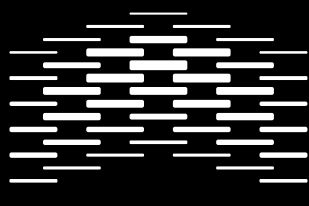


Barnefattigdom, helse og livssjanser. Hva kan kommunene gjøre? Noen tilnærminger



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Wenche Bekken, Espen Dahl og Kjetil A. van der Wel
Fakultet for samfunnsvitenskap/Institutt for sosialfag



Barnefattigdom, helse og livssjanser.

Hva kan kommunene gjøre?

Noen tilnærminger

Wenche Bekken, Espen Dahl og Kjetil van Der Wel

Fakultet for samfunnsvitenskap/Institutt for sosialfag

OsloMet - storbyuniversitetet

CC-BY-SA OsloMet – storbyuniversitetet

OsloMet Rapport 2018 nr 2

ISSN 2535-485X (online)

ISBN 978-82-8364-080-9 (online)

OsloMet – storbyuniversitetet
Læringscenter og bibliotek, Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Elektronisk utgivelse

Innhold

Nøkkelbudskap	3
Forord.....	4
Innledning	5
Bruk av fattigdomsbegrepet	6
Avgrensning av rapporten	6
Metode.....	7
Del 1: Barnefattigdom: omfang og utvikling.....	9
Fattigdom og systematisk sosial ulikhet.....	9
Manglende deltakelse i yrkeslivet – årsak til fattigdom.....	10
Norsk barnefattigdom i internasjonalt perspektiv	10
Konsekvenser av å leve i fattigdom	11
Umiddelbare følger	11
Helse.....	12
Konsekvenser på kort og lang sikt	12
Tidlig innsats: hvor tidlig?	13
Evaluerings – effekt eller prosess?	14
Del 2: Hva kan virke i arbeid med barnefattigdom – noen eksempler	17
Lovende praksiser	17
Helhetlige tiltak.....	18
Simba-prosjektet – erfaringsbasert fag- og tjenesteutvikling.....	18
71 familier-prosjektet – tiltak for å styrke myndiggjøring og for bedret livskvalitet	20
Familie- og foreldreveiledning	23
Barns rett til medvirkning	23
Sjumilssteget i Lenvik kommune	24
Tiltak for alle.....	26
Ferie for alle.....	26
UtstyrsBUA	27
Målrettet tiltak, men uten å stigmatisere?	30
Fritidspasset – Aarhus kommune	30
Avslutning	31
Litteratur	33

Nøkkelbudskap

1. Andelen barn som vokser opp i fattigdom i Norge, har økt de siste ti årene og nærmer seg nå 10 prosent. Barn av innvandrere er overrepresentert og utgjør i dag omtrent halvparten av alle fattige barn.
2. Årsakene og kildene til fattigdom er mange. Noen av de viktigste er arbeidsledighet, lav eller ingen utdanning, å være mottaker av sosialhjelp eller offentlige ytelser og å være enslig forsørger.
3. Barn som vokser opp i fattigdom, har dårligere livssjanser enn andre barn; de deltar i færre aktiviteter og har større risiko for å falle fra under videregående opplæring. Barn som vokser opp i fattigdom, har flere helseplager enn andre barn, og de får dårligere helse og livskvalitet som voksne.
4. I Norge er det tverrpolitisk enighet om at barnefattigdom er uheldig og bør reduseres og avhjelpes. Å gi barn mulighet til å delta i ulike aktiviteter uavhengig av familiens inntekt er et viktig satsingsområde i den sittende regjeringens plan mot barnefattigdom.
5. Inntektsoverføringer som hever inntekten i fattige familier, er et effektivt virkemiddel, men barn og familier som lever i fattigdom, har ofte behov for flere typer tiltak.
6. Tiltak som skal hjelpe barn og unge som lever i fattigdom, kan være målrettede, men bør gjøres innenfor rammen av tiltak for alle. Da unngår man stigmatisering.
7. Fagpersoner i helse- og sosialtjenesten må ha etnisitet, kultur, flyktningsproblematikk og integrasjon som en del av sin fagkompetanse.
8. Barnefattigdom må være prioritert politisk i kommunene for at tjenestene skal kunne møte barn og unge som vokser opp i fattigdom med gode tiltak. Medvirkning, tilgjengelighet til tjenestene, god organisering på tvers av tjenester, engasjement og lokal tilpasning gir vellykkede tiltak.
9. I norske kommuner er det satt i verk mange tiltak mot fattigdom, men mange av disse er ikke evaluert. Det er behov for flere og mer systematiske evalueringer av tiltak for å få mer kunnskap om virkningene for mottakerne.

Forord

Denne rapporten er den andre i en serie på fire som tre forskere ved Høgskolen i Oslo og Akershus har skrevet på oppdrag av Helsedirektoratet. Den bygger på den nasjonale kunnskapsoversikten over sosial ulikhet i helse som ble utarbeidet for samme oppdragsgiver i 2014.

Nytt i denne serien av rapporter er at de skal være handlingsrelevante for kommunene. Bakgrunnen for dette er den fremskutte rollen kommunene har fått gjennom den nye folkehelseloven som ble innført i 2012.

Intensjonen med rapportene er ikke å «instruere» kommunene og folkehelsekoordinatorene i hva de skal gjøre med sosial ulikhet i helse lokalt. Ambisjonen er snarere å formidle forskningsbasert kunnskap om hvordan problemene arter seg, og særlig hva som med stor sannsynlighet kan bidra til å redusere problemene. Vi beskriver og refererer til en rekke tiltak for å gi ideer og inspirasjon til hva kommunene kan gjøre på dette folkehelseområdet. Dersom kommunene finner noen ideer passende og lovende, er det opp til dem selv, ut fra lokale forutsetninger, å sette disse ideene ut i livet.

I arbeidet med rapportene har vi invitert til idémyldring med utvalgte folkehelsekoordinatorer. Videre har vi fått rapportene kvalitetssikret av eksperter på de ulike feltene. I tillegg har vi fått verdifulle innspill av Øyvind Giæver, Herdis Daugstad og Ellen Marie Paulssen hos vår oppdragsgiver, Helsedirektoratet. Vi takker for kritiske og konstruktive kommentarer.

Vi håper at rapportene kommer til nytte i det viktige lokale folkehelsearbeidet som kommunene nå er i gang med.

Hilsen forfatterne

Wenche Bekken, Espen Dahl, Kjetil van der Wel

Innledning

Folkehelseloven av 2012 understreker kommunenes ansvar og rolle i folkehelsearbeidet. I den nye folkehelseloven skal kommunen blant annet «bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen» (Lovdata 2011). Videre skal kommunen ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de forhold som påvirker denne. Spesielt skal kommunen være «oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller» (Lovvedtak 64 (2010–2011)). Dette vil si at kunnskap om forekomsten av fattigdom på lokalt nivå og innsikt i dens årsaker og konsekvenser er en lovpålagt kommunal oppgave. Regjeringen har også slått fast at «Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom» (Regjeringsplattformen 2013, s. 11).

I Norge og andre rike land medfører barnefattigdom at barn ikke får delta i samfunnet på lik linje med andre. Å leve i fattigdom begrenser muligheten for deltakelse i fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter. Barn, foreldre og familien får begrenset handlingsmuligheter og går dermed glipp av den sosialiseringen som ligger i slik deltakelse. Barnefattigdom betyr at barn får redusert muligheten til å utvikle gode mestingsressurser og delta på arenaer som er svært viktige for deres utvikling.

Det gjennomføres mye arbeid i landets kommuner for å redusere barnefattigdom. I Norge og i EU anvender vi en inntektsrelatert forståelse av fattigdom som innebærer at familier med en inntekt som er lavere enn 60 prosent av befolkningens medianinntekt sammenhengende over tre år, defineres som fattige. Ulike typer tiltak for å øke inntekten til disse familiene kan være kvalifisering til arbeid og stønadsoverføringer. I tillegg støttes det opp om avhjelpende tiltak som gratis aktivitets- og ferietilbud, hverdagsmestring for innvandrerkvinner, foreldreveiledningsprogrammer og geografiske områdeløft. De avhjelpende, eller kompenserende tiltakene reduserer ikke inntektsfattigdommen umiddelbart, men demper de uheldige konsekvensene av å leve i fattigdom. Slike kompenserende tiltak kan bidra til å redusere opplevelsen av å være fattig. Investeringer i slike tiltak fra samfunnets side er dessuten en investering i barn og unges oppvekstressurser og fremtidige muligheter til å unngå å bli fattig forelder selv. Som en følge av satsing på kompenserende tiltak ser vi også en utvikling i tjenesteapparatet hvor det brukes mye ressurser på å styrke en langsiktig og helhetlig planlegging for risikoutsatte familier. I tillegg rettes oppmerksomhet mot å øke kunnskapen om barn og unges rett til å bli hørt, slik at de kan være delaktige i planleggingen. I denne rapporten viser vi i hovedsak til avhjelpende, eller kompenserende tiltak, men trekker også frem tiltak hvor mer helhetlige tilnæringsmåter blir vurdert. Rapporten vil ikke ta opp økonomiske modeller og eksempler på kostnadsberegninger av tiltak.

I rapporten anvendes helsebegrepet slik det brukes i Folkehelsemeldingen av 2012 (Meld. St. 34 (2012–2013)). God helse innebærer å ha overskudd til å mestre hverdagens krav. God helse

gir frihet til å leve et selvstendig liv. Helse er et individuelt anliggende, og et samfunnsansvar. Forutsetningene for å ta gode valg må ses i lys av hvordan samfunnet legger til rette med muligheter.

Bruk av fattigdomsbegrepet

I denne rapporten legger vi til grunn både en inntektsrelatert forståelse og en mer sosiologisk forståelse av fattigdom hvor brukernes erfaringer står sentralt. I den førstnevnte forståelsen omfatter begrepet fattige de som har en inntekt som ligger under 60 prosent av medianinntekten i landet over en periode på over tre år. Hvilken oppfatning man har av fattigdom, vil ha innvirkning på hvilke tiltak som prioriteres og iverksettes. Forstås fattigdom som inntektsstyrt, vil målet være å heve inntekten i familien. Med et mer psykososialt blikk på fattigdom vil målet være å jobbe med de negative følgene som er knyttet til fattigdom. Samfunnet må legge til rette med tiltak som forebygger, reduserer og kompenserer for fattigdom. Samspillet mellom bruker, tjenesteyter og organisering er av stor betydning for å oppnå vellykkede tiltak.

Når vi i Norge i dag snakker om barnefattigdom, forteller det noe om hvor mange barn som lever i familier med inntekt klart lavere enn det som er vanlig. Selv om barn fra fattige familier har tilgang på levekårsgoder som anses som viktige for hele befolkningen, mangler denne gruppen flere goder sammenliknet med barn fra andre familier. Det trenger ikke nødvendigvis å være slik at familier definert som inntektsfattige, opplever seg selv som fattige. Fattigdom er et normativt og relativt fenomen. Barnefattigdom retter oppmerksomheten mot hvordan samfunnet kan bidra med støtte til barn og unge slik at de ikke havner i samme situasjon som foreldrene.

Avgrensning av rapporten

Rapporten har som mål å være handlingsrelevant for kommunene. God innsikt i problemets omfang og konsekvenser er en forutsetning for effektive tiltak. Del 1 legger vekt på hva fattigdom er, problemets omfang, perspektiver på barnefattigdom og konsekvenser av å leve i familier med lav inntekt over tid. I del 2 legger vi vekt på kriterier og forutsetninger ved å trekke ut tre 'nøkkelpunkter', som vi utdyper med henvisning til forskningslitteratur og annen relevant informasjon. Deretter viser vi til ulike eksempler. Det legges vekt på samspillet mellom organisering av tiltak og brukerens behov. Eksemplene blir gitt med henvisning til litteratur og nettsider. I hovedsak gis det eksempler på kompenserende tiltak som reduserer følgene av fattigdom for fattige barn og deres familier.

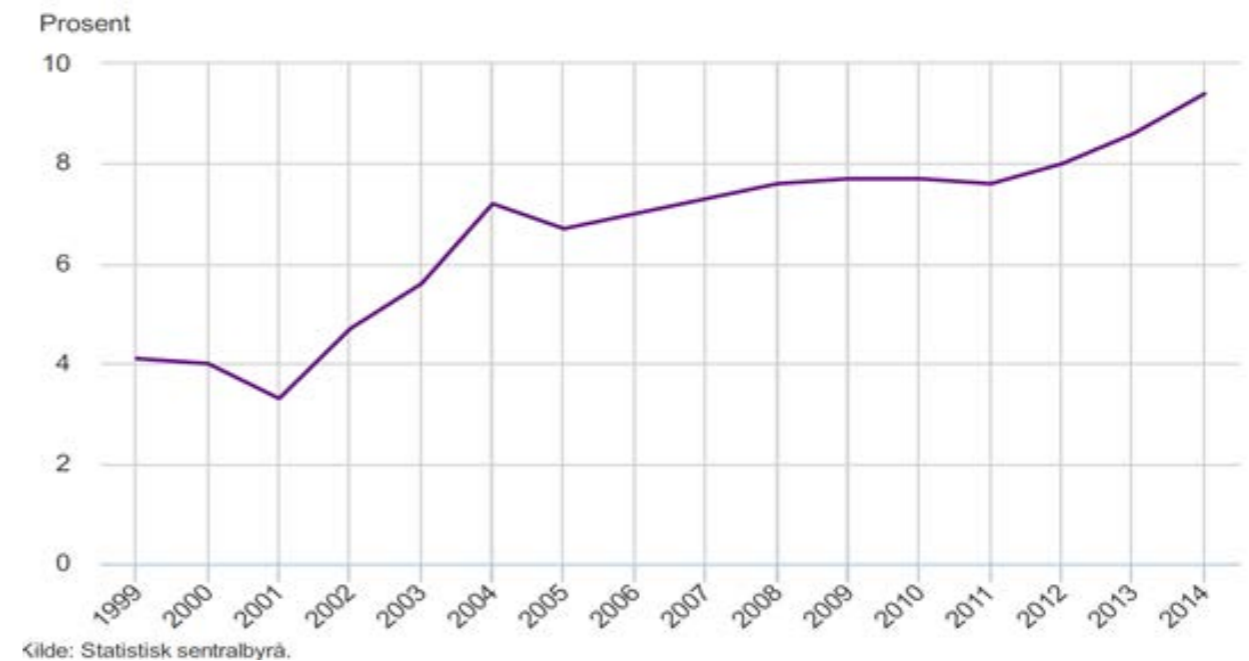
Metode

Del 1 av rapporten bygger på gjennomgangen av levekår beskrevet i den nasjonale kunnskapsoppsummeringen fra 2014 (Dahl mfl. 2014), i tillegg til nyere forskningsrapporter på feltet. I del 2 av rapporten er det i hovedsak valgt eksempler fra Norge (med noen få unntak), siden den norske konteksten gjør tiltakene mer gjenkjennbare og gir andre innblikk i ulike prosjekter gjennomført i Norge. Søk ble gjort i databaser som Oria, Google Scholar og Ebscot. Valgte søkeord var levekår, fattigdom, barn og unge, kommune, tiltak/prosjekter og sosiale ulikheter, for å nevne noen av de viktigste. Ut fra søkeresultatene la vi vekt på forskningsrapporter innenfor barn og unges levekår og oppvekst, og vi har valgt å tydeliggjøre de temaene som vektlegges i disse. Vi har valgt eksempler som tydeliggjør temaer fra levekårsforskning (Larsen og Seim 2011). En annen sentral strategi for å velge ut eksempler vi ville anvende, var at de skulle vise til samarbeidsformer, inkludert brukermedvirkning, og lokal tilpasning. Modeller og programmer det vises til, er anerkjente internasjonalt og brukes i tiltak. Ved oppstarten av prosjektet ble det etablert et samarbeid med fem folkehelsekoordinatorer for å få tilbakemelding fra dem om erfaringer de har fra sitt arbeid i kommunene. Noen av disse ble også brukt utover i prosjektet som sparringpartnere og for å få kommentarer til arbeidet med rapportene.



Del 1: Barnefattigdom: omfang og utvikling

Rundt 92 000 barn av norske barn lever i dag i familier som kan defineres som vedvarende fattige. Dette utgjør drøyt (Epland og Kirkeberg 2016, BUFDIR 2017). At de er fattige, vil si at barnets familie har en inntekt som er mindre enn 60 prosent av medianinntekten over en periode på tre år. Som figur 1 viser, har det vært en markant økning siden sent på 1990-tallet fra en fattigdomsandel på 4 prosent til dagens andel, som nærmer seg 10 prosent, altså godt og vel en dobling.



Figur 1. Barn under 18 år i husholdninger med vedvarende lav inntekt

Barnefattigdom varierer mye mellom norske kommuner og regioner. I 2014 var for eksempel andelen fattige barn i Oslo 16,9 prosent. I Randaberg i Rogaland var andelen fattige barn kun 4,1 prosent. [https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/?region\[\]=K1127®ion\[\]=os](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/?region[]=K1127®ion[]=os).

Fattigdom og systematisk sosial ulikhet

I Norge så vel som i andre land har sammenhengen mellom inntekt og en rekke andre levekårsgoder, eller sosiale problemer, formen av en gradient: Jo høyere inntekt desto flere levekårsgoder og desto færre sosiale problemer. Det er ikke slik at de fattige på den ene siden kommer svært dårlig ut, mens alle ikke-fattige kommer godt ut. Det er «samfunnet» som har bestemt at fattigdom, definert ved en bestemt, skjønsmessig inntektsgrense, er et sosialt problem som det bør gjøres noe med. De som lever litt over en slik fattigdomsgrense, har det kun litt bedre, og de som lever litt over der igjen, har det enda noe bedre. Det er dette som er

gradientfenomenet. Problemene til barn og unge er altså på ingen måte avgrenset til dem som måtte befinne seg under en gitt fattigdomsgrense. Dette betyr at fattigdomstiltak som retter seg utelukkende mot dem som lever under en gitt fattigdomsgrense, vil overse problemene til dem som lever rett over grensa, men som kan ha det marginalt bedre. En fattigdomspolitik bør derfor inkludere prioriteringer som løfter flere enn bare de med lavest inntekt, for å gjøre noe med gradientfenomenet. Når dette er sagt, er det en politisk kjensgjerning at det er vedtatt at Norge og norske kommuner skal ha en målrettet politikk for å bekjempe fattigdom.

Manglende deltakelse i yrkeslivet – årsak til fattigdom

Fattigdom finner vi særlig i hushold uten yrkesaktive, hushold der hovedforsørgeren har lav eller ukjent utdanning, hushold som mottar sosialhjelp eller andre offentlige ytelser, og hushold med enslige forsørgere (Dahl mfl. 2014). Årsaken til fattigdom i dette perspektivet er manglende inntekt. Men å bli stående utenfor arbeidslivet kan også handle om manglende mestring og opplevd mestringskompetanse til å utføre arbeid eller være en del av et arbeidsfellesskap. Ordninger som kan ivareta individers og familiers totale behov, kan gjøre noe med årsaken til fattigdom. Når statistikk viser at barn med innvandrerbakgrunn er spesielt utsatt for fattigdom, stiller det krav til at kommunene er gode nok til å ivareta grunnleggende forhold som må være til stede for å bli aktive i samfunnet. I likhet med alle familier som lever med lavinntekt, kan årsakene søkes i familiens totale behov. Den viktige informasjonen om at hvert 4. barn med innvandrerforeldre lever i fattigdom, mot hvert 20. blant barn med etnisk norsk bakgrunn (Dzamajja 2010 og 2016, Epland og Kirkeberg 2016), understreker betydningen av å ha et system som møter individene og familiene ut fra det de trenger for å delta i samfunnet.

Norsk barnefattigdom i internasjonalt perspektiv

Selv om barnefattigdommen i Norge har økt de siste åra, kommer Norge fremdeles svært godt ut i internasjonale sammenlikninger. En studie av barnefattigdom i de 28 EU-landene samt Norge og Island viser at Norge faktisk kommer best ut når det gjelder barnefattigdom og i forekomst av fattigdom generelt i befolkningen (Bárcena-Martín mfl. 2015). De øvrige nordiske land kommer også svært godt ut med lave fattigdomsrater. De tre land som har høyest risiko for fattigdom blant barn er Bulgaria, Spania og Romania. I denne undersøkelsen ble fattigdom målt ved 60 prosent av medianen i ett år, og ikke «vedvarende» over tre år. Tallene var fra 2011.

Forfatterne analyserte også årsakene til de forskjellene de fant mellom de europeiske landene.

De finner at forklaringen er knyttet til variasjon i velferdsordningene for barnefamiliene som landene har utviklet. De viser at overføringer til barnefamilier forklarer mer enn halvparten av variasjonen i barnefattigdom mellom land i Europa. Dette er en betydelig forklaringskraft. Forfatterne formulerer seg slik: «[...] social transfer income packages seem to yield an important explanation of cross country differences in child poverty risks» (ibid., s. 20).

Undersøkelser viser at økningen i barnefattigdom er knyttet til at det nå er flere innvandrergupper (Epland og Kirkeberg 2016), som ofte har en svak tilknytning til arbeidslivet (Omholt 2016). For å møte disse utfordringene er mer effektive arbeidsrettede tiltak er én mulighet. Kontantoverføringer er et annet alternativ.

Det er pekt på at økt barnefattigdom er knyttet til de-facto reduksjon i barnetrygden og høye andeler på bostøtte og sosialhjelp (Barstad 2016). Barnetrygden har ikke vært oppregulert i takt med folketrygdens grunnbeløp siden 1996 (NOU 2009:10). Hadde barnetrygden blitt justert i takt med prisstigningen, ville den i dag hatt 50 prosent høyere satser (NOU 2017: 6, 254). Fordelingsutvalget (NOU 2009:10) beregnet at antallet personer i fattigdom ville vært om lag 45 000 lavere dersom barnetrygden hadde vært justert med folketrygdens grunnbeløp i perioden 1996–2006. Flertallet i utvalget for den siste NOU-en på området argumenter for en oppjustering av barnetrygden, kombinert med inntektsprøving (NOU 2017: 6, 258). Dette vil sørge for at barnetrygdens omfordelende rolle i samfunnet vil styrkes, mener de. Hvilke sosialpolitiske strategier og tiltak som velges, for eksempel tjenester eller kontantytelser, er selvsagt et politisk spørsmål, men også et spørsmål om «hva som virker».

Konsekvenser av å leve i fattigdom

Å vokse opp i fattigdom har uheldige konsekvenser både umiddelbart og på lang sikt. Dette gjelder i Norge og i andre land. Vi må kunne slå fast at forskningsresultatene ganske entydig viser at barn som vokser opp i fattigdom, ikke har det like bra som andre barn (Pillas mfl. 2014, Thorød 2008, Larsen og Seim 2011, West Pedersen og Sandbæk 2010). Minst like viktig er den omfattende forskningen som viser at en fattig oppvekst har langsiktige uheldige følger for barnas livssjanser langt inn i ungdoms- og voksenlivet, og det på en rekke områder. Dårligere helse, svakere skoleprestasjoner, høyere frafallsprosent i videregående opplæring, kortere utdanning, avbrutt yrkesaktivitet og oftere mottak av offentlige ytelser (Lorentzen mfl. 2011, Elstad 2010, Bakken 2004 og 2010, Sandbæk 2010).

Umiddelbare følger

Ungdata 2016 finner at norske ungdomsskoleelever generelt har det godt, men at ungdom i familier med dårlig råd (5 prosent i utvalget) oppgir dårligere helse og livskvalitet. Færre i denne gruppen oppgir dessuten å være motivert for skole og organiserte fritidsinteresser. Det er også større risiko for rusmisbruk, vold, mobbing og kriminalitet i denne gruppen (Bakken 2016).

Barn som over tid lever i familier med lav inntekt, utsettes for flere belastninger både fysisk og psykisk enn andre barn. Å leve med ressursmangel av ulike slag går på sikt ut over psykisk og fysisk helse (Elstad 2010). Muligheten for å delta på lik linje med andre barn reduseres både på grunn av manglende økonomiske ressurser og på grunn av færre ressurser sosialt, kulturelt og psykologisk. Barnefattigdom gir økt sjans for ikke å fullføre utdanningen, å bli arbeidsledig og å få lav inntekt senere i livet. Underlid (2005) viser at fattige voksne risikerer å få et lavere selvbilde og mindre tro på egne evner og ressurser.

Studier viser at barn og unge som utsettes for fattigdom, ikke deltar på lik linje med andre og deltar i færre aktiviteter (Sandbæk 2008). Både barn og foreldre i fattige familier tar i bruk strategier for å skjule fattigdommen (Sandbæk 2010). Barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt, bruker krefter på å skjule overfor jevnaldrende hvilken situasjon de er i. Levekårene til disse barna vil gjøre at de på et tidlig tidspunkt vil oppleve å være annerledes i forhold til venner. Dette skaper bekymring og virker inn på barnets identitetsutvikling og psykososiale utvikling. Barn unngår å spørre foreldrene om penger for ikke å belaste dem. Forskning tyder også på at barn og unge i fattige familier prøver å skjule marginalisering ved å trekke seg tilbake eller helst ønske å være sammen med andre barn som kommer fra samme økonomiske familiesituasjon (Gustavsen og Vardheim 2013, Thorød 2008, Kristofersen 2008, Redmond 2008). Foreldres strategier er å gjøre så godt de kan for å gi barna det meste. De avstår fra å kjøpe ting til seg selv, og gjør mye for at barna skal oppleve at de har det godt (Sandbæk 2010).

Ordninger som kan styrke foreldrenes økonomiske situasjon, som arbeid eller ytelser, vil virke fattigdomsreducerende. Tiltak som styrker foreldrenes sosiale og kulturelle posisjon, og parallelt med dette retter oppmerksomheten mot barnets livssituasjon, kan hjelpe barn til komme ut av fattigdom (Larsen og Seim 2011, Sandbæk 2008).

Helse

Selv om barn fra fattige familier på mange områder er like fornøyde som barn fra mer velstående familier, viser studier at fattigdommen virker over tid. For eksempel viser studier (Grøholt mfl. 2001) at kroniske barnesykdommer avspeiler en sosial gradient. Forekomst av astma, allergi og eksem er hyppigst hos barn med lavest sosioøkonomisk status målt etter

foreldrenes utdanningsnivå, inntekt eller yrke som sosioøkonomisk status. Studier viser også at det er høyere forekomst av mage-, hode- og ryggsmarter hos barn fra familier med lav inntekt og med lavt utdanningsnivå.

Barn og unge som vokser opp i familier med knapp inntekt, har også høyere dødelighet (Dahl mfl. 2014). Selv om det er svært få dødsfall blant barn og unge i Norge, er sannsynligheten for å dø i ung alder flere ganger større blant fattige barn enn blant barn som er bedre stilt. For eksempel var dødeligheten hos tenåringsjenter (13–19 år) i perioden 2006–2010 nesten tre ganger så høy blant fattige som blant jenter som vokste opp i bedrestilte familier (Dahl mfl. 2014).

Konsekvenser på kort og lang sikt

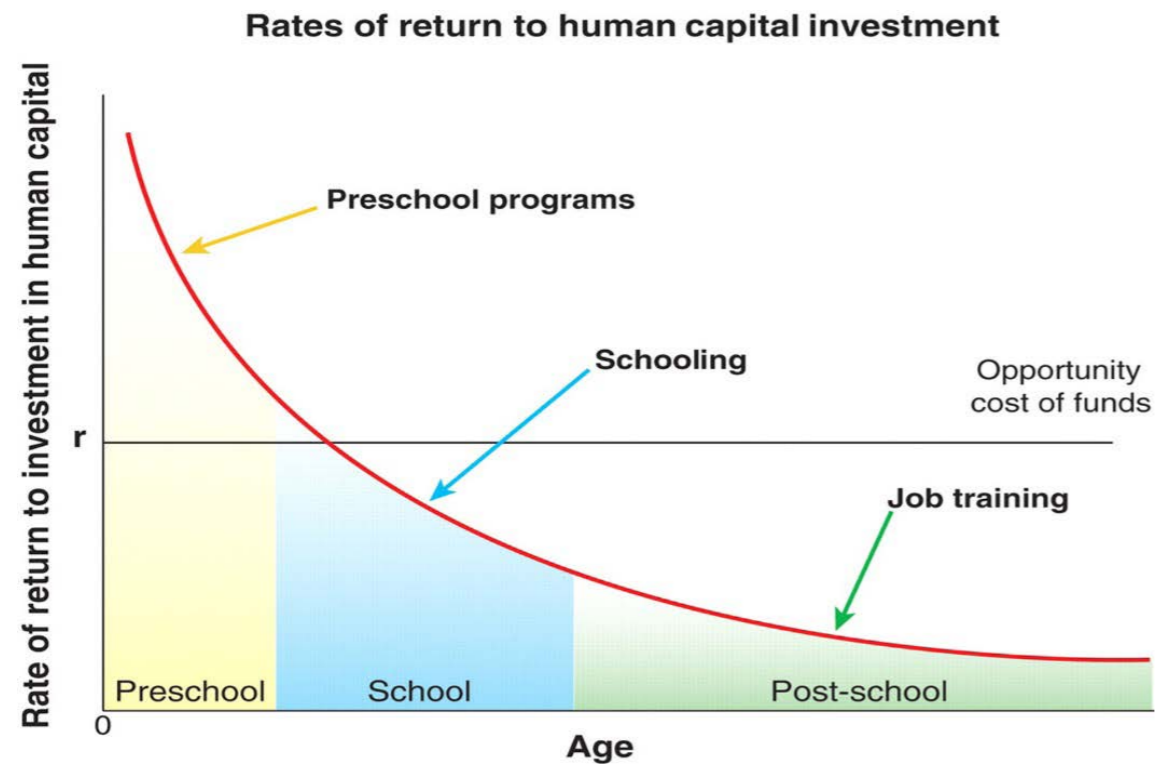
Forskning med utgangspunkt i livsløpsperspektivet dokumenterer hvordan dårlige levekår i ung alder forplanter seg gjennom hele livet. Statistisk sett er det en sammenheng mellom forsinket språkutvikling, nedsatt språkforståelse og konsentrasjonsproblemer for barn av foreldre med lav utdanning og lav inntekt (Ribeiro mfl. 2011, Schjølberg mfl. 2011, Zambrana mfl. 2012), men bildet er sammensatt.

Ernæring i barne- og ungdomsårene (Kaati 2002) og mors ernæring under svangerskapet påvirker barns helse både på kort og på lang sikt. Lav fødselsvekt og barnets vekt ved ettårsalderen henger sammen med kroniske sykdommer (Barker 1994 og 2002), hørselshemminger (Nafstad mfl. 2002) og nedsatt fruktbarhet i voksen alder (Jensen mfl. 2004, Main mfl. 2006). Forskning viser en sammenheng mellom mødre med lav sosioøkonomisk status og økt risiko for en tidlig fødsel og lav fødselsvekt hos barnet (Mortensen mfl. 2008, Petersen mfl. 2009). På individnivået må det alltid undersøkes hva den sosioøkonomiske statusen består i, før man kan slutte at det er denne statusen som er årsak til tidlig fødsel eller lav fødselsvekt.

Tidlig innsats: hvor tidlig?

På bakgrunn av en lang rekke studier på effekten av tidlig innsats viser en oppsummering at jo tidligere innsatsen settes inn, desto gunstigere blir utviklingen hos barn på nær sagt alle plan (Heckman 2006). Effekten vises spesielt for barn fra lavinntektsfamilier. Et godt eksempel er barnehage av god kvalitet. Sammenhengen mellom gevinstens størrelse og når i livet innsatsen settes inn, er illustrert i figur 3 nedenfor. Vi ser at utbyttet avtar jo lenger ut i livet «investeringen» finner sted. Hovedbudskapet i figur 3 er således at for å være mest mulig effektiv bør innsatsen mot fattigdom settes inn tidlig i livsløpet.

Figur 2



To selvforsterkende mekanismer ligger antakelig bak en slik utviklingskurve: tidlig læring gir motivasjon til å lære mer, og tidlig mestring av kognitive og andre ferdigheter gjør læring senere i livet mer effektiv.

Evaluering – effekt eller prosess?

I motsetning til de andre nordiske landene har Norge statlige støtteordninger som skal avhjelpe fattigdom lokalt, og Norge har et større omfang av konkrete tiltak. Det er iverksatt mange kommunale tiltak, men mange av dem er ikke evaluert på en systematisk måte. Det er derfor mange tiltak vi ikke vet effekten av (Fløtten 2014). Derimot er prosjekter gjort i samarbeid med forskningsinstitusjoner, evaluert med tanke på arbeidsmåter, kompetanseheving og bruker- eller tjenesteyters tilfredshet. Prosess- og brukerevalueringer gir indikasjoner på hvordan tiltak har fungert, og er således viktig informasjon. I neste del vises det til flere prosjekter som er prosessevaluert, og som kan sies å være lovende praksiser. I Norge igangsettes innsatser og tiltak som skal fremme gode praksiser i møte med brukeren (Fløtten 2014). I denne rapporten snakker vi om lovende praksiser.



Del 2: Hva kan virke i arbeid med barnefattigdom – noen eksempler

Folkehelsearbeid har som mål å redusere risikoen for sykdom og å rette oppmerksomheten mot faktorer som bidrar til å fremme helse (Meld. St. 34 (2012–2013)). I den nasjonale kunnskapsoppsummeringen om sosiale ulikheter i helse anbefales en kombinasjon av adekvat økonomisk støtte til barnefamilier samt et variert tilbud av tjenester (Dahl mfl. 2014). Økonomiske overføringer er viktige, men løser ikke alle de ofte komplekse problemer fattige barnefamilier har. De må derfor ledsages av tilpassede tjenester og tiltak på lokalt nivå. Målrettingen skjer innenfor rammen av satsinger eller tjenester som er for alle, slik at alle skal sikres gode livssjanser. Arbeid for reduksjon og forebygging av barnefattigdom retter oppmerksomheten også mot barnet, familien, foreldrene og deres hverdagsliv. Å hjelpe bestemte grupper gir innsikter i individers og gruppers levemåter som kan danne grunnlag for å innføre ordninger eller etablere tiltak som kan inkludere flere. Riksrevisjonen (Riksrevisjonen dok. 3:11 (2013–2014)) finner i en undersøkelse at kommunene gjør for lite for at barn som lever i fattigdom, får delta sosialt. Undersøkelsen viser også at barnas behov ikke blir kartlagt når foreldrene søker om sosialhjelp.

I rapport nr 1 ble det gjort rede for tre forhold som vi på grunnlag av forskning, evalueringer og føringer vi mener kommunene må forholde seg til i sitt arbeid. De tre forholdene kan sammenfattes slik:

1. Helhetlig organisering og koordinering av tjenestene
2. Brukerens og/eller brukergruppens behov
3. Tilpasning av tiltak lokalt

Hvordan de vektlegges i tiltak, vil variere. På en eller annen måte er de viktige i mange tiltak når man jobber for å redusere sosiale ulikheter i helse, og de står sentralt i tiltakene som presenteres nedenfor.

Lovende praksiser

Som en motvekt til en urealistisk ambisjon om evidensbasering har forskere i Danmark utviklet begrepet lovende praksis. Begrepet gir en mer åpen tilnærming til kunnskapsutvikling. Lovende praksiser innebærer: en god teoretisk forankring av praksis, at det finnes undersøkelser som peker i retning av praksisens ønskede effekt, at man har beskrivelser av hvordan praksisen kan utføres, med tydelige mål for mottakeren, at praksisen har overføringsverdi og understøttes av faglig refleksjon, at tjenesteutøvere kan samarbeide med andre profesjoner og brukere, at det er brukermedvirkning, at man evaluerer om målene nås, og har rutiner for stadig forbedring (Jensen mfl. 2016, s. 12). En fullstendig oversikt og tabell er å

finne i [Jensen mfl. 2016](#).

I eksemplene som brukes i denne delen, diskuterer vi forhold som er knyttet til lovende praksiser. I forskjellige tiltak vil det være ulike faktorer som bidrar til at man kan snakke om et vellykket prosjekt. Diskusjonene vil kun være kortfattede og trekke frem noen momenter av elementene i modellen for lovende praksis. Lovende praksis trekkes inn i denne sammenheng for at kommuner kan lese om og bruke denne modellen i eget fremtidig arbeid.

Vi begynner med et eksempel hvor helhetlig organisering rundt familier er brukt som arbeidsmodell, og hvor tiltaket er blitt evaluert.

Helhetlige tiltak

Med helhetlige tiltak i denne sammenheng refereres det til en helhetlig tenkning rundt hele familiens behov.

Simba-prosjektet – erfaringsbasert fag- og tjenesteutvikling

Simba-prosjektet ble gjennomført i Drammen kommune. Prosjektet var forankret i senter for oppvekst og NAV. Gjennom løpende erfaringsutveksling mellom 30 familier i prosjektet og aktuelle tjenester har prosjektet lagt grunnlaget for praksisnær og systematisk erfaringsbasert fag- og tjenesteutvikling. Målet var å hjelpe familier til å bli selvhjulpne og komme ut av fattigdommen. En grunntanke var at de rammer og betingelser (strukturer) som tjenesteytere jobber innenfor, og som brukerne møter, må inkludere likeverdig, myndiggjørende praksis av brukeren og en praksis som er handlekraftig.

I mange av familiene var det sammensatt helse- og sosialproblematikk, og to etater var allerede involvert i familiene. I prosjektet ble det lagt vekt på at familiene skulle få konkret bistand her og nå: utstyr, opplevelser, oppfølging, mulighet for deltakelse i sosiale mestringsgrupper, leksehjelp, med andre ord ble det brukt universelle tiltak.

Fremgangsmåter:

Det ble opprettet et «Simba-team» med en ansvarlig koordinator. Teamet hadde et overordnet ansvar for koordinering av samarbeidet mellom tjenestene som var involvert. Medarbeidere i Simba-teamet hadde mandat og myndighet til å fatte nødvendige vedtak i saker som krevde rask behandling. Det ble gjennomført samtaler hjemme hos familiene om behov, og det ble brukt et kartleggingsskjema for levekår. Når medarbeiderne dro hjem til den enkelte familien fremfor å ha møter på kontoret, ble det gjort for å opparbeide tillit, en praksismetode som bygger på gjensidig partnerskap mellom dem som trenger bistand, og hjelperne. I tett samarbeid med familien hadde en person fra kommunen ansvar for å koordinere

tjenesteforvaltningens ressursbruk i familien, få til raskere tempo i tjenesteforvaltningen, bistå i boligspørsmål og økonomiske spørsmål og være en tilgjengelig samtalepartner for familien. Koordinatoren bidro til at etater samarbeidet (Gustavsen 2012, s. 66–70).

Det ble etablert en fast samarbeidsstruktur mellom de etatene familien hadde behov for å få tjenester fra. Prosjektkoordinatoren sikret samarbeid mellom frivillig sektor, som Røde Kors og Norske Kvinners Sanitetsforening, for å sikre at organisasjonene bidro med aktiviteter og hadde utstyr tilgjengelig.

Evaluering: Prosjektet kan sies å være vellykket, da flere familier har fått bedre levekår. Eksempler er bolig, arbeid, kurs, opplevd helse og utstyr som PC.

Resultat for de enkelte familiene:

12 familier har fått bedret sin boligsituasjon.

16 av personene i prosjektet har fått hjelp eller kvalifisering for arbeid eller utdanning i form av kurs og norskopplæring.

Nesten alle familiene har fått bistand av materiell karakter: hvitevarer, møbler, klær og PC, og en mer aktiv fritid for barn og foreldre.

Flere av deltakerne har omfattende helseproblematikk som har vært vanskelig å gjøre målbar, men deltakerne rapporterte at de opplevde bedre fysisk og psykisk helse i prosjektperioden.

Senter for oppvekst og NAV viderefører modellen som en fast samarbeidsstruktur i Drammen kommune. Prosjektet har nå blitt en tjeneste og heter «Levekårsteamet». Teamet skal arbeide operativt i samhandling med barnefamilier og rekruttere familier som mottar tjenester fra NAV i tillegg til en eller flere kommunale tjenester. Det er utarbeidet egne retningslinjer for temaet mandat og myndighet.

Lovende praksis – noen refleksjoner

Suksessfaktorer som kan trekkes frem er samarbeidsrelasjoner på ulike nivåer, bruk av hjemmebesøk for å gi familien tett oppfølging, og mindre grad av stigmatisering ved at familiene ikke må dra til sosialkontoret. Behovene som familien har, utløser samarbeid mellom enheter/tjenester og frivillighet (kurs). Prosjektet og tiltakene er godt strukturert etter en plan. Prosjektet har helhet og lokal tilpasning gjennom brukermedvirkning som nøkkelford.

Prosjektet er forankret i en forståelse som setter myndiggjøring ut i livet gjennom brukermedvirkning på individnivået. En styrke ved denne modellen og arbeidsmåten er at praksis foregår i tett samarbeid med barnefamiliene, hvert enkelt familiemedlem blir hørt, og teamet bistår familien slik at de kommer i aktivitet, og dermed reduserer følelsen av å være

marginalisert. Det tas i bruk levekårsskjemaer i samtaler. Den lokale tilpasningen gjøres ved samtaler i hjemmet og ved å bruke lokale aktører. Prosjektet hviler også på en psykososial forståelse av fattigdom, dvs. at opplevelsen av å være fattig står sentralt. Prosjektet er beskrevet (se henvisning til en grundigere redegjørelse nedenfor) med tydelige mål for mottakeren og for tjenesteutøverne. Prosjektet understøttes av en faglig refleksjon, og det er etablert samarbeid mellom andre profesjoner og tjenesteutøvere og frivillige organisasjoner. Prosjektet jobber ut fra en modell hvor ulike tiltak iverksettes på bakgrunn av brukerens behov, og prosjektet er etablert i praksis som «Levekårsteam». Metoden er et godt eksempel som kan anvendes for vurdering av stønadsordning. Prosjektet er evaluert av Telemarksforskning.

Her kan du lese mer om dette temaet:

Gustavsen, K. (2012). SIMBA: sammen i innsatsen mot barnefattigdom i Drammen kommune. Bø, Telemarksforskning, nr. 302.

<https://www.drammen.kommune.no/Documents/Politikk%20og%20lokaldemokrati/Levekårsteamets%20arbeid.pdf>

71 familier-prosjektet – tiltak for å styrke myndiggjøring og for bedret livskvalitet

Prosjektet ble gjennomført i en bydel med levekårsutfordringer i Trondheim kommune. 27 familier deltok i prosjektet. Prosjektet legger vekt på at det å leve i fattigdom begrenser tilgangen til ressurser som er viktige for å være en aktiv deltaker i samfunnet.

«Målet med prosjektet er at familiene skal få mer innflytelse over sitt eget liv, dvs. finne og utvikle tiltak hvor prinsippet om myndiggjøring står sterkt. Å styrke familien som enhet, særlig i forhold til foreldrerollen, er et viktig formål» (Fløtten og Grødem 2014, s. 33). Kvalifiseringsprogrammet brukes som et virkemiddel for å få voksne i familiene i arbeid (ibid., s. 33). Det er også et mål i prosjektet og bydelen at familiene skal få bedre livskvalitet i form av bedre økonomi, en sikker og funksjonell boligløsning og god helse, og at barn skal få delta i fritidsaktiviteter, for å nevne noe.

Prosjektet var forankret i en dialoggruppe som består av enhetsledere fra forskjellige enheter i bydelen. Det var tett samarbeid mellom NAV og fagenheter eller fagpersoner familiene hadde god kontakt med (for eksempel lege). Lederen av prosjektet jobbet både med forskning og med familierelatert arbeid, halvparten knyttet til familierelatert arbeid og resterende til forskning. I tillegg er det ansatt to prosjektmedarbeidere, såkalte familiekoordinatorer. Prosjektet samarbeidet med Høyskole- og Universitetetssosialkontor (HUSK). Arbeidsmetoden var rettet mot myndiggjøring (ibid., s. 33), og inneholdt følgende elementer:

Tett oppfølging

Hjemmebesøk

Følge til helsekontroller

Være et kontaktpunkt inn mot de andre tjenestene

Se barna, snakke med barna, snakke om barna med foreldrene

La alle familiemedlemmene bli synlige

God planlegging og systematisk dokumentasjon av familiens levekår og behov

Evaluering: I løpet av den femårsperioden prosjektet pågikk, ble det i prosjektgruppen færre sosialhjelpsmottakere. Det er ikke gjennomført en tradisjonell evaluering av prosjektet, og det kan derfor ikke sies sikkert om reduksjonen skyldtes arbeid med tiltakene (Fløtten og Grødem 2014, s. 32). Deltakerne vektla relasjonsbygging og kunnskap, og en fast kontaktperson ble opplevd som trygghetsskapende for familiene, spesielt i overganger. Det er beskrevet som positivt at familiekoordinatorene hadde sosial- og helsefaglig bakgrunn og innsikt i utfordringer knyttet til minoriteter, dessuten at prosjektet bygde på en helhetlig kartlegging og oppfølging, og at man tok familiens behov i betraktning (familieperspektiv som innfallsvinkel) (ibid.).

Sentrale suksessfaktorer i prosjektet er tett oppfølging, hjemmebesøk, god planlegging og dokumentasjon av levekår og behov.

Lovende praksis – noen refleksjoner

Prosjektet har teoretisk forankring i myndiggjøringsperspektivet forståelse. Faglig refleksjon er knyttet til empowerment og en helhetlig oppfølging og koordinering av tjenester. Brukeren settes i sentrum gjennom tett oppfølging, og systematisk dokumentasjon legges til grunn for arbeidet, som middel for å nå målene og gjøre forbedringer. Målet med prosjektet er knyttet til tett oppfølging av familien og lokal tilpasning til behovet for tjenester. Bruk av lokale aktører kommer ikke så tydelig frem i beskrivelsene som er gitt. Ved bruk av en fyldig evaluering vil et slikt prosjekt være nyttig dokumentasjon som kommuner kan jobbe godt med.

Prosjektevalueringen er en del av Grødem og Fløttens gjennomgang av helhetlige tiltak i Norge. Prosjektet er en del av HUSK Midt-Norge, NTNU samfunnsforskning.

Her kan du les mer om dette temaet:

<https://samforsk.no/husk/Sider/Prosjekter/71-Familier.aspx>

Familie- og foreldreveiledning

Fattigdom gir som nevnt i innledningen færre ressurser, noe som kan medføre et begrenset repertoar å ta i bruk i samspill med barn og familien for øvrig. Tidlig innsats-perspektivet er rettet mot å gjøre en innsats tidlig for å takle utfordringer på sikt. Både tiltak som kan gi barn mulighet for sosial utvikling og mestring, og tiltak for foreldre slik at de kan styrke sin foreldrekompetanse, er viktige innsatser i arbeidet mot barnefattigdom. I rapporten om levekår legges det vekt på barnehagens betydning. I denne rapporten trekkes familie- og foreldreveiledningsprogrammer frem. Foreldreveiledningsprogrammer brukes som tiltak i en serie av flere tiltak i arbeidet med å redusere barnefattigdom. Programmer av denne typen har tidligere rettet seg spesielt mot familier som lever under dårlige kår, men har etter hvert blitt tiltak som tilbys alle foreldre. Program for foreldreveiledning som bygger på International Child Development Program (ICDP), blir brukt i hele Norge. [Programmet er evaluert](#) og viser positive resultater.

Foreldreveiledning basert på ICDP

Hovedmålet til programmet International Child Development Program (ICDP) er å støtte omsorgsgivere og gjennom dette bidra til gode oppvekstvilkår for barn og unge. I rapporten, gjennomført av et internasjonalt fagteam på oppdrag for Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, oppsummeres følgende: «Studier viser at forebyggende tiltak er samfunnsøkonomisk gunstig (Young 2002), og at de mest effektive programmene er de som er langsiktige, inkluderer foreldre og lokale sosiale tjenester og omfatter systematisk kvalitetssikring (Young & Richardson 2007). Barlow og Parsons (2008) finner at gruppebaserte foreldreprogrammer har sterkere positiv effekt enn individuelle programmer. De er også mer kostnadseffektive, legger til rette for at deltakerne kan dele erfaringer, redusere sosial isolasjon og styrker selvtilliten blant deltakende foreldre» (Coren, Barlow og Stewart-Brown 2003, s. 4).

Hensikten med evalueringen var å måle effekten av foreldreveiledningen på foreldrene som deltok i programmet. Man målte kvaliteten i gjennomføringen, effekten av foreldreveiledning på foreldre-barn-samspillet og på barns utvikling. 204 foreldre som deltok i programmet, besvarte spørreskjemaet. Kontrollgruppen ble rekruttert fra helsestasjoner og barnehager som ikke tilbyr ICDP, og utgjorde 79 respondenter. 63 som deltok i programmet, ble intervjuet, og 22 ble filmet sammen med barnet sitt. 172 veiledere og 35 trenere svarte på spørreskjemaene, og 13 veiledere og 16 trenere ble intervjuet. Det ble også levert inn loggbøker.

Evaluering: Foreldrene viser økt engasjement, økt opplevelse av mestring og bedre opplevd evne til å oppdra barn, økt bruk av positiv disiplin, for å nevne noen punkter. Mødre med minoritetsbakgrunn rapporterer å ha hatt særlig nytte av programmet, både med tanke på kommunikasjon med barna og sosialt gjennom å delta i kursrekken.

ICDP-veilederne og trenerne ga uttrykk for sterkt engasjement og stort utbytte av å jobbe med programmet. Når det gjelder å anvende programmet overfor minoritetsfamilier, er det viktig

med språklig tilpasset program og at det er en med minoritetsbakgrunn til stede sammen med den etnisk norske veilederen.

Her kan du les mer om programmet:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2011/foreldreveiledning_norsk.pdf?id=2267457

Lovende praksis – noen refleksjoner

I likhet med andre foreldreprogrammer som kan vise til effekt, setter dette programmet søkelys på relasjonen mellom barn og foreldre. I tiltakene nevnt tidligere ligger hovedvekten i større grad på å se familiens rolle i hverdagslivet. Både godt tilrettelagt hverdag og gode relasjoner innad i familien er en styrke. I tillegg er det viktig å sette barnet og familien inn i en større sosiokulturell ramme. Foreldreprogrammer og familiefokus er i seg selv lovende praksiser og har god teoretisk og forskningsmessig forankring. I tillegg er det i tråd med rapportenes perspektiv om å tenke lokal tilpasning og å se familien, barnet eller en problematikk i tilknytning til nærmiljøet/lokalsamfunnet eller samfunnet personene lever i. I korthet vil det si å legge en helhetlig forståelse til grunn.

Anbefalt litteratur: Tormod Bøe (2015): [Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet](#).

I det neste eksempelet som trekkes frem, brukes barnekonvensjonen som redskap i arbeid med barn og unge og deres familier.

Barns rett til medvirkning

Hvor vellykket et tiltak er, kommer an på om barna, ungdommene og/eller deres familie identifiserer seg med tiltakene som iverksettes. Det vil si at tiltaksutformingen skjer i samspill med brukere enten på systemnivået eller på individnivået. I fattigdomsbekjempelse er det viktig at brukermedvirkningen legger vekt på medvirkning på individnivået, dvs. at det er rom for direkte dialog med dem det gjelder. Folkehelseloven understreker at kravet om medvirkning er knyttet til bestemmelser om medvirkning i plan- og bygningsloven (Meld. St. 34 (2012–2013)). I tillegg understøttes medvirkning i internasjonalt lovverk om barn og unges rett til medvirkning i beslutninger om barnets beste (FNs barnekonvensjon §§ 12 og 3). I rapport 1 skriver vi mer om medvirkning.

Sjumilssteget i Lenvik kommune

Sjumilssteget er et program og en metode utviklet av fylkesmannsombudet i Troms og vektlegger hvordan FNs barnekonvensjon – «barnas grunnlov» – kan flyttes fra teori til praksis. Lenvik kommune har vært pilotkommune i dette arbeidet. Sjumilssteget handler om å konkretisere artiklene i barnekonvensjonen og gjøre kommunen i stand til å bruke disse når de planlegger og kvalitetssikrer sine tjenester til barn og unge.

Sjumilssteget viser til sentrale artikler i FNs barnekonvensjon. De sju stegene er:

- Steg 1. Medbestemmelse
- Steg 2. God omsorg
- Steg 3. Særskilt vern og støtte
- Steg 4. Vern mot overgrep
- Steg 5. Fullverdig liv
- Steg 6. God helse
- Steg 7. God utdanning

(Kilde: Sjumilssteget i Lenvik kommune – sluttrapport 2012, s. 3)

Stegene er artikler i barnekonvensjonen som skal konkretiseres slik at de kan brukes til å planlegge og kvalitetssikre tjenestene til barn og unge. Et av målene med prosjektet er å sikre at tjenesteytere får kunnskap om de sju stegene, bruker dem i samspill med barn og deres familie og lager samarbeidsformer hvor disse sju artiklene blir ivaretatt.

Lenvik kommune var i perioden 2009–2012 nasjonal pilotkommune for denne satsingen. Piloten er videreført gjennom koordinatorfunksjonen. Kommunen har utviklet og innført et system med tverrfaglige møter i skoler, barnehager og helsestasjoner:

Det tverrfaglige møtet

Samarbeid mellom tjenestene er viktig for å etablere tidlig innsats mot og forebygging eller reduksjon av barnefattigdom. Styrking av tverrfaglig samarbeid for barn og unge er nødvendig for å iverksette helhetlige tiltak. Det tverrfaglige møtet foregår på tre arenaer: helsestasjon, barnehage og skole. Faste deltakere er PP-tjenesten, helsesøstertjenesten og lederen og andre fra den aktuelle arenaen (ibid., s. 10–11).

Viktige faktorer ved organiseringen av prosjektet var: politisk administrativ forankring i kommunen, skriftlig dokumentasjon og forpliktelse, at foresatte deltok, fikk opplæring og var med på erfaringsamlinger, kjennskap til hverandres arbeid, utarbeidelse av en metodebok. Forankringen i flere ledd ble sikret ved å etablere en styringsgruppe som møttes to ganger i

året. Gruppen besto av kommunalsjef, rådgivere fra de tre arenaene og virksomhetslederen fra kultur og fritid. Det ble etablert et arbeidsutvalg og en koordinator som skulle dokumentere, videreutvikle og motivere. Det ble etablert arenaer ved sju barnehager/helsestasjoner.

Det er utarbeidet en håndbok for gjennomføring av det tverrfaglige møtet. Den finner du her: [Håndbok](#)

Prosjektet er prosessevaluert. Deltakere har underveis i prosjektet gitt tilbakemelding om sine erfaringer. Siden responsen fra deltakerne og de som jobber med dette var gode, er arbeidsmodellen videreført. Samarbeid, kunnskapsheving og gode erfaringer med å drive lavterskeltilbud, ble fremhevet som positivt ved arbeidsmodellen. Prosjektet er evaluert av Universitetet i Tromsø.

Suksessfaktorer som kan trekkes frem er lavterskeltilbud og samarbeid mellom barnehage, skole, sosialtjenesten og helsetjenesten. Både foreldre og barn er delaktige. Det legges vekt på klar ansvars- og oppgavefordeling og på politisk og administrativ forankring.

Lovende praksis – noen refleksjoner

Prosjektet og tiltakene baserer seg på barnekonvensjonen som teoretisk grunnlag og forskningsarbeid knyttet til barn og unges medvirkning, deltakelse, barnets beste, myndiggjøring m.m. Faglig argumentasjon bygger på diskusjoner om bruk av tett samarbeid mellom blant annet skole, barnevern og helsesøster og lav terskel for familier for å ta kontakt. Prosjektet har klare målsettinger. Prosjektet er satt opp med fremgangsmåte, metodebok og beskrivelser. Prosjektet beskriver hvordan det er lokalt tilpasset kommuneadministrasjonen og organisering av enheter, og hvordan prosjektet er lokalt forankret politisk. Ved overføring til andre kommuner vil en kontinuerlig evaluering og dokumentasjon av tiltaket være nyttig, hvor både brukernes og fagfolks erfaringer blir undersøkt.

Noen forhold som beskrives i prosjektet kan fremheves: politisk forankring, prioritert område politisk, at ordningen er tilpasset kommunen og kommunale enheters organisering og ressurser.

Mer om dette temaet kan du lese her:

[Sjumilssteget i Lenvik kommune](#)

[Sjumilssteget](#)

I alle tiltakene som er beskrevet ovenfor, legges det vekt på å sette problemet inn i en helhet: helhetlig organisering, helhetlig tenkning rundt brukerens behov, individenes behov i en familie og familiens samlede behov. Folkehelseperspektivet legger til grunn en helhetlig forståelse av helse. Det handler ikke bare om sykdom, men også om livskvalitet og trivsel i en bredere sammenheng. Betingelsene settes på dagsordenen, og et system rundt folkehelseiltak er sentralt. Helse skal inn i alle politikkområder. Det er helse i alt vi gjør, og ved å legge politikktutforming til kommunen fremfor til helsetjenesten får vi et utvidet helsebegrep. Men

det skal understrekes at helsetjenesten på sin side igjen har et ansvar for å trekke inn levekår og sosialt liv i sitt arbeid, noe den også gjør.

Nedenfor legges det vekt på tiltak hvor risikogruppen er hovedmålet, men hvor tiltaket er for alle og inkluderer familier som ikke nødvendigvis er blant dem med aller dårligst økonomi eller størst utfordringer.

Tiltak for alle

Ferie for alle

«'Ferie for alle' er gratis for hele familien, inkludert reise, opphold og alle aktiviteter.

Målgruppen er familier som har hatt en vanskelig økonomisk situasjon over lengre tid, og som ikke har andre feriemuligheter. [...] Et viktig inklusjonskriterium er at familien skal ha minst ett barn mellom 6 og 13 år. Det er fokus på familien som en enhet, og i utgangspunktet skal hele familien, eller flest mulig, reise sammen» (Haugen mfl. 2015, s. 60–61).

Ferieopphold organiseres i de enkelte Røde Kors-distriktene. En koordinator i distriktet tar seg av det organisatoriske. Informasjon, søknader, koordinering av frivillige m.m. organiseres av en koordinator. Røde Kors Norge har også en nasjonal fagansvarlig. Ferietilbudene ledes av frivillige fra Røde Kors (ibid., s. 62).

Røde Kors samarbeider med skolehelsetjenesten, barneverntjenesten, sosialtjenesten og andre offentlige instanser (ibid., s. 63). Dette er instanser som har oversikt over hvilke barnefamilier som har størst behov for ferieopphold. Fagpersoner i kommunen, som viderefremidler til familier. Kommunene sender så inn en liste med navn og Røde Kors avgjør om de får plass eller ikke ut fra lister fra kommunene. Kommunen dekker kun transportutgifter til oppsamlingssted (ibid., s. 63).

I aktivitetsrapporten for «Ferie for alle» for 2013 står det spesifisert hva som er målsettingen med tilbudet: nettverksbygging, sosial utvikling, opplevelse av mestring, kulturell inkludering og å bidra til å styrke familieband. I tillegg er en av hovedhensiktene med tilbudet at også barn i lavinntektsfamilier skal ha noe å fortelle om når de kommer tilbake fra skoleferie (ibid., s. 63).

Ferie for alle er et tilbud som illustrerer betydningen av å se hele familien under ett og å gi et familietilbud som er gratis og med individuelle tilpasninger.

Evaluerings: Den fagansvarlige ble intervjuet, og forskere var til stede på et styringsgruppemøte. To av styremedlemmene ble intervjuet, og det samme gjaldt koordinatoren for ferietilbudet. Fire foreldre og to barn ble intervjuet. I tillegg var forskerne til stede på ferieleiren og hadde flere samtaler med de frivillige og deltakere underveis. Evaluering er gjennomført av NTNU samfunnsforskning (se lenke nedenfor).

«I 2013 var det 2412 deltakere på ferieoppholdene, 475 frivillige og totalt 50 arrangementer. 700 barn og voksne fikk avslag på grunn av kapasitetsproblemer. Hvert enkelt ferieopphold har typisk 10–12 familier og 40–50 personer totalt, inkludert frivillige» (ibid., s. 61). Selve oppholdene forsøker man å legge til Røde Kors-sentrene.

Oppsummerende punkter:

- «Ferie for alle» er det eneste ferietilbudet som samler hele familien
- Gratis for deltakerne
- Individuelle løsninger (hjelp til organisering og transport)
- Gir mulighet til å bygge relasjoner for fremtiden
- Samarbeid mellom Røde Kors og kommunen

(ibid., s. 60–66)

Suksessfaktorene er god organisering, engasjement, brukere av tiltak blir møtt, deltakelsen er stor, hele familien er inkludert, og det samarbeides med frivillig sektor. Slike tiltak burde evalueres av brukerne etter endt opphold.

Lovende praksis – noen refleksjoner

Som lovende praksis kan det trekkes frem at tiltaket er både teoretisk og faglig forankret i en inntektsbasert forståelse av fattigdom og opplevelser av hva det vil si å være fattig. Det er en politisk prioritering i form av fattigdomssatsing. Tiltaket har klare mål, og det jobbes kontinuerlig med prosjektet. Det viser til samarbeid på ulike nivåer. Det hadde vært interessant om tiltaket hadde hatt fast rutine med evaluering av både brukeres og organisatorers tilfredshet.

En mer utdypende beskrivelse er å finne i Haugen mfl. (2015): [Tiltak for et godt og inkluderende oppvekstmiljø](#)

UtstyrsBUA

For å kunne delta i fritidsaktiviteter kreves det utstyr. Mange fattige deltar ikke fordi de mangler utstyr. UtstyrsBUA er et tilbud for hele befolkningen, men det er spesielt rettet mot å hjelpe marginaliserte grupper.

Over hele landet er det etablert ordninger for utlån av utstyr til alle. Ordningen er ikke forskningsevaluert. Vi har valgt å trekke frem en variant av en slik ordning fra en kommune i Trøndelag som også jobber systematisk med å dokumentere bruken av ordningen. Det gjør at vi kan anse ordningen som en lovende praksis og et eksempel til etterfølgelse andre steder. Nedenfor gis det en beskrivelse som kommunen har sammenfattet for denne rapporten høsten

2016 og er markert med anførselstegn.

«Utlånsordningene 'UtstyrBUA' i Verdal og Levanger inngår som et ledd i arbeidet med å styrke en helhetlig og samordnet innsats for å utjevne sosiale forskjeller i meningsfylt fritid og ferietilbud for barn, unge og deres familier. Tiltakene har som samlet mål at barn og unge skal oppleve mestring og likeverdig deltakelse i lokalsamfunnet sitt. Etablering av utlånsordningene var forankret i kommuneplanens samfunnsdel. Ordningen er tilgjengelig for alle innbyggere, men har et særskilt fokus på å rekruttere låntakere fra familier med svak økonomi. Tiltaket er delfinansiert av statlige midler gjennom 'barnefattigdomsmidlene' som forvaltes av BUFdir, og skal fases gradvis over i en varig bærekraftig driftsmodell i kommunene. Den universelle tilnærmingen med tiltak som er bra for alle, men nødvendig for noen, bidrar til å redusere risiko for stigmatisering.

UtstyrBUA er en utlånsordning for sports- og fritidsutstyr. Målet med UtstyrBUA er å få folk flest ut i mer variert aktivitet, og UtstyrBUA heier spesielt på barn unge som vil ut og røre seg. Det finnes mange ulike utlånsordninger rundt om i Norge, men de drives og fungerer veldig ulikt. UtstyrBUA i Verdal og Levanger er organisert som et partnerskap, der tiltaket samskapes i samarbeidet mellom kommunene, to lokale vekstbedrifter (Levafro i Levanger og Veksttorget i Verdal), NAV, idrettsråd og frivilligsentraler i kommunene. På samme måte som ved biblioteket kan alle innbyggere komme og låne alt fra kano, fiskestenger og redningsvester til vannski, ski, skøyter, skateboard, sykler og masse annet utstyr. Tilbudet gjelder for personer, skoler, barnehager, ungdomshuset, andre offentlige instanser og frivillige organisasjoner.

UtstyrBUA promoteres først og fremst som et tiltak som skal stimulere til aktivitetsglede og utforskning av nye aktiviteter, samtidig som miljøprofilen kommuniseres tydelig.»

Resultater

«Ansatte i UtstyrBUA i Verdal og Levanger kommunene rapporterer at tiltaket appellerer til alle sosiale lag i befolkningen, men at det særlig benyttes av familier med dårlig råd, inkludert flyktninger og asylsøkere. Det rapporteres allerede om behov for økt bemanning til utlån og reparasjon av utstyr, samt utvidelse av åpningstider grunnet stor pågang av låntakere. Det bor ca. 15 000 mennesker i Verdal og ca. 20 000 i Levanger.»

Oppsummert oppgir kommunen:

- Utlånsordningene i Verdal og Levanger har til sammen over 2000 gjenstander av høy kvalitet som lånes ut til befolkningen.
- Siden åpningen våren 2015 er det per januar 2017 registrert 5519 unike utlån og 780 registrerte kunder i Levanger, og 3913 unike utlån og 918 registrerte brukere i Verdal.
- Ofte er det slik at en kunde låner utstyr til flere personer, f.eks. foreldre, lærere eller aktivitetsledere som låner til flere samtidig.

Slik UtstyrBUA er lagt opp, bygger den på en idé om at det er helse i alt man gjør:

WHO's globale strategi for 'helse for alle' legger vekt på programmer hvor kjernen er lokal deltakelse, partnerskap, myndiggjøring og likhet (equity) (Bloch mfl. 2014, s. 2). Dette kalles 'health settings'. Modellen bygger på at koordinerte aktiviteter har et felles mål om bedret helse i befolkningen som helhet. Iverksetting av aktiviteter på ulike steder til ulik tid er koordinert. Initiativene styres nedenfra, med målgruppen og de aktuelle samarbeidspartnerne som aktive deltakere. Verdal bruker denne forståelsen i sitt arbeid:

- «Kommunene har satset stort på å bygge parker, uteområder ved skoler og andre anlegg for lek, aktivitet og idrett som skal være tilgjengelige for alle, hele døgnet, hele uka, hele året.
- Alle barn, unge og deres familier i våre kommuner inviteres annenhver onsdag til å delta i lavterskeltiltaket 'iLAG – aktiv fritid for barn og unge', som er et samarbeid mellom kommunene, UtstyrBUA og lokale lag og foreninger.
- Lag og foreninger som forplikter seg til å stå for et onsdagsarrangement, mottar et stimuleringsstøtte fra kommunen. Dette bidrar til å motivere lag og foreninger til lavterskel- og breddeaktivitet samt å gjøre ordningen 'UtstyrBUA' kjent for flere.
- Barnehager og skoler kan låne 'klassesett' med utstyr til aktivitetsdager, slik at ingen barn ekskluderes fra å delta i opplæringsaktiviteter på grunn av at de ikke har utstyr til å delta.
- Daglig drift av UtstyrBUA i de to kommunene er lagt til to vekstbedrifter, henholdsvis Veksttorget i Verdal og Levafro i Levanger. Et viktig vinn-vinn-tiltak er at personer med varig tilrettelagt arbeid eller tilrettelagt praksis gjennom NAV bidrar til drift og vedlikehold i sentralene. Dette har blant annet ført til at flere personer har fått fast jobb i BUA etter lange perioder utenfor arbeidslivet. En annen gevinst er at personer med innvandrerbakgrunn som har jobbet i tiltaket, har bidratt til å spre informasjon om BUA og låneregler på flere ulike språk.
- Det er etablert svært gode samarbeid med lokale sportsbutikker. De har gitt store rabatter på innkjøp av utstyr samt bidratt med reparasjoner og vedlikehold. I tillegg har både frivillighet, privatpersoner og næringsliv gitt gaver (både penger og pent brukt utstyr) til UtstyrBUA, noe som har bidratt til å styrke tilbudet og styrke eierskapet til tiltaket blant aktører i lokalsamfunnet.»

Mer litteratur om prosjektene samt kontaktinformasjon finner du her:

- <http://www.levanger.kommune.no/Tjenester-a-a/Kultur-og-fritid/Utstyrsbua/>
- <http://www.verdal.kommune.no/Tjenester-a-a/Kultur-idrett-og-fritid/Idrett/Utstyrsbua/>
- <https://www.bua.io/>
- <http://sunnekommuner.no/>

Andre relevante tiltak og prosjekter kan du lese om her:

[Gode nærmiljøer – Innføring i metode for områderettet arbeid](#)

[Alle på banen! Innbyggerinvolvering, tverrfaglig samarbeid og offentlig–privat samspill i områderettet arbeid](#)

[Riktig kunnskap – viktig kunnskap. Kilder, metoder og analyser i områderettet arbeid](#)

Lovende praksis – noen refleksjoner

Ordningen med UtstyrBUA har en styrke ved at den klarer å gjøre noe for å unngå stigmatisering. I dette tilfellet jobber kommunen på en systematisk måte og dokumenterer bruken, og den er således et eksempel til etterfølgelse. Den teoretiske forankringen er god og gjennomtenkt ut fra perspektivet om helse i alt vi gjør. Tiltaket er et godt eksempel på hvordan kjennskap til hva «alle trenger», og lokalkunnskap, politisk satsing og prioritering gir en universell ordning som tar hensyn til dem som trenger det mest. Muligheten brukes av alle samfunnslag.

Målrettet tiltak, men uten å stigmatisere?

Et viktig spørsmål er i hvilken grad tiltak som er utformet for bestemte målgrupper oppleves som ubehagelig og stigmatiserende, slik at de i verste fall ikke vil benytte seg av tiltaket? Et argument har derfor vært å gjøre tiltaket så universelt at det er en betydelig bruk av tiltaket blant ressursrike grupper, slik at det (derfor) ikke fremstår som stigmatiserende å benytte tiltaket for dem som har mest bruk for det. Eksempelet nedenfor beskrives i Danmark som målrettet, men uten å stigmatisere. Vi tar det med både som et eksempel og for å tenke kritisk rundt et slikt tiltak.

Fritidspasset – Aarhus kommune

Med et fritidspass kan barn og unge fra familier med lav inntekt få betalt kontingent i en

forening på opp til 1000 kr i året. Målet er å gi barn og unge mellom 3 og 17 år like muligheter til å delta i fritidsaktiviteter. En ulempe med denne typen tiltak som er debattert, er at utgivelsen kan bli for synlig og virke stigmatiserende. Dette gjelder for alle særtiltak, og derfor velger noen kommuner å gi særordninger til områder (f.eks. er det gratis aktivitetsskole for alle i Oslo øst). Det kan også være et alternativ til ordningen som gjengis nedenfor.

«Aarhus Kommune tilbyder fritidspas til alle børn fra økonomisk trængte familier i alderen 3 til og med 17 år. Husstandens samlede indtægter må ikke overstige kr. 192.714 om året. Det svarer til 90% økonomisk friplads i et pasnings- eller fritidstilbud. Har du mere end et barn forhøjes indkomstgrænsen med kr. 7.000 for hver barn udover det første. For enlige forsørgere hæves indtægtsgrænsen med yderligere 59.492 kr. til kr. 252.206 plus evt. børn». (Kilde: Aarhus kommune: [Fritidspas](#)).

De fleste barn som kan benytte fritidspasset, får det automatisk tilsendt av kommunen. Men man kan også søke om et på kommunes hjemmeside. Når man har fått passet, tar man det med til den foreningen eller idrettslag som barnet ønsker å bli medlem av. Foreningen vil få kontingenten refundert av kommunen.

Lovende praksis – noen refleksjoner

Tiltaket er i bruk i Aarhus kommune. Som lovende praksis kan det understekes at tiltaket har klare mål. Det sies at for å redusere stigmatisering får familier med lav inntekt passet automatisk tilsendt i posten. Samtidig skal det poengteres at det å fremvise et slik pass i idrettslaget i seg selv kan virke stigmatiserende. Det er derfor svært viktig å diskutere omfang, antall tiltaket kan omfatte, og mulighet for å usynliggjøre at familier får tilbudet gratis eller redusert. Den faglige og teoretiske begrunnelsen ligger i å tilby aktiviteter enten gratis eller til redusert kostnad, og at deltakelse er sunt for alle barn og unge. Dette er en type tiltak som krever evaluering og systematisk dokumentasjon av bruken av tilbudet og hvordan det oppleves å få et slikt tilbud.

Avslutning

Forutsetninger for vellykkede tiltak og lovende praksiser mot barnefattigdom er knyttet til god samordning, brukermedvirkning og lokal tilpasning. Rapporten har lagt vekt på kompenserende tiltak fordi dette er tiltak på kommunalt nivå som er evaluert. Lokal tilpasning handler om å justere tiltak til ulike nivåer som det lokale tjenesteapparatet, problemområder i befolkningen, den enkelte familien og det enkelte barnet. I arbeid mot barnefattigdom er det nyttig å ha brede strategier og målsetninger, slik at også folk som står i fare for å falle utenfor, kan nyttiggjøre seg tiltak etablert innenfor fattigdomsbekjempelse.

Tiltakene skal på en eller annen måte kompensere for manglende deltakelse på ulike arenaer

på grunn av fattigdom. I den grad disse tiltakene er fattigdomsreduserende, er det ved å hjelpe barn som kommer fra fattige familier, til ikke å bli fattige selv som voksne. I tilfeller hvor familier vurderes for å få økonomiske stønad eller andre fattigdomsreduserende tiltak, er retten til å bli hørt som barn svært viktig. Vurderingene skal også ses ut fra familien og nærmiljøet de lever i.

En viktig organisatorisk utfordring er å få til et godt tverrfaglig samarbeid og klar ansvarsfordeling. En annen utfordring er å påse at også fattigdomstiltak kan etableres innenfor «tiltak for alle». Å etablere samarbeid med forskningsenheter er et kontinuerlig arbeid som krever felles møteplasser for erfaringsutveksling og etablering av samarbeid.

Litteratur

- Bárcena-Martín, Elena M., Carmen Blanco-Arana og Salvador Pérez-Moreno (2015) Assessing the impact of social transfer income packages on child poverty: A European cross-national perspective. Working Paper n. 15 /02, *Dpto. Teoría e Historia Económica Universidad de Granada*.
- Barker, D.J.P. (1994). *Mothers, babies, and disease in later life*. London: BMJ.
- Barker, D.J.P. m.fl. (2002). Growth and living conditions in childhood and hypertension in adult life: a longitudinal study. *Journal of Hypertension* 20: 1951-1956.
- Barlow, J. og Coren, E. (2003). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane database Systematic Review*, 1:CD002020.
- Barlow, J. og Parson, J. (2008). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioral adjustments in 0–3 year old children (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Bakken, A., Lars Roar Frøyland, Mira Aaboen Sletten (2016). Sosiale forskjeller i unges liv. *Hva sier Ungdataundersøkelsene?* NOVA-rapport 3/16, Oslo: NOVA/HiOA.
- Bakken, A. (2004). Økt sosial ulikhet i skolen? *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 4(1), s. 83–91.
- Bakken, A. (2010). *Prestasjonsforskjeller i Kunnskapsløftets første år - kjønn, minoritetsstatus og foreldres utdanning*. NOVA rapport 9/2010. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. (2016). *Ungdata 2016: nasjonale resultater* NOVA-rapport (online), vol. 8/2016.
- Barstad, A. (2016). *Opphopning av dårlige levekår: en analyse av levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013* Rapporter 2016/32. Statistisk sentralbyrå.
- Bloch, P., Toft, U., Reinbach, H. C., Clausen, L. T., Mikkelsen, B. E., Poulsen, K., og Jensen, B. B. (2014). Revitalizing the setting approach – supersettings for sustainable impact in community health promotion. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 118. doi:10.1186/s12966-014-0118-8
- BUFdir (2017). Oppvekstrapporten 2017.
- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet*. Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1045/Sosioøkonomisk%20status%20og%20barn%20og%20unges%20psykologiske%20utvikling%20IS-2412.pdf>
- Coren, E., Barlow, J. og Stewart-Brown, S. (2003). The effectiveness of individual and group-based parenting programmes in improving outcomes for teenage mothers and their children: a systematic review. *Journal of Adolescents*, 26, 79-1003.

- Dahl, E., Bergsli, H. og Wel, K. A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskaps-oversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dzamarija, M.T. (2010). *Barn og unge med innvandrereforeldre: demografi, utdanning, inntekt og arbeidsmarked*. Rapporter vol. 2010/12. Statistisk sentralbyrå.
- Dzamarija, M.T. (2016). *Barn og unge voksne med innvandrerbakgrunn. Demografi, utdanning og inntekt*. Rapport vol. 2016/23. Statistisk sentralbyrå.
- Elstad, J.I. (2014). Hvor har den nye genforskningen brakt oss? *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 2.
- Elstad, J.I. (2010). Foreldrenes helse. *I Barn og unges levekår i lavinntektsfamilier. En panelstudie 2000–2009*, Mona Sandbæk og Axel West Pedersen (red). Kap. 6. Rapport 10/10, NOVA Oslo: NOVA.
- Elstad J.I. (2010). Helse blant barn og unge i lavinntektsfamilier. *I Barn og unges levekår i lavinntektsfamilier. En panelstudie 2000–2009*, Mona Sandbæk og Axel West Pedersen (red). kap. 10. Rapport 10/10, Oslo: NOVA.
- Epland, J., og Kirkeberg, M.I., (2016). *Barnefamiliernes inntekter, formue og gjeld 2004–2014* (vol. 2016/11). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- FNs konvensjon om barnets rettigheter (2003). https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/red/2000/0047/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Fløtten, T. (2014). *Helhetlige tiltak mot barnefattigdom: en kunnskapsoppsummering*. FAFO-rapport (online), vol. 2014:18. Oslo: FAFO.
- Grøholt, E.-K., Stigum, H., Nordhagen, R. og Köhler, L. (2001). Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 – Influence of socio-economic factors. *Ambulatory Child Health*, 7(3-4), s. 177–189. doi:10.1046/j.1467-0658.2001.00129.x
- Gustavsen, K. (2012). *SIMBA: sammen i innsatsen mot barnefattigdom i Drammen kommune*. Rapport Telemarkforskning, vol. 302. Bø: Telemarkforskning..
- Gustavsen, K., og Vardheim, I. (2013). *Følgeevaluering av Oppfølgingsteam - Telemark*. Rapport Telemarkforskning. Bø: online, vol. 2013:311.
- Haugen, G.M.D., Elvegård, K., og Berg, B., (2015). *Tiltak for et godt og inkluderende oppvekstmiljø*. Trondheim: NTNU samfunnsforskning, Mangfold og inkludering.
- Heckman, J.J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science* 312 (5782): 1900–1902. Doi: 10.1126/science.1128898.
- Jensen, T.K., Jørgensen, N., Punab, M., Haugen, T.B. mfl. (2004). Association of In Utero Exposure to Maternal Smoking with Reduced Semen Quality and Testis Size in Adulthood: A Cross-Sectional Study of 1770 Young Men from General Population in Five European Countries. *American Journal of Epidemiology* 159: s. 49–58.
- Jensen, D.C., Pedersen, M., Pejtersen J. H., Amilon, A. (2016). *Indkredning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. København: SFI – Det nasjonale forskningscenter for velferd 16/6.
- Kaati, G., Bygren, L.O. & Edvinsson, S. (2002). Cardiovascular and diabetes mortality determined by nutrition during parents' and grandparents' slow growth period. *European Journal of Human Genetics* 10: 682-688.
- Kristofersen, L. (2008). Barns opplevelse av familieøkonomien og egne økonomiske ressurser. *I Barns levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid*. Mona Sandbæk (red.) Rapport 7/08. NOVA. Oslo: NOVA.
- Larsen, H. og Seim, S. (2011). *Barnefattigdom i et rikt land: kunnskapsoppsummering om fattigdom og eksklusjon blant barn i Norge*. Rapport 2011 nr 10. Oslo: Høgskolen i Oslo, Sosialforsk, Avdeling for samfunnsfag.
- Lorentzen, T., Larsen, H. og Seim, S. (2011). Barn og unge med spesiell risiko for fattigdom og eksklusjon. *I Barnefattigdom i et rikt land. Kunnskapsoppsummering om fattigdom og eksklusjon blant barn i Norge*. Sissel Seim og Hege Larsen (red). Rapport 2011 nr. 10. Oslo: Høgskolen i Oslo, Sosialforsk, Avdeling for samfunnsfag.
- Lovdata (2011). Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). Elektronisk publisering, <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Lovvedtak 64 (2010-2011). Vedtak til lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Utgitt 14.06.2011. Elektronisk publisering, www.stortinget.no/no/Saker-ogpublikasjoner/Vedtak/Beslutninger/Lovvedtak/2010-2011/vedtak-201011-064/#a1
- Main, K.M., Jensen, R.B., Ask Lund, C., Hoi-Hansen, C.E., Skakkebaek, N.E. (2006). Low birth weight and Male Reproduction. *Hormone research in pediatrics* 65: s. 116–122.
- Meld. St. 19 (2014–2015). *Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mortensen, L.H., Diderichsen, F., Arntzen, A., Gissler, M., Cnattingius, S., Davey-Smith, G., Nybo Andersen, A.M. (2008). Social inequality in fetal growth. A 20-year comparative study of Denmark, Finland, Norway and Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62 (4): s. 325–331.
- Nafstad, P., Samulelsen, S.O., Irgens, L.M., Bjerkedal, T. (2002). Birth Weight and Hearing Impairment in Norwegians Born From 1967 to 1993. *Pediatrics* 110 (3). Doi: 10.1542/peds.110.3.e30.

- NOU 2009:10. *Fordelingsutvalget*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- NOU 2017:4. *Delingsøkonomiutvalget*. Oslo: Finansdepartementet,
- Omholt, E. L. (2016). *Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper 2016* (vol. 2016/30). Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Pedersen, A. W., Sandbæk, M. (2010). *Barn og unges levekår i lavinntektsfamilier: en panelstudie 2000–2009*. NOVA-rapport (online), vol. 10/2010. Oslo: NOVA.
- Pedersen, A.W. (2013). Inntekt og helse. Underlagsrapport til ‘Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i Helse’. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
- Petersen, C.B., Mortensen, L.H., Morgen, C.S., Madsen, M., Schnor, O., Arntzen, A., Gissler, M., Cnattingius, S., og Andersen, A.M. (2009). Socio-economic inequality in preterm birth: a comparative study of the Nordic countries from 1981 to 2000. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 23(1): 66-75.
- Pillas, D., Pikhart, H., Goldblatt, P., Morrison, J. mfl. (2014). Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatric Research*, 76(5). doi:10.1038/pr.2014.122
- Prop. 90 L (2010–2011). *Lov om folkehelsearbeid* (folkehelseloven) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ribeiro, L.A., Zachrisson, H.D., Schjølberg, S., Aase, H., Rohrer-Baumgartner, N. og Magnus, P. (2011). Attention problems and language development in preterm low-birth-weight children: Crosslagged relations from 18 to 36 months. *BMC Pediatrics* 2011, 11:59.
- Redmond, G. (2008). Children’s perspectives on economic adversity: *A review of the literature*. Discussion paper. IDP Number 2008-01 March 2008. UNICEF.
- Regjeringsplattformen 2013. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a93b067d9b-604c5a82bd3b5590096f74/plattform.pdf>
- Riksrevisjonens undersøkning av barnefattigdom. Dokument 3:11 (2013–2014)
- Sandbæk, M. (red), med bidrag fra Skevik Grødem, A., Kristofersen, L.B., Elstad, J.I., Clausen, S-E. og Thorød, A.B. (2008). Barns levekår. *Familiens inntekt og barns levekår over tid*. NOVA Rapport 7/2008. Oslo: NOVA.
- Sandbæk, M. (2010). Barns levekår – konklusjoner. *I Barn og unges levekår i lavinntektsfamilier. En panelstudie 2000–2009*. Mona Sandbæk og Axel West Pedersen (red.). Kap. 12. Rapport 10/10, Oslo NOVA
- Schjølberg, S., Eadie, P., Zachrisson, H.D., Oyen, A.S. & Prior, M. (2011). Predicting language development at age 18 months: data from the *Norwegian Mother and Child Cohort Study*. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 32(5): 375-383.
- St.meld. nr. 34 (2012–2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet
- Thorød, A.B. (2008). *Sosial eksklusjon. I Barns levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid*. Mona Sandbæk (red.) Rapport 7/08. NOVA.
- Thørnblad, R. (2013). *Evalueringsrapport av Sjumilssteget i Troms fylke. RKBU-rapport 2 2013*. https://uit.no/Content/351175/RKBU_Rapport201.pdf
- Underlid, K. (2005). *Fattigdommens psykologi: oppleving av fattigdom i det moderne Norge*. Oslo: Samlaget.
- Young, M.E. (2002) (red). *From Early Child Development to human Development: Investment to Action: A priority for Growth and Equity*. Washington, DC., The World Bank.
- Young, M.E. og Richardson, L.M. (2007). *Early Child Development form Measurement to Action: A Priority for Growth and Equity*. Washington, DC., The World Bank.
- Zambrana, I.M., Ystrøm, E. og Pons, F. (2012). Impact of gender, maternal education, and birth order on the development of language comprehension: A population-based longitudinal cohort study from age 18 to 36 months. *J. of Developmental & Behavioral Pediatrics* 3(2): s. 146–155.