

Signe Vrålstad

## 7. Sosiale levekår

- **De fleste sosialhjelpsmottakere har mindre sosial kontakt enn befolkningen som helhet.**
- **To av tre er ikke aktive i organisasjoner.**
- **En av fem vurderer helsen sin som dårlig eller meget dårlig.**
- **27 prosent har symptomer på psykiske problemer.**
- **En av sju ble utsatt for vold det siste året.**

Sosialhjelp gis til mennesker for å sikre dem nødvendige midler til livsopphold. Det å motta sosialhjelp identifiserer på denne måten et stort levekårsproblem: økonomiske vanskeligheter. Å gi sosialhjelp handler ikke bare om å bedre de økonomiske levekårene, men man kan si

at hjelpen blir gitt med tanke på å bedre de generelle levekårene deres. I dette kapitlet ser vi derfor nærmere på andre sider av levekårene: sosiale og helsemessige levekår, samt levevaner. Dette har vi muligheten til med surveydata fra levekårsundersøkelsene.

### Sosialhjelpsmottaker

Til levekårsundersøkelsen er det koblet inntektsdata fra inntektsregisteret, heriblant sosialhjelp, som brukes til å definere sosialhjelpsmottakere. I levekårsundersøkelsen har vi ikke mulighet til å se på hver enkelt person i husholdningen som mottar sosialhjelp. I stedet lar vi den personen som ble intervjuet i levekårsundersøkelsen, representere sin husholdning. De intervjupersonene som bor i en husholdning der en eller flere har mottatt sosialhjelp i løpet av året, definerer vi som *sosialhjelpsmottakere*. Selv om ikke denne personen nødvendigvis selv mottar sosialhjelp, tenker vi at inntekter og utgifter ofte deles i en husholdning, slik at hvis én person er økonomisk utsatt, er gjerne de andre medlemmene i husholdningen det også. Denne definisjonen brukes i hele kapitlet.

Sosialhjelpsmottaker (definisjon): person som bor i en husholdning der minst én person i husholdningen har mottatt minst én krone i sosialhjelp i løpet av det året intervjuet ble foretatt.

I det utvalget som brukes mest i dette kapitlet, fra Levekårsundersøkelsen 2008, er de fleste relativt unge, og nesten ingen over 67 år bor i husholdninger som mottar sosialhjelp. Aleneboende er overrepresentert, det samme er enslige forsørgere (se kapittel 3 for mer om enslige forsørgere). Utdanningsnivået blant dem som mottar sosialhjelp, er lavere sammenlignet med dem som ikke mottar sosialhjelp, og nær halvparten av dem har lavinntekt (se boks). Personer som er født utenfor Norge (det vil si at mor var bosatt utenfor Norge da barnet ble født), er overrepresentert i gruppen, og i praksis vil innvandrere utgjøre en overveiende andel av personer født utenfor Norge. Det er flere kvinner enn menn i utvalget.

**Levekårsundersøkelsene**

Levekårsundersøkelsen gjennomføres fra og med 1996 årlig med varierende tema. Temaene gjentas med en syklus på tre år. Arbeidsmiljø og barnetilsyn var tema i 1996, 2000, 2003, 2006 og 2009. Boforhold, organisasjonsdeltakelse, fritid og utsatthet og uro for lovbrudd var tema i 1997, 2001, 2004 og 2007. Helse, omsorg og sosial kontakt var tema i 1998, 2002, 2005 og 2008. I dette kapittelet brukes i hovedsak levekårsundersøkelsene fra 2008 og 2007. Levekårsundersøkelsen er en spørreundersøkelse med et relativt lite utvalg. Når man går inn og ser på mindre grupper i materialet, slik som sosialhjelpsmottakere, er analysene basert på et lite utvalg observasjoner. Dette medfører usikkerhet i analysene av dataene (se boks om usikkerhet i analysen).

**Tema: Helse (2008)**

Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse (helseundersøkelsen) er en stabil og regelmessig kilde til data om ulike forhold knyttet til befolkningens helse. Den gjennomføres hvert tredje år. Dataene er representative for befolkningen bosatt i privathusholdninger. Hver undersøkelse gir et bilde av folkehelsen på et gitt tidspunkt. Sammenstilt viser dataene utviklingen i Helse-Norge over tid. Undersøkelsen omfatter data om hvordan befolkningen selv vurderer egen helse, om sykdom, funksjonsevne, levevaner og bruk av helsetjenester. Svarprosenten i 2008 var på 66,8. Opplysningene som samles inn, er basert på personlige intervjuer med 6 500 personer. Av disse var 190 sosialhjelpsmottakere, 110 kvinner og 80 menn.

**Tema: Boforhold, organisasjonsdeltakelse, fritid og utsatthet og uro for lovbrudd (2007)**

Undersøkelsen omfatter data om boligstandard, nærmiljø og eierforhold til boligen. Den omfatter også data om vold og kriminalitet, organisasjonsmedlemskap og andre fritidsaktiviteter. I dette kapittelet er det kun tall for organisasjonsmedlemskap som er hentet herfra. Svarprosenten i undersøkelsen i 2007 var på 66,4. Opplysningene som samles inn, er basert på intervju med 3 200 personer. Antall sosialhjelpsmottakere var 103 personer, 49 kvinner og 54 menn.

Om lag 30 prosent av sosialhjelpsmottakerne i levekårsundersøkelsen er født utenfor Norge, både i 2007 og 2008.

**Dokumentasjon**

Undersøkelsene er dokumentert i egne dokumentasjonsrapporter (Statistisk sentralbyrå 2012).

**Måling av lavinntekt**

Definisjonen av lavinntekt tar utgangspunkt i definisjonen benyttet i EU. Denne tar utgangspunkt i det beløpet som utgjør 60 prosent av medianinntekten for alle personer, etter at husholdningsinntektene er regnet om til forbruksenheter ved hjelp av EU-skalaen. Alle personer med en inntekt per forbruksenhet lavere enn dette regnes da som tilhørende lavinntektsgruppen.

Husholdninger vil ha stordriftsfordeler når flere personer deler på utgiftene, hver person tillegges derfor ulik vekt. Ifølge EU-skalaen skal første voksne ha vekt lik 1, neste voksne vekt lik 0,5, mens hvert barn får vekt lik 0,3.

### Usikkerhet i analysen

Levekårsundersøkelsen er en utvalgsundersøkelse der utvalget er trukket tilfeldig og er representativt for den befolkningen undersøkelsen dekker. I utvalgsundersøkelser er det alltid en viss usikkerhet knyttet til resultatene.

Når man analyserer mindre grupper i materialet, slik som sosialhjelpsmottakere, er analysene basert på et lite antall observasjoner. I 2008 var det 190 personer som oppfylte definisjonen av «sosialhjelpsmottaker». I 2007 var det 103. Når antall observasjoner er lite, øker usikkerheten. Den enkelte observasjon får mer å si, og endringer og forskjeller mellom grupper kan skyldes tilfeldigheter.

Så lenge utvalget er trukket tilfeldig, kan denne usikkerheten beregnes, blant annet for å vise om endringer og forskjeller mellom grupper er statistisk sikre (signifikante), eller om de kan skyldes tilfeldige utslag. For å si noe om statistisk sikkerhet i dette kapittelet bruker vi en t-test. Funnene i dette kapittelet kan derfor være statistisk usikre, og dette presiseres da i teksten.

I enhver spørreundersøkelse vil det også være frafall av intervjupersoner, enten de ikke ønsker å være med, eller man ikke oppnår kontakt. Frafallet kan være forskjellig i ulike grupper, slik at utvalget blir skjevt. Resultatene vektas for å rette opp slike skjevheter i utvalget som helhet, etter demografiske kjennetegn som kjønn, alder, utdanning og familiestørrelse. I levekårsundersøkelsen har vi ikke mulighet til å si noe om de sosialhjelpsmottakerne som av ulike årsaker ikke deltar i undersøkelsen, skiller seg vesentlig fra dem som er intervjuet.

Undersøkelsen om helse i 2008 bestod både av et intervju og et spørreskjema som intervjupersonene fyller ut selv. Mellom intervju og postskjema er det en del som faller fra i undersøkelsen, og av sosialhjelpsmottakerne var det 94 som sendte inn skjemaet. Temaene ensomhet, psykiske problemer målt med HSCCL-25 og bruk av rusmidler er hentet fra postskjemaet, og det er derfor ekstra stor usikkerhet knyttet til hvor representative disse resultatene er sammenlignet med resultatene fra intervjuet.

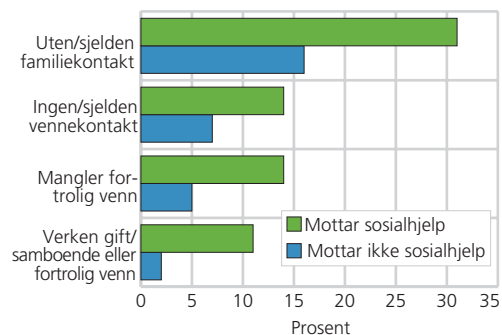
## 7.1. Ofte kontakt med venner enn med familie

Det å se på det sosiale nettverket til sosialhjelpsmottakere er interessant av flere grunner. Den ene er at mange av dem som mottar sosialhjelp, bor alene eller er den eneste voksne i husholdningen. For disse kan den sosiale kontakten utenfor husholdningen være viktigere enn for dem som bor sammen med noen. Et ressurssterkt nettverk kan også være en beskyttelse i møte med økonomiske utfordringer, og man kan tenke seg at økonomiske vanskeligheter kan legge begrensninger på mulighetene for sosial deltakelse. Sosial kontakt kan måles ved å se på hyppighet i kontakt med familie, venner og naboer, og hva slags kontakt de har, slik vi har gjort i levekårsundersøkelsen fra 2008.

De aller fleste sosialhjelpsmottakere har kontakt med familie og venner oftere enn en gang i måneden. Likevel er det en større

andel sosialhjelpsmottakere som ser familien sin og vennene sine sjelden, sammenlignet med resten av befolkningen (figur 7.1). Dette er statistisk sikre forskjeller (se boks om sammenligning av andeler), og den samme tendensen finner vi i 2002.

Figur 7.1. Sosialt nettverk blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen for øvrig. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Ut fra dette vet vi ikke om det er det å være sosialhjelpsmottaker, altså det å ha en vanskelig økonomisk situasjon, som i seg selv øker risikoen for å ha lite kontakt med venner og familie. I sosialhjelpsmottakergruppen er det for eksempel mange som bor alene, det er en større andel som er født i utlandet, enn i resten av befolkningen, og det er en større andel med grunnskole som høyeste utdanning og en overrepresentasjon av unge mennesker. Yngre mennesker ser venner oftere enn de eldre (Normann 2010). Vi kan tenke oss at noen av disse kjennetegnene øker eller minsker sjansene for kontakt med familie og venner.

Ved hjelp av en multippel analyse (se tekstboks for forklaring) kan vi samle disse kjennetegnene i en modell og se hvor stor rolle de enkelte kjennetegnene spiller for kontakten med familie og venner. Vi ønsker å finne frem til hvordan de ulike kjennetegnene øker eller minsker sannsynligheten for å være utsatt på det levekårsområdet vi ser på, som her er å se familie og venner sjeldnere enn en gang i måne-

den. Et av kjennetegnene er det å motta sosialhjelp. I modellen kontrolleres det bare for et utvalg kjennetegn, og det kan derfor være andre forhold som også spiller inn, som modellen ikke fanger opp.

Flere kjennetegn ser ut til å ha betydning for kontakthypptigheten med familie og venner. Hvordan man vurderer egen helse, har betydning for kontakthypptigheten – de som vurderer helsen som dårlig eller svært dårlig, har større sannsynlighet for å møte familie og venner sjelden.

Hvis vi ser på familiekontakt (vedleggstabell 7.1), finner vi at det å være født utenfor Norge betraktelig øker sannsynligheten for å se familien sin sjelden. Modellen tyder også på at de som bor alene, og de som har høyere utdanning, har økt sannsynlighet for lite familiekontakt. Siden personer som er født i utlandet er overrepresentert blant dem som mottar sosialhjelp, kan dette være med på å forsterke forskjellene mellom sosialhjelpsmottakere og andre når det gjelder familiekontakt. Kontrol-

### Logistisk regresjon

Logistisk regresjon er en multippel analysemetode som benyttes for å studere den unike effekten av flere forklaringsvariabler på en avhengig variabel. Metoden er velegnet når den avhengige variabelen er dikotom, altså har to uavhengige verdier, og vi har flere mulige årsaksvariabler.

I denne artikkelen brukes analysemetoden for å se på flere ulike levekårsindikatorer, og vi har brukt variablene kjønn, alder, utdanning, om man bor alene eller ikke, egenvurdert helse, om man er født i utlandet eller ikke, lavinntekt og om man har mottatt sosialhjelp eller ikke, som forklaringsvariabler (uavhengige variabler). Den avhengige variabelen er gjort dikotom ved å si at de vi regner som utsatt på et levekårsområde (for eksempel har kontakt med familien sjeldnere enn en gang i måneden), får verdi 1, mens de som ikke er utsatt (har kontakt med familien månedlig eller oftere), får verdi 0. Deretter ser vi på i hvilken grad de uavhengige variablene øker eller minsker sannsynligheten for å ha verdi 1 på den avhengige variabelen.

Referansekategoriene i regresjonene for 2008 er en mann i alderen 67-79 år med grunnskoleutdanning som ikke er født i utlandet, ikke mottar sosialhjelp og ikke har lavinntekt (målt med EU60) og som har god egenvurdert helse.

I regresjonene om organisasjonsaktivitet (basert på Levekårsundersøkelsen 2007) brukes samme referansekategori, men egenvurdert helse er ikke en del av modellen.

Se vedleggstabeller 1-14.

For mer om logistisk regresjon, se for eksempel Ringdal (2007).

lerer vi for disse kjennetegnene, finner vi at det å være økonomisk utsatt, gjennom å motta sosialhjelp, i seg selv øker sjansen noe for å ha liten kontakt med familien.

Når det gjelder kontakt med venner (vedleggstabell 7.2), har økende alder og det å være innvandrere noe å si for det å ha sjelden kontakt med venner. Det å være sosialhjelpsmottaker øker også sannsynligheten for å ha sjelden kontakt med venner, kontrollert for de andre faktorene i modellen.

## 7.2. De aller fleste har en god venn

Hva vi legger i vennskap kan være forskjellig, for noen handler det om å møtes og være sammen, for andre kan det være viktig å ha noen å betro seg til. Vi kan også ha ulikt forhold til forskjellige venner. For å fange opp ulike sider av vennsapsrelasjoner spør vi i tillegg til hyppighet også om folk har en fortrolig venn. I befolkningen som helhet har nær alle en fortrolig venn, mens 5 prosent ikke har det (figur 7.1). Også blant dem som mottar sosialhjelp, har de fleste en fortrolig venn, men 14 prosent mangler en slik venn.

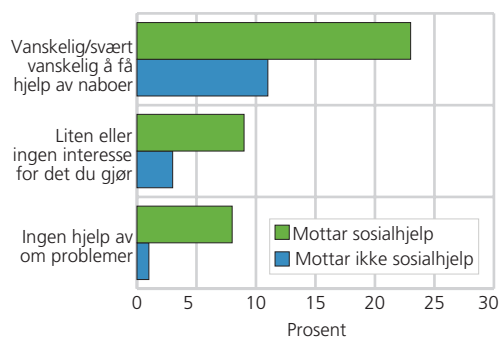
For dem som er gift eller har en samboer, kan partneren fungere som en fortrolig på samme måte som en god venn. Vi kan derfor også se på dem som verken er gift, har en samboer eller en fortrolig venn. Av sosialhjelpsmottakerne gjelder dette en av ti, og i resten av befolkningen en av 50. Mye av forskjellen mellom sosialhjelpsmottakere og andre har sammenheng med at mange av sosialhjelpsmottakerne oftere er aleneboende. En regresjonsanalyse, lik den for kontakt med familie og venner, støtter opp om dette (vedleggstabell 7.3). Analysen viser også at kontrollert for dette og andre kjennetegn, øker det å motta sosialhjelp likevel sannsynligheten for å mangle både en fortrolig venn og partner.

## 7.3. Sosial støtte

Tidligere analyser har vist at sosial støtte, i form av at noen stiller opp for oss, bryr seg om det vi gjør og kan hjelpe oss når vi trenger det, kan påvirke den psykiske helsen. For å fange opp dette har Statistisk sentralbyrå (SSB) inkludert tre spørsmål som utgjør den såkalte Oslo 3-skalaen (Meltzer 2003) i levekårsundersøkelsen. Skalaen bygger på tre spørsmål: i hvilken grad det er lett eller vanskelig å få hjelp av naboer; antall personer som står en nær, og som man kan regne med ved personlige problemer; grad av deltakelse og interesse fra andre.

De aller fleste både i befolkningen som ikke mottar sosialhjelp, og blant dem som mottar sosialhjelp, kan få praktisk hjelp av naboene om de trenger det, men det er en noe større andel sosialhjelpsmottakere som ikke har noen naboer å spørre om hjelp (se figur 7.2). Likevel oppgir 47 prosent av sosialhjelpsmottakerne at de ikke har kontakt med naboene, og dette er en større andel enn blant dem som ikke mottar sosialhjelp (30 prosent).

Figur 7.2. Andel som mangler ulike former for sosial støtte (Oslo 3-skalaen), blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen for øvrig. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Vi kan tenke oss at det at noen viser interesse for det du gjør og ser deg i hverdagen, virker sosialt integrerende og er godt for selvfølelsen. Både blant dem som mottar, og dem som ikke mottar sosialhjelp, opplever de fleste at noen viser noe eller stor interesse for det de gjør.

Sosial støtte kan også handle om at noen stiller opp om vi får problemer. Både blant befolkningen som helhet og blant sosialhjelpsmottakere har de aller fleste noen de kan regne med om de skulle få store personlige problemer. Av sosialhjelpsmottakerne er det 8 prosent som ikke har noen de kan få hjelp av om de skulle trenge det, mot 1,5 prosent i befolkningen. En multippel analyse (vedleggstabell 7.4) tyder på at det er flere forhold i modellen som har betydning for å mangle noen som stiller opp. Både det å være aleneboende, å være født i utlandet og å vurdere helsen sin som dårlig har betydning for å mangle noen å støtte seg til. Dette kan altså ha noe å si for at en større andel sosialhjelpsmottakere mangler noen som stiller opp, men analysen støtter opp om at det å motta sosialhjelp er forbundet med økt risiko for det å mangle noen som kan hjelpe om man får store personlige problemer.

#### **7.4. Er sosialhjelpsmottakerne ensomme?**

Siden de som mottar sosialhjelp, ser ut til å komme dårligere ut når det gjelder sosial kontakt enn resten av befolkningen, vil det være naturlig å tenke seg at de også i større grad kan føle seg ensomme. På spørsmål om en har opplevd å føle seg ensom i løpet av de siste 14 dagene, svarer 27 prosent av dem som ikke mottar sosialhjelp at de har vært litt, ganske eller veldig mye plaget av ensomhet. I alt 65 prosent av dem som mottar sosialhjelp, svarer det samme.

Vi minner om at spørsmålet om ensomhet er hentet fra spørreskjemaet der antallet observasjoner er mindre enn når vi baserer oss på intervjuet, og det er derfor større usikkerhet knyttet til disse resultatene sammenlignet med resultatene fra intervjuet.

Mens det er en klart større andel aleneboende som føler seg ensomme i resten av befolkningen, ser det ikke ut til at bosituasjonen har like mye å si for sosialhjelpsmottakerne. Kontrollert for andre forhold viser det seg at det å være ung, aleneboende og å vurdere sin egen helse som dårlig øker sannsynligheten for å føle seg ensom (vedleggstabell 7.5). I tillegg spiller det å motta sosialhjelp en rolle for om man føler seg ensom. Samlet sett viser de forgående analysene at det å være i en økonomisk vanskelig situasjon er knyttet sammen med det å være sosialt sårbar, både i form av manglende sosialt nettverk og i forhold til ensomhet.

#### **7.5. To av tre er ikke aktive i noen organisasjoner**

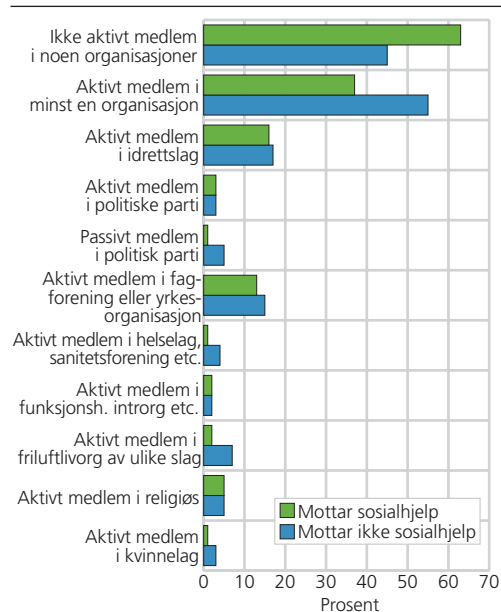
Siden mange av sosialhjelpsmottakerne har en svak tilknytning til arbeidslivet (se kapittel 5), kan det å være medlem i en eller flere organisasjoner være alternative arenaer for å delta i samfunnet og å utfolde seg sosialt. I Levekårsundersøkelsen 2007 spør vi om folk er aktive i noen organisasjoner, og hva slags type organisasjon de er aktive i. Som i resten av befolkningen er det størst andel av sosialhjelpsmottakerne som er aktive medlemmer i idrettslag og fagforenings- eller yrkesorganisasjoner (figur 7.3).

Flertallet av sosialhjelpsmottakere er imidlertid ikke aktive i noen organisasjoner (63 prosent mot 45 prosent i befolkningen for øvrig). Det å være sosialhjelpsmottaker har i seg selv relativt liten betydning for å ikke være medlem i en organisasjon, viser

en multipl analyse (vedleggstabell 7.6). Det kan derfor være andre kjennetegn ved gruppen som også har betydning – det å være født i utlandet øker for eksempel sannsynligheten for å ikke være aktiv i noen organisasjoner. Utdanningslengde ser også ut til å ha noe å si: de med høyere utdanning har lavere sannsynlighet for å ikke være med i en organisasjon enn dem med grunnskoleutdanning.

Det kan se ut til at en større andel sosialhjelpsmottakere var aktive medlemmer i en eller flere organisasjoner i 2007 enn tidligere (ikke statistisk sikker). Den samme tendensen finner vi ikke i resten av befolkningen. I 2001 var 72 prosent av sosialhjelpsmottakerne ikke aktive i noen organisasjoner, i 2004 sank det til 67 prosent, og til 63 prosent i 2007.

Figur 7.3. Deltakelse i organisasjoner blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen for øvrig. 2007. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2007, Statistisk sentralbyrå.

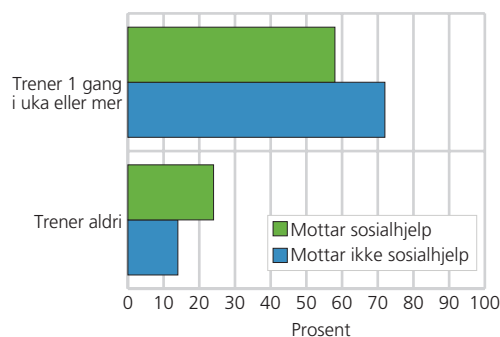
## 7.6. De fleste sosialhjelpsmottakerne trener minst en gang i uka

Fysisk aktivitet og bruk av ulike rusmidler er noen av de målene som er brukt i levekårsundersøkelsen (2008) for å se på folks levevaner. Levevaner henger sammen med helse, som vi kommer nærmere inn på i neste avsnitt.

I alt 58 prosent av sosialhjelpsmottakerne trener en gang i uka eller mer. I befolkningen ellers er det 72 prosent som trener ukentlig eller oftere. Samtidig som de fleste sosialhjelpsmottakerne trener, er det en større andel blant dem enn i befolkningen ellers som aldri trener. I alt 24 prosent av sosialhjelpsmottakere oppgir at de aldri trener, mot 14 prosent i den øvrige befolkningen (figur 7.4).

Men også her viser en multipl analyse (vedleggstabell 7.7) at det kan være bakkenforliggende forhold som skaper denne forskjellen mellom sosialhjelpsmottakere og andre, og at det ikke nødvendigvis bare er sosialhjelpen eller de økonomiske vanskelighetene i seg selv som har betydning for om man trener eller ikke.

Figur 7.4. Treningsaktivitet blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen for øvrig. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.



Modellen viser at det å være født i utlandet og det å ha grunnskoleutdanning øker sannsynligheten for å ikke trene. Det samme gjør økende alder. Det lave innslaget av mennesker med høyere utdanning i sosialhjelpsmottakergruppen kan øke sannsynligheten i denne gruppen for at de aldri trener. Innslaget av unge i sosialhjelpsmottakergruppe kan imidlertid ha positiv betydning for treningen.

### 7.7. Store variasjoner i rusbruk

Bruken av rusmidler, fra de «letteste» til de «tyngste», kan også være et mål på levevaner, og på hvilken helserisiko en person utsetter seg selv for i løpet av livet. Tallene her bygger på svar fra postskjemaet.

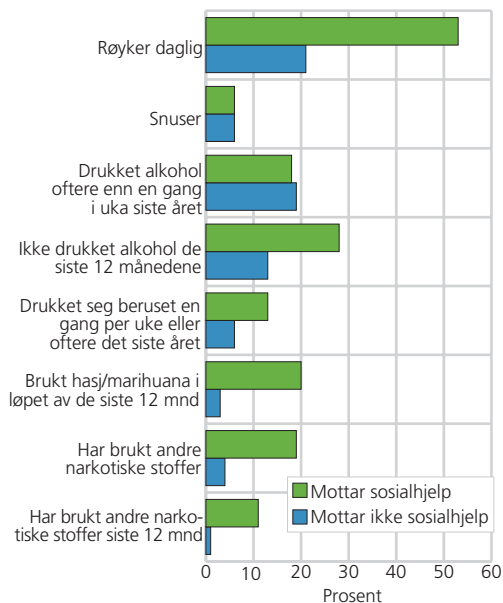
I levekårsundersøkelsen spør vi om hyppigheten i bruk av alkohol. Ser vi på dem som drikker alkohol to ganger i uka eller oftere, finner vi ingen forskjeller mellom

sosialhjelpsmottakere og andre (figur 7.5). Samtidig kan det se ut til at det er en større andel sosialhjelpsmottakere som har drukket så mye at de har følt seg beruset en gang i uka eller oftere, 13 prosent, mot 6 prosent i resten av befolkningen.

På den annen side ser det også ut til at det er en større andel som er avholdende blant sosialhjelpsmottakerne enn ellers i befolkningen, 28 prosent mot 13 prosent. Van der Wel mfl. (2006) finner i rapporten «Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp» at langtidsmottakende sosialhjelpsmottakere med innvandringsbakgrunn i langt mindre grad har problemer med rus enn sosialhjelpsmottakere uten slik bakgrunn.

Omtrent like mange som i befolkningen for øvrig snuser, 6 prosent. Imidlertid er det en større andel dagligrøykere blant sosialhjelpsmottakerne. Halvparten av sosialhjelpsmottakerne røyker, mens en av fem i resten av befolkningen gjør det samme.

Figur 7.5. **Bruk av ulike rusmidler blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen for øvrig. 2008. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

I undersøkelsen spør vi om respondenten har brukt hasj og andre typer narkotiske stoffer de siste tolv månedene. Analysene her er som nevnt tidligere basert på få observasjoner. Dette, sammen med at spørsmålene er sensitive, sår tvil om kvaliteten i svarene. Hva det vil si å ha «brukt» et narkotisk stoff, kan her muligens tolkes litt forskjellig av respondentene, og vi vet ingenting om hyppigheten i bruken. Noen kan ha brukt hasj en gang i løpet av de siste tolv månedene, mens andre har brukt det daglig. På spørsmål om de har brukt hasj, svarer 20 prosent av sosialhjelpsmottakerne ja (i befolkningen for øvrig er det 3 prosent).

Vi spør også om de noen gang i løpet av livet har brukt det som ofte kalles tyngre stoffer, slik som kokain, amfetamin, ecstasy og lignende. Når det gjelder bruk



de siste tolv månedene, svarer en av ti sosialhjelpsmottakere at de har brukt noen av de narkotiske stoffene i løpet av de siste tolv månedene, mens 1 prosent i befolkningen for øvrig oppgir å ha brukt disse stoffene. Selv om ikke folk har brukt noen av disse stoffene det siste året forut for undersøkelsen, kan det hende de har brukt det tidligere. 19 prosent blant sosialhjelpsmottakerne oppgir at de har brukt narkotiske stoffer noen gang.

### 7.8. En av fem vurderer helsen som dårlig

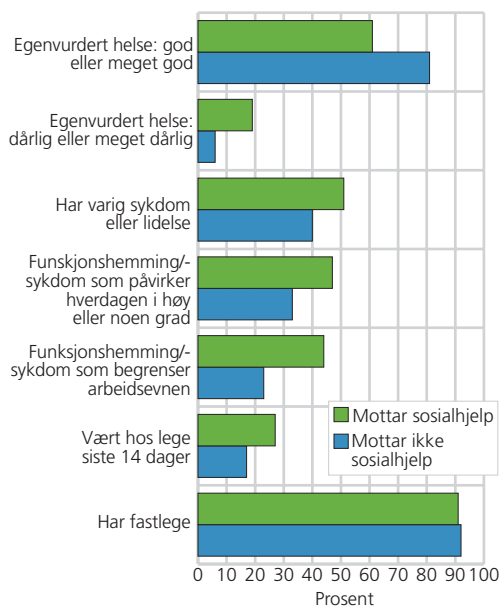
Når vi i levekårsundersøkelsen spør om hvordan den enkelte vurderer egen helse, er dette fristilt fra om den du spør har en sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Spørsmålet handler heller om hvordan den enkelte bedømmer sin egen helse helt generelt. Mens 19 prosent blant sosialhjelpsmottakerne vurderer sin egen helse som dårlig eller meget dårlig, gjør 6 pro-

sent blant den resterende befolkning det samme (figur 7.6).

Tidligere er det vist at aleneboende generelt har dårligere egenvurdert helse enn personer som bor sammen med flere (Ramm, Jensen og Borgan 2006). Også her finner vi at det å bo alene øker sannsynligheten for å vurdere helsen som dårlig.

Den multiple analysen (vedleggstabell 7.8) viser at utdanningsnivået også kan ha betydning for egenvurderingen av helse. De med grunnskole har høyere sannsynlighet for å vurdere helsen sin som dårlig enn dem som har utdanning på høyskole eller universitetsnivå. Det at sosialhjelpsgruppen er så ung, kan imidlertid virke andre veien på egenvurderingen av helse. Justert for de ovenfor nevnte og andre kjennetegnene i modellen fremkommer det at det å være sosialhjelpsmottaker har stor betydning for det å vurdere helsen sin som dårlig. Her kan man både tenke seg at de som har dårlig helse i større grad sliter økonomisk og trenger støtte i form av sosialhjelp, samtidig som det å slite økonomisk, særlig over tid, kan virke i retning av svekket helse.

Figur 7.6. Helsetilstand blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen for øvrig, 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

### 7.9. Halvparten har en varig sykdom eller lidelse

I alt 51 prosent av sosialhjelpsmottakerne og 40 prosent av resten av befolkningen oppgir at de har en varig sykdom eller lidelse, enten den er medfødt eller en virkning av en skade<sup>1</sup>. Det er knyttet usik-

<sup>1</sup> I denne analysen vil den totale andelen med varig sykdom avvike fra det som oppgis i offisiell statistikk bygd på levekårsundersøkelsen 2008 (Statistisk sentralbyrå 2009). Dette skyldes at vi her baserer oss kun på det innledende spørsmålet: «Har du noen varig sykdom eller lidelse, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?» I undersøkelsen følges det så opp med flere spørsmål for å fange opp varig sykdom. Det har vi ikke tatt hensyn til i denne analysen.

kerhet til denne forskjellen, og en multipel analyse (vedleggstabell 7.9) viser at sosialhjelpsmottakere har en noe større sannsynlighet for å ha en varig lidelse. Sammenhengen her er ikke like sterk som når det gjelder egenvurdert helse, og også her kan forholdet mellom sosialhjelpsmottak og det å slite med helsen være sammensatt. Naturlig nok viser denne analysen også at det er en sterk sammenheng mellom en negativ vurdering av egen helse og det å ha en sykdom eller lidelse. Til tross for dette viser tallene i figur 7.6 at langt fra alle som har en varig lidelse, vurderer helsen sin som dårlig.

Ulike lidelser og det å oppleve nedsatt funksjonsevne kan i større eller mindre grad virke inn på dagliglivet. Blant dem som har en lidelse eller nedsatt funksjonsevne, oppgir 47 prosent av sosialhjelpsmottakerne at den nedsatte funksjonsevnen eller lidelsen påvirker hverdagen i høy eller noen grad, mot 33 prosent i den øvrige befolkningen.

I forhold til behandling og oppfølging av helsetilstanden generelt svarer like mange sosialhjelpsmottakere som andre at de har en fast lege. 27 prosent oppgir at de har vært hos lege de siste dagene, enten dette er fastlegen, eller en annen allmennlege på legekontor, legevakt eller skole-, student- eller bedriftshelsetjeneste.

### 7.10. Utbredt med psykiske plager

I levekårsundersøkelsen er det flere spørsmål om psykisk helse som kan brukes til å lage ulike indekser. I dette kapitlet bruker vi Hopkins symptoms Checklist (HSCL-25) (se tekstboks for nærmere beskrivelse). I tillegg har vi satt sammen en indeks på bakgrunn av 5 spørsmål i levekårsundersøkelsen som går på ulike former for psykiske plager (PH5).

I den sistnevnte indeksen ser vi på om personene svarer bekreftende på at de har opplevd noen av de psykiske plagene de siste tre månedene. Her skal personen kun regne med mer varige og stadig tilbakevendende plager, ikke forbigående plager.

Blant sosialhjelpsmottakerne er det 27 prosent som har hatt tre eller flere av disse plagene, mens det er 7 prosent i befolkningen (figur 7.7). De problemene som sosialhjelpsmottakere særlig plages av, er søvnproblemer, å være nedstemt eller deprimert og å være trett eller slapp. De samme plagene nevnes oftest også i resten av befolkningen, men her i langt mindre utstrekning.

Kontrollert for andre forhold viser den multiple analysen (vedleggstabell 7.10) at

#### Hopkins Symptom Check List (HSCL)

Hopkins liste (Hopkins Symptoms Checklist – HSCL-25) er et velkjent og mye brukt screeninginstrument utviklet på Johns Hopkins University på 1950-tallet. Den omfatter en symptomliste med 25 spørsmål som måler symptomer på angst og depresjon. Skalaen for hvert av spørsmålene inkluderer fire svar-kategorier: ikke plaget = 1, litt plaget = 2, ganske mye plaget = 3 og veldig mye plaget = 4. Totalsummen er gjennomsnittsskåren på alle de 25 spørsmålene. Her ser vi på andeler med totalsum på 1,75 eller mer. I mange tilfeller er det vist at totalsummen korrelerer sterkt med en alvorlig følelsesmessig lidelse med en uspesifisert diagnose (Jensen og Hedum 2007)

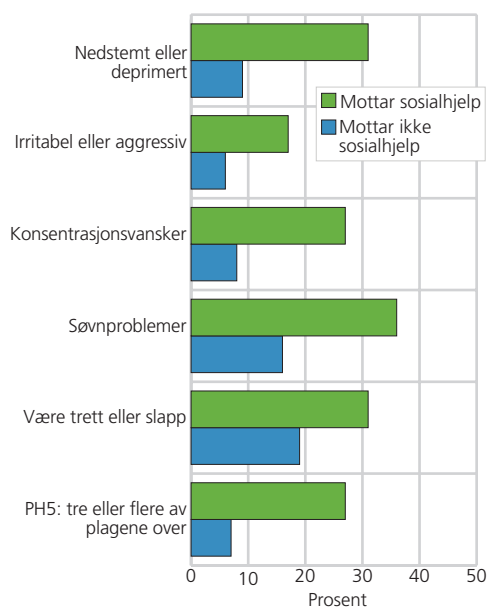
#### PH5

Indeksen PH5 er sammensatt av fem ulike spørsmål fra levekårsundersøkelsen om varige eller tilbakevendende psykiske plager de siste tre månedene (regnet fra intervjudtidspunktet). Plagene som inngår, er: 1) nedstemt eller deprimert, 2) irritabel eller aggressiv, 3) konsentrasjonsvansker, 4) søvnproblemer og 5) trett eller slapp. Dette er ikke en internasjonal standard på samme måte som HSCL-25.

det å motta sosialhjelp har en stor betydning for å svare bekreftende på tre eller flere av plagene nevnt over. I tillegg viser den at det å se helsen sin som svekket spiller en stor rolle for det å oppleve å ha psykiske plager. Med alderen synker sannsynligheten for å ha psykiske helseplager.

Hopkins Symptoms Checklist, eller HSCL-25, er opprinnelig et screeninginstrument som består av 25 spørsmål som måler tilstedeværelsen av symptomer på angst og depresjon. Personer som har gjennomsnittlig skår på 1,75 eller høyere (se tekstboks for utregning), regnes som å ha symptomer på psykiske problemer. Vi kan ikke her trekke noen konklusjoner om den psykiske helsen til den enkelte på grunnlag av dette, men vi kan bruke denne skalaen som en indikator på utbredelsen av symptomer på psykiske problemer i ulike grupper. Indeksen HSCL-25 er basert på

Figur 7.7. **Andel med varige og tilbakevendende symptomer på psykiske plager de siste tre månedene, blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen for øvrig, 2008. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

spørsmål i spørreskjemaet, og resultatene bygger dermed på noen færre observasjoner enn PH5.

Blant sosialhjelpsmottakerne som har svart på spørreskjemaet, oppnår halvparten en skår på 1,75 eller høyere på HSCL-25. Ellers i befolkningen oppnår en av ti en like høy skår. Vi har igjen kontrollert for om det kan være andre kjennetegn ved sosialhjelpsmottakerne som gjør at vi finner disse forskjellene (vedleggstabell 7.11). Tidligere er det vist at aleneboende har større sannsynlighet for å ha psykiske problemer enn dem som bor sammen med noen (Ramm, Jensen og Borgan 2006). Også her finner vi at det å bo alene har noe å si for at man har symptomer på psykiske problemer.

Også det å være kvinne og det å være ung har betydning for å oppleve symptomer på psykiske problemer. Modellen viser også at de som vurderer helsen sin som dårlig, har økt sannsynlighet for å ha symptomer på psykiske problemer. Foruten disse faktorene spiller det å motta sosialhjelp en rolle når det gjelder å ha symptomer på psykiske problemer. Her kan man tenke seg en vekselvirkning mellom psykiske problemer og det å slite økonomisk. Dårlig økonomi kan virke inn på den psykiske helsen, og dårlig psykisk helse kan gjøre det vanskelig å etablere seg på arbeidsmarkedet.

Sosialhjelpsmottakere ser ut til i større grad å oppleve å ha symptomer på psykiske problemer. Søker de også i større grad enn andre hjelp i form av psykologtjenester? 17 prosent av sosialhjelpsmottakerne oppgir at de har vært hos psykolog det siste året, mot 3 prosent i befolkningen ellers.

Både det at sosialhjelpsmottakere vurderer sin egen helse som dårlig, og at mange har psykiske plager, stemmer overens med

funn i den tidligere omtalte rapporten til Van der Wel mfl. (2006). Her finner de også et større innslag av symptomer på psykiske problemer blant langtidsmottakere av sosialhjelp enn i resten av befolkningen. De mener også at det er en sammenheng mellom rusmisbruk og dårlig psykisk helse, og at rus kan tenkes å være en bakenforliggende faktor som forklarer mye av sammenhengen mellom sosialhjelpsbruk og psykisk helse. Samspillet mellom disse faktorene er imidlertid kompleks.

### 7.11. En av sju utsatt for vold det siste året

Til nå har vi sett at sosialhjelpsmottakere er sosialt og helsemessig utsatt. Til slutt ser vi på i hvilken grad de utsettes for, eller er bekymret for å utsettes for, vold. Det å utsettes for vold og det å frykte vold henger ikke nødvendigvis sammen. I befolkningen er det en større andel menn enn kvinner som utsettes for vold. Likevel er det en større andel kvinner enn menn som frykter vold (Statistisk sentralbyrå 2008). Selv om en ikke faktisk blir utsatt for vold, kan for eksempel tidligere hendelser eller hendelser i nærmiljøet føre til at man frykter vold og trusler.

Figur 7.8 viser at sosialhjelpsmottakerne i større grad enn andre frykter å bli utsatt for vold og trusler når de går ute alene i nærmiljøet, det gjelder 18 prosent, mot 7 prosent i resten av befolkningen. Det kan også se ut til at det, som i befolkningen ellers, er kvinnene som særlig opplever denne frykten, selv om dette er usikkert. Også kontrollert for andre faktorer er det en økt sannsynlighet for å være urolig for å bli utsatt for vold blant sosialhjelpsmottakerne (vedleggstabell 7.12). I tillegg øker det å være ung, i alderen 16-24 år, og å

være født i utlandet sannsynligheten for å være urolig for trusler og vold<sup>2</sup>.

Blir sosialhjelpsmottakerne også utsatt for mer vold? I den delen av befolkningen som ikke mottar sosialhjelp, ble 2 prosent utsatt for vold i løpet av de siste tolv månedene forut for undersøkelsen. Blant sosialhjelpsmottakere er det 14 prosent som har opplevd det samme. Som ellers i befolkningen ser det ut til at det særlig er mennene som opplever voldshendelser. Kontrollerer vi for andre kjennetegn (vedleggstabell 7.13), finner vi at både det å være mann, å være aleneboende og å ha lavinntekt medfører økt sannsynlighet for å utsettes for vold. Samtidig har det å motta sosialhjelp noe å si for det å oppleve å bli utsatt for vold.

I levekårsundersøkelsen spør vi også folk om de har opplevd å bli utsatt for trusler de siste tolv månedene. Her tenker vi på trusler som er så alvorlige at de gjør folk redde. Også dette opplever de som mottar sosialhjelp, i større grad enn andre. Gjør vi igjen en multipl analyse (vedleggstabell 7.14), finner vi at i tillegg har de under pensjonsalder (16-66 år), som det finnes mange av i denne gruppen, klart større sannsynlighet for å bli utsatt for trusler enn de eldre. Innslaget av aleneboende i sosialhjelpsgruppen kan også ha noe å si. De som bor alene, har større sannsynlighet for å bli utsatt for trusler enn dem som bor sammen med noen. Kontrollert for disse kjennetegnene har det å motta sosialhjelp betydning for det å utsettes for trusler.

Sosialhjelpsmottakerne opplever altså i større grad å utsettes for ubehagelige situasjoner i form av vold og trusler. Hva slags miljø man befinner seg i, kan henge sammen med ens økonomiske og sosiale

<sup>2</sup> Egenvurdert helse er ikke en del av modellen i analysene om vold.

situasjon. De som mottar sosialhjelp, kan tenkes i større grad å være del av voldsut-satte miljø enn mer ressurssterke grupper.

### 7.12. Oppsummering

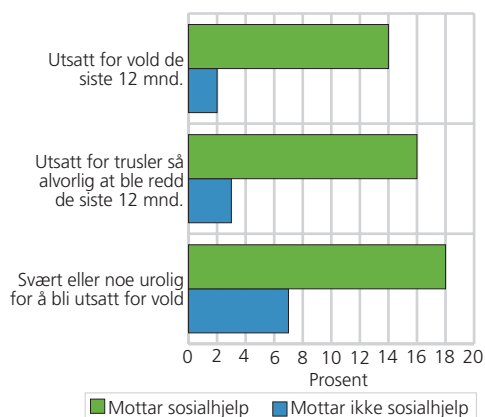
Sosialhjelpsmottakerne er en sammensatt gruppe. Dette speiles i deres sosiale liv, helse og levevaner. Selv om resultatene ikke er entydige, trekker de alle i retning av at sosialhjelpsmottakere generelt har dårligere levekår enn resten av befolkningen. I sosialhjelpsmottakergruppen er det et større innslag av grupper som er overrepresentert når det gjelder svekkede levekår enn i befolkningen ellers, slik som aleneboende, de med lav utdanning og personer født i utlandet. Kontrollert for disse kjennetegnene har likevel det å være sosialhjelpsmottaker i seg selv en betydning for levekårene. En vanskelig økonomisk situasjon og det å være utsatt på andre levekårsområder henger altså sammen. Her kan man tenke seg at økonomiske problemer og sosiale problemer forsterker hverandre. Manglende økonomiske ressurser kan gjøre det vanskelig å delta i det sosiale liv, og manglende nettverk som kan støtte opp i vanskelige situasjoner,

kan gjøre en mer sårbar ved økonomiske utfordringer.

Selv om de fleste har familie og venner som de møter jevnlig, er den generelle tendensen at en større andel sosialhjelpsmottakere mangler slik kontakt sammenlignet med resten av befolkningen. Det å bo alene og det å være født utenfor Norge øker begge sannsynligheten for svakere sosiale relasjoner, og mennesker med disse kjennetegnene er overrepresentert i sosialhjelpsmottakergruppen. Sosialhjelpsmottakerne deltar også mindre i organisasjonsliv. Jevnt over trekker altså disse indikatorene i retning av at sosialhjelpsmottakerne har mindre tilgang til sosiale ressurser.

Måten vi lever på kan både fremme god og dårlig helse, og her er bildet meget sammensatt for sosialhjelpsmottakerne. De fleste sosialhjelpsmottakere trener en gang i uka eller mer, mens en av fire aldri trener. Bruken av rusmidler varierer mye. Det å røyke er vanligere blant dem under pensjonsalder enn dem over, og at halvparten av sosialhjelpsmottakerne røyker, kan ha sammenheng med dette. De fleste sosialhjelpsmottakere drikker like hyppig som resten av befolkningen, samtidig som 28 prosent av sosialhjelpsmottakerne aldri drikker.

Figur 7.8. **Uro og utsatthet for vold blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen for øvrig. 2008. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Halvparten av sosialhjelpsmottakerne oppgir at de har en varig lidelse, og i alt 19 prosent av sosialhjelpsmottakerne vurderer helsen som dårlig eller svært dårlig. Det er sterke sammenhenger mellom det å ha en varig lidelse eller det å ha psykiske problemer og en negativ vurdering av egen helse. Psykiske plager er utbredt, og målt med HSCL-25 har halvparten av sosialhjelpsmottakerne en skår over 1,75, noe som indikerer at de har symptomer på psykiske problemer. Årsaksrekkefølgene mellom det å motta sosialhjelp og det å slite psykisk kan her tenkes å være sammensatte.

Sosialhjelpsmottakerne er i større grad enn den resterende befolkningen utsatt for, og bekymret for å utsettes for, vold. Som i resten av befolkningen utsettes menn i større grad for vold, mens kvinner frykter mer for å utsettes for vold.

### Referanser

- Jensen, Arne og Andreas Hedum (2007): «Marginalisert ungdom og helse – dårligere helse, mer usunne levevaner», Kap. 5 i Normann, T.M. (red.) *Ungdoms levekår*, Statistiske analyser 93/2007, Statistisk sentralbyrå.
- Meltzer, H (2003): Development of a common instrument for mental health, I Noviskov & Gudex (red.) EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. Amsterdam: IOS Press.
- Normann, Tor Morten (2010): Svekket helse – mindre sosial kontakt, *Samfunnspeilet* 5-6/2010, Statistisk sentralbyrå.
- Ramm, Jorun, Arne Jensen og Jens-Kristian Borgan (2006): «Helse og levevaner, uførhet og dødelighet», i Mørk, Eiliv (red.) *Aleneboendes levekår*, Statistiske analyser 81, Statistisk sentralbyrå.
- Ringdal, Kristen (2007): Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Statistisk sentralbyrå (2008): «Mer vold og trusler enn tyveri». (<http://www.ssb.no/emner/03/05/vold/>)
- Statistisk sentralbyrå (2012): «Dokumentasjonsrapporter til Samordnet levekårsundersøkelse – tverrsnittundersøkelsen». (<http://www.ssb.no/emner/00/90/levekkaar/>).

Statistisk sentralbyrå (2009): «Flere overvektige menn». (<http://www.ssb.no/helseforhold/>)

Van der Wel, K. (red.) (2006): Funksjons-evne blant langtidsmottakere av sosialhjelp, Høgskolen i Oslo.

Vedleggstabell 7.1. **Kontakt med familien månedlig eller sjeldnere**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	2,70	0,100			
Sosialhjelpsmottaker	11,15	0,001	1,633	1,225	2,178
Videregående skole	54,28	<,0001	1,226	1,049	1,433
Høyere utdanning	11,81	0,001	2,291	1,947	2,697
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	52,50	<,0001	4,401	3,184	6,082
Aleneboende	23,97	<,0001	1,409	1,228	1,616
Dårlig egenvurdert helse	20,59	<,0001	1,642	1,326	2,035
Lavinntekt (EU60)	2,60	0,107			
Innvandrer	370,39	<,0001	5,327	4,493	6,317
16-24 år	23,73	<,0001	0,536	0,411	0,699
25-44 år	2,54	0,111			
45-66 år	0,37	0,545			
80 år og over	0,81	0,368			

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.2. **Kontakt med venner månedlig eller sjeldnere**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	6,00	0,014	0,818	0,696	0,961
Sosialhjelpsmottaker	18,55	<,0001	2,227	1,547	3,206
Videregående skole	0,00	0,958			
Høyere utdanning	2,24	0,135			
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	0,02	0,885			
Aleneboende	8,43	0,004	0,742	0,606	0,907
Dårlig egenvurdert helse	27,25	<,0001	1,903	1,495	2,423
Lavinntekt (EU60)	0,08	0,781			
Innvandrer	53,04	<,0001	2,533	1,973	3,253
16-24 år	84,25	<,0001	0,153	0,097	0,242
25-44 år	32,27	<,0001	0,438	0,332	0,577
45-66 år	1,03	0,311			
80 år og over	246,07	<,0001	3,569	2,639	4,827

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.3. **Verken gift/samboende eller fortrolig venn**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	2,56	0,110			
Sosialhjelpsmottaker	27,34	<,0001	3,40	2,15	5,38
Videregående skole	0,05	0,828			
Høyere utdanning	20,02	<,0001	0,29	0,19	0,47
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	2,50	0,114			
Aleneboende	199,67	<,0001	9,23	6,78	12,56
Dårlig egenvurdert helse	1,16	0,282			
Lavinntekt (EU60)	0,04	0,847			
Innvandrer	16,99	<,0001	2,38	1,57	3,59
16-24 år	8,82	0,003	0,50	0,28	0,88
25-44 år	5,23	0,022	0,64	0,40	1,02
45-66 år	2,14	0,144			
80 år og over	12,01	0,001	1,54	0,94	2,51

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.



Vedleggstabell 7.4. **Ingen å regne med ved store personlige problemer**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	2,65	0,103			
Sosialhjelpsmottaker	19,87	<,0001	3,218	1,925	5,379
Videregående skole	0,94	0,332			
Høyere utdanning	18,72	<,0001	0,289	0,164	0,508
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	9,39	0,002	1,445	0,779	2,683
Aleneboende	19,82	<,0001	2,169	1,542	3,049
Dårlig egenvurdert helse	23,66	<,0001	2,765	1,835	4,165
Lavinntekt (EU60)	0,04	0,839			
Innvandrere	47,27	<,0001	4,322	2,848	6,560
16-24 år	6,04	0,014	0,346	0,179	0,669
25-44 år	6,25	0,012	0,398	0,232	0,682
45-66 år	1,15	0,283			
80 år og over	1,45	0,228			

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.5. **Føler seg ensom**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	36,13	<,0001	1,436	1,276	1,616
Sosialhjelpsmottaker	39,10	<,0001	3,048	2,149	4,322
Videregående skole	0,09	0,765			
Høyere utdanning	2,04	0,153			
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	0,01	0,933			
Aleneboende	337,34	<,0001	3,620	3,156	4,153
Dårlig egenvurdert helse	66,90	<,0001	2,619	2,079	3,298
Lavinntekt (EU60)	0,00	0,951			
Innvandrere	23,98	<,0001	1,776	1,411	2,234
16-24 år	56,23	<,0001	2,819	2,192	3,627
25-44 år	0,03	0,871			
45-66 år	6,81	0,009	1,353	1,098	1,668
80 år og over	0,00	0,954	1,554	1,139	2,121

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.6. **Ikke aktiv i noen organisasjoner**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	7,29	0,007	0,85	0,76	0,96
Sosialhjelpsmottaker	4,07	0,044	1,40	1,01	1,94
Videregående skole	1,57	0,210			
Høyere utdanning	115,39	<,0001	0,29	0,25	0,35
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	4,15	0,042	0,74	0,54	1,00
Aloneboende	13,90	0,000	1,32	1,14	1,52
Lavinntekt (EU60)	0,01	0,941			
Innvandrere	32,04	<,0001	1,96	1,55	2,47
16-24 år	31,95	<,0001	0,64	0,50	0,82
25-44 år	2,89	0,089			
45-66 år	1,54	0,215			
80 år og over	12,51	0,000	1,47	1,07	2,02

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.7. **Trener aldri**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	12,17	0,001	0,80	0,71	0,91
Sosialhjelpsmottaker	4,25	0,039	1,36	1,02	1,81
Videregående skole	2,21	0,137			
Høyere utdanning	98,63	<,0001	0,28	0,23	0,34
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	1,62	0,203			
Aloneboende	5,80	0,016	1,19	1,03	1,37
Dårlig egenvurdert helse	131,27	<,0001	2,97	2,47	3,58
Lavinntekt (EU60)	2,84	0,092			
Innvandrer	36,40	<,0001	1,91	1,55	2,35
16-24 år	137,84	<,0001	0,24	0,18	0,31
25-44 år	6,44	0,011	0,63	0,52	0,77
45-66 år	1,38	0,240			
80 år og over	147,89	<,0001	2,09	1,63	2,68

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.8. **Dårlig egenvurdert helse**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	5,24	0,022	1,22	1,03	1,45
Sosialhjelpsmottaker	91,64	<,0001	4,96	3,57	6,88
Videregående skole	0,00	0,953			
Høyere utdanning	17,56	<,0001	0,38	0,29	0,49
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	0,00	1,000	0,62	0,32	1,18
Aleneboende	13,21	0,000	1,42	1,18	1,72
Lavinntekt (EU60)	0,00	0,949			
Innvandrer	0,06	0,805			
16-24 år	81,56	<,0001	0,13	0,08	0,21
25-44 år	13,03	0,000	0,50	0,37	0,68
45-66 år	42,53	<,0001	1,21	0,92	1,57
80 år og over	111,64	<,0001	2,35	1,70	3,26

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.9. **Har varig sykdom eller lidelse**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	21,77	<,0001	1,23	1,13	1,34
Sosialhjelpsmottaker	10,99	0,001	1,53	1,19	1,98
Videregående skole	3,23	0,072			
Høyere utdanning	3,67	0,056			
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	1,54	0,215			
Aleneboende	5,65	0,018	1,14	1,02	1,27
Dårlig egenvurdert helse	326,43	<,0001	16,75	12,34	22,75
Lavinntekt (EU60)	0,03	0,868			
Innvandrer	10,34	0,001	0,75	0,63	0,89
16-24 år	128,57	<,0001	0,35	0,29	0,42
25-44 år	113,66	<,0001	0,42	0,36	0,49
45-66 år	2,96	0,085			
80 år og over	59,30	<,0001	1,28	1,01	1,62

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.10. **3 plager eller flere på PH5**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	109,53	<,0001	2,49	2,10	2,95
Sosialhjelpsmottaker	56,77	<,0001	3,72	2,64	5,23
Videregående skole	0,31	0,576			
Høyere utdanning	21,64	<,0001	0,38	0,30	0,48
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	0,03	0,859			
Aleneboende	37,13	<,0001	1,81	1,50	2,19
Dårlig egenvurdert helse	497,98	<,0001	17,14	13,36	22,00
Lavinntekt (EU60)	3,11	0,078			
Innvandrere	0,01	0,926			
16-24 år	2,97	0,085			
25-44 år	38,20	<,0001	2,40	1,72	3,36
45-66 år	5,87	0,015	1,75	1,25	2,44
80 år og over	9,61	0,002	0,80	0,47	1,35

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.11. **Skår over 1,75 på HSCL-25**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	49,82	<,0001	1,71	1,47	1,99
Sosialhjelpsmottaker	130,23	<,0001	5,53	4,12	7,41
Videregående skole	0,42	0,516			
Høyere utdanning	9,49	0,002	0,44	0,36	0,54
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	2,99	0,084	0,42	0,25	0,69
Aleneboende	56,84	<,0001	1,93	1,63	2,29
Dårlig egenvurdert helse	359,27	<,0001	8,06	6,49	10,00
Lavinntekt (EU60)	0,76	0,385			
Innvandrere	13,97	0,000	1,64	1,26	2,12
16-24 år	74,87	<,0001	4,25	2,98	6,08
25-44 år	47,77	<,0001	3,32	2,37	4,66
45-66 år	0,12	0,724			
80 år og over	17,55	<,0001	1,01	0,63	1,63

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.12. **Noe eller svært urolig for å bli utsatt for vold eller trusler**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	161,94	<,0001	3,130	2,626	3,731
Sosialhjelpsmottaker	17,93	<,0001	2,005	1,453	2,768
Videregående skole	0,06	0,811			
Høyere utdanning	0,00	0,994			
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	1,30	0,254			
Aleneboende	15,57	<,0001	1,463	1,211	1,767
Lavinntekt (EU60)	0,48	0,489			
Innvandrere	16,41	<,0001	1,694	1,313	2,186
16-24 år	24,19	<,0001	1,766	1,286	2,426
25-44 år	1,53	0,216			
45-66 år	3,83	0,050	0,974	0,721	1,315
80 år og over	2,79	0,095			

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.13. **Utsatt for vold i løpet av de siste 12 måneder**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	11,15	0,001	0,641	0,494	0,832
Sosialhjelpsmottaker	43,09	<,0001	3,832	2,566	5,723
Videregående skole	4,12	0,042	0,677	0,494	0,928
Høyere utdanning	0,02	0,898			
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	0,29	0,590			
Aleneboende	6,93	0,009	1,484	1,106	1,992
Lavinntekt (EU60)	10,63	0,001	1,751	1,250	2,451
Innvandrere	2,86	0,091			
16-24 år	0,00	0,963			
25-44 år	0,00	0,969			
45-66 år	0,00	0,976			
80 år og over	0,00	0,974			

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.

Vedleggstabell 7.14. **Utsatt for trusler i løpet av de siste 12 måneder**

	Kji-kvadrat	Sign	Odds	95 % konfidensintervall	
Kvinne	16,69	<,0001	1,605	1,279	2,014
Sosialhjelpsmottaker	32,40	<,0001	2,915	2,017	4,213
Videregående skole	0,59	0,442			
Høyere utdanning	0,32	0,569			
Uoppgitt eller ingen fullført utdanning	0,36	0,550			
Aleneboende	27,96	<,0001	1,970	1,532	2,533
Lavinntekt (EU60)	1,01	0,315			
Innvandrere	3,35	0,067			
16-24 år	44,48	<,0001	14,687	5,445	39,615
25-44 år	45,46	<,0001	13,992	5,246	37,314
45-66 år	6,18	0,013	6,494	2,409	17,509
80 år og over	9,11	0,003	0,753	0,147	3,863

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008.