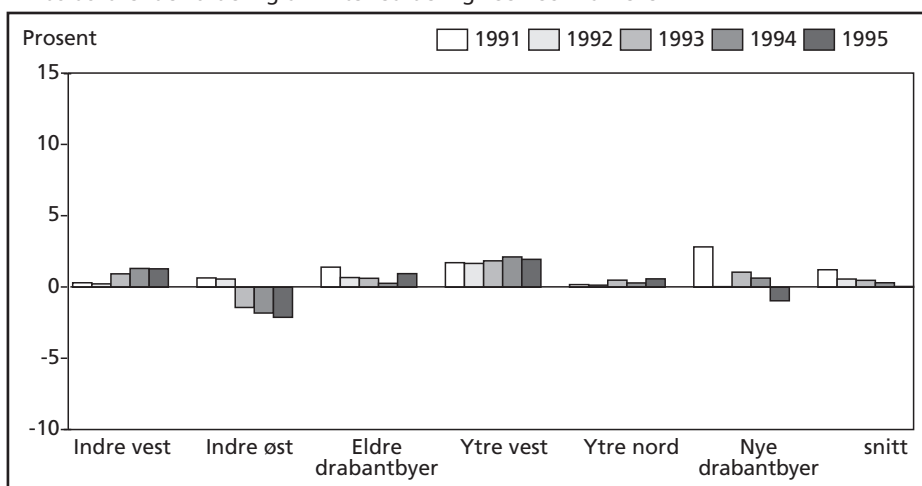


fra kriteriesystemet ligger utenfor denne rapporten, men minst tre forklaringer kan antydes. For det første kan det tenkes å være en sterk oppfatning av at budsjettandelene faktisk er øremerkede, og at bydelsadministrasjon og tjenesteprodusenter tilpasser seg den fordelingen som foretas sentralt. For det andre kan det tenkes å være sterke administrative interesser i bydelens ledelse i å framstille budsjettfordelingen som øremerket, som en strategi for å hindre et for stort nivå på intern drakamp mellom sektorer innen

Figur 8.2 Prosentvis fordeling av forbruk av ressursers pr.funksjons-område (regnskapstall) minus tilsvarende fordeling av kriterietildeling 1991-95- funksjonsområde II

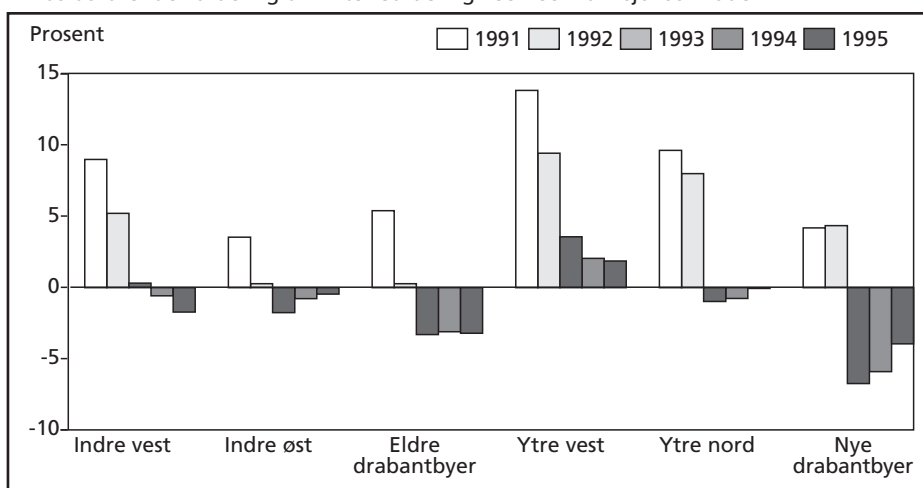


Figur 8.3 Prosentvis fordeling av forbruk av ressursers pr.funksjons-område (regnskapstall) minus tilsvarende fordeling av kriterietildeling 1991-95- Barnevern

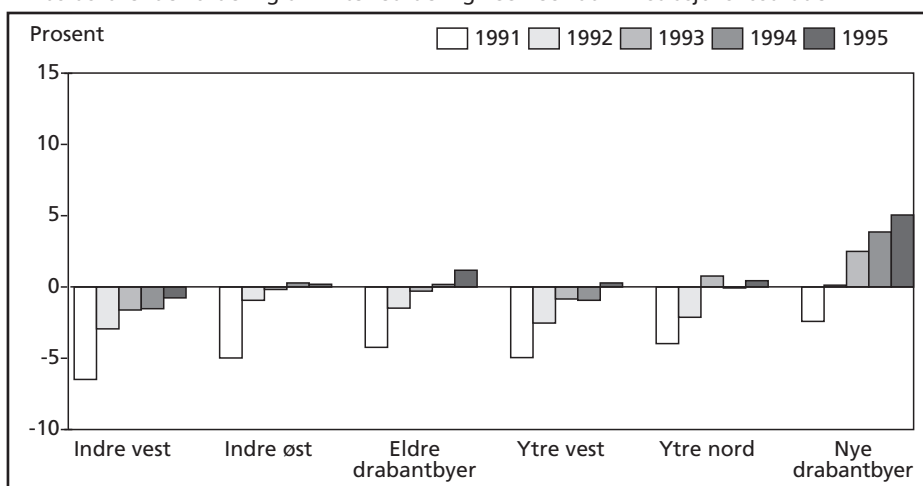


bydelen. Som en strategi for å dempe fordelingskonflikter «overlates» derfor utgiftsfordelingen til kriteriesystemet og de sentrale politikerne. En tredje forklaring kan være at kriteriesystemet faktisk fanger opp behovsvariasjonene mellom bydelene på en god måte, og at de profesjonelle og administrative vurderingene av hvilke funksjonsområder som bør ha hvor mye ressurser er temmelig like i alle bydelene. Hvilke av disse forklaringene som har mest for seg er det ikke mulig å avgjøre uten gjen-

Figur 8.4 Prosentvis fordeling av forbruk av ressursers pr.funksjons-område (regnskapstall) minus tilsvarende fordeling av kriterietildeling 1991-95- funksjonsområde III



Figur 8.5 Prosentvis fordeling av forbruk av ressursers pr.funksjons-område (regnskapstall) minus tilsvarende fordeling av kriterietildeling 1991-95- administrasjonskostnader



nom innhenting av andre typer av data, og da særlig om de impliserte aktørenes oppfatninger og beveggrunner.

For det andre synes tendensen til å utgiftsprioritere i tråd med de tildelte budsjettandelen å ha blitt sterkere jo lenger kriteriesystemet har vært i funksjon. Nå er ikke et slikt samsvar i og for seg noe mål med kriteriesystemet, men det har en viktig implikasjon. Funnene viser at den styringsmuligheten over den samlede ressursbruken som kommunen sentralt har gitt fra seg ved å tildele bydelene en vid kompetanse til selv å prioritere sine utgifter, i realiteten er i behold, nettopp fordi bydelene tilpasser sine utgifter så sterkt til budsjettene, også innenfor de enkelte funksjonsområdene.

Den tredje konklusjonen er at til tross for dette hovedbildet av sterk lokal tilpasning til budsjetttrammene innen hvert funksjonsområde, er det tross alt noen bydeler som benytter sin adgang til selvstendige prioriteringer. Bortsett kanskje fra de nye drabantbyene, preges bildet først og fremst av at det er *enkeltbydeler innen* de ulike bydelsgruppene som utpeker seg ved større selvstendige prioriteringer. Dette funnet er interessant, fordi det kan antyde at forklaringer på bydelenes grad av, og mønster i, prioriteringene må søkes innen bydelenes styringssystem, og ikke ved at for eksempel kriteriesystemet systematisk under- eller overvurderer bestemte behovstrekk i befolkningen. Vi må her huske på at inndelingen i bydeler er basert på et stort batteri av levekårsvariabler, hvilket betyr at dersom lokale prioriteringer kan forklares som responser eller «påtvungne korrigeringer» av manglende treffsikkerhet i kriteriesettens operasjonaliseringer av behov, burde vi finne likeartede prioriteringsmønstre i bydelene inne de ulike bydelsgruppene. I to tilfeller finner vi slike mønstre, i forholdet mellom funksjonsområde 2 og 3 i ytre vest, og mellom funksjonsområde 3 og administrasjon i de nye drabantbyene. Utover dette blir likevel hovedkonklusjonen at det ikke synes å forekomme systematiske mønstre i de prioriteringene bydelene foretar som direkte kan gi grunnlag for antakelser om alvorlig mangel på treffsikkerhet. På den annen side kan vi ikke fra dette slutte at slik manglende treffsikkerhet ikke foreligger. Dersom oppfatningene av at budsjettene er øremerkede er dominerende, kan den tenkes å bidra til å skjule manglende treffsikkerhet. Sagt litt stygt, er de observerte mønstrene også i samsvar med en påstand om at bydelene bruker de pengene de bevilges, enten det er behov for tjenestene eller ikke.

8.4 Budsjettøkning over tid og utgiftsprioriteringer

Kriteriebasert budsjettering ble første gang benyttet i 1991, og overgangen fra det gamle til det nye systemet innebar for noen bydeler til dels betydelige endringer. Disse ble imidlertid dempet ned ved ulike typer av overgangsordninger for å hindre for dramatiske endringer i bydelenes budsjetter i forhold til en profil på tjenesteytingen som var vokst fram over flere tiår. I dette avsnittet skal vi undersøke om det prioriteringsmønsteret som vi har funnet for 1995 kan være systematisk relatert til endringer i bydelens budsjettutvikling de foregående fire årene. Selv om vi altså analyserer utgiftsprioriteringene i et bestemt år, er det all mulig grunn til å tro at denne utgiftsprioriteringen er formet av en tilpasning til den budsjettutviklingen bydelene har opplevd de foregående årene: Er det slik at bydeler som har opplevd en stor budsjettøkning fra tidligere på 1990-tallet til 1995 prioriterer systematisk forskjellig fra de som har opplevd mindre økning? I tillegg har vi også med tre svært grove behovsindikatorer, nemlig endringer i bydelens samlede folketall, antall over 80 år og barn under sju år.

Det er ikke helt entydig hvordan budsjettutviklingen fra kriteriesystemets innføring og fram til og med 1995 best lar seg fange opp. På den ene siden er det problemer knyttet til selve overgangen fra gammelt til nytt budsjetteringssystem via overgangsordninger, for det annet kan (endringer i) bydelenes tilgjengelige ressursrammer defineres både ved den kriteriebaserte ressursrammen og det de faktisk har hatt av totale utgifter. Dersom vi måler økning i endret ressursramme ved de totale faktiske utgiftene, får vi med den ressursøkningen som bydeler kan skaffe seg ved å gå utover den rammen de er tildelt fra kriteriesystemet.

Tabell 8.4 Bivariate korrelasjoner (Pearsons r) mellom utgiftsprioritering innen de ulike funksjonsområdene og vekst i samlet ressursmengde, målt ved totalt kriterietildeling og ved totale utgifter, samt korrelasjoner med endringer i befolkningen fra 1.1.1990 til 1.1.1995, målt både som relativ endring og endring i absolutt antall

	FO1	FO2	Barnevern	FO3	Adm.
Budsjettvekst	-,02	-,06	-,17	-,08	,20
Utgiftsvekst	-,18	-,10	-,07	-,02	,34
Prosent flere innbyggere	,32	-,54	-,13	,48	,61
Antall flere innbyggere	,20	-,30	-,07	,45	-,30
Prosent flere over 79 år	-,20	-,15	-,02	-,03	,66
Antall flere over 79 år	-,25	-,39	,16	,05	,30
Prosent flere 0-6 år	,37	-,15	-,27	,35	-,22
Antall flere 0-6 år	,32	-,28	-,32	,32	,19

Selv om disse to målene kan gi betydelige forskjeller i nivået på inntektsvekst over perioden, gir de langt på vei det samme mønsteret ($r=.80$). For begge målene er inntektsøkningen beregnet ved den prosentvise økningen fra gjennomsnittet for 1990 og 1991 og nivået i 1995.

I tabell 8.4 presenteres sammenhengene mellom de to målene på endring i bydelenes budsjetter, endringer i befolkning og utgiftsprioriteringene på de ulike funksjonsområdene. Positive tall vil indikere at en økning i tilgjengelig ressursmengde (eller befolkningsgruppe) går sammen med en oppprioritering av utgiftene til et funksjonsområde.

Det første vi kan legge merke til er at for alle funksjonsområdene er det svært svake sammenhenger mellom bydelenes prioriteringer og (begge målene på) budsjettveksten de fem foregående årene. Konkret betyr dette at det er intet funksjonsområde som systematisk opp- eller nedprioriteres som følge av budsjettøkning (alene). I lys av analysene i avsnitt 8.3 er dette egentlig ikke så overraskende. Der så vi (jevnfør figurene 8.1-8.5) klare tendenser til at bydelene i større grad utover på 1990-tallet har benyttet de budsjetterte midlene til nettopp det funksjonsområdet de ble utmålt til. Dette funnet har en viktig styringspolitisk implikasjon for kommunen sentralt: Fordi bydelene endrer så lite på forholdet mellom budsjettandel og utgiftsandel når deres budsjetter øker, kan de sentrale beslutningstakerne i stor grad forutsi at en økning i den samlede ressursmengden til bydelene vil bli benyttet på samme måte som den fordeling som bestemmes mellom funksjonsområdene ved de sentrale beslutningsprosessene. I realiteten er altså styringsmulighetene større for de sentrale aktørene enn selve den desentraliserte beslutningsstrukturen legger opp til.

Ser vi på forholdet mellom bydelenes utgiftsprioriteringer og endringer i bydelenes befolkninger, finner vi også svake sammenhenger. Endringer i innbyggertall og i antall personer i målgruppene er selvsagt en svært grov behovsindikator, men verken målt som endringer i absolutt antall personer eller målt som relativ vekst i de tre befolkningsgruppene finner vi noen klare mønstre. Det er riktignok en tendens til at bydeler som har hatt stor vekst i antall innbyggere har prioritert eldreomsorgen på bekostning av tiltak for barn og unge, men samvariasjonene er likevel små. Det virkelig interessante funnet er de manglende sammenhengene mellom endringer i antallet eldre over 79 år og prioriteringer på funksjonsområde 3: Dette betyr at bydeler som har hatt en stor vekst i sin eldrebefolkning ikke har hatt større utgifter til eldretjenester enn det kriteriesystemet har utmålt. Dette indikerer at den økningen i behov som den alders-demografiske endringen har innebåret, har blitt fanget opp av kriteriesettet, altså at kriteriesystemet har truffet behovsendringene godt. For funksjonsområde 2 er det en svært svak tendens til at bydeler som har hatt en stor økning i antallet av de minste barna faktisk har prioritert funksjonsområdene 1 og 3. Også for funksjonsområde 2 må derfor konkludere

sjonen bli at bydeler som har opplevd en stor økning i antall barn opp til seks år er blitt kompensert for dette gjennom kriteriesystemet.

Samlet sett finner vi en på mange måter forbausende fravær av sammenhenger mellom til dels store endringer i bydelenes samlede budsjett- og befolkningsutvikling de fem første årene av 1990-tallet, og bydelenes prioriteringer av sine utgifter. Dette betyr at bydelene benytter de budsjettene som utmåles på de enkelte funksjonsområdene til tjenesteyting innen det samme området, selv når både den samlede budsjettrammen og behovene endres betydelig.

Dette funnet kan gis to svært ulike forklaringer: For det første er det i samsvar med en antakelse om at bydelenes utgiftsbeslutninger foregår som en *adaptiv atferd* til kriteriesystemet. De oppfatter budsjettene som øremerkede, og de tilpasser seg derfor til den rammen som blir utmålt på grunnlag av kriteriesettet for funksjonsområdene. Også den tidligere nevnte muligheten av at bydelsadministrasjonen og politikerne ønsker å unngå for store lokale prioriteringskonflikter kan lede til slik adaptiv atferd. Den andre forklaringen kan være *at kriteriesystemet faktisk treffer behovsendringene godt*, og at bydelene derfor ikke oppfatter det som nødvendig å foreta egne lokale prioriteringer. På den annen side kan denne lokale oppfatningen av forholdet mellom lokale behov og tildelte ressurser tenkes å være ufullstendig eller direkte gal, slik at vi kan framstille fire mulige situasjoner for bydelene, slik de er stilt opp i tabell 8.5.

Det verste for kommunen som helhet vil være en situasjon hvor kriteriesystemet svikter i å fange opp de objektive behovene, samtidig som bydelene blindt tilpasser sin tjenesteyting i forhold til de tildelte budsjettene (rute 3). Dette vil være en situasjon hvor ressursene benyttes ineffektivt. Dersom kriteriesystemet er dårlig, men dette justeres av reelle lokale prioriteringer (rute 4), vil den ineffektiviteten som potensielt ligger i systemet delvis kunne rettes opp av bydelenes egne beslutninger. Også den situasjon hvor kriteriesystemet treffer behovsvariasjonene, samtidig som bydelene foretar egne prioriteringer, vil innebære en viss ineffektivitet (rute 2). Denne ineffektiviteten er imidlertid ikke så problematisk, fordi den er en pris alle er villige til å betale nettopp for at bydelene nettopp skal ha et reelt rom for å utvikle tjenesteytingen utfra lokale målsettinger.

Tabell 8.5 Typologi over mulige lokale kombinasjoner av prioriteringsatferd og treffsikkerhet i kriteriesystemet

	ADAPTIV ATFERD?	
	JA	NEI
TREFFER KRITERIE SYSTEMET?	JA 1	NEI 2
	NEI 3	4

Våre analyser viser at bydelenes atferd i betydelig grad preges av adaptiv atferd. Spørsmålet blir da om dette leder til en problematisk og ineffektiv ressursbruk i kommunen som helhet (rute 3), eller om kriteriesystemet faktisk treffer behovene godt, og at vi befinner oss i rute 1.

Svaret på dette kan formuleres ganske enkelt: Den adaptive tilpasningen er ikke et problem dersom kriteriesystemet treffer behovene. Dersom kriteriesystemet ikke treffer, er det et problem. Dette leder oss til den siste problemstillingen vi reiste i innledningen til dette kapittelet, nemlig om de lokale prioriteringene vi tross alt finner kan oppfattes som en (påtvungen?) effekt av lav treffsikkerhet i kriteriesystemet.

8.5 Kriteriesystemets treffsikkerhet og de lokale prioriteringene

Innledningsvis antydte vi en hypotese om at lokale prioriteringer av et funksjonsområde kan antas å tvære «tvunget» fram av en manglende treffsikkerhet i kriteriesystemet: Dersom en bydel får sitt behovsomfang underestimert i kriteriene, og dermed «for lite» penger til de aktuelle ytelsene, kan vi forvente at bydelen vil foreta lokale prioriteringer til fordel for det området som blir underkompensert. Vi antar videre at utgiftsprioriteringer som ikke kan tilbakeføres til problempress må skyldes andre lokale forhold, og da først og fremst reelle lokale prioriteringer. Dette leder til fire mulige lokale tilpasninger, illustrert i tabell 8.6:

Bydeler som faller i rutene 1 og 4 vil representere tilpasninger i tråd med presshypotesen: Den sier at sterk prioritering vil vi finne i bydeler som underkompenseres i kriteriesystemet, mens nedprioriteringer finnes i bydeler som overkompenseres (gitt at det behovsmål vi benytter er «sant»). Bydeler som faller i rute 3, altså bydeler som oppprioriterer utgiftene samtidig som de har et lavt nivå på problempressmålet vårt, vil være eksempler på selvvalgt høy standard på tjenesteytingen. Bydeler i kategori 2 må kunne karakteriseres ved at de selv har valgt en lav standard, gitt sine tildelte ressurser.

Tabell 8.6 Typologi over mulige tilpasninger på et funksjonsområde

PRIORITERING	BUDSJETTRAMME	
	FOR LITE	FOR MYE
	HØY	3
	LAV	4

Dette er et teoretisk rammeverk, og et utgangspunkt for empiriske analyser. Den enkelte bydelens prioritering av sine tildelte budsjetter er relativt enkelt å måle, slik vi har gjort i de foregående avsnittene som forholdet mellom utgiftsandel og budsjettandel til et bestemt formål. Når det derimot gjelder hvorvidt den tildelte budsjettrammen er større eller mindre enn bydelens andel av det aktuelle behovet, så er dette et langt mer komplisert spørsmål, noe analysene i kapitlene 4-7 viser. I det følgende skal vi derfor mer redegjøre for en metode for å kunne undersøke hvorvidt de lokale prioriteringene kan antas å være responser på svikt i kriteriesystemet, enn å besvare spørsmålet.

I prinsippet er det seks mulige tilpasninger en bydel kan ha til den ressursmengden bydelen tilføres fra kriteriesystemet, dersom bydelen velger å foreta reelle egne prioriteringer. Disse er illustrert i tabell 8.7.

For kommunen sentralt, og for kriteriesystemet som helhet, er det et overordnet mål å fordele ressursene på en treffsikker måte, slik at alle lokale prioriteringer leder til et selvvalgt nivå på tjenestene. Men fordi det alltid vi foreligge en mulighet for at kriteriesettet ikke fanger opp de relevante behovene, er det viktig å etablere overvåkningsprosedyrer som gjør at de sentrale beslutningstakerne har en løpende informasjon om hvorvidt de lokale prioriteringene er selvvalgte (og dermed i pakt med styringssystemet), om de er slik at det forekommer sløsing og underforbruk, eller om de er «påtvungne». Den lokale friheten skal ikke benyttes til å justere kriteriefordelingen, og den skal heller ikke nyttes til å frambringe sløsing eller underforbruk.

Vi vil nå illustrere framstillingen med konkrete tall for funksjonsområde 3. I tabell 8.3 fant vi at Vindern er den bydel som i 1995 sterkest prioriterte eldretjenester ved å benytte 17 prosent mer til utgifter enn de fikk i budsjett gjennom kri-

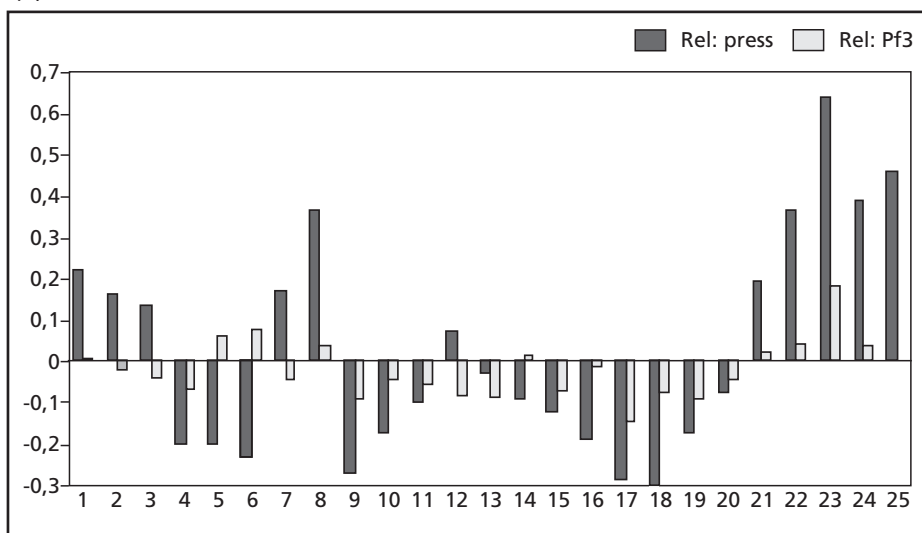
Tabell 8.7 Mulige implikasjoner for bydelenes tjenesteyting på et funksjonsmåte etter kombinasjon av egne prioriteringer og kriteriesystemets treffsikkerhet. «Underkompensert» betyr at bydelen tilføres en mindre ressursmengde enn bydelens andel av behovene tilsier, «overkompensert» det motsatte

		KRITERIESYSTEMET:		
		UNDERKOMP	TREFFER	OVERKOMP
BYDELEN PRIORITERER	OPP	korrekt lokaljustering	selvvalgt høytjenestekvalitet	sløsing: for myebrukes
	NED	underforbruk:for lite brukes	selvvalgt lavtjenestekvalitet	korrekt lokaljustering

teriesettet på funksjonsområde 3. Blant de nye og gamle drabantbyene fant vi flere bydeler som nedprioriterte eldretjenestene, ved å kun bruke 90 prosent av de tildelte budsjettene. Spørsmålet er nå om disse forskjellene kan forklares ved reelle prioriteringer, eller om det er tilpasninger til en manglende treffsikkerhet i

Utgangspunktet er en antatt korrekt modellering av behovene for den aktuelle tjenesten, altså et kriteriesett som frambringer en budsjettfordeling mellom bydelene som er proporsjonal med behovsfordelingen. I eksempelet har vi benyttet den operasjonaliseringen av behov som ble benyttet i modell 7 i kapittel 7. Dette behovsmålet tar sitt utgangspunkt i de aldersspesifikke kostnadene ved eldreomsorg i hele Oslo, og er deretter omgjort til et behovsmål på bydelsnivå ved hjelp av bydelsbefolkningens aldersstruktur. Vi vil understreke at dette er en tilfeldig valgt behovsvariabel, men la oss for framstillingens skyld anta at det var godt empirisk belagt at dette var den mest treffsikre målingen av behovene for eldretjenester. I figur 8.6 vises bydelenes skåre på forskjellen mellom verdi på behovsvariabelen og den faktiske andelen av de tildelte ressursene under funksjonsområde 3. Bydeler med positiv verdi er underkompensert i dagens kriteriesystem (større behov enn ressurser), mens bydeler med negative verdier er overkompensert (større ressurser enn behov). I figuren framkommer også bydelenes prioritering av funksjonsområde 3, hvor positive verdier angir at de har benyttet mer på eldreomsorg enn de ble tildelt av kriteriesystemet.

Figur 8.6 Bydelenes verdi på differansen mellom bydelens andel av hele byens behov og bydelens andel av de samlede ressurser på funksjonsområde 3 og bydelens prioritering av funksjonsområde 3 målt som utgiftsandel minus budsjettandel til funksjonsområde 3 (minus 1,0)



Figuren viser med all ønskelig tydelighet et bilde av betydelige tilpasningsforskjeller mellom bydelene. Byelene i indre og ytre vest er med dette behovsmålet systematisk underkompenserte. Men det er kun Vindern som har respondert på denne underkompensasjonen ved å oppprioritere eldreomsorgen. De andre bydelene har tilpasset sine utgifter til de budsjettene de er blitt tildelt. Med dette funnet kunne vi begrunne en hypotese om at det i disse bydelene er et underforbruk av eldretjenester.

Ser vi på de tre bydelene i indre øst, framstår disse som overkompenserte: To bydeler har likevel prioritert opp eldretjenestene (sløsing?), mens en bydel har foretatt det vi kunne kalle en korrekt lokal justering. Også de nye drabantbyene er i vår modell overkompensert, og de har respondert på dette ved å nedprioritere eldretjenestene.

Vi skal ikke kommentere dette videre, men understreke at dette er en illustrasjon på en metode som kan benyttes for å vinne innsikt i hvordan bydelene faktisk tilpasser seg kriteriesystemet. Om vi sammenfatter mønstrene i figur 8.6, så viser den at 40 prosent av avvikene mellom utgiftsandel og budsjettandel faktisk lar seg forklare med variasjoner i bydelenes grad av over-/underkompensasjon. Dersom vi benytter andre mål på behov, endres resultatene kraftig og systematisk: Jo mer vi vektlegger sosio-økonomiske variabler i behovsmålet, jo mindre støtte får hypotesen om at bydelenes prioriteringer er presset fram av manglende treffsikkerhet i kriteriesystemet. Dette funnet kan forklares med at jo mer sosio-økonomien vektlegges, jo mer utpeker vårt mål på problempress nettopp de bydeler som har en lav prioritering av funksjonsområde 3.

Dermed er vi på mange måter tilbake til utgangspunktet for hele denne rapporten, nemlig spørsmålet om å benytte og sammenstille levekårsdata til gode behovsmål som kan fange opp de reelle og relevante behovene til byens befolkning. Godt empirisk belagte mål er en grunnleggende forutsetning for at bydelene tilføres budsjetter som står i et likt forhold til omfanget av de objektive og relevante behovene til befolkningen i den enkelte bydelen. For det andre, og som vi har forsøkt å vise i dette avsnittet, så kan slike behovsmål også inngå i en etterprøving av hvordan bydelene tilpasser seg kriteriesystemet. De reelle levekårsvirkningene av de kommunale utgiftene framkommer først etter bydelenes prioriteringer er foretatt. Men samtidig er det også et overordnet ansvar for byens sentrale myndigheter å overvåke at disse lokale prioriteringene i sum bidrar til på den ene siden at den samlede ressursutnyttelsen er effektiv, og at ikke svikt i kriteriesystemets behovsdefineringer gjør at noen bydeler opplever å befinne seg i en tvangssituasjon som gjør den lokale handlefriheten til en illusjon.

8.6 Avslutning

Hensikten med denne oversikten over bydelenes tilpasninger til det kriteriebaserte budsjetteringssystemet har vært å avdekke *hovedmønstre*. Et gjennomgående trekk er at bydelene i liten grad synes å utnytte den friheten de faktisk har til å foreta egne prioriteringer innen den samlede ramme som kriterietildelingen fastsetter. Analysene av forholdet mellom budsjetter og utgiftsprioriteringer over de årene kriteriesystemet har vært i funksjon viser en økende tendens til at bydelens utgiftsprioriteringer er i samsvar med de tildelte budsjettandelene. Vi har nevnt ulike forklaringer på dette: Det er mulig at aktørene i bydelene i stor grad oppfatter den sammensetning av budsjettet som kriteriesystemet produserer som normert («øremerket») og at de er loyale ovenfor de sentrale politiske styringssignaler. En annen forklaring kan være at de utmålte budsjettandelene faktisk er godt i samsvar med behovene i bydelene, altså at kriteriesystemets treffsikkerhet er rimelig god. En tredje forklaring kan være at vi med vår grove metode, hvor vi ikke har brutt utgiftsprioriteringene ned på enkeltformål, overser viktige lokale prioriteringer *innen* funksjonsområdene. Videre kan det godt tenkes at vi hadde funnet et større innslag av lokale prioriteringer dersom vi i større grad hadde konsentrert oppmerksomheten på hvordan økninger (eventuelt nedganger) i budsjetttrammene fra et år til det neste er blitt anvendt.

Kriteriesystemet ble utviklet som ledd i en reformering av hele styringssystemet i Oslo kommune, for på den ene siden å bedre den overordnede politiske kontrollen med utgiftsutviklingen gjennom sentralt fastsatte budsjetttrammer for den enkelte bydelen, og for på den andre siden å øke effektiviteten i tjenesteytingen ved å legge beslutningene om ressursanvendelsen så nært brukerne som mulig. Analysene i dette kapittelet er selvsagt altfor grove til at det er mulig å trekke noen klare konklusjoner om hvorvidt disse målene er oppnådd. Likevel viser vår gjennomgang av bydelenes adferd at de i stor grad holder seg innenfor budsjetttrammene, også for de enkelte funksjonsområdene. Vi finner heller ingen mønstre som indikerer at bydelene «tvinges» til å justere en manglende treffsikkerhet i kriteriesystemets behovsoppfatninger. Dette kan bety at dagens kriterier faktisk fanger levekårsproblemer i befolkningen på en god måte (noe analysene i kapitlene 4 til 7 også indikerer).

På den annen side kan det i prinsippet også tenkes å være slik at kriteriesystemet «bommer», kombinert med at bydelene mekanisk bare bruker de budsjettene de tildeles. En slik situasjon er den store fallgruben for et budsjetteringssystem av den typen som Oslo kommune opererer. I en slik (tenkt) situasjon vil politikere og profesjoner lett kunne komme til å forvisse hverandre om at systemet fungerer bra, mens det i realiteten inneholder store skjevheter i fordelingen av tjenesteyting

i forhold til befolkningens reelle behov, og det vil kunne bli et stort innslag av sløsing med ressurser. Den store utfordringen framover når det gjelder å overvåke kriteriesystemets virkninger og bydelenes tilpasninger, er derfor å utvikle rutiner for datainnsamling og analyse som kan «avsløre» om en slik situasjon kan være under utvikling. Prinsippet for et slik «overvåkningsystem» må da være, slik vi antydte i avsnitt 8.5, en kontinuerlig etterprøving og forbedring av kriterisystemets behovsindikatorer sammenstilt med bydelenes faktiske anvendelse av den tildelte budsjett-ramme. Den lokale frihet som dagens syttingssystem gir bydelene skal kunne anvendes til et valg av tjenestekvalitet, men ikke til et valg av sløsing og underforbruk i forhold til befolkningens behov.

Vedlegg 1

Logistisk regresjon

I logistisk regresjon estimeres uavhengige variabelers effekter på en avhengig variabel analogt til vanlig lineær regresjon. Forskjellen på lineær og logistisk regresjon er at i logistisk regresjon benyttes en dikotom avhengig variabel med verdi 1 eller 0, mens i vanlig lineær regresjon forutsettes kontinuerlige avhengige variabler på intervall- eller forholdstallsnivå. Den logistiske regresjonsmodellen estimerer hvordan oddsen eller sannsynligheten for å skåre på den avhengige variabelen (det vil si ha verdi 1) endres når en uavhengig variabel endres med en enhet.

Den logistiske regresjonslikningen har følgende form:

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots \quad (1)$$

P symboliserer sannsynligheten for å skåre på den avhengige variabelen (for eksempel å ha behov for økonomisk sosialhjelp slik dette er operasjonalisert). 1-p symboliserer tilsvarende sannsynligheten for ikke å skåre på den avhengige variabelen. Forholdet $p/(1-p)$ er oddsen for å skåre på den avhengige variabelen. $\ln(p/(1-p))$ er logaritmen til oddsen, den såkalte log-odds, for å ha verdi 1 på den avhengige variabelen.

a er et konstantledd, som gir den gjennomsnittlige log-oddsen for å ha verdi 1 på den avhengige variabelen. Vanligvis er ikke dette konstantleddet av spesielt stor interesse. Som regel er det effekten av en eller flere uavhengige variabler man er interessert i slike analyser. I våre analyser vil imidlertid konstantleddet også være av substansiell interesse. x_1 , x_2 og så videre betegner forskjellige uavhengige variabler, og b_1 , b_2 og så videre symboliserer disse variabelenes koeffisienter, analogt til vanlig regresjonsanalyse. Tolkningen av koeffisientene er imidlertid ikke like enkel som i vanlig regresjonsanalyse. Ønsker man å si noe om hvilke variabler som bidrar, og i hvilken retning de bidrar, kan B-koeffisientene benyttes direkte. Ønsker man å finne ut hvor mye hver variabel bidrar til å øke eller redusere sannsynligheten for å skåre på den avhengige variabelen, må koeffisientene oversettes til odds og videre til sannsynligheter.

For å oversette regresjonskoeffisientene i logistisk regresjon til sannsynligheter, må man både oversette fra log-odds til odds, og videre fra odds til sannsynligheter. Koeffisientene for de uavhengige variablene kan oversettes til odds ved å opphøye grunntallet i det naturlige logaritmesystemet, e (2,718281828) i b-verdien ($\text{Exp}(b)$). Odds kan videre oversettes til sannsynligheter. Følgende formel anvendes:

$$P(\text{avh. variabel} = 1) = \quad (2)$$

der z er summen av konstantledd og regresjonskoeffisienter:

$Z = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_NX_N$, der B -ene er koeffisientene og X -ene er de uavhengige variablene.

Uttrykket e^z uttrykker oddsen for at den avhengige variabelen skal anta verdi 1. Endringen i e^z når en uavhengig variabel endrer verdi (for eksempel fra kjønn = 0 (mann) til kjønn = 1 (kvinne)) kan tolkes som effekten av en uavhengig variabel og presenteres som regel som $\text{Exp}(b)$ (odds-ratio). $\text{Exp}(b)$ forteller hvor mye oddsen for at den avhengige variabelen skal anta verdi 1 øker når den aktuelle uavhengige variabelen øker med en enhet. Hvis $\text{Exp}(b) = 1,5$ for en variabel, betyr det at oddsen for å ha verdi 1 på den avhengige variabelen øker med en faktor på 1,5 når den uavhengige variabelen økes med en enhet.

I vanlig lineær regresjon påvirkes koeffisientene av hvilke andre uavhengige variabler som er med, men effekten av hver variabel som er med er ikke påvirket av verdiene på de andre variablene i modellen (gitt at det ikke er samspill): I logistisk regresjon, som oversetter en ikke-lineær sammenheng mellom de uavhengige og den avhengige variabelen til en lineær modell, vil verdien på de andre uavhengige variablene være av betydning dersom man ønsker å oversette koeffisientene tilbake til odds og sannsynligheter (fra log-odds). Og det er nettopp det vi ønsker når vi forsøker å beregne hvor mye hver variabel bidrar til å øke sannsynligheten for å skåre på den avhengige variabelen.

Petersen (1985) argumenterer for at man skal benytte en metode der man beregner logiten (Z) før og etter en uavhengig variabel er endret med en enhet, og betrakter endringen i logiten som et uttrykk for denne uavhengige variabelens effekt. De to logit-verdiene kan regnes om til sannsynligheter, og differansen kan betraktes som et uttrykk for hvor mye sannsynligheten for å skåre på den avhengige variabelen øker når den aktuelle uavhengige variabelen øker med en enhet. Har man dikotome uavhengige variabler, gir en slik framgangsmåte en umiddelbar og grei tolkning. Man sammenlikner sannsynligheten for å skåre på den avhengige variabelen når den aktuelle uavhengige variabelen har verdi 1, med den tilsvarende sannsynligheten når den aktuelle uavhengige variabelen har verdi 0. Har man flere verdier på den uavhengige variabelen, er ikke dette effektmålet like entydig. Da vil

variabelens effekt avhenge av på hvilket nivå den uavhengige variabelen økes med en enhet.

I våre analyser opererer vi bare med dikotome uavhengige variabler, slik at dette siste problemet blir ikke våre beregninger berørt av. En kompliserende faktor er imidlertid at effekten av en uavhengig variabel vil være påvirket av hvilke verdier de andre uavhengige variablene i modellen har.

Sørensen (1989) argumenterer for at man kan kalkulere en gjennomsnittseffekt av dikotome uavhengige variabler ved å benytte en tilsvarende prosedyre som Petersen (1985) foreslår, og å ta utgangspunkt i gjennomsnittsverdiene på de andre variablene når effekten av en variabel estimeres. Vi har valgt en slik prosedyre i beregningene av effekter av enkeltvariabler.

Som nevnt over, vil også konstantleddet være av substansiell interesse i våre analyser. På funksjonsområde 1 er et av kriteriene «Andel av total befolkning», og dette kriteriet kan ikke representeres i form av en variabel i analysen. Dette kriteriet blir representert gjennom konstantleddet. Konstantleddet i regresjonsmodellene kan tolkes som et uttrykk for bidraget fra alle andre forhold enn det som fanges opp av de variablene som er med i modellene, og dermed som et uttrykk for gjennomsnittseffekten eller gjennomsnittsnivået på den avhengige variabelen. En modell hvor bare konstantleddet inngår, vil omregnet til sannsynligheter eller andeler nettopp gi den gjennomsnittlige andelen som skårer på den avhengige variabelen i utvalget. Når konstantleddet inngår sammen med uavhengige variabler er tolkningen tilsvarende, kontrollert for de variablene som inngår i analysen. Konstantleddet kan dermed betraktes som et uttrykk for egenskaper ved befolkningen som påvirker sannsynligheten for å skåre på den avhengige variabelen, og som ikke er fanget opp av variablene i modellen.

Effektberegningene er vist i vedlegg 2, resultatene er vist i vedlegg 3.

Vedlegg 2. Beregning av effekter av uavhengige variabler

Tabell v2.1 Effekter av uavhengige variabler for forventet antall m/helseproblem (kontakt med allmennlege)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Variabler:	B	Andel i utvalget	B*Andel i utvalget	Enslig forsørger	Kvinne	Ufør	Lavt utdannet	60 år og over	
Enslig forsørger	0,3953	0,049	0,0194		0,0194	0,0194	0,0194	0,0194	
Kvinne	0,4758	0,518	0,2465	0,2465		0,2465	0,2465	0,2465	
Ufør	0,5043	0,041	0,0207	0,0207	0,0207		0,0207	0,0207	
Lavt utdannet	0,2566	0,210	0,0539	0,0539	0,0539	0,0539		0,0539	
60 år og over	0,3398	0,239	0,0812	0,0812	0,0812	0,0812	0,0812		
Konstant	-1,9691		-1,9691	-1,9691	-1,9691	-1,9691	-1,9691		-1,9691
Z1	0,0027		-1,5475	-1,5669	-1,7940	-1,5682	-1,6014		-1,6287
P(allmlege=1)	0,50067		0,1754	0,1727	0,1426	0,1725	0,1678		0,1640
Z2	-1,9691			-1,1716	-1,3182	-1,0639	-1,3448		-1,2889
P(allmlege=1)	0,12249			0,2367	0,2111	0,2566	0,2067		0,2160
Effekt	0,12249			0,0639	0,0685	0,0841	0,0389		0,0520

I kolonne 2 er først B-koeffisientene fra regresjonsanalysen vist, deretter logiten Z_1 . Z_1 framkommer som summen av B-koeffisienter og konstantledd. Denne kan omregnes til sannsynlighet ut fra formel (2) vist i vedlegg 1. $Z_1 = 0,0027$ gir en sannsynlighet for verdi 1 på variabelen allmennlege = 0,50067. Tolkningen er at dette er sannsynligheten for at man skal ha vært i kontakt med allmennlege i løpet av de siste fire ukene, gitt at man har verdi 1 på alle de uavhengige variablene.

Sannsynligheten for å ha vært i kontakt med allmennlege når alle de uavhengige variablene har verdi 0 fanges opp av konstantleddet. Logiten blir i dette tilfellet redusert til bare å inneholde konstantleddet, $Z_2 = -1,9691$. Omregnet gir dette en sannsynlighet på 0,12249. Det er med andre ord sannsynligheten for å ha vært i kontakt med allmennlege i løpet av de siste fire ukene for de som har verdi 0

på alle de uavhengige variablene i modellen. Dette kan tolkes som effekten av alle andre variabler enn de som er med i modellen.

I og med at logitmodellen estimerer en ikke-lineær (s-formet) sammenheng mellom de uavhengige og den avhengige variabelen, er det avgjørende hvilke verdier de andre variablene har når effekten av en variabel skal estimeres i form av endret sannsynlighet. En variabel vil ha maksimal effekt når de andre variablene i modellen har antatt verdier som gir en samlet sannsynlighet lik 0,5 for å ha verdi 1 på den avhengige variabelen. Litt upresist kan man si at da kalkuleres endringene i sannsynlighet der hvor regresjonslinjen i utgangspunktet er brattest, og dermed på et nivå som gir størst grensebidrag fra den aktuelle variabelen.

Det er med andre ord avgjørende hvilke verdier de andre variablene har når effekten av en variabel skal estimeres i form av endring i sannsynlighet. Vi ser av tabellen over at når alle de uavhengige variablene har verdi 1, blir sannsynligheten for verdi 1 på den avhengige variabelen 0,5, mens når de uavhengige variablene har verdi 0 er sannsynligheten 0,12. Når vi ønsker å estimere en gjennomsnittseffekt av hver variabel, er det rimelig å ta utgangspunkt i et gjennomsnittsnivå på de andre uavhengige variablene i beregningen. Kolonne 3 viser andelen i utvalget som har verdi 1 på hver av de uavhengige variablene (alle er dikotome). For eksempel er det 4,9 prosent enslige forsørgere og 51,8 prosent kvinner i utvalget.

Andelene i kolonne 3 benyttes for å gi en gjennomsnittsverdi på hver variabel som vi benytter i kalkuleringen av effekter av hver av de uavhengige variablene. I kolonne 4 er disse andelene multiplisert med B-koeffisientene, for å gi en gjennomsnittseffekt av alle variablene. Logiten Z_1 blir her -1,547, som kan omregnes til en sannsynlighet på 0,1754. I følge den estimerte modellen er dette sannsynligheten for å ha vært i kontakt med allmennlege, gitt gjennomsnittsverdi på hver av de uavhengige variablene i modellen. I og med at de uavhengige variablene er dikotome, gir det bedre mening å formulere dette som gjennomsnittsandelen som har vært i kontakt med allmennlege i følge den estimerte modellen. Vi estimerer med andre ord at det er om lag 18 prosent, noe som stemmer med det vi tidligere har sett (jevnfør figur 4.3 i kapittel 4).

Resultatet i kolonne 4 er utgangspunktet for beregningen av effekt av hver variabel, vist i kolonnene 5-9. Den beregnede effekten av hver av de uavhengige variablene er vist i nederste rad i kolonne 5-9. Z_1 viser logiten når den aktuelle variabelen er satt til 1, Z_2 viser logitverdien når den aktuelle variabelen er satt til 0. Effekten av hver variabel er gjort gjennom å omregne Z_1 og Z_2 til sannsynlighet (eller andel).

Kolonne 5 viser beregningen av effekten av variabelen Enslig forsørger. Når variabelen settes til 0, reduseres Z_1 fra -1,5475 til -1,5669, og sannsynligheten for å ha oppsøkt allmennlege reduseres tilsvarende fra 0,1754 til 0,1727. Når variabelen settes til 1 øker logiten Z_2 til -1,1716 og sannsynligheten til 0,2367. Effekten

framkommer som endringen i sannsynlighet når variablene er satt til 1 sammenlignet med når den er 0. Dette gir en effekt på 0,064. Tolkningen her er at andelen som har vært i kontakt med allmennlege er 6,4 prosentpoeng høyere blant enslige forsørgere enn blant ikke enslige forsørgere, kontrollert for de andre variablene i modellen, gitt deres gjennomsnittsverdier i utvalget.

For å beregne hvor mange personer i hver bydel som vil ha behov for helse-tjenester (i løpet av en fireukers periode) multipliseres antallet med variabelkjen-netegnene med variablenes estimerte effekter. Vi estimerer følgende «behovsomsfang» for hver bydel:

$$\begin{aligned} \text{Behovsomsfanget} = & (\text{Folketall} * 0,122) + (\text{Antall enslige forsørgere} * 0,064) \\ & + (\text{Antall kvinner} * 0,069) + (\text{Antall uføre} * 0,084) + (\text{Antall med lav utdanning} * \\ & 0,039) + (\text{Antall personer 60 år og over} * 0,052) \end{aligned}$$

Tilsvarende beregninger med henholdsvis Sosialkontor, Øk. problem og Øk. problem ofte som avhengige variabler er vist i tabell V2.2 - V2.4 på de følgende sider.

Tabell v2.2 Effekter av uavhengige variabler for forventet antall m/behov for sosialkontortjeneste (kontakt med sosialkontor)

Variable:	B	And- el	B*and- el	Arb.- ledig	Ufør	Overg.- stønad	Lav utd.	Fremmedk. innvandr	Skilt	20-49 år m/ lav inntekt
Arbeidsledig	1,818	0,066	0,120		0,120	0,120	0,120	0,120	0,120	0,120
Ufør	1,049	0,041	0,043	0,043		0,043	0,043	0,043	0,043	0,043
Overgangs-stønad	1,931	0,008	0,015	0,015	0,015		0,015	0,015	0,015	0,015
Lav utdanning	0,824	0,210	0,173	0,173	0,173	0,173		0,173	0,173	0,173
Fremmed-kulturell innvandr	0,538	0,103	0,055	0,055	0,055	0,055	0,055		0,055	0,055
Skilt	0,763	0,082	0,063	0,063	0,063	0,063	0,063	0,063		0,063
20-49 år m/ lav inntekt	1,369	0,297	0,407	0,407	0,407	0,407	0,407	0,407	0,407	
Konstant	-4,434		-4,434	-4,434	-4,434	-4,434	-4,434	-4,434	-4,434	-4,434
Z	3,858		-3,558	-3,678	-3,601	-3,573	-3,731	-3,613	-3,620	-3,965
P(Sosialkontor = 1)	0,979		0,028	0,025	0,027	0,027	0,023	0,026	0,026	0,019
Z	-4,434			-1,860	-2,552	-1,642	-2,907	-3,076	-2,857	-2,595
P(Sosialkontor = 1)	0,012			0,135	0,072	0,162	0,052	0,044	0,054	0,069
Effekt	0,012			0,110	0,046	0,135	0,028	0,018	0,028	0,051

Tabell v2.3 Effekter av uavhengige variabler for forventet antall m/økonomiske problemer (Øk. problem)

	B	Andel	B*andel	Arb.-ledig	Skilt	20-49 m/ lav inntekt	Lav utd.	Ikke gift 20-49	Enslig forsørger	Fremmedk innv.	Ung m/ små barn
Arbeidsledig	1,0163	0,066	0,067		0,067	0,067	0,067	0,067	0,067	0,067	0,067
Skilt	0,5376	0,082	0,044	0,044		0,044	0,044	0,044	0,044	0,044	0,044
20-49 år m/ lav inntekt	0,8781	0,297	0,261	0,261	0,261		0,261	0,261	0,261	0,261	0,261
Lav utdanning	0,3496	0,210	0,073	0,073	0,073	0,073		0,073	0,073	0,073	0,073
Ikke gift 20-49	0,354	0,264	0,093	0,093	0,093	0,093	0,093		0,093	0,093	0,093
Enslig forsør-ger	0,5927	0,049	0,029	0,029	0,029	0,029	0,029	0,029		0,029	0,029
Fremmedk innv.	1,1918	0,103	0,123	0,123	0,123	0,123	0,123	0,123	0,123		0,123
Ung m/ små barn	0,6484	0,027	0,027	0,027	0,027	0,027	0,027	0,027	0,027	0,027	
Konstant	-1,7521		-1,752	-1,752	-1,752	-1,752	-1,752	-1,752	-1,752	-1,752	-1,752
Z	3,8164		-1,034	-1,101	-1,078	-1,295	-1,108	-1,128	-1,063	-1,157	-1,061
P(Øk probl=1)	0,9785		0,262	0,249	0,254	0,215	0,248	0,245	0,257	0,239	0,257
Z				-0,085	-0,541	-0,417	-0,758	-0,774	-0,471	0,035	-0,413
P(Øk. probl=1)	-1,7521			0,479	0,368	0,397	0,319	0,316	0,384	0,509	0,398
Effekt	0,1478			0,229	0,114	0,182	0,071	0,071	0,128	0,269	0,141

Tabell v2.4 Effekter av uavhengige variabler for forventet antall m/økonomiske problemer(Øk. problem ofte)

Variable:	B	Andel	B*andel	Ufor	Fremmedk innv.	Arb.-led-ig	Skilt	Enslig forsørger	20-49 m/ lav inntekt	Lav utd.	Ung m/små barn	Ikke gift 20-49
Ufor	1,152	0,041	0,047		0,047	0,047	0,047	0,047	0,047	0,047	0,047	0,047
Fremmedk innv.	1,031	0,103	0,106	0,106		0,106	0,106	0,106	0,106	0,106	0,106	0,106
Arb.-ledig	1,114	0,066	0,074	0,074	0,074		0,074	0,074	0,074	0,074	0,074	0,074
Skilt	0,668	0,082	0,055	0,055	0,055	0,055		0,055	0,055	0,055	0,055	0,055
Enslig forsørger	1,032	0,049	0,051	0,051	0,051	0,051	0,051		0,051	0,051	0,051	0,051
20-49 m/ lav inntekt	0,622	0,297	0,185	0,185	0,185	0,185	0,185	0,185		0,185	0,185	0,185
Lav utd.	0,400	0,210	0,084	0,084	0,084	0,084	0,084	0,084	0,084		0,084	0,084
Ung m/små barn	1,135	0,042	0,048	0,048	0,048	0,048	0,048	0,048	0,048	0,048		0,048
Ikke gift 20-49	0,455	0,264	0,120	0,120	0,120	0,120	0,120	0,120	0,120	0,120	0,120	
Konstant	-3,70-6		-3,706	-3,706	-3,706	-3,706	-3,706	-3,706	-3,706	-3,706	-3,706	-3,706
Z	3,903		-2,937	-2,985	-3,044	-3,011	-2,992	-2,988	-3,122	-3,021	-2,985	-3,058
P(Øk probl ofte) = 1	0,980		0,050	0,048	0,045	0,047	0,048	0,048	0,042	0,046	0,048	0,045
Z	-3,70-6		-1,833	-1,833	-2,013	-1,897	-2,324	-1,956	-2,500	-2,622	-1,850	-2,603
P(Øk probl ofte) = 1	0,024		0,138	0,138	0,118	0,130	0,089	0,124	0,076	0,068	0,136	0,069
Effekt	0,024		0,090	0,090	0,072	0,084	0,041	0,076	0,034	0,021	0,088	0,024

Vedlegg 3 Tabeller

Funksjonsområde 1 og økonomisk sosialhjelp

Tabell v3.1 Antall med ulike kjennetegn fordelt på bydeler

Bydel	Befolkning	Kvinner	Uføre	Antall m/lav utdan.	Enslige forsørgere	Over 60	20-49 år med lav inntekt	Fjernk. innvandrere	Arbeidsledige	Under 30 m/barn under 7	Separerte og skilte	Ikke gift 20-49 år
1 Bygdøy-Frogner	19475	9072	297	3453	297	4420	5953	701	567	224	2383	7887
2 Uranianborg-Majorstua	22640	10270	351	4339	351	5394	7621	755	944	281	2840	9696
3 St.Hanshaugen-Ullevål	26574	12102	524	4982	524	5524	9390	1332	1105	419	3110	11522
4 Sagene-Torshov	26237	12345	640	9073	640	6599	9656	2635	1279	588	3837	11192
5 Grünerløkka-Sofienberg	25144	12638	746	8427	746	3870	11552	4967	2146	899	3527	11697
6 Gamle Oslo	23016	11726	678	8097	678	3062	10054	6209	1970	995	3151	9507
7 Ekeberg-Bekkelaget	15410	7522	278	3077	278	3455	4132	560	386	307	1294	3752
8 Nordstrand	16749	7988	285	2709	285	3871	3968	291	312	215	1334	3518
9 Søndre Nordstrand	28070	13930	1050	6297	1050	2052	9104	5380	1102	1195	2636	6554
10 Lambertseter	10370	4543	326	3277	326	3491	2908	751	280	347	1281	2960
11 Bøler	13027	6196	350	3476	350	3422	3671	984	376	454	1365	3445
12 Manglerud	11925	5477	252	3146	252	3741	2890	503	375	260	1136	2788
13 Østensjø	14949	6877	346	3791	346	4468	3937	613	360	378	1447	3761
14 Helsefyr-Sinsen	20250	9204	456	6658	456	6051	6413	1695	705	519	2416	6881
15 Hellerud	15272	7226	360	4258	360	3440	4368	1717	521	460	1757	4062

Bydel	Befolkning	Kvinner	Uføre	Antall m/lav utdan.	Enslige forsørgere	Over 60	20-49 år med lav inntekt	Fjernk. innvandrere	Arbeidsledige	Under 30 m/barn under 7	Separerte og skilte	Ikke gift 20-49 år
16 Furuset	28524	13875	968	7820	968	3798	9270	4137	991	1017	2851	7346
17 Stovner	20687	10133	599	6411	599	3165	6790	3442	785	722	2342	5512
18 Romsås	6757	3243	348	2178	348	891	2411	1208	295	359	953	2002
19 Grorud	15991	7590	431	4988	431	4036	4773	1599	557	529	1710	4407
20 Bjerke	22183	10503	538	6075	538	5640	6383	1881	723	616	2201	6316
21 Grefsen-Kjelsås	16803	7968	300	3287	300	4072	4167	341	394	293	1383	4200
22 Sogn	15801	7510	288	2924	288	3641	4442	1109	379	304	1068	4253
23 Vinderen	18175	8812	253	2391	253	3107	4375	309	318	161	1203	3822
24 Røa	20787	9695	435	3161	435	4551	4897	767	378	295	1944	4926
25 Ullern	25224	11630	444	3690	444	5659	5687	933	456	310	2261	5757
Sentrum	1096	692	7	377	7	146	522	142	84	10	193	
Marka	1546	807	26	363	26	240	465	14	53	34	125	
Uten fast bopel	919	743	9	513	9	124	461	63	0	3	283	
SUM	483601	230317	11585	119238	11585	101930	150260	45038	17841	12194	52031	147763

Tabell v3.2 Forventet antall med helseproblemer (oppøst allmennlege) fordelt på bydeler.
(Vekter hentet fra tabell V2.1)

Bydel	Befolkning	Kvinner	Uføre	Antall m/lav utd.	Enslig forsørger	Over 60 år	SUM Antall	Problem-and- el	Kriterie-andel
1 Bygdøy-Frogner	2385	580	20	290	12	230	3517	3,916	4,414
2 Uranienborg-Majorstua	2773	656	24	365	14	281	4113	4,579	4,202
3 St.Hanshaugen-Ullevål	3255	773	36	419	20	287	4791	5,334	5,543
4 Sagene-Torshov	3214	789	44	763	25	343	5178	5,765	7,159
5 Grünerløkka-Sofienberg	3080	808	51	709	29	201	4878	5,431	7,516
6 Gamle Oslo	2819	749	46	681	26	159	4482	4,990	7,068
7 Ekeberg-Bekkelaget	1888	481	19	259	11	180	2837	3,158	2,341
8 Nordstrand	2052	511	20	228	11	201	3022	3,365	2,124
9 Søndre Nordstrand	3438	890	72	530	41	107	5078	5,653	5,601
10 Lambertseter	1270	290	22	276	13	182	2053	2,286	2,380
11 Bøler	1596	396	24	292	14	178	2500	2,783	2,642
12 Manglerud	1461	350	17	265	10	195	2297	2,557	2,133
13 Østensjø	1831	439	24	319	13	232	2859	3,183	2,779
14 Heltøy-Sinsen	2480	588	31	560	18	315	3992	4,445	4,704
15 Hellerud	1871	462	25	358	14	179	2908	3,238	3,197
16 Furuset	3494	887	66	658	38	198	5340	5,945	6,714
17 Stovner	2534	648	41	539	23	165	3950	4,398	5,414
18 Romsås	828	207	24	183	14	46	1302	1,449	1,979
19 Grorud	1959	485	30	419	17	210	3120	3,473	3,554

Bydel	Befolkning	Kvinner	Uføre	Antall m/av utd.	Enslig forsørger	Over 60 år	SUM Antall	Problem-and- el	Kriterie-andel
20 Bjerke	2717	671	37	511	21	293	4250	4,733	4,610
21 Grefsen-Kjelsås	2058	509	21	276	12	212	3088	3,438	2,760
22 Sogn	1935	480	20	246	11	189	2882	3,208	2,541
23 Vinderen	2226	563	17	201	10	162	3179	3,540	2,285
24 Røa	2546	620	30	266	17	237	3715	4,136	2,952
25 Ullern	3090	743	30	310	17	294	4485	4,994	3,386
Sentrum	134	44	0	32	0	8	219	0,000	0,000
Marka	189	52	2	31	1	12	287	0,000	0,000
Uten fast bopel	113	47	1	43	0	6	211	0,000	0,000
SUM	59234	14719	794	10027	451	5303	89813	100,00	100,00

1) Beregningen av forventet antall med helseproblem er gjort ved å multiplisere antallet med ulike kjennetegn fra tabell v3.1 med vektene som er hentet fra vedlegg 2. Tolkningen er at i tillegg til grunneffekten (befolkningstallet) er sannsynligheten for kontakt med allmennlege 6,9 prosent høyere for kvinner enn for menn, 8,4 prosent høyere for uføre enn ikke-uføre og så videre. Disse kontrollerte (direkte) effektene av de uavhengige variablene kan regnes om til et forventet ytterligere antall personer som har vært i kontakt med allmennlege enn det som fanges opp som grunneffekten av befolkning.

Tabell v3.3 Forventet antall med behov for sosiale tjenester i bydelene. (Vekter hentet fra tabell V2.2)

	Bydel	Arbeids-ledig- e	Separer- te og skilte	Uføre	Lav utdanning	Overg.-stona- d	20-49		Fjernkult. Innvandr	Antall Sum	Problem-andel	Kriterie-and- el
							minntekt under 200.000					
1	Bygdøy-Frogner	62	67	26	98	15	302	20	591	3,458	4,414	
2	Urbanienborg-Majorstua	104	80	36	123	21	387	22	773	4,535	4,202	
3	St.Hanshaugen-Ullevål	122	88	40	141	27	477	38	933	5,444	5,543	
4	Sagene-Torshov	141	108	95	258	50	491	75	1217	7,063	7,159	
5	Grünerløkka-Sofienberg	236	99	59	239	69	587	142	1432	8,202	7,516	
6	Gamle Oslo	217	89	54	230	65	511	178	1343	7,602	7,068	
7	Ekeberg-Bekkelaget	42	36	24	87	16	210	16	432	2,528	2,341	
8	Nordstrand	34	38	26	77	12	202	8	397	2,334	2,124	
9	Søndre Nordstrand	121	74	48	179	71	462	154	1109	6,262	5,601	
10	Lambertseter	31	36	30	93	19	148	22	379	2,204	2,380	
11	Bøler	41	38	38	99	21	186	28	453	2,626	2,642	
12	Manglerud	41	32	33	89	13	147	14	370	2,165	2,133	
13	Østensjø	40	41	37	108	19	200	18	462	2,705	2,779	
14	Helsfyr-Sinsen	78	68	43	189	33	326	49	785	4,554	4,704	
15	Hellerud	57	50	47	121	21	222	49	567	3,264	3,197	
16	Furuset	109	80	68	222	57	471	118	1125	6,430	6,714	
17	Stovner	86	66	66	182	40	345	99	883	5,038	5,414	
18	Romsås	32	27	24	62	24	122	35	327	1,868	1,979	
19	Grorud	61	48	48	142	25	242	46	613	3,539	3,554	

Bydel	Arbeids-ledig- e	Separer- te og skilte	Uføre	Lav utdanning	Overg.-støna- d	20-49 minntekt under 200.000	Fjernkult. Innvandr	Antall Sum	Problem-andel	Kriterie-and- el
20 Bjerke	80	62	48	173	33	324	54	773	4,473	4,610
21 Grefsen-Kjelsås	43	39	25	93	13	212	10	434	2,553	2,760
22 Sogn	42	30	20	83	20	226	32	452	2,613	2,541
23 Vinderen	35	34	15	68	7	222	9	390	2,291	2,285
24 Roa	42	55	28	90	13	249	22	498	2,904	2,952
25 Ullern	50	64	28	105	12	289	27	575	3,350	3,386
Sentrum	9	5	3	11	0	27	4	59		
Marka	6	4	2	10	2	24	0	47		
Uten fast bopel	0	8	7	15	1	23	2	56		
SUM	1963	1467	1019	3386	719	7633	806	17315	100,00	100,00

Litteraturliste

Besl. O. nr. 6. (14.11.1991), Vedtak til lov om sosiale tjenester m.v.

Brevik I. (1995), *Sosialhjelp 1970-93 Vekst og endring Kommunale variasjoner*. Notat 1995,136, Norsk institutt for by- og regionsforskning, Oslo.

Buchanan, J.M (1950) «Federalism and Fiscal Equity» i American Economic Review, Vol. 40. No 4.

Clausen, Sten-Erik (1993) Privat eldreomsorg i storby. NIBR-rapport nr 19. Oslo.

Clausen S-E. (1996), Oppvekstvilkår blant sosialhjelpsmottakere. I, Halvorsen K. (red), *Mestring av marginalitet. Å leve og overleve som sosialklient*. Cappelen akademisk forlag 1996.

Dahl E. (1994), *Sosiale ulikheter i helse, Artefakter eller seleksjon?* Fafo-rapport 170, Oslo.

Dahl Espen & Vogt Pernille (1996), *Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre*. Fafo-rapport 185, Oslo.

Dagbladet (1996), Norsk rekord i fattigkasse. 18.3.1996, s. 17

Dagens Næringsliv, 31.8.1995, s. 7

Danielsen, Kirsten og Lansether, Åsmund (1987) Gammel i Storby. INAS Rapport nr. 4. Oslo.

Djuve A. B og Hagen, K. (1995), «Skaff meg en jobb!» *Levekår blant flyktninger i Oslo*. Fafo-rapport 184, Oslo.

Erikson, Robert og Rune Åberg (1980), Veferd i forandring. Prisma. Stockholm.

Finnvold J. E. (1994), *Brukerkontakter i helsesøstertjenesten. En utvalgsundersøkelse*. Rapport 94/22, Statistisk sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger.

Guldbrandsen, Lars (1982) Fordelingsvirkninger av offentlige tiltak som statsvitenskapelig problem. INAS-notat nr 4. Oslo.

Gøteborgs Socialforvaltning (1986), *Rapport om Forsøksverksamhet med Personalförstärkning*. Gøteborg.

Hagen K, Djuve A B. & Vogt P. (1994), *Oslo, den delte byen?* FAFO-rapport 161, Oslo.

Hansen, Tore (1981) «Transforming needs to public expenditures» i Newton, Ken, Urban Political Economy. Francis Pinter. London.

Hatland. Aksel (1992) Til dem som trenger det mest? Universitetsforlaget

Halvorsen K. (red) (1996), *Mestring av marginalitet. Å leve og overleve som sosialklient*. Cappelen akademisk forlag.

Hansen, Jan Inge & Terum Lars Inge (1992), *Samfunnsendring og sosialhjelpsvekst*. INAS-rapport 1992,7. Institutt for sosialforskning, Oslo.

Hellevik O. (1980), *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget. 4 utgave.

Huserbråten, Kirsti (1996), Enslige har oftere helseproblemer enn andre. *Samfunnsspeilet* 1/1996, 39-44.

Johansson, Sten (1970) Om levandsnivåundersøkningen. Allmena Forlaget. Stockholm.

Maslow, Abraham (1970). *Motivation and Personality*. New York. Harper and Row.

Oslo Kommune (1986) Høringsuttalelse om nytt budsjettssystem. Finansdirektøren. Oslo.

Oslo Kommune (1988) Delrapporter om kriteriesystemet. Finansdirektøren. Oslo

Oslo Kommune (1989) Kriteriebasert budsjettfordeling til bydelene, prinsipper, metode og forslag til kriteriemidell. Prosjektrapport 1, Finansdirektøren. Oslo.

Oslo Kommune (1990) Kriteriebasert budsjettfordeling til bydelene, Oppfølging etter høringsrunden, nytt forslag til kriteriemodell. Prosjektrapport 3, Finansdirektøren. Oslo.

Oslo Kommune (1992) Evaluering av kriteriebasert budsjettfordeling til bydelene i Oslo. Utredningsseksjonen, Bydelsavdelingen. Oslo.

Oslo kommune (1992), *Sosialhjelp i kriteriesystemet*. Evalueringsrapport fra arbeidsgruppe, juni 1992. Utredningsseksjonen, Bydelsavdelingen.

Oslo kommune (1993), *Presentasjon av kriteriesystemet*. Byrådsavdeling for finans og plan, seksjon for plan og analyse.

Oslo kommune (1994), *Budsjettfordeling og forbruksutvikling for økonomisk sosialhjelp - Oppsummering av en konferanse og vurderinger av aktuelle utviklingstrekk i kommunens sosialtjeneste*. Byrådsavdeling for finans og plan. Oslo.

Oslo kommune (1994), *Budsjettfordeling og forbruksutvikling for økonomisk sosialhjelp - Oppsummering av en konferanse og vurderinger av aktuelle utviklingstrekk i kommunens sosialtjeneste*. Byrådsavdeling for finans og plan. Oslo.

Oslo kommune, Byrådet (1994), *Evaluering av kriteriesystemet for bydelene*. Byrådssak 244/94.

Oslo kommune (1995a), *Motiverer dagens budsjett-tildeling og økonomireglement m.h.t. økonomisk sosialhjelp, bydelene til en optimal ressursutnyttelse*. Notat, saksnr. 9508865-1, Byrådsavdeling for arbeid og sosiale tjenester.

Oslo kommune (1995b), *Statistisk årbok for Oslo 1995*. Byrådsavdeling for finans og plan. Oslo.

Oslo Kommune (1995c), *Evalueringsrapport av kriteriesystemet for bydelene*. Byrådsak nr 263/95. Oslo.

Oslo-Speilet (1994), Nr. 6, Årgang 4. Oslo kommune, Byrådsavdeling for Finans og Plan, Plan- og analyseseksjonen.

Oslo-Speilet (1995), Nr. 3, Årgang 5. Oslo kommune, Byrådsavdeling for Finans og Plan, Plan- og analyseseksjonen.

Nervik J. A. (1991), *Flere stillinger - lavere utgifter? Evaluering av forsøket «Bedre bruk av sosialhjelpsmidlene»*. INAS-rapport 91,6. Institutt for sosialforskning, Oslo.

Petersen T. (1985), A comment on presenting results from logit and probit models. *American Sociological Review* 50(1), 130-131.

Rattsø, J. (1988), Retningslinjer for utforming av statstilskudd til kommunene, i

Kjellberg, F. (Red.), *Nytt inntektssystem - nye utfordringer for kommuner og stat*. Kommuneforlaget. Oslo.

Lingsom, Susan (1987) *I eget hjem med andres hjelp - Offentlig og privat omsorg i eldres hverdag*. INAS Rapport 3/87. Oslo.

Newton, Ken (1980), *Balancing the books, Financial Problems of Local Government in Western Europe*. Sage. London.

Norges Offentlige Utredninger (1996), *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner*. Nr 1 («Rattsøeutvalget»). Akademika. Oslo.

Rawls, J. (1971), *Social Justice*. Harvard University Press. Cambridge.

Refsdal O. (1993), *Helsetenester for flyktninger. Dei kommunale utgiftene*. Notat 114, 1993. Norsk institutt for by- og regionsforskning, Oslo.

Ringen S. (1995), Well-being, Measurement, and Preferences. *Acta Sociologica* 38,3-15.

Rønning R. & Vabo S. I. (1994), *Sosialsentertjenesten i Oslo - og PUSO*. Rapport nr. 17-94, Østlandsforskning, Lillehammer.

Sosialdepartementet (1992), *Lov om sosiale tjenester m. v. Rundskriv I - 1/93*.

Statistisk sentralbyrå (1995a), *Arbeidsmarkedsstatistikk 1994. Hefte I Hovedtall*. Oslo-Kongsvinger.

Statistisk sentralbyrå (1995b), *Befolkningsstatistikk 1994. Hefte III Oversikt*. Oslo-Kongsvinger.

Statistisk sentralbyrå (1995c), *Ukens statistikk*. nr. 40, 1995. Oslo-Kongsvinger.

Stortingsmelding nr. 35, 1994-95, *Velferdsmeldingen*.

Steen J. m. fl. (1993), Arvelige sykdommer og misdannelser som dødsårsak i de to første leveår blant to årskull barn i Oslo. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 3, vol. 113.

Stoltenberg C. (1995), Helse og sykkelighet hos innvandrere i Norge. I, *Er helse et problem for innvandrere?* Rapport fra Landskonferansen 6-8 oktober 1995, Kontaktutvalget mellom innvandrere og norske myndigheter (KIM).

Sæbø. G (1995), *Når pengene ikke strekker til. Om ulike økonomiske problemer blant sosialklientene - og hva de skyldes*. INAS-rapport 95,3. Institutt for sosialforskning, Oslo.

Sæbø G. & Øverbye E. (1994), Når det beste blir det godes fiende, Et forsvar for bruk av «naive» indekser i levekårsforskningen. *Sosiologisk tidsskrift*, 3, 191-212.

Tangen T. (1996), *Bydelenes forbruk av sykehustjenester 1995*. Stovner bydelsforvaltning, _Oslo kommune.

Toresen J. (1993), *Økonomisk sosialhjelp - kommunalt utgiftsbehov*. Ressursfordelingen i Oslo/ Akershusregionen «Roar-prosjektet» Delrapport 10, KS-forskning, Akershus fylkeskommune og Oslo kommune. NIBR-notat 1993,119, Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR), Oslo.

Øverbye E. & Sæbø G. (1996), *Økonomisk sårbarhet i et risikofylt samfunn*. I, Halvorsen K. (red), *Mestring av marginalitet. Å leve og overleve som sosialklient*. Cappelen akademisk forlag

Øverås S. (1995), *Helseboka 1995*. Statistisk sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger.