

# HANDICAP OG SAMFUNDS- DELTAGELSE 2006



08:18

STEEN BENGTSOON



08:18

HANDICAP OG  
SAMFUNDSDELTAGELSE  
2006

STEEN BENGTSOON

KØBENHAVN 2008

SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

## HANDICAP OG SAMFUNDSDELTAGELSE 2006

Afdelingsleder: Lisbeth Pedersen

Afdelingen for beskæftigelse og integration

Undersøgelsens følgegruppe bestod af repræsentanter fra:

Arbejdsmarkedsstyrelsen

Velfærdsministeriet

Kommunernes Landsforening (KL)

Danske Handicaporganisationer (DH)

Landsorganisationen i Danmark (LO)

Dansk Arbejdsgiverforening (DA)

Center for Ligebehandling af Handicappede (CLH)

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7487-904-6

Layout: Hedda Bank

Oplag: 600

Tryk: Schultz Grafisk A/S

© 2008 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 3348 0800

[sfi@sfi.dk](mailto:sfi@sfi.dk)

[www.sfi.dk](http://www.sfi.dk)

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

# INDHOLD

<b>FORORD</b>	<b>7</b>
<b>RESUMÉ</b>	<b>9</b>
Hvad er handicap?	9
15 pct. af befolkningen har en funktionsnedsættelse	10
Mænd nedtoner deres handicap	10
Funktionsnedsættelsers betydning for bolig og mobilitet	11
Hver anden med handicap er utilfreds med den kommunale sagsbehandling	11
Funktionsnedsættelse betyder barrierer for samfundsdeltagelse	12
<b>1 RESULTATER OG PERSPEKTIVER</b>	<b>13</b>
Baggrunden for undersøgelsen	13
Funktionsnedsættelse reducerer samfundsdeltagelse	15
Typer af handicap	16
Grader af handicap	18
Køn og handicap	19
Hvad er mekanismerne?	20
Indsatsen i forhold til handicap	22

	Hvor mange mennesker har funktionsnedsættelse?	24
	Udviklingen fra 1995-2006	25
	Kan vi stole på undersøgelsens resultater?	28
	Perspektiver	30
	Hvordan rapporten bruges	31
<b>2</b>	<b>HVAD ER HANDICAP?</b>	<b>33</b>
	Begrebsafklaring og metode	33
	Ord er vigtige	34
	Krav til handicapbegrebet	37
	Forskellige handicapbegreber	39
	Det operationelle begreb	47
	Funktion og person	52
	Et samlet mål for funktionsnedsættelse	56
	Konsekvenser af funktionsnedsættelse	63
	Handicap forstået som årsag	67
<b>3</b>	<b>MENNESKER MED HANDICAP</b>	<b>71</b>
	Hvor mange mennesker har handicap?	72
	Udviklingen fra 1995 til 2006	73
	Langt de fleste handicap erhverves	75
	Hvor længe har man haft handicap?	76
	Jo højere alder, des flere med handicap	77
	Risiko for at erhverve handicap	80
	Er det noget, der kan ses?	81
	Hvordan hænger handicap sammen med køn?	85
	Handicap er ofte mere end funktionsnedsættelse	87
	Hvoraf kommer handicap?	89
	Hvor erhverver man handicap?	94
	Hvad betyder det for familien?	98
	Sammenfatning	106

<b>4</b>	<b>BOLIG OG MOBILITET</b>	<b>107</b>
	Kvadratmeter	107
	Problemer med boligen	114
	Boligændringer	116
	Problemer med at komme omkring indendørs	125
	Problemer med at komme omkring udendørs	128
	Benytter hjælpemidler ude	132
	Bil og handicapbil	138
	I stand til at Benytte tog og bus	142
	Benytter handicapbefordring	150
	Hvem klarer indkøbene?	151
	Sammenfatning	155
<b>5</b>	<b>HJÆLP OG VEJLEDNING</b>	<b>157</b>
	Vejledning og information	158
	Søgt og fået hjemmehjælp	169
	Egenbetaling for hjælp	176
	Egne udgifter til handicappet	180
	Oplevelsen af sagsbehandlingen: 1995 sammenlignet med 2006	187
	Sagsbehandling 2006	190
	Sammenfatning	203
<b>6</b>	<b>SAMFUNDSDELTAGELSE</b>	<b>205</b>
	Samfundsdeltagelse generelt	206
	Kontakt til andre mennesker	207
	Nærmere kontakt og nære forhold	213
	Meningsfuldhed, brug af evner, indhold og lykke	219
	Beskæftigelse, uddannelse og foreningsliv	227
	Sammenfatning	237

<b>7</b>	<b>HVAD SIGER UNDERSØGELSEN OM EN KONKRET SITUATION?</b>	<b>239</b>
	Resultater af logistiske regressioner	239
	<b>BILAG</b>	<b>243</b>
	Spørgeskemaet	243
	<b>LITTERATUR</b>	<b>249</b>
	<b>SFI-RAPPORTER SIDEN 2007</b>	<b>255</b>



# FORORD

Denne rapport beskriver nogle grundlæggende forhold omkring deltagelse i samfundslivet og forudsætningerne herfor for mennesker med handicap i Danmark. Det sker på baggrund af interview med et stort tilfældigt udvalg af befolkningen i den arbejdsdygtige alder, dvs. 16-64 år. På grundlag af disse interview har SFI allerede udgivet rapporten *Handicap og beskæftigelse 2006* af Brian Larsen, Helle Kløft Schademan og Jan Høgelund (SFI 08:10).

Rapporten belyser, hvor mange mennesker der har syv former for funktionsnedsættelser, og hvilken risiko der er for at erhverve sig en funktionsnedsættelse i forskellige aldersgrupper. Den beskriver endvidere, hvor store problemer grupperne har i forhold til bolig og mobilitet. Et andet emne, der belyses, er benyttelsen af offentlige ordninger og forholdet til de sociale myndigheder.

Efter at have set på disse forudsætninger for deltagelse i samfundslivet kommer rapporten ind på selve deltagelsen. I den forbindelse viser vi, hvad funktionsnedsættelser betyder for de sociale relationer, for den meningsfuldhed, personen oplever, og for deltagelsen i beskæftigelse, uddannelse og foreningsliv.

Rapporten er skrevet af seniorforsker Steen Bengtsson. Ved analysen har forskningsassistent Irina Bernstein, stud.soc. Line Sassersen og stud.soc. Kristian Clement medvirket. Rapportens følgegruppe har

kommenteret et udkast, og den næsten færdige rapport er blevet kommenteret af forskningsleder, mag.art.siv.øk. John Eriksen fra Nova i Oslo. Alle takkes for gode og konstruktive kommentarer.

Undersøgelsen er udarbejdet på initiativ af Arbejdsmarkedsstyrelsen, som også har finansieret den.

København, september 2008

JØRGEN SØNDERGAARD

# RESUMÉ

Denne rapport giver ny viden om personer med handicap og deres samfundsdeltagelse. Rapporten bygger på et 10-minutters interview med 9.202 personer i alderen 16-64 år, heraf er 8.797 tilfældigt udvalgt, mens 405 personer blev udvalgt, fordi de arbejder i fleksjob. Undersøgelsens besvarelsesprocent er 82.

Af de 9.202 personer deltog 2.235 derudover i et 45-minutters telefoninterview, fordi de svarede, at de har et længerevarende helbredsproblem, et handicap, et helbredsproblem på grund af nedslidning gennem erhvervsarbejde eller arbejder i fleksjob. I rapporten regnes disse personer for 'personer med handicap'.

Alle personer med handicap har besvaret mere end 100 spørgsmål om deres funktionsevner. På grundlag af disse spørgsmål har vi målt funktionsnedsættelse inden for syv områder: ben, arme, hænder, syn, hørelse, adfærd og intellekt. Sigtet har været at belyse, hvad nedsat funktionsevne betyder for borgernes deltagelse i samfundslivet.

## HVAD ER HANDICAP?

Begrebet handicap er vanskeligt, fordi det gives mange betydninger. Den såkaldte sociale model ser handicap som den egenskab ved samfundet, at

det ikke er tilgængeligt for alle mennesker. Dette begreb er helt relevant i politisk sammenhæng, når man skal opstille målet om tilgængelighed og deltagelse for alle.

Når der med en undersøgelse skal foretages en vurdering af, i hvilket omfang samfundet faktisk er tilgængeligt, duer dette begreb imidlertid ikke. Så er det mere relevant at se på forskellige grupper af mennesker med bestemte former for funktionsnedsættelse. I denne undersøgelse har vi derfor valgt at se på syv dimensioner for at belyse, hvad de hver for sig betyder. Der var også andre muligheder, men det ville af analysemæssige grunde være vanskeligt at få et større antal med.

## **15 PCT. AF BEFOLKNINGEN HAR EN FUNKTIONSNEDSÆTTELSE**

Hver fjerde person mellem 16 og 64 år oplyser, at de har et handicap eller en længerevarende sygdom. Efter besvarelse af de mange spørgsmål om funktionsnedsættelse viser det sig, at 15 pct. har en eller anden grad af funktionsnedsættelse inden for områderne ben, arme, hænder, syn, hørelse, adfærd og intellekt. Rapporten handler hovedsageligt om, hvad disse konkrete former for funktionsnedsættelse betyder for personen med hensyn til deltagelse i sociale og samfundsmæssige sammenhænge, muligheder for at benytte bolig og bevæge sig omkring samt benyttelse af det sociale sikringssystem.

## **MÆND NEDTONER DERES HANDICAP**

Kun en tiendedel af de mennesker mellem 16 og 64 år, der har handicap, er født med det. De fleste har erhvervet det, og halvdelen har erhvervet det inden for de seneste 10 år. Risikoen for at erhverve handicap er stærkt stigende med alderen, fra en promille om året i barnealderen til 2 pct. om året i 60-årsalderen. Risikoen er noget større for kvinder end for mænd. Der er dog tegn på, at en del kvinder overdriver deres handicap, mens en del mænd nedtoner deres.

## **FUNKTIONSNEDSÆTTELSERS BETYDNING FOR BOLIG OG MOBILITET**

Mange mennesker med handicap klarer sig fint i deres bolig. Alligevel viser undersøgelsen, at enhver form for funktionsnedsættelse i mange tilfælde vil medføre, at man har problemer med boligen, og det er langt fra altid disse problemer kan løses med hjælpemidler eller boligændringer. Undersøgelsen viser endvidere, at mange mennesker med funktionsnedsættelser har problemer med at komme omkring udendørs. Undersøgelsen viser også, at funktionsnedsættelser i mange tilfælde gør det vanskeligt at benytte bus og tog, især når der er mange andre passagerer med.

Godt halvdelen af personerne med store funktionsnedsættelser har bil, hvilket er betydeligt mindre end for den ikke-handicappede del af befolkningen. Men selv blandt den procent af personerne, der har størst funktionsnedsættelse, er de fleste biler købt uden offentligt tilskud. Det vil sikkert overraske mange, at under en femtedel af de biler, som denne gruppe ejer, er handicapbiler købt med tilskud.

## **HVER ANDEN MED HANDICAP ER UTILFREDS MED DEN KOMMUNALE SAGSBEHANDLING**

Rapporten undersøger også brugen af de forskellige tilbud om vejledning og rådgivning, som er til rådighed for mennesker med handicap. De vejledninger, som benyttes mest af mennesker med handicap, er handicaporganisationernes. Blandt de mennesker, der har den største grad af funktionsnedsættelse, er godt hver femte medlem af en sådan organisation.

En del mennesker med handicap søger hjemmehjælp, men sjældent før de bliver 35 år. Fra 45-årsalderen og op er det især enlige, der søger og får hjemmehjælp. De, der oftest får afslag, er samlevende, især samlevende kvinder. Der er også et betydeligt antal afslag i 30-40-årsalderen. Blandt mennesker med handicap er omkring halvdelen utilfredse med den kommunale sagsbehandling.

## FUNKTIONSNEDSÆTTELSE BETYDER BARRIERER FOR SAMFUNDSDELTAGELSE

De fleste former for funktionsnedsættelse kan føre til, at man er mere alene, end man ønsker, og at man tilbringer mere tid med tv og video end mennesker uden funktionsnedsættelser gør. Funktionsnedsættelse viser sig imidlertid også i en del tilfælde at begrænse det helt nære samvær med børn, forældre og med venner.

I undersøgelsen forsøger vi at belyse, om personerne føler, at deres tilværelse er meningsfuld. Det har vi gjort ved at spørge til, om man har mennesker, man kan tale med, om man bruger sine evner i hverdagen, om dagligdagen er tom og indholdsløs, samt om man er lykkelig. Undersøgelsen viser, at de fleste former for funktionsnedsættelse bevirker, at personerne oplever manglende meningsfuldhed målt på de nævnte spørgsmål.

Undersøgelsen viser desuden, at alle former for funktionsnedsættelse betyder mindre beskæftigelse for personerne. Emnet beskæftigelse er dog kun antydningvist berørt, fordi dette forhold er behandlet grundigt i den tidligere udgivelse fra undersøgelsen, *Handicap og beskæftigelse 2006* af Brian Larsen, Helle Kløft Schademán og Jan Høgelund (SFI 08:10).

Vi har endvidere belyst, hvor meget forskellige mennesker deltager i foreningsliv og i frivilligt arbejde. Undersøgelsen viser, at mennesker med funktionsnedsættelser også på disse områder deltager mindre end mennesker uden funktionsnedsættelser.

# RESULTATER OG PERSPEKTIVER

Formålet med denne undersøgelse er at etablere en basal viden om handicap, så vi kan få et indtryk af, i hvilket omfang handicappolitikken når sit mål, om at mennesker med handicap skal have muligheder for at udfolde sig på lige fod med andre mennesker.

## BAGGRUNDEN FOR UNDERSØGELSEN

Undersøgelsen bygger på den såkaldte relationelle model, der siger, at fordi der er barrierer i samfundet, vil funktionsnedsættelser af forskellig karakter være til ulempe for personen og stille denne ringere. Eller som det sædvanligvis udtrykkes:

Funktionsnedsættelse + Barrierer → Reduktion af deltagelse

Samfundet er fuldt af barrierer, som gør, at en del mennesker begrænses i deres udfoldelse. I nogle tilfælde kan vi se barrieren direkte, som når en kørestolsbruger ikke kan komme op ad en trappe og derfor ikke kan besøge et museum, men i andre tilfælde kan funktionsnedsættelsen være skjult, som når det drejer sig om dårlig hørelse eller psykisk handicap.

Modellen belyses ved en undersøgelse foretaget i 2006, hvor vi ringede til 10.000 mennesker mellem 16 og 64 år og stillede et antal

spørgsmål. Undersøgelsens besvarelsesprocent er 82, og oplysninger om datamaterialet i øvrigt er givet i Larsen et al. (2008). Der blev i undersøgelsen spurgt om funktionsnedsættelse, deltagelse på en række områder, om anvendelsen af offentlig støtte og om andre forhold, som belyses i denne rapport. Ud fra sammenhængen mellem funktion og deltagelse slutter vi os så til, hvilke barrierer der findes i samfundet i dag for mennesker med funktionsnedsættelse. Ud fra de 10.000 siger vi med en vis nøjagtighed noget om hele landets befolkning.

Blandt de 10.000 identificerer vi en gruppe på 25 pct. med handicap, som vi spørger nærmere ud om deres funktionsevne, og blandt disse identificerer vi omkring 15 pct. af befolkningen, som har en grad af funktionsnedsættelse. Det gør vi ikke for at påstå, at 15 eller 25 eller nogen anden procentdel "har handicap" – det ville være en meningsløs påstand. Det gør vi derimod for at identificere nogle dimensioner af funktionsnedsættelse, vi kan måle på, således at vi får mulighed for at følge, om det danske samfund udvikler sig til at være mere åbent for mennesker med funktionsnedsættelse, eller om udviklingen går den modsatte vej.

Tankegangen er, at det er funktionsnedsættelsen, der begrænser deltagelse og bestemmer sociale behov. Behandlere er tilbøjelige til at se handicappets 'væsen' i diagnosen, for den har de brug for i deres arbejde. Denne opfattelse breder sig nemt i det sociale og politiske system, men her hører den ikke hjemme. For at deltage i de mange forskelligartede aktiviteter, som mennesker udøver, bruger man ikke sine diagnoser, men derimod sine fysiske, psykiske og intellektuelle funktioner.

Mange betragter 'handicap' som personlige tragedier for mennesker. Såvel handicaporganisationer som samfundsvidenskab har imidlertid en helt anden vinkel på dette emne. I samfundsvidenskaben benytter vi ordet feltteori. Vi drager en parallel mellem samfundet og fysikkens elektromagnetiske felter og forestiller sig et mønster af sociale kræfter, der virker på mennesker. Vi bruger så undersøgelsen til at få et billede af disse kræfter på samme måde, som man drysser jernfilspåner ud over et stykke papir for at få billedet af de magnetiske kræfter, der virker på det sted.

Funktionsnedsættelse er imidlertid ikke ene om at påvirke menneskers samfundsdeltagelse. Andre faktorer såsom ressourcer, uddannelse, køn, alder og samlivsforhold er også med til at forme rammerne for den enkeltes udfoldelse. Da der er sammenhænge mellem disse faktorer,



kan vi ikke direkte se, hvad funktionsnedsættelse betyder for samfundsdeltagelse. Det er nødvendigt at gennemføre en statistisk analyse for at udrede, hvor meget de forskellige faktorer betyder. Til det formål bruger undersøgelsen især logistisk regression.

Dansk handicappolitik bygger på, at der skal skabes forhold i samfundet, så mennesker med handicap kan deltage de samme steder og på samme vilkår som andre mennesker – det såkaldte sektoransvar. Undersøgelsen er en evaluering af denne politik, idet den belyser, hvor åbent samfundet er for handicappedes deltagelse.

Den sociale model for handicap – som siger, at der ikke er noget, der hedder handicap, men kun noget, der hedder utilgængelige omgivelser – har været inspiration til den relationelle model. Den sociale model kan imidlertid ikke give nogen definition på handicap, som kan anvendes i en empirisk undersøgelse. Derfor benytter vi en definition af funktionsnedsættelse, som er inspireret af ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), og som kan betegnes som et biopsykosocialt handicapbegreb.

## FUNKTIONSNEDSÆTTELSE REDUCERER SAMFUNDSDELTAGELSE

Betyder funktionsnedsættelse per automatik reduktion af den enkeltes deltagelse på forskellige felter i samfundet? Det gør det selvfølgelig ikke. Alligevel ser vi i undersøgelsen en klar tendens til, at de fleste former for funktionsnedsættelse har en reducerende effekt på alle former for deltagelse i samfundet.

Ser vi på *socialt liv*, er der spurgt om, hvor ofte man ser sine børn eller forældre, hvor ofte man ser familien i øvrigt, hvor ofte man ser venner, og om man ofte er alene. Det er fire spørgsmål, og der er undersøgt for sammenhæng med syv dimensioner af funktionsnedsættelse. Af de 28 sammenhænge går 26 i en retning, der betyder reduceret socialt liv i forbindelse med funktionsnedsættelse. Deraf er 18 signifikante. Derimod er der kun en mindre sammenhæng med, hvor ofte man ser bekendte.

Socialt liv kan deles op i nærmere og mere perifer kontakt. For *nærmere kontakt* – med familie og venner – udgør adfærdsmæssig funktionsnedsættelse og nedsat hørelse de største barrierer, og intellektuelt

handicap udgør ligeledes en stor barriere. Det bemærkes specielt, at de psykiske handicap især går ud over de helt nære relationer mellem børn og forældre. Mobilitetshandicap, specielt ben og arme, har dog også en væsentlig betydning for den nærmere kontakt. For *mere perifer kontakt* – med bekendte – udgør adfærdsproblemer en vis barriere. Det at føle sig alene er ligeledes mere almindeligt for mennesker, der har en funktionsnedsættelse, end for mennesker, der ikke har. Specielt betyder en synsnedsættelse og et mobilitetshandicap, der vedrører ben, at flere oplever at være alene.

Fire spørgsmål belyser *meningsfuldhed*: Har man mennesker, man kan tale med om sine problemer, har man lejlighed til at bruge sine evner i hverdagen, er man lykkelig, eller er dagligdagen tom og indholdsløs? Af de 28 sammenhænge, som vi undersøger for, går de 27 i retning af, at meningsfuldheden er reduceret for mennesker med funktionsnedsættelse. Deraf er de 26 signifikante.

Adfærdsproblemer går stærkt ud over oplevelsen af meningsfuldhed. Intellektuelt handicappede hindres ikke helt så meget i at bruge deres evner som personer med adfærdsproblemer, og de mangler heller ikke i samme grad mennesker, som de kan tale med, men føler alligevel næsten samme tomhed og er meget lidt lykkelige. Også sanseshandicap og mobilitetshandicap går ud over personens følelse af meningsfuldhed.

Fire spørgsmål belyser *deltagelse på mere samfundsrettede felter*: Om man har studentereksamen, om man har erhvervsuddannelse, om man er i beskæftigelse, og om man deltager i foreningsliv. Af de 28 sammenhænge, som vi undersøger for, går alle i en retning, der betyder reduceret deltagelse for mennesker med handicap. Deraf er de 26 signifikante.

## TYPER AF HANDICAP

Funktionsnedsættelser har det til fælles, at de betyder reduktion i deltagelse i samfundet. Imidlertid er der store forskelle på arten og størrelsen af denne reduktion, alt efter hvilke funktionsnedsættelser det drejer sig om. Her skal blot ridses nogle hovedpunkter op.

Intellektuelt handicap begrænser personen langt mere på de samfundsrettede områder end andre former for funktionsnedsættelse gør, især når det gælder eksaminer og beskæftigelse. Adfærdsproblemer er også en stor barriere for beskæftigelse, og mobilitetshandicap og

synsnedsettelse er det ligeledes i betydelig grad. Barriererne for uddannelse og foreningsliv er gennemgående ikke så høje, som de er for beskæftigelse.

Undersøgelsen viser således, at der er en massiv evidens i retning af, at funktionsnedsettelse reducerer deltagelsen på alle de undersøgte områder. Når dette skal tolkes i forhold til den relationelle model, betyder det, at der findes barrierer i samfundet, som begrænser deltagelsen for mennesker med handicap. Når vi bruger ordet barrierer, er det ikke blot en sprogbrug. Tanken er, at undersøgelsen skal kunne gentages efter fx 5 år, hvor vi så kan evaluere, om disse barrierer er blevet mindre.

Undersøgelsen siger også noget om, hvor meget de forskellige former for funktionsnedsettelse reducerer deltagelsen. Selv om alle typer funktionsnedsettelse reducerer deltagelsen på alle felter, er der forskel på, i hvilken grad dette sker. De forskellige former for funktionsnedsettelse, der er belyst, angår brugen af ben, arme, hænder, syn, hørelse, adfærd og intellekt. Blandt disse syv funktioner er det helt klart de to sidstnævnte, de psykiske, der belaster deltagelsen mest.

Det er næppe overraskende, at funktionsnedsettelser, der vedrører adfærd, eller sindslidelser, som de ofte kaldes, reducerer al social kontakt stærkt, selv med bekendte. De reducerer også personens følelse af meningsfuldhed ret meget. Endvidere reducerer adfærdsproblemer nogle af de samfundsrettede former for deltagelse, dog betyder de ikke særlig meget for uddannelse.

Et intellektuelt handicap er lige så stor en belastning som et adfærdsmæssigt. Det virker meget forskelligt, alt efter om det er erhvervet som barn eller som voksen. Hvis det er medfødt eller erhvervet som barn, betyder det naturligt nok, at man ikke opnår den samme grad af uddannelse som andre. Men det vil sikkert overraske mange, at det også reducerer kontakten med forældrene. Hvis det er erhvervet som voksen, reducerer det især oplevelsen af at have en meningsfuld hverdag.

Den største konsekvens af nedsat hørelse er, at det er stærkt socialt isolerende for den berørte person, selv i forhold til børn, forældre og venner, og det skaber en følelse af, at dagligdagen er tom. Derimod ser hørenedsettelse ikke ud til at betyde så meget, som andre former for funktionsnedsettelse, i forhold til deltagelse i uddannelse og beskæftigelse.

Nedsat syn berører især personen, når handicappet er erhvervet i voksenalderen. I disse tilfælde virker det meget socialt isolerende, selv i

forhold til personens børn og forældre, og giver for mænd en følelse af, at dagligdagen er tom og indholdsløs. Erhvervet synsned-sættelse reducerer endvidere beskæftigelsen, men det gør medfødt synsned-sættelse også i lige så høj grad.

Nedsat mobilitet har virkninger i samme størrelsesorden som de to sansehandicap. Det reducerer beskæftigelsen og betyder også noget for følelsen af meningsfuldhed. Endvidere betyder nedsat mobilitet noget for social kontakt. Det har således konsekvenser for alle områder af deltagelse. Funktionsned-sættelse på ben giver de mest alvorlige begrænsninger for personen.

## GRADER AF HANDICAP

Der er som nævnt stor forskel på konsekvenser, alt efter hvilken *type* funktionsned-sættelse man har. Nogle steder møder hørehæmmede store barrierer, andre steder kan mobilitetshandicappede gøre det.

Der er også stor forskel, alt efter hvilken *grad* af funktionsned-sættelse man har. Det er klart, at en høj grad af funktionsned-sættelse har flere konsekvenser end en lav. I mange tilfælde ser vi, at mennesker overvinder problemerne ved et mindre handicap og lever et liv, hvor de udfolder sig i alle retninger uden forhindringer. Man kan nemt få den opfattelse, at en mindre funktionsned-sættelse ikke behøver at betyde noget. Spiller det den store rolle, om man kan gå 350 meter uden at standse op, læse avisen uden at bruge lup eller følge en samtale, når der er baggrundsstøj? Alt sammen noget, der giver et point i den benyttede skala.

Det viser sig imidlertid, at et point på skalaen for funktionsned-sættelse betyder lige meget, enten det bringer personen fra 0 til 1 point, fra 10 til 11 points, eller fra 20 til 21 points. Enten man er i den lave, den midterste eller den høje del af skalaen, har et point mere en virkning af samme art og af samme størrelse for personen. I de få tilfælde, hvor der er en forskel, finder vi endda, at et ekstra point betyder *mere* i den lave ende af skalaen, end det gør i den høje.

Resultatet er ret entydigt: et point på skalaen for funktionsned-sættelse har mindst den samme virkning for personen, når der er tale om en person med en ganske lille grad af funktionsned-sættelse, som når der er tale om en person med høj grad af funktionsned-sættelse.

Det betyder, at de små grader af handicap også skal tages alvorligt. De har naturligvis ikke så store konsekvenser for den enkelte, men de berører langt flere mennesker end de mere alvorlige grader af handicap, og de har følger af samme type. På grund af de mange mennesker, det angår, kan let grad af handicap derfor godt blive et stort problem for samfundet.

## KØN OG HANDICAP

Det hævdes ofte, at handicap betyder noget helt andet for en kvinde, end det gør for en mand. Det siger på en måde sig selv, for hvad, et menneske foretager sig, hænger i det hele taget stærkt sammen med, om mennesket er han eller hun. Så godt som alle de former for deltagelse, der undersøges i denne rapport, viser forskel med køn. Der er som regel tale om komplicerede sammenhænge, hvor køn, alder og samlivsforhold tilsammen definerer en situation, som langt hen ad vejen 'bestemmer', hvad mennesket foretager sig.

Derfor er det gennem hele denne rapport trukket frem, hvad køn, alder og samlivsforhold betyder for de forskellige former for deltagelse, for benyttelse af sociale ordninger og for det, der ellers undersøges i rapporten. Menneskets fundamentale situation i tilværelsen er på den måde taget som udgangspunkt. Når dette udgangspunkt er givet, kan vi med større præcision vurdere, hvor meget de forskellige dimensioner af funktionsnedsættelse betyder for aktiviteter med mere.

Når den fundamentale situation er givet, kan vi derefter spørge, om hver af de syv dimensioner af funktionsnedsættelse betyder en lige stor barriere i alle situationer. Det er en mere subtil måde at stille spørgsmålet, om handicap betyder noget forskelligt for mænd og kvinder. Når vi stiller spørgsmålet på denne måde, bliver svaret et andet end før. Det viser sig nemlig, at når den fundamentale situation i tilværelsen er udgangspunktet, er en funktionsnedsættelse af en given art og størrelse en nogenlunde lige stor barriere for alle.

Noget tilsvarende gælder for andre baggrundsfaktorer, der definerer situationen i tilværelsen og de grundlæggende vilkår for den enkelte. Alder gør en stor forskel, samliv betyder også meget, og i mange tilfælde finder vi også, at uddannelse gør en forskel for, hvor meget personen deltager på et givent område. Men i langt de fleste tilfælde finder vi,

at de barrierer, som en funktionsnedsættelse af en given art og størrelse betyder, er de samme, uanset hvilken situation man i øvrigt står i i tilværelsen.

Det vil sige, at selv om tilværelsen er meget forskellig for kvinder og mænd, og selv om den arter sig meget forskelligt, når man er 25, og når man er 50, eller når man har/ikke har en uddannelse, så er den ekstra påvirkning, som et handicap af en given art og størrelse betyder, den samme.

## HVAD ER MEKANISMERNE?

Det er naturligt at fortolke begrænsningerne i deltagelse sådan, at mennesker med handicap har begrænsede muligheder for at deltage, idet der vel næppe er nogen, der forestiller sig, at lige netop disse mennesker ikke *ønsker* at deltage så meget og ikke *ønsker*, at tingene skal have mening, og at de skal være lykkelige.

Mange vil måske sige, at det er klart, at funktionsnedsættelse begrænser personen, og det er der intet overraskende i. I den relationelle model ligger imidlertid, at graden af begrænsning ikke er givet, men at den har noget med samfundets indretning at gøre. vi kan med andre ord inddrage mennesker med funktionsnedsættelse mere i samfundslivet, end vi gør. Derfor er det vigtigt at se på, hvad det er for mekanismer, der skaber barriererne, og hvor store de er.

Selv med al den komensation, man kan forestille sig, vil det som regel tage længere tid og kræve flere kræfter at udføre forskellige ting for mennesker med funktionsnedsættelse. Men det er ikke den eneste virkning. Funktionsnedsættelse kan også få personen til at miste modet eller til at nedsætte sine forventninger. Endvidere kan funktionsnedsættelse få en betydning for, hvordan andre mennesker betragter personen, og det kan indvirke negativt på personens muligheder.

Man kan forestille sig mange konkrete mekanismer bag de barrierer, vi kan konstatere for handicappede menneskers deltagelse i samfundet. Omgivelserne kan være uhensigtsmæssigt indrettet og derved give problemer, fordi man ikke kan bruge genstande og indretninger, ikke kan komme frem eller ikke kan modtage eller forstå den information, som er nødvendig, og derfor ikke gøre brug af de samme muligheder som andre.

Det kan dreje sig om alle mulige former for omgivelser lige fra bolig, lokalområde, trafiksystem og arbejdsplads til opbygningen af informationssystemer på nettet eller i mere traditionelle former som bøger og pjecer, indholdet af aktiviteter og uddannelser og meget mere. Det kan også handle om lovgivningen, normerne, hverdagslivet og kulturen, som på en eller anden måde har fået former, der giver mennesker med handicap problemer. Undersøgelsen kan i et vist omfang belyse nogle af disse mekanismer.

Med alle former for funktionsnedsættelse følger problemer med boligen og problemer med at komme omkring udendørs. Der er ligeledes problemer med at benytte bus og tog for alle grupper. Især mennesker med mobilitetshandicap finder det umuligt, når der er mange med, mens også adfærdsmæssigt og intellektuelt handicappede meget nødig eller kun til nød benytter disse offentlige transportmidler, når der er mange med.

Mennesker med en høj grad af handicap har ikke så ofte en bil som andre mennesker. Den enkelte form for funktionsnedsættelse betyder dog ikke så meget for ejerskab af bil, at det kan påvises i undersøgelsen. Undtagelsen, der bekræfter denne regel, er, at mænd med adfærdsproblemer i betydelig mindre grad end andre mennesker er i besiddelse af et sådant køretøj.

I et forbrugssamfund som nutidens er det naturligt som indikator for selvhjulpenhed at benytte spørgsmålet om, hvordan man får klarret sine indkøb. Forudsætningen for at kunne engagere sig i shopping er jo ikke blot, at man har penge til at betale med, men også at man er i stand til at bevæge sig hen til butikkerne, overskue udvalget og foretage valg.

Det viser sig, at alle former for funktionsnedsættelse, bortset fra nedsat hørelse, udgør barrierer for, at man kan foretage indkøb selv. Disse barrierer er gennemgående større for kvinder end for mænd, formentlig fordi kvinder stiller større krav til denne proces. Mobilitetshandicap giver de største barrierer, synshandicap betyder også en del, mens intellektuelt handicap giver en betydelig barriere, dog kun for kvinder.

En anden baggrund for, at mennesker med handicap deltager mindre i shopping end andre, kan ligge i, at de har færre ressourcer. Vi har allerede set på studentereksamen og erhvervsuddannelse under emnet samfundsdeltagelse. Disse uddannelser repræsenterer imidlertid også ressourcer, som giver adgang til mere viden, kontakter og aktiviteter,

man kan deltage i. Ressourcer, som er begrænsede for alle de former for funktionsnedsættelse, som vi har set på.

Der er en klar tendens til, at mennesker med funktionsnedsættelse har lavere indtægt end andre. Det hænger ikke blot sammen med, at mennesker med handicap er beskæftiget i mindre omfang, men også at de beskæftigede i gruppen har mindre indtægt. Hertil skal lægges, at funktionsnedsættelse også i et vist omfang betyder egne udgifter for personen. De færre ressourcer viser sig endvidere i boligstandarden, som er lavere for personer med funktionsnedsættelse, især gælder det for psykiske handicap og mobilitetshandicap.

## INDSATSEN I FORHOLD TIL HANDICAP

Formålet med handicappolitik er at sikre mennesker med handicap mulighed for at deltage i samfundet på lige fod med andre. I et samfund, der bygger på konkurrence, giver det ingen mening at tale om lighed, men vi kan tale om lige muligheder. Derfor har vi også søgt at belyse effekten af alt det, der gøres, for at det skal blive muligt for mennesker med handicap at deltage mere i samfundet.

På mange punkter gøres der en indsats for at modvirke barriererne. Således kan der være hjælp at hente i form af boligændringer, hvis man har problemer med at benytte sin bolig på grund af funktionsnedsættelse. Undersøgelsen siger ikke noget om, hvordan boligændringer er blevet begrundet af de bevilgende myndigheder, men derimod om, hvilke grupper der især har fået dem.

Som man måtte formode, er det ofte mennesker med mobilitetshandicap, der får boligændringer. Det gælder især for boligændringer på badeværelset. Imidlertid betyder synsnedsættelse og intellektuelt handicap også, at sandsynligheden for at man har køkkenændringer og andre former for boligændringer er stor. Der gælder i øvrigt det mønster, at op til 40-45 år har samlevende af begge køn betydelig større chance for boligændringer end enlige. Dette forhold vendes om efter denne alder, samtidig med at kvinder meget oftere end mænd får foretaget boligændringer. Da boligændringer i det hele taget hænger positivt sammen med alder, betyder det, at de i langt større omfang gives til kvinder end til mænd.



Et andet tilbud til mennesker med handicap er tilskud til handicapbil. Dette tilbud bliver ikke benyttet så meget, som mange sikkert forestiller sig, og det er i øvrigt én af de meget få udgiftsposter på handicapområdet, som ikke er steget gennem de seneste årtier. Hvis vi ser på den procent af befolkningen, som har den største grad af funktionsnedsættelse samlet set, er det kun 18 pct. af denne gruppes biler, der er handicapbiler med tilskud. De 82 pct. af bilerne er nogle, som folk har købt på ganske normale vilkår. Det overrasker næppe mange at høre, at det især er mennesker med funktionsnedsættelse i benene, der har fået tilskud til handicapbil.

Et andet eksempel på offentlig indsats er hjemmehjælp. Alle dimensioner af funktionsnedsættelse har betydning for, både om man søger, og om man får hjemmehjælp. Mobilitetshandicap, især på ben, betyder noget mere end andre dimensioner. Når man er i 30'erne er der størst risiko for afslag på ansøgning om hjemmehjælp. Fra 40'erne og op får enlige langt oftere hjemmehjælp end samlevende, mens samlevende kvinder får det oftere end samlevende mænd. Samlevende får også flest afslag på ansøgning om hjemmehjælp, formentlig fordi kommunerne mener, at samleveren kan klare en del af dette arbejde.

Resultaterne om, hvordan den ydede støtte afhænger ikke blot af personens funktionsnedsættelse, men også af køn, alder og samlivsforhold, kan give anledning til at stille spørgsmål om kvaliteten af visitationen. Tages beslutningen om støtte på baggrund af behovet alene, eller spiller sagsbehandlerens egne normer om hvem, der fortjener og ikke fortjener at blive hjulpet, også en rolle for, hvordan sagerne afgøres? Det er et spørgsmål, som godt kunne fortjene nærmere belysning, men som ikke har indgået i denne undersøgelse.

Offentlig støtte skal søges i kommunen, og i den forbindelse er det vigtigt, hvordan man oplever, at sagen bliver behandlet der. Der er derfor spurgt om tilfredshed med sagsbehandlingen samt med seks konkrete aspekter af denne. Tendensen er gennemgående, at jo mere funktionsnedsættelse, des mindre tilfredshed med sagsbehandlingen. Især mener mennesker med handicap oftere end andre, at kommunen mangler ekspertise, at sagsbehandlingstiden er for lang, og at kommunen ikke er villig til at betale. De mener også, at man ikke bliver informeret om sine rettigheder. Mennesker med intellektuelt handicap er gennemgående mere utilfredse end andre. Endvidere er enlige mindre tilfredse end samlevende.

Endelig har vi set på, hvor meget man benytter sig af de forskellige former for vejledning, som det er muligt at få. Der er ikke så mange, der benytter de forskellige rådgivninger, der findes. Af den procent af befolkningen, der har størst grad af funktionsnedsættelse, har 14 pct. benyttet amtets vejledning, 10 pct. videnscentre, 17 pct. private sociale rådgivninger, 20 pct. handicaporganisationernes konsulenter, mens 28 pct. er medlemmer af handicaporganisationer. De private rådgivninger og handicaporganisationer bruges mere specifikt af mennesker med større grad af funktionsnedsættelse, de offentlige rådgivninger bruges næsten lige så meget af mennesker med mindre funktionsnedsættelse.

## HVOR MANGE MENNESKER HAR FUNKTIONSNEDSÆTTELSE?

I undersøgelsen har vi stillet respondenterne spørgsmålet, om de havde et længerevarende helbredsproblem eller et handicap. 22 pct. af befolkningen mellem 16 og 64 år har svaret ja til det. Hvis vi dertil lægger dem, der svarer ja på spørgsmålet, om de har problemer med helbredet på grund af nedslidning fra nuværende eller tidligere arbejde, kommer vi op på, at 25 pct. selv mener, at de har handicap. Det er til disse 25 pct., vi har stillet mere detaljerede spørgsmål.

De 25 pct. er blevet spurgt om funktionsnedsættelse på en række punkter. Denne rapport behandler syv dimensioner af funktionsnedsættelse, som angår brug af ben, arme, hænder, syn, hørelse, samt adfærd og intellekt. Af de 25 pct. har 15 en eller flere af disse funktionsnedsættelser, mens 10 ikke har. I den sidstnævnte gruppe er der dog en del, som har svaret ja på et eller flere spørgsmål, der belyser nervøsitet. Specielt kvinderne i denne gruppe er gennemgående lige så begrænsede som flere af de ovennævnte grupper med funktionsnedsættelse.

Af de godt 3,5 mio. mennesker i landet i gruppen 16-64 år anslår undersøgelsen, at 90.000 har funktionsnedsættelse på ben som største handicap, 63.000 på arme, 107.000 på hænder, 30.000 på syn, 50.000 på hørelse, 46.000 på adfærd og 187.000 på intellekt. I en del tilfælde er der imidlertid tale om mindre grader af funktionsnedsættelse, det gælder især intellekt. Hvis vi holder os til den gruppe, der kan karakteriseres som mere alvorligt handicappede, drejer det sig om 66.000 med funktionsnedsættelse i ben, 43.000 arme, 97.000 hænder, 20.000 syn, 26.000 hørelse, 26.000 adfærd og 31.000 intellekt som største handicap. 58.000 perso-

ner uden funktionsnedsættelse er desuden så nervøse, at det har virkninger af lignende styrke.

Selvdefineret handicap hænger sammen med alder. Antallet varierer fra under 10 pct. i den yngste gruppe til omkring 35 pct. i den ældste, som undersøgelsen dækker. I hver aldersgruppe er der ca. 1/3 flere kvinder end mænd med selvdefineret handicap. Det svarer til, at risikoen for at erhverve handicap varierer fra omkring 1 pct. over de første 10 år, man lever, til at være godt 14 pct. over de sidste 10 år, før man bliver 60. Kvinders overrisiko er størst, når de er mellem 40 og 50 år.

Spørgsmålet er imidlertid, om der reelt er denne forskel i forhold til køn. Forskellige forhold i resultaterne tyder på, at en hel del mænd har undladt at rapportere om deres helbredsproblemer eller handicap, eller også opfatter de dem ikke selv som problemer. Der er meget, der peger på, at antallet af mænd i virkeligheden burde have været lidt højere end det, vi finder, og at antallet af kvinder burde have været lidt lavere.

Det er tilsammen en stor skævhed, og hvis den kan påvises, ændrer det billedet af den offentlige indsats i forhold til køn. Vi ser allerede på grundlag af oplysningerne i denne undersøgelse, at kvinder i flere tilfælde end mænd får boligændringer og hjemmehjælp, sidstnævnte forskel er dog ikke i signifikant grad. Men hvis mænd i virkeligheden har større funktionsnedsættelse, end de har givet udtryk for, skal de sammenlignes med helt andre kvinder, end det sker nu, og resultatet vil, hvis antagelsen holder stik, blive, at kvinder med samme funktionsnedsættelse får meget mere støtte end mænd.

Man kan så diskutere, om det er rimeligt. Kvinder søger i endnu større omfang end mænd om støtte, og kvinder får derfor også flere afslag, end mænd gør. Vi kan derfor godt tolke resultaterne sådan, at kvinder med samme grad af funktionsnedsættelse har større *behov* for støtte eller i højere grad vil acceptere støtte, end tilfældet er for mænd.

## UDVIKLINGEN FRA 1995-2006

Undersøgelsen kan sammenlignes med en SFI-undersøgelse fra 1995, hvor vi anvendte et lignende design, og hvor der blev stillet mange af de samme spørgsmål. I 1995 fik vi imidlertid en underrapportering af alvorlige handicap, og derfor har vi vendt om på rækkefølgen, således at flere mennesker blev præsenteret for de spørgsmål, der er knyttet til de høje

point. Også på andre måder er 2006-undersøgelsens dataindsamling af højere kvalitet. Der er mindre bortfald blandt respondenterne og færre ubesvarede spørgsmål i 2006, og resultaterne svarer bedre til det, vi i forvejen ved om grupperne. Sammenligningen af 1995- og 2006-undersøgelsen må derfor ske med stor forsigtighed.

Især må man være forsigtig med at sige noget om *antallet* af mennesker med handicap. Det samlede antal er kun lidt større i 2006 i forhold til 1995, hvis vi tager højde for, at vi her havde spurgt dem mellem 20 og 60 år. Antallet af personer med den enkelte funktionsnedsættelse minder også meget om hinanden. Men folk vurderer gennemgående deres handicap som alvorligere i 2006, end de gjorde i 1995. En sammenligning med det antal, som vi venter, der er, viser, at 2006-tallene er mere troværdige. vi kan derfor ikke bruge undersøgelsen som belæg for, at folk skulle have fået alvorligere handicap siden 1995.

Sammenligner vi risiko for handicap beregnet på grundlag af de to undersøgelser, ser vi en forskellig udvikling for mænd og kvinder. For mænd fra 30 år og opefter finder vi ud fra 2006-undersøgelsen en risiko for handicap, som ligger ca. 30 pct. højere end den, der findes på grundlag af 1995-undersøgelsen. I begge tilfælde er risici udregnet på grundlag af begivenheder, der kan have fundet sted op til 30 år tidligere, idet risiko er beregnet som antallet, der er blevet handicappet i en bestemt alder, divideret med det antal, der ved tidspunktet for interviewet havde nået den alder uden at få handicap.

For kvinder finder vi derimod kun en stigning i risikoen på ca. 20 pct. fra 1995-undersøgelsen til den i 2006, og denne stigning ses kun i aldersintervallet 30-40 år. Derefter bliver den mindre, og den forsvinder helt for kvinder i slutningen af 40'erne. Når vi vurderer risiko for handicap for grupperne fra 50 år og op, kan begivenhederne, som et evt. handicap er forårsaget af, kun være op til 15 år gamle. Der er derfor den mulighed, at den stagnerende risiko for handicap for kvinder i disse aldersgrupper har at gøre med en udvikling, der har fundet sted siden 1990'erne. I den forbindelse bemærkes, at risikoen for handicap som følge af nedslidning og i forbindelse med arbejdet for kvinder i 40'erne og 50'erne vurderes betydeligt lavere i 2006 end i 1995.

Det er vanskeligt at sige noget præcist om en udvikling i udbredelsen af de enkelte former for funktionsnedsættelse. Det, vi kan sige med størst sikkerhed, er, at der i 2006 er færre med hørenedsættelse, end der var i 1995. Antallet, der angiver at have fået deres høreskade på ar-

bejdet, er gået stærkt ned i løbet af de 11 år. Samtidig er antallet af ny-handicappede med hørenedsættelse som alvorligste problem imidlertid vokset. Det ser således ud til, at vi i dag har et billede præget af færre gamle arbejdsskader, mens der på den anden side er kommet nye trusler for hørelsen med de nye musikmedier.

Et andet sikkert forhold er, at der er blevet flere med funktionsnedsættelse, der angår hænder. Denne gruppe har endvidere skiftet sammensætning over de 11 år. I 1995 omfattede den helt overvejende kvinder, i 2006 er den mere lige sammensat på køn. En forklaring på dette forhold kan være udbredelsen af pc i både arbejdsliv og fritid, som kun lige var begyndt i 1995. Den har betydet, at det ikke længere overvejende er 'skrivendamers', der benytter skrivemaskiner, men at der i mange flere funktioner end tidligere indgår en stor mængde skrivning på tastatur med brug af mus.

På mange punkter finder vi i dag det samme billede som for 11 år siden. Nu som i 1995 er kun en tiendedel af alle handicap medfødte, da omkring ni tiendedele er erhvervede. Den omtalte skævhed i forhold til køn, at et stort antal mænd synes at tie om deres handicap, og en gruppe kvinder overdriver deres, er der samme tegn på i 1995 som i 2006. Risikoen for at erhverve handicap ser dog ud til at være blevet lidt større, især for mænd, hvor det er med op mod 30 pct. i forhold til 1995. En mulig tolkning er, at flere mænd nu indrømmer deres handicap. Samtidig er der sket en ændring i årsagerne til, at man får handicap. Nu er det sjældnere som følge af nedslidning på arbejdet, især er denne risiko blevet mindre for kvinder.

Der er klare tegn i tallene på, at den sociale indsats er vokset og løser flere problemer end tidligere. I 1995 havde flere mennesker med handicap uløste problemer med deres bolig, og flere yngre med handicap havde problemer med at komme omkring udendørs, end det er tilfældet i 2006. Benyttelsen af de forskellige former for vejledning er også taget lidt til, ligesom flere nu er medlemmer af handicaporganisationer. Det er dog ikke alene den sociale indsats, der når længere i dag. Der er også tegn på, at samfundet generelt er mere tilgængeligt end tidligere. Færre mennesker med handicap har svært ved at benytte bus og tog i dag, end det var tilfældet tidligere.

Disse resultater stemmer med, at der siden 1995 er sket en betydelig udvikling i indsatsen i forhold til handicap. Der sættes ikke alene langt større midler ind på den sociale indsats, men der er også gjort en

hel del for at øge tilgængeligheden af trafikmidler for mennesker med handicap, og i det hele taget for at gøre det muligt for handicappede at benytte sig af de samme tilbud i samfundet som andre mennesker kan.

Siden 1995 har flere mennesker fået foretaget boligændringer for at tilgodese deres handicap, og de fordeles på en anden måde. I 1995 fik kvinder flere boligændringer end mænd, i 2006 er fordelingen mere lige. Der er ligeledes sket en ændring i tildelingen af hjemmehjælp til mennesker under pensionsalderen. I 1995 fik enlige kvinder hjemmehjælp langt oftere end enlige mænd og samlevende. I 2006 får enlige af begge køn oftere hjemmehjælp end samlevende. For begge år gælder dog, at samlevende mænd er den gruppe, der både søger og får hjemmehjælp sjældnest. I 1995 var mænd den gruppe, der oftest fik afslag på hjemmehjælp. Nu gælder det samlevende kvinder, og fra 50-55-årsalderen også samlevende mænd.

Med hensyn til barrierer for deltagelse på forskellige felter finder vi både i 1995 og i 2006, at for den nære kontakt er det mest de psykiske dimensioner, der har betydning, mens alle dimensioner af funktionsnedsættelse har betydning for følelsen af meningsfuldhed.

## KAN VI STOLE PÅ UNDERSØGELSENS RESULTATER?

Det er klart, at mennesker, der er vant til at tale om helbredsproblemer og handicap, fx fordi de har taget en beslutning om at holde op med at arbejde, har nemmere ved at svare, at de har sådanne problemer, end mennesker, der af en eller anden grund har taget beslutninger for deres liv, som ikke bringer handicap og helbred ind i centrum for opmærksomheden. En sådan sammenhæng er dokumenteret i forskellige andre forbindelser og må også forventes her.

Vi har således set, at der er forhold, der tyder på, at et betydeligt antal mænd har undladt at oplyse, at de har et længerevarende helbredsproblem eller et handicap. Det ser vi dels af, at der blandt de selvdefinerede 'handicappede' er flere kvinder med medfødt handicap end mænd, mens andre undersøgelser viser, at der faktisk fødes en del flere drenge end piger med handicap. Endvidere er der mænd, som definerer sig 'uden handicap' i dag, som har været på handicapinstitution som børn, mens der ikke er kvinder, som giver den slags oplysninger.

Undersøgelsen har i lighed med 1995-undersøgelsen afgrænset mennesker med funktionsnedsættelse ved først at spørge om handicap og dernæst stille mere udførlige spørgsmål om funktionsevner til dem, der svarede, at de havde et handicap. Undersøgelsen bygger således både på et subjektivt og et funktionelt handicapbegreb. Undersøgelsen indeholder også elementer af et relationelt og et administrativt handicapbegreb, men disse begreber benyttes ikke til at afgrænse gruppen af mennesker med handicap. Det er muligt, at vi i fremtidige undersøgelser skal have en bredere indgang til afgrænsningen af mennesker med handicap.

Undersøgelsen belyser, hvad der følger med funktionsnedsættelse, men det er ikke ensbetydende med, at alle de ting, der peges på, *skyldes* funktionsnedsættelse. Selv om vi på et eller andet tidspunkt blev i stand til helt objektivt og nøgternt at afgøre, hvor stor funktionsnedsættelse en person har, uden at denne persons egen mening om tingene på nogen måde kunne gribe ind og påvirke resultatet, kunne vi alligevel ikke slutte, at de effekter, vi fandt i en analyse, repræsenterede virkninger af funktionsnedsættelsen. Det er nemlig ikke tilfældigt, hvem der erhverver et handicap.

På den ene side er det muligt, at særligt aktive og dynamiske personer har risiko for at få en funktionsnedsættelse. Det er dem, der kører for hurtigt og voveligt som unge, som springer på hovedet ud i vandet, står på ski og kaster sig ud i mange andre spændende aktiviteter, der naturligvis kan gå galt, hvis uheldet er ude. På den anden side kan man også forvente, at mennesker med et svagt helbred lettere bliver slidt end andre. Der er med andre ord ingen grund til at antage, at de mennesker, der erhverver handicap, som udgangspunkt har været et tilfældigt udsnit af befolkningen.

Studiet af virkningerne af funktionsnedsættelse i samfundet rejser derfor en lang række metodiske problemer, som det ikke er muligt at løse i forbindelse med en første beskrivelse af resultaterne samlet, som der her er tale om. Mange af disse spørgsmål vil kun kunne løses, hvis vi bliver i stand til at gennemføre panelstudier på området. Men andre spørgsmål kan vi tage fat på blot ved at koble det aktuelle materiale til registeroplysninger, hvor det tidsmæssige element indgår. Det er sigtet, at vi efterhånden, som lejlighed byder sig, skal tage fat på opgaver af den sidstnævnte type.

## PERSPEKTIVER

Der er næppe nogen, der forestiller sig, at de deltagelsesbegrænsende virkninger af funktionsevnenedsættelse kan fjernes helt, uanset hvilken indsats man gør fra det offentlige side. Der er derfor ikke megen mening i at nøjes med at konstatere, at mennesker med handicap deltager mindre end andre og i det hele taget er ringere stillet i samfundet.

En undersøgelse som denne giver derimod mening, hvis den gentages regelmæssigt, fx med fem års mellemrum, således at det bliver muligt at følge, om udviklingen i samfundet kommer til at betyde vanskeligere vilkår for mennesker med handicap, eller om det gennem forskellige indsatser lykkes at gøre forholdene bedre.

Og der *kan* gøres noget ved problemet. Siden begyndelsen af 1990'erne har der været sat ind på mange fronter. Vi havde allerede dengang en handicappolitisk indsats på niveau med de øvrige skandinaviske lande, som lå langt over niveauet i de øvrige europæiske lande målt i udgifter per indbygger, og vi har siden haft en vækst i indsatsen i handicaprelaterede udgifter, der også procentvis overgår de fleste lande uden for Skandinavien.

Med udgangspunkt i Det Centrale Handicapråd (DCH) er der gjort et stort arbejde med at gennemføre en politik, der først og fremmest har bygget på princippet om sektoransvar, som indebærer, at det almindelige samfund også åbnes for mennesker med handicap, således at det ikke bliver nødvendigt at oprette særlige tilbud til dem. Alle skal kunne deltage på lige vilkår.

Der er gjort et stort arbejde med at gøre offentlige bygninger og trafikmidler tilgængelige for mennesker med handicap, med at gøre den offentlige information og information i øvrigt tilgængelig, med at åbne uddannelser for mennesker med handicap, så de både kan komme ind på undervisningsstederne og benytte de relevante undervisningsmidler, samt med at gøre det muligt for mennesker med handicap at komme i arbejde.

Med alle disse indsatser bliver det stadig mere nødvendigt også at have instrumenter til evaluering, så det kan afgøres, om disse indsatser har båret frugt.

Undersøgelsen viser imidlertid også andre ting. Det fremgår klart, at de indirekte effekter af funktionsnedsættelse i mange tilfælde kan måle sig med de direkte. De indirekte effekter kan være virkningen af, at handicappede i færre tilfælde har studentereksamen, har erhvervsuddan-



nelse, er i beskæftigelse eller er samlevende. Alle disse forhold vil i sig selv give en reduktion af deres deltagelse på andre områder, som kommer oveni den reduktion, som, vi har vist, følger med selve funktionsnedsættelsen.

Deltagelsesreduktion kan modvirkes på mange måder. Den offentlige indsats betyder noget, men erhvervslivets indsats har også været væsentlig med hensyn til at få flere mennesker med handicap i arbejde. Skal man deltage mere i foreningsliv, se mere til venner, have mennesker, som man kan tale med, og finde mening i tingene, er det dog næppe nok, at stat, kommune og firmaer gør noget for det. Her er der brug for en indsats fra menneske til menneske.

Den direkte menneskelige indsats i forhold til mennesker med handicap synes kun i ganske ringe grad at være taget op. Hvem skal gøre det? Der er flere muligheder. Kommunen kan givetvis gøre meget for at gøre det lettere for gruppen at finde hinanden og foretage sig noget sammen. Private sociale organisationer kan ligeledes få en rolle på dette felt.

Organisationer af mennesker med handicap har alle tænkelige forudsætninger for at tage den menneskelige indsats i forhold til gruppen op, hvad de også har en lang tradition for, når det drejer sig om deres egne medlemmer. I en tid, hvor den politiske sociologi har opfundet et begreb som 'hverdagsmageren' (Bang & Sørensen 1999), kan man ikke tillade sig at lade disse nye dimensioner af politikken ligge.

## HVORDAN RAPPORTEN BRUGES

Ved hjælp af figur 4.1, tabel 4.1 og figur 4.2 kan man regne ud, hvor stor en bolig en konkret person sandsynligvis har. På figur 4.1 går man ind efter køn, alder og samlivsforhold og finder et tal. For eksempel har en samlevende kvinde på 55 år 150 m<sup>2</sup>. Hvis hun har et adfærdsproblem, som vurderes til 10 point, viser tabel 4.1 eller figur 4.2, at det 'koster' 13 m<sup>2</sup>. Vi skal altså vente, at hun har en bolig på 137 m<sup>2</sup>, hvis vi i øvrigt ikke ved noget om hende.

De følgende figurer fungerer på nogenlunde samme måde, her finder man blot logit i stedet for m<sup>2</sup>. Logit knytter sig til en model, som bringes i kapitel 2, men som man ikke behøver at forstå for at bruge dem, se fx figur 5.15, 'modtager hjemmehjælp'. For en enlig mand eller

kvinde på 52 år er logit -5. Hvis vedkommende næsten ikke kan gå, svarende til 20 point, giver det et bidrag på  $0,2 * 20 = 4$ , det vil sige logit bliver -1. Logit-tabellen i bilaget viser, at det betyder en sandsynlighed på 27 pct. for, at vedkommende får hjemmehjælp.

Bilaget forklarer i øvrigt lidt mere udførligt, hvordan man udregner sandsynligheder. For at hjælpe læseren har vi i øvrigt fremstillet et program, som kan findes på SFI's hjemmeside, hvor disse beregninger er indbygget. På [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk) skal man finde omtalen af denne publikation, og omtalen slutter med ordene:

Har du en funktionsnedsættelse – så se [her](#) hvad undersøgelsen viser den betyder.

Hvis du klikker på 'her', besvarer nogle spørgsmål om sine baggrundsforhold og sin funktionsnedsættelse, vil programmet regne ud, hvad undersøgelsen siger om de barrierer, du møder i forhold til deltagelse i samfundet og om de forhold, der i øvrigt belyses i rapporten. I de fleste tilfælde udtrykkes resultatet som en sandsynlighed, der gælder for din situation (som den er bestemt af de oplysninger, du har givet), sammenlignet med en sandsynlighed, der gælder for en person i samme situation, dog uden handicap eller funktionsnedsættelse. Man kan således direkte se den forskel, et handicap eller en funktionsnedsættelse i almindelighed gør. Eller med andre ord de sociale kræfter, man som handicappet er oppe imod.

# HVAD ER HANDICAP?

## BEGREBSAFKLARING OG METODE

Handicap defineres på mange måder, og definitionen hænger som regel sammen med, hvad man vil bruge begrebet til. Her skal vi bruge begrebet i en empirisk undersøgelse, der skal belyse forholdene for mennesker med handicap i dag og vurdere deres muligheder for samfundsdeltagelse. I dette kapitel skal vi finde frem til en definition, der er egnet til det formål. Lad os først se på de forskellige måder, man definerer og opfatter ordet på.

Umiddelbart ved man vel nok, hvad ordet handicap betyder, men når man tænker nærmere over det, er det ikke så enkelt endda. Hvor mange forskellige ting skal man kalde handicap? Hvor meget skal der til, for at man kan tale om et handicap? Betyder det noget, hvordan personen selv tackler det, og hvordan omgivelserne reagerer? Gør det en forskel, i hvilken sammenhæng man taler om handicap?

Her skal især det sidste punkt fremhæves som væsentligt. Der har gennem årtier været en hed og ofte ophidset debat om definitionen af handicap i videnskabelige kredse. Men ofte har uenigheden bundet i, at man ikke holdt rede på, hvad man skulle bruge definitionen til. En definition er ikke en trosbekendelse, den er bare et værktøj. Der er forskel på, om man er en forsker, der vil vide noget om, hvad handicap betyder for mennesker i samfundet, om man er en terapeut eller lærer,

der har til opgave at yde en indsats over for mennesker med handicap, eller om man er en person, der selv har et handicap. Disse perspektiver er som regel blevet rodet sammen, og det har ikke gjort det lettere at finde frem til den mest hensigtsmæssige måde at definere begrebet på.

I dette kapitel gør vi rede for den forståelse af begrebet handicap, der anvendes i undersøgelsen. Undersøgelsen handler om handicap som et socialpolitisk og beskæftigelsespolitisk emne, og den tager udgangspunkt i en række spørgsmål til et tilfældigt udvalg af mennesker i Danmark i en alder mellem 18 og 64 år. Denne emnemæssige og empiriske ramme er med til at bestemme det handicapbegreb, der benyttes. Handicap kan ses fra en række andre vinkler, pædagogisk, teknologisk, humanistisk, psykologisk, biologisk, uddannelsespolitisk, teknologipolitisk, sundhedspolitisk og naturligvis også juridisk. Udgangspunktet kan tages i andet end mennesker, fx i lovgivningen eller institutioner. Det er alt sammen også relevant, men det gør vi blot ikke her.

Undersøgelsens handicapbegreb har sin baggrund i den handicappolitik, der føres her i landet, og de virkninger, man ønsker den skal have. Traditionelt har handicappolitik handlet om, at samfundet i efterhånden stadig større grad har taget et ansvar for mennesker med handicap. Det har været i form af institutioner, som så har ført til isolation, formynderi og klientgørelse. Det har ført til et ønske om at integrere mennesker med handicap mere og mere i det almindelige samfund, og få dem ind i samme 'systemer' som andre – det, som man kalder sektoransvar. Igennem de seneste to årtier har ligebehandling og rettigheder spillet den største rolle, kulminerende med vedtagelsen af FN's handicapkonvention i 2006.

## ORD ER VIGTIGE

Der er nogle gamle stærke ord, der betegner enkelte handicap som eksempelvis blind, døv, stum, lam, gal, dum og dværg. Alle er på en stavelse. Derudover er der nogle ikke helt så gamle toleddede danske ord for enkelte handicap, som beskriver, hvad det drejer sig om, fx vanfør, sindssyg, åndssvag, svagsynet og væksthæmmet. Der er ældre fremmedord som idiot (= privatmand), og nyere som autist (= sig selv), hvor den fremmede betydning er drejet lidt. To ord som klinger vidt forskelligt i dag, skønt det etymologiske indhold ligger tæt op ad hinanden.

Handicap i almindelighed er der kun fremmedord for. Det ældste er invalid, som betyder uden værdi. Som betydningen antyder, har det været anvendt, hvor man har vurderet menneskers evne til at præstere i forbindelse med krig og arbejde. Et dansk ord, hvis betydning dog vender den anden vej og er lidt mere speciel, er 'arbejdsfør'. Ordet handicap kommer fra engelsk, *hand in cap*. Det hentyder ifølge forskellige ordbøger til et spil, hvor det har drejet sig om at stille de to spillere lige, og hvor man i øvrigt gemte noget i en hue. Senere har ordet været anvendt om metoder til at stille to spillere lige i forskellige andre spil. Grundbetydningen er altså ligebehandling. Nyere ord er funktionshæmning og funktionsnedsættelse, to danske ord, som mere drejer sig om, at der er en mangel.

Mange vil sikkert have den oplevelse, at nogle af de nævnte ord med tiden er blevet forringet, så de nu vil opleves som nedsættende. Det gælder ikke i så høj grad de gamle stærke enstavelsesord som mange af de senere beskrivende ord. Men i øvrigt er det svært at finde system i, hvilke ord der kan bruges, og hvilke ord der ikke længere kan. Ordet handicap bruges i de fleste kontinentale lande, men på engelsk, hvor det kommer fra, går det ikke an. Der bruger man *disability*. *Disabled* svarer etymologisk til det danske vanfør (*dis* = van, *abled* = før), som bestemt ikke lyder pænt i dag, og hvis betydningsindhold heller ikke er så positivt.

Ikke alene ordet, men også ordklassen er vigtig. Næsten alle ord for enkelthandicap er adjektiver, som forudsætter et substantiv som 'person' eller lignende. Heri kan læses det budskab, at handicappet ikke må skygge for det forhold, at det drejer sig om et almindeligt menneske. I litteraturen hersker i dag den konvention, at man ikke taler om '*disabled*', men kun om '*people with disabilities*'. Det er et langt udtryk, som derfor ofte forkortes PWD. Her vil vi følge denne konvention og tale om 'mennesker med handicap', men dog ikke bruge forkortelsen MMH.

Når man beskæftiger sig med handicap, er det meget vigtigt, at man bruger de rigtige ord. Ingen ord løser dog alle problemer. Der er meget forskellige opfattelser, og ingen kan leve op til alle de krav, der kan stilles. En holdning, der gør sig stærkt gældende i handicapkredse, indebærer således, at der slet ikke findes mennesker med handicap. En anden holdning er, at handicap tværtimod er den vigtigste side af identiteten hos de mennesker, der har dem. Fordi holdningerne er så forskellige, er det vanskeligt at finde frem til ord, som alle synes, er de helt rigtige.

Vi bestræber os på at tale om handicap på en måde, der både afspejler samme respekt for mennesker med handicap, som man har for mennesker uden handicap, men på den anden side ikke skjuler, at handicap kan indebære problemer. Grunden til, at undersøgelser gennemføres, er netop, at man vil skabe muligheder for at gøre noget ved disse problemer, og så er viden om dem en forudsætning. Vi skal se mere på de forskellige begreber om handicap i det følgende.

#### NOTE OM SPROGBRUG I UNDERSØGELSEN

Det Centrale Handicapråd (DCH) lægger vægt på, at ordet 'funktionsnedsættelse' benyttes, når der er tale om personer, og at ordet 'handicap' benyttes, når der tales om, at der er samfundsmæssige konsekvenser. Vi har søgt at følge denne sprogbrug i nærværende rapport, skønt der er flere problemer derved.

Det første problem er, at fænomenet handicap i samfundet ikke falder fuldstændigt sammen med fænomenet funktionsnedsættelse for personer, så vidt det kan iagttages. Der er personer med funktionsnedsættelser, som deltager i en masse og tilsyneladende ikke rammes af handicap, ligesom der er personer tilsyneladende uden funktionsnedsættelser, som virker meget hæmmede i deres virke. Skal man så drage den slutning, at de har en ukendt form for funktionsnedsættelse?

I undersøgelsen har vi – for at udskille den gruppe, der skulle stilles spørgsmål om handicap – på et tidspunkt spurgt respondenterne, om de havde et handicap eller en længerevarende sygdom. De er desuden blevet spurgt, om de var nedslidt af arbejde. Den gruppe, der har svaret ja til et af disse spørgsmål, har vi gennem rapporten omtalt som havende selvdefineret handicap. I langt de fleste tilfælde er det dog så klart, at ordet handicap henviser til besvarelsen af spørgsmålet i undersøgelsen og dermed, at der er tale om 'selvdefineret', at vi har udeladt dette ord.

Vi har ikke kunnet finde noget bedre ord for denne gruppe. Det er nemlig ikke korrekt at tale om funktionsnedsættelse, for det spørger vi om, og en stor del af de selvdefinerede handicappede har ikke nogen funktionsnedsættelser, som kan konstateres på de syv dimensioner, som vi kan belyse. Alligevel har gruppen – eller i hvert fald dele af den – en del af de karakteristika, som knytter sig til begrebet handicap. Mere end 5.000 af disse mennesker benytter således kørestol.

Det er dog helt korrekt, når vi siger, at rapporten belyser sociale konsekvenser af funktionsnedsættelser. Det er nemlig de syv funktionsnedsættelser, som den satser på at vise, der har betydning for personen på en række punkter.

Et andet problem ved DCH's terminologi er, at ordet 'handicap' i dagligt sprog bruges om personer, og at en lang række sammensætninger og forbindelser er dannet af det. For ikke at gøre teksten alt for kunstig har vi bevaret ordet handicap i forbindelser, og vi taler således om handicaporganisationer, mobilitetshandicap, mennesker med handicap, hvor mange år, man har haft et handicap, definition af handicap og handicapbegrebet. Og når vi har stillet spørgsmål, hvor vi i formuleringen har benyttet ordet handicap, kalder vi dem spørgsmål om handicap.

De rapporter, der i øvrigt er udsendt fra undersøgelsen, gør ikke samme forsøg på at holde sig til DCH's sprogbrug. De gør derimod, som forskningen i almindelighed gør, dvs. bruger ordet handicap, når folk har sagt ja til spørgsmålet, om de har et handicap.

## KRAV TIL HANDICAPBEGREBET

For den, der begynder at beskæftige sig med handicap, virker det påfaldende, så meget man går op i at benytte de korrekte ord om alt, der har med emnet at gøre. Mere bemærkelsesværdigt er det imidlertid, at mange forskere på feltet også går højt op i, hvordan handicap *defineres*. Spørgsmålet om den rigtige definition på handicap virker meget politiseret. Det er forståeligt i betragtning af, at handicap fremkalder mange slags følelser. Men det er uheldigt i denne sammenhæng i betragtning af, at meget andet end holdningsmæssige forhold burde spille en rolle for en definition.

En definition på handicap skal naturligvis omfatte det, man i almindelighed forstår ved ordet. Men derudover skal det konkrete, operationelle handicapbegreb, som anvendes i en undersøgelse, først og fremmest være præget af undersøgelsens problematik og metode. Vi skal derfor til en start se på, hvilke krav det stiller til handicapbegrebet, at vi foretager en undersøgelse, der handler om handicap fra et social- og beskæftigelsespolitisk perspektiv og med udgangspunkt i spørgsmål til et tilfældigt udvalg af personer.

Undersøgelsens problematik skal ses i forhold til målsætningen for dansk handicappolitik, som er at sætte mennesker med handicap i stand til at deltage i samfundslivet på lige fod med andre. Det er derfor vigtigt, at handicap bliver sat på begreb på en måde, så det kan måles uafhængigt af deltagelse. Hvis begrænsning i deltagelse indgår som en del af definitionen af handicap, vil man allerede af den grund finde en sammenhæng. Man er derfor ikke i stand til at påvise, at den er der. Hvis man skal kunne identificere barrierer for deltagelse, er det også vigtigt, at handicap bliver målt uafhængigt af disse barrierer. Diskrimination må således heller ikke indgå i selve handicapbegrebet.

I forholdet mellem borgeren og det offentlige kommer handicap ind i billedet på flere måder. Der er en række ordninger på det beskæftigelsesmæssige område for mennesker med handicap, som fx fleksjob, ligesom der er mulighed for en alternativ forsørgelse i form af førtidspension, hvis dette er nødvendigt. Undertiden benyttes sådanne ordninger til at afgrænse grupper af mennesker med handicap. Hvis man er interesseret i at belyse brugen af ordningerne, har dette imidlertid ingen mening. Man kan heller ikke lade en manglende mulighed for at honorere arbejdslivets krav indgå i definitionen på handicap.

Et af de vigtigste principper i dansk handicappolitik er sektoransvar. Det vil sige, at hver sektor i samfundet har ansvaret for, at mennesker med handicap kan deltage der. Man kan også udtrykke det på den måde, at der så vidt muligt ikke skal indrettes særordninger eller særlige organer for mennesker med handicap. I et vist omfang er det alligevel nødvendigt stadig at have en særforborg, hvis der skal være tilbud til dem, der har de største problemer. Hvis der skal være en mulighed for at vurdere, i hvilket omfang det er lykkedes at gennemføre princippet om sektoransvar, må deltagelse i sådanne særforanstaltninger heller ikke indgå i definitionen af handicap.

Vi kan sammenfatte de krav, der stilles til det handicapbegreb, som skal bruges til at kategorisere personer i en empirisk undersøgelse, i følgende tre punkter:

- Begrebet handicap skal indeholde *eksempler*, som de fleste vil forbinde med ordet, fx blind, døv osv.
- Begrebet handicap skal være *andet end følgerne* af handicap. Diskrimination eller lavere deltagelse må altså ikke indgå som en del af defini-



tionen af handicap. Diskrimination og lavere deltagelse kan også bestemmes af andre faktorer, fx social eller etnisk baggrund, alder, personlighed og meget andet.

- Når handicap forbindes med fx diskrimination eller lavere deltagelse, må man også meget gerne kunne se de *mekanismer*, der eventuelt kunne frembringe en sådan sammenhæng.

## FORSKELLIGE HANDICAPBEGREBER

Når man beder et tilfældigt udvalg af personer i Danmark om at forklare, hvad de forstår ved et menneske med handicap, svarer en femtedel, at det er et menneske, der har et handicap (Olsen, 2000). En anden femtedel nævner en række eksempler: Det er en person, der er blind, døv, benytter kørestol, osv. En tredje femtedel giver definitioner, der henviser til forhold ved personens krop. En fjerde femtedel taler om funktioner, som personen ikke er i stand til at udføre. Den sidste femtedel mener endelig, at det er en person, som på en eller anden måde er underlig eller speciel.

TABEL 2.1

Klassifikation af befolkningens handicapbegreb på basis af Olsen (2000).

1/5	Et menneske, der har et handicap
1/5	En person, der er døv, blind, kørestolsbruger, ...
1/5	En person med en diagnose, forhold ved kroppen
1/5	Et menneske med nedsat funktionsevne
1/5	En 'underlig', 'mærkværdig', 'sær' person

I dansk lovgivning kan man finde eksempler på de første fire af disse definitioner. Lov om kompensation til handicappede i erhverv taler blot om handicap og giver eksempler på handicap, den dækker. Lov om social pension opererede indtil 2003 med et begreb kaldet 'erhvervsevne', som i høj grad var baseret på medicinske diagnoser, ligesom begrebet arbejds-skade er det. Lov om social service taler mest om funktionsevne. Lov-givningen i andre europæiske lande indeholder ligeledes vidt forskellige handicapbegreber. Selv om handicaporganisationer i fx Frankrig og Grækenland har ytret dette ønske, er det hverken muligt eller hensigts-

mæssigt at forsøge at udkrystallisere et fælles, juridisk handicapbegreb, som kunne benyttes i alle forbindelser. Det fremgår af en undersøgelse i EU-regi, hvor SFI deltog fra dansk side (Mabbitt, 2005).

Lovgivningen mod diskrimination på arbejdsmarkedet, som er gennemført på foranledning af et EU-direktiv, og lovgivningen mod diskrimination af mennesker med handicap i øvrigt indeholder ikke noget eksplicit handicapbegreb. Men fra de domme, som foreløbig er afsagt efter den førstnævnte, kan man tegne et omrids. Der synes at være tale om funktionsnedsættelser, som arbejdsgiveren vil være i stand til at kompensere for med økonomisk overkommelige foranstaltninger, som ikke griber ind i retten til at lede og fordele arbejdet. Det betyder fx, at arbejdsgiveren ikke er forpligtet til at imødekomme et behov for nedsat arbejdstid.

Grunden til, at handicapbegrebet i den grad er blevet et stridspunkt, er måske, at man har søgt efter et bestemt begreb, som man har ment skulle løse alle problemer, og som for nogle desuden har haft karakter af identitet eller bekendelse. Her skal derimod fremføres det synspunkt, at der er brug for forskellige begreber til forskelligt brug. En undersøgelse, som skal give viden om forholdene, kræver andre begreber, end der er brug for til visitation til ordninger, terapi og behandling for at tage stilling til politik eller de begreber, organisationer har brug for at orientere sig efter. Et enkelt begreb om handicap kan derfor ikke dække det hele.

#### INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING

Dette bliver tydeligt, når man betragter det begreb, der kommer nærmest på at være et officielt handicapbegreb. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) fra 2002 er den seneste udgave af WHO's handicapbegreb. WHO's definition stammer egentlig fra 1980, hvor betegnelsen var ICIDH. Definitionen er et forsøg på at sammenfatte de forskellige opfattelser af handicap og derved nå frem til en klassifikation, som tilfredsstillende alle. Det er imidlertid ikke nemt. Der har været megen debat om ICIDH, og det har været en meget tung proces at få den reviderede klassifikation, ICF, søsat. Marselisborg Centret spiller en rolle her.

ICIDH opererede med tre begreber: *impairment*, *disability* og *handicap*. *Impairment* stod – forklaret i al korthed – for forhold ved kroppen, *disability* for begrænsninger i udførelsen af elementære menneskelige

funktioner, og *handicap* for begrænsninger i deltagelsen i forskellige sociale sammenhænge. De tre begreber blev forbundet med pile på følgende måde:

Impairment → Disability → Handicap

Derved blev der peget på, at der var tale om funktionsbegrænsninger, som havde deres årsag i forhold ved kroppen, og at der var tale om begrænsninger i deltagelse, som havde deres årsag i denne type funktionsbegrænsninger. Det hele kunne således direkte eller indirekte føres tilbage til forhold ved kroppen.

ICF er blevet betydeligt mere kompliceret, men da det ikke ændrer ved den grundlæggende tankegang, skal vi ikke komme nærmere ind på det.

Det fremhæves ofte, at ICF er en bio-psyko-social teori. Deri ligger, at den kombinerer disse tre niveauer og ser handicap som noget, der angår dem alle. Handicap betragtes således som en mere kompleks sammenhæng mellem de tre niveauer og ikke blot som en egenskab hos de ramte personer. Alligevel kritiseres ICF for manglende klarhed netop på dette punkt (Imrie, 2004). Hvis det skal påvises, at der er disse sammenhænge mellem niveauerne, er ICF heller ikke til større hjælp.

Velkendte handicap som blindhed, døvhed osv. kan man ikke finde nogen steder i ICF. En blind person vil få en score i Body Functions kapitel 2 *sensory functions and pain*, punktet: *seeing and related functions*, underpunktet: *seeing functions* b210, hvorunder man finder 17 synsfunktioner, samt i *Activities and participation*, kapitel 3 *communication*, punktet: *communication with nonverbal messages*, underpunktet: *receiving nonverbal messages* d315, i under-underpunktet: *receiving written language (if it is not in Braille)* d325, og muligvis også i kapitlerne om *mobility*, *self-care* og *domestic life*, afhængigt af omstændighederne.

De nævnte koder (b210, d315, ...) bliver specificeret med et ciffer mere efter under-underpunkter, og der tilføjes en såkaldt *modifier*, der siger noget om graden af begrænsning med og uden hjælp. ICF giver således et meget detaljeret billede af den enkelte person. Det betyder også, at der ikke kommer ret mange personer i samme gruppe – faktisk skal man være utrolig heldig for at få mere end én, og de fleste kategorier indeholder 0. Det meget detaljerede billede af den enkelte person har betydning, når man skal vurdere behov, afgøre, om en person har ret til

en ydelse, og lignende. Når man skal sammenligne grupper af mennesker med handicap med mennesker uden handicap, er der derimod brug for en meget grovere opdeling.

Det fremgår, at ICF er så komplekst, at det er helt uhåndterligt i praksis. Et problem med ICF som handicapbegreb i forbindelse med en undersøgelse som denne er, at ICF ikke alene måler forhold ved personen selv, men også forhold ved personens relation til sin omverden. Den begrænsning i social deltagelse, der har forbindelse med handicappet, er altså også en del af handicappet, som ICF forstår det. Dette kan måske være fornuftigt i nogle sammenhænge. Men når man er interesseret i at fastslå sammenhængen mellem handicap og begrænsning i social deltagelse, er det bestemt ikke hensigtsmæssigt, at det sidstnævnte er en del af definitionen på det førstnævnte.

#### ANDRE BEGREBER

ICIDH og ICF har været inspireret af den glødende diskussion, der har fundet sted blandt handicaporganisationer og handicapforskere i nogle årtier. WHO's begreber er især præget af *den sociale model* (Barnes & Mercer, 2004), som kort gengivet går ud på, at der ikke er noget, der hedder handicap, kun noget, der hedder utilgængelige omgivelser. Da synsvinklen er så vigtig, er det lige ved, at eget handicap er en forudsætning for at forske i handicap (Stone & Priestley, 2001). Modellen har den fortjeneste, at den tager opmærksomheden bort fra personen med handicap og i stedet retter den mod samfundet og de barrierer, der findes for deltagelse på forskellige områder. Som Lars Grönvik (2007) viser, er dens tilhængerne imidlertid ikke engang selv i stand til at bruge begrebet handicap konsekvent.

Den sociale model er formuleret i opposition. Barnes & Mercer (2005) forklarer, at handicap i 1960'erne blev handicap forstået som en personlig tragedie. Mennesker med handicap skulle behandles og rehabiliteres, og de var afhængige af familie og venner samt af velfærdsydelser og service. Senere begyndte handicappedes egne organisationer selv at definere situationen. Så gik man i stedet ud fra, at handicappede havde samme værdi som andre og samme ret til at kontrollere deres hverdagsliv. Derfor talte man i stedet om *Independent Living*. Fokus flyttede sig fra den handicappedes *impairment* (dvs. forringelse, svækkelse) til de barrierer, der findes i omgivelserne.

Den sociale model giver dermed redskaber til at undersøge samfundsområder og til at stille spørgsmålet, i hvor høj grad handicap er et samfundsskabt og egentligt unødvendigt problem. Den sociale model har dog alligevel en stor mangel i, at den ikke er i stand til at bestemme, *hvem* det præcis er, samfundet måske ikke er tilgængeligt for. Det bliver således vanskeligt at tale om diskrimination, når man ikke kan afgøre, hvilke personer denne diskrimination eventuelt kan gå ud over (Bickenbach & Cooper, 2003). Det bliver heller ikke muligt at konkretisere, hvordan og i hvilket omfang handicap begrænser menneskers deltagelse i samfundslivet.

Det, der bliver tilbage af den sociale model efter denne kritik, betegner man som omtalt som *det relationelle handicapbegreb*. Den minder en del om det såkaldte *capabilities framework* (Burchardt, 2004; Arrow, 1999). Det relationelle handicapbegreb er imidlertid ikke en definition, der tillader en at sortere personer. Det dækker blot over en mere generel tanke om, at problematikken omkring handicap har både med personer og med omgivelser at gøre. Det er forholdet mellem person og omgivelser, der afgør, om der er tale om et problem, og det er dette forhold, der skal gøres noget ved, hvis problemet skal løses. I *capabilities framework* skal der defineres en række *capabilities*, som ligeledes relaterer sig til omgivelserne. For begge modeller gælder imidlertid, at det ikke er specificeret, hvilke konkrete mennesker eller *capabilities* det drejer sig om (Robeyns, 2005).

Den sociale model tager udgangspunkt i en kritik af den såkaldte *medicinske model* for handicap. Udtrykket, den medicinske model, er først opfundet i forbindelse med kritikken af den. Den medicinske model er ikke nogen klar definition af, hvad handicap er. Nogle handicap er følger af en egentlig sygdom, som kan karakteriseres ved en klar medicinsk diagnose og forklares ved en infektion, fødselsskade eller kromosomfejl, andre handicap er følgetilstande efter medicinske behandlinger. Det er imidlertid de færreste handicap, der har en sådan klar medicinsk forklaring.

Mange handicap er karakteriseret ved, at dele af bevægeapparatet eller centralnervesystemet er udformet eller fungerer på en måde, så personen ikke kan udføre de funktioner, som de fleste andre kan. Det er de sider ved de kropslige tilstande, der har sociale konsekvenser. Disse forhold kan afgøres rent biologisk eller medicinsk, og man kan så sige, at denne forståelse af handicap hører til den medicinske model. De kan

imidlertid også afgøres ved simpelthen at afprøve de pågældende funktioner, og så har vi et *begreb om funktionsevne*, som der ikke er noget specielt medicinsk eller biologisk ved.

Der er endelig grund til at nævne nogle særlige medicinske diagnoser, som er relateret til store og vedholdende belastninger. Man taler om udbændthed eller kronisk belastningssyndrom, og det er tilstande, som har ganske betydelige sociale konsekvenser. Disse tilstande er karakteriseret ved, at de stort set er umulige at konstatere uafhængigt af deres følger, hvoraf den vigtigste er manglende eller stærkt nedsat arbejdsevne. Alligevel hersker der ingen tvivl om, at der virkelig er tale om handicap, som der er klare årsager til.

Kritikken af den medicinske model har ikke i særlig høj grad drejet sig om, hvordan den definerer handicap, men mere om, hvem der har skullet være eksperter på handicap, og hvordan mennesker med handicap i den forbindelse blev stillet. Proponenter for den sociale model har set den medicinske model som en måde at udelukke og undertrykke mennesker med handicap og nægte dem adgang til samfundets goder. Ved siden af denne politiske kritik er der for nylig kommet en mere empirisk baseret kritik fra LoBianco og Sheppard Jones (2007). De finder i et tilfældigt udvalg på 25.000 voksne, at selvdefineret handicap ikke kun hænger sammen med medicinske faktorer, men også med forhold, som har at gøre med den sociale model. Hertil regner de, foruden social kontakt, samliv, alder, køn og race.

En helt tredje form for kritik er kommet fra Deborah Stone (1984). Hendes udgangspunkt har været, at samfundet tværtimod har ønsket at gøre noget for mennesker med handicap og derfor har etableret en fordeling af goder efter behov til at supplere fordelingen efter arbejdsindsats. Fordeling efter behov har forudsat, at det kunne afgøres, hvem der havde behov, og når det drejer sig om handicap, hvem der var handicappede. Lægerne har i den forbindelse tilbudt sig som en faggruppe, der kunne afgøre dette spørgsmål.

Den model, som Deborah Stone betegner som den medicinske, er i virkeligheden ikke spor medicinsk. Det er ikke afgørende for den, at lægerne er dem, der foretager vurderingen. Det væsentlige er, at der er en ordening for gruppen af mennesker med handicap, hvor det er muligt at ansøge om at blive optaget i ordningen og modtage eventuelle handicapydelse. Det begreb, Stone har fat på, er dermed, hvad man kunne kalde *det autoriserede handicapbegreb*. Det dækker ikke det generelle begreb handi-

cap særlig godt. Alle mennesker med handicap behøver ikke at søge en handicapydelse. Nogle mennesker uden handicap kan søge en sådan og prøve at få deres situation til at se ud, som om de har ret til den. Ordninger har gerne målgrupper, der er mere specifikke end blot alle mennesker med handicap.

Det autoriserede handicap vil sige den gruppe, der er visiteret til en eller anden ordning, hvor målgruppen er mennesker med en eller anden form for handicap. Af praktiske grunde benyttes dette handicapbegreb ofte i undersøgelser til at afgrænse grupper af mennesker med handicap. Det er som regel den eneste metode, hvorpå man kan få kontakt med en bredere gruppe mennesker med handicap uden at skulle kontakte fire-fem gange flere uden handicap. Det er imidlertid klart, at denne definition af handicap bestemt ikke er velegnet, hvis formålet med undersøgelsen blandt andet er at se, i hvilken grad ordninger når deres målgrupper.

Repræsentanter for handicaporganisationer understreger ofte, at handicappede er en *minoritet*. I minoritetsstatus ligger imidlertid ikke noget med antal, men derimod noget med forfordeling i forhold til økonomiske ressourcer, kommunikativ selv-repræsentation og livsstil (Mpfou & Conyers, 2004). Begrebet minoritet drager en parallel til etniske, religiøse og racebaserede grupper, ligesom det også er blevet brugt af feminister. Det betyder, at *identiteten* som handicappet bliver fremhævet som vigtig. En gruppe, som længe har været præget af denne model, er gruppen af døve. Mange af dens medlemmer opfatter døve som en særlig kulturel gruppe med sit eget sprog, tegnsproget. Sammenligningen med en sproglig gruppe halter dog lidt, idet tegnsprog ikke er et fælles internationalt sprog, men knytter sig til det nationale sprog.

Minoritetsmodellen gør sig især gældende i amerikansk og britisk handicapforskning. I disse lande spiller racemæssig og religiøs identitet en stor rolle. Identiteten som handicappet spiller også en større rolle i disse landes handicaporganisationer, end det er tilfældet i de skandinaviske eller kontinentale europæiske lande. Folks egen opfattelse af, om de har handicap, kan dog indgå i en undersøgelse på den måde, at den benyttes i et repræsentativt udvalg, hvor det af praktiske grunde er umuligt at stille et større antal spørgsmål. Ligeledes kan det indgå i en undersøgelse for at foretage en første frasortering af personer uden handicap.

Vi har dermed set på syv forskellige handicapbegreber og deres egenskaber set i relation til en undersøgelse af et repræsentativt udvalg af mennesker med handicap:

TABEL 2.2

En række handicapbegreber vurderet i forhold til deres egnethed for empirisk forskning om handicap og samfundsdeltagelse.

International Classification of Functioning	Egnethed
Den sociale model for handicap	Helt umulig at anvende
Det relationelle handicapbegreb	Helt umulig at anvende
Den medicinske model	Dele kan anvendes
Funktionsevne	Kan anvendes
Det autoriserede handicapbegreb	Har alvorlige mangler
Handicappede som minoritet	Kan delvis anvendes

ICF repræsenterer en omfattende international bestræbelse på at nå frem til et fælles, altomfattende begreb om handicap og har på den baggrund en fantastisk prestige. ICF kan også opfattes som en sikkerhed for, at man dækker det politisk korrekte begreb. Derfor ser man ofte ICF anført som det begreb, der bygges på, på side 1 i en rapport eller artikel, hvorefter det hurtigt bliver glemt igen. For dem, der står lidt længere til venstre i det politiske spektrum, kan den sociale model spille en tilsvarende rolle. I øvrigt må man sige, at den sociale model og det relationelle handicapbegreb mere er ideer om, hvilken rolle handicap spiller, end det er definitioner på handicap.

Den medicinske model virker ved første øjekast mere præcis. Det viser sig imidlertid, at den dækker over flere forhold, hvoraf nogle i hvert fald for tiden er nærmest umulige at operationalisere. Det, der bliver tilbage, er dels veldefinerede og forståede sygdomme, dels noget, der ligger tæt op ad begrebet funktionsevne. Endelig har vi set på det autoriserede handicapbegreb, som defineres af de forskellige ordninger, der findes, og det etniske handicapbegreb, som handler om, hvad mennesker selv opfatter sig som. Disse begreber har, ligesom ICF, den ulempe i forhold til vores formål med at definere handicap, at de benytter følger af handicap til at definere det.

I en undersøgelse, der belyser sammenhæng mellem handicap og deltagelse, er der behov for et begreb om handicap, som går på den enkelte person og på tilstanden, før en eventuel indsats sætter ind. Af de



nævnte begreber er *funktionsevne* det, der kommer nærmest på dette krav. Begrebet er imidlertid ikke klart. Det varierer fra brugen af en kropsdel (fx øjne til at se) til udførelsen af en funktion (fx tilberede et måltid) (Suurmeijer et al., 1994). Den sidste metode egner sig dog mere til beskrivelse i forhold til støttebehov end til at sætte i relation til aktivitet og deltagelse.

## DET OPERATIONELLE BEGREB

Vi skal nu se på, hvordan forskellige tidligere undersøgelser har defineret handicap.

### SFI'S 1962-UNDERSØGELSE

I SFI's første undersøgelse på feltet med interview i 1962, *Fysiske handicappede i Danmark*, definerer Rold Andersen (1964) handicap på følgende måde:

Vedvarende fysisk sygdom eller defekt af en sådan art og grad at det for en ugift, ufaglært arbejder uden megen støtte fra omgivelserne og med evner, energi og stabilitet på det jævne (dvs. mindre end gennemsnittet) vil medføre betydelige vanskeligheder med at klare sig i tilværelsen på lige fod med raske.

Ligesom nogle af de tidligere definitioner benytter denne definition følgerne af handicap til at definere det. Hvis handicap skal være noget andet end dets følger, forudsætter det, at man ved helt præcis, hvilke fysiske sygdomme eller defekter der kan give de nævnte vanskeligheder. I praksis blev dette afgjort ved, at mennesker, der selv havde opgivet, at de havde en sygdom eller defekt, blev undersøgt af læger. Man stolede altså på, at lægen ved sin undersøgelse var i stand til at vurdere selve sygdommen eller defekten uafhængigt af de følger, han kunne se, at den havde fået.

### OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS

Det britiske Office of Population Censuses and Surveys (OPCS) foretog i 1985 en undersøgelse, hvortil man havde udviklet et omfattende spør-

geskema, der blandt andet belyste ti forskellige dimensioner af funktionsevne (Martin et al., 1988):

- Brugen af ben
- Brugen af arme
- Brugen af hænder og fingre
- Syn
- Hørelse
- Personlig pleje
- Kontinens
- Forstå og blive forstået
- Adfærd
- Intellectuel funktion.

Også her var ideen at forbinde funktionsevner med de konsekvenser, som det har for, hvor godt folk kan klare sig i samfundet. Der var blot lagt et meget større arbejde i at gøre beskrivelsen af funktioner uafhængig af konsekvenserne. OPCS udformede en lang række beskrivelser med eksempler på funktionsevne, fx 'kan genkende en person på den anden side af gaden', 'kan gå op ad en trappe med 12 trin' og lignende, på mange svarhedsstrin, så man inden for hver af dimensionerne kunne placere en person ret præcist. Over 100 personer med kendskab til handicap fik derpå til opgave at vurdere, hvor stort et problem de pågældende funktionsnedsættelser ville være i samfundet i dag. Denne vurdering bestemte, hvor mange point funktionsnedsættelsen skulle tildeles.

OPCS lod også sine godt 100 eksperter vurdere, hvad det betød at have funktionsnedsættelser på to eller tre dimensioner samtidig. Det skete simpelthen ved, at der ind imellem beskrivelserne af mennesker med grader af en funktionsnedsættelse var puttet beskrivelser af mennesker med funktionsnedsættelse på to eller tre dimensioner. På baggrund af vurderingerne opstillede de en formel, hvorefter man kan finde den samlede virkning af to eller tre dimensioner af funktionsnedsættelser. Det viste sig, at når der er en funktionsnedsættelse i forvejen, har nummer to mindre betydning. Formlen viste sig at blive:

Samlet point = Største funktionsnedsættelse + 0,4 \* næststørste + 0,3 \* tredjestørste

OPCS's metode giver en mulighed for at sammenligne mennesker med forskellige handicap på en meningsfuld måde. Det antal point, man når frem til, udtrykker, hvor stort handicapet er, uafhængigt af om det drejer sig om nedsat syn, nedsat brug af fingre, adfærd der forbindes med psykiske lidelser, eller om der er tale om nedsættelser af flere funktioner. Med denne metode får man i alle tilfælde et pointtal, der udtrykker, hvor stort handicapet er for den person, der skal klare sig i nutidens samfund. Dermed kan man sige, at der er en form for endimensionalitet i skalaen.

#### SFI'S 1995-UNDERSØGELSE

OPCS-definitionen blev anvendt i SFI's anden undersøgelse af handicap med interview i 1995 (Bengtsson, 1997). Her blev et repræsentativt udvalg på godt 10.000 personer i alderen 18-60 år først ringet op og i et kort telefoninterview blandt andet spurgt, om de havde et handicap eller en kronisk sygdom. Kronisk sygdom blev taget med, fordi det er vanskeligt at skelne mellem dette og handicap, og fordi kronisk sygdom ofte har de samme følger (Stenbeck & Hjern, 2007). Denne screening var med af praktiske grunde, fordi det ville blive for dyrt at stille alle spørgsmål til belysning af funktionsevne til alle 10.000. De, der svarede ja hertil, blev senere interviewet grundigere ved besøg. En stor del af spørgsmålene i dette meget længere interview tjente til at fastslå, hvilke grader af funktionsnedsættelser de enkelte respondenter havde.

Definitionen på handicap i 1995-undersøgelsen havde således to sider. Først sorteredes de tre fjerdedele fra, som uden videre kunne sige, at de ikke havde noget handicap eller kronisk sygdom. Her anvendtes således et subjektivt eller etnisk handicapbegreb. Det forudsattes i den forbindelse, at alle med funktionsnedsættelser besvarede spørgsmålet om handicap eller kronisk sygdom positivt. Derfor gav det mening kun at stille spørgsmålene om funktionsnedsættelse til disse subjektivt handicappede, som viste sig at udgøre knap en fjerdedel af populationen. Denne gruppe blev derefter delt op. Cirka en tredjedel af den havde ingen målbare funktionsnedsættelser. De to tredjedele havde.

## INSTITUT NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE)

Det franske INSEE-survey (Ravaud et al., 2002) er med 400.000 respondenter den største undersøgelse, vi kender. Den starter også med en screening, hvor der indgår syv af OPCS's dimensioner af funktionsnedsættelse. Derudover indgår fire spørgsmål, som drejer sig om modtagelse af handicaprelaterede ydelser: personlig assistance, tekniske hjælpemidler, ombygninger og handicaprelaterede ydelser i øvrigt. Endvidere indgår et spørgsmål, der drejer sig om, hvorvidt respondenterne er begrænset i antal eller type af aktiviteter af eventuelt handicap eller helbred. Der er endvidere spørgsmål om varigheden af disse problemer. Endelig bliver respondenterne spurgt, om de havde et handicap.

For gruppen af 17-59-årige viser det sig, at 12,2 pct. har en eller flere af de syv funktionsbegrænsninger, 4,7 pct. er begrænset i deres aktiviteter på grund af handicap, og 2,7 pct. modtager en eller anden form for handicaprelateret ydelse. I alt er der 14,4 pct., der svarer positivt på et af disse spørgsmål (da de tre procenter overlapper, kan de ikke blot lægges sammen). Kun 5,4 pct. af gruppen af 17-59-årige betragter imidlertid sig selv som handicappede. INSEE-undersøgelsen omfatter desuden et mere omfattende interview, hvori der indgår 22.000 af de 400.000, og dette udvalg er suppleret med 15.000 beboere på institutioner.

I de senere år er der indsamlet lignende datamaterialer i en række lande, fx Canada (Uppal, 2006) og USA (Lucas, 2007). Kendskabet til disse stammer fra analyser af specielle forhold, mens de metodeovervejelser, der er gjort i forbindelse med måling af handicap, ikke på samme måde er publiceret.

## SFI'S 2006-UNDERSØGELSE

Den undersøgelse, som her rapporteres, anvender stort set samme metode til screening og samme spørgsmål til at belyse funktionsnedsættelser som 1995-undersøgelsen, dvs. de metoder, der stammer fra OPCS-undersøgelsen i 1985. Denne metode er valgt for at sikre sammenligneligheden med 1995-undersøgelsen, men også fordi vi ikke ved undersøgelsens start havde nogen baggrund for at udvikle metodikken. Med den mere dybtgående analyse, vi har foretaget denne gang, vil vi have et sådant grundlag i en fremtidig handicapundersøgelse.

Der er en lille forskel i screeningen, idet der er tilføjet et spørgsmål om, hvorvidt man har et problem med sit helbred på grund af

nedslidning fra sit tidligere eller nuværende arbejde. 11 pct. svarer positivt herpå, men de fleste af disse har allerede svaret positivt på det første spørgsmål om handicap, så dette spørgsmål fanger kun 3 pct. ekstra.

TABEL 2.3

Andel med selvdefineret handicap og med funktionsnedsættelse i 1995 og 2006. Personer mellem 18-60 år.

	1995	2006
Personer med handicap ved screeningen	24 procent	22 procent
Personer uden handicap i screeningen, men som oplyser, at de er nedslidte (spørgsmålet kun stillet i 2006)		3 procent
Personer, som rapporterede en eller flere funktionsnedsættelser	17 procent	15 procent
Personer uden handicap i screeningen (og i 2006 ikke nedslidte)	76 procent	75 procent

Det valgte perspektiv på handicap, funktionsevne, ligger som nævnt tæt op ad det medicinske handicapbegreb. I den forbindelse overvejede vi ovenfor, om det også var muligt at dække begrebet nedslidthed. Det ser ud til, at vi i hvert fald har en stor del af denne gruppe med, og at der er mulighed for at sige noget om den. 11 pct. af det tilfældige udvalg har selv peget på, at de var nedslidte, og de fleste af disse var allerede dækket af spørgsmålet om subjektivt handicap.

### SELVDEFINERET HANDICAP

Udgangspunktet for undersøgelsen er således et selvdefineret handicapbegreb. Der er imidlertid grund til at knytte nogle bemærkninger til dette begreb.

Screeningsspørgsmålene om handicap og nedslidning tjener som nævnt først og fremmest til at identificere den gruppe, som skal spørges nærmere ud om handicap. Formålet er ikke at finde ud af, 'hvor mange handicappede der er', men at finde frem til grupper, som af funktions- og helbredsmæssige grunde er begrænset i deres deltagelse. Forskellige ting peger på, at vi stadig mangler at identificere nogle. Der er derfor grund til at overveje flere ting, der kan screenes efter.

De detaljerede spørgsmål, som afgør arten og omfanget af funktionsnedsættelser, beror i vid udstrækning på respondentens egen vurdering. Spørgsmålene er imidlertid meget konkrete og afdækker ikke blot,

om man har et handicap eller ej. Denne form for selvsvurdering er det næppe muligt at komme uden om i en undersøgelse. Hvis man fx benyttede lægeundersøgelser, ville lægen formentlig også stille en række spørgsmål til personen. Den eneste måde at undgå selvdefinition på er at foretage en test, hvor personerne faktisk skulle udføre alle de ting, som de enkelte spørgsmål drejer sig om. Det er ikke umuligt, men i praksis ville det blive så dyrt, at antallet af respondenter måtte reduceres fra 10.000 til 100.

## FUNKTION OG PERSON

I de tidligere undersøgelser er overvejelserne om definitionen af handicap og metoden i screening gået forud for undersøgelsen, som efterfølgende er blevet gennemført med de valgte definitioner. Denne gang har vi benyttet undersøgelsens resultater til at gå definitionerne efter i sømmene. Det handler dette og det næste afsnit om.

Baggrunden for interessen for handicap er, som ovenfor diskuteret, spørgsmålet, om handicap fører til begrænsning i deltagelse i samfundet. Dimensionerne af funktionsnedsættelse betragtes derfor i forhold til deltagelse. Vi ser blot på, hvordan deltagelse som sådan hænger sammen med de forskellige dimensioner af funktionsnedsættelse og forsøger at finde ud af, hvor meget en funktionsnedsættelse reducerer deltagelsen. Om denne reduktion efter respondentens mening skyldes den nedsatte funktion, eller om respondenterne godt kunne tænke sig at deltage mere, hvis funktionen havde været mindre nedsat, har vi ikke interesseret os for.

I det hele taget er der ikke spurgt til respondenternes lyst til at deltage. Grunden hertil er, at det ville være umuligt at afgøre, hvad et svar på sådanne spørgsmål er udtryk for. Hvis mennesker med handicap giver udtryk for, at de har mindre lyst til at deltage end andre mennesker, kan det meget vel være udtryk for, at de på forhånd giver afkald på noget, som de ved, der er store vanskeligheder forbundet med. Derfor har vi fundet, at det giver et bedre billede at se på, hvor meget deltagelsen i forskellige retninger reduceres af funktionsnedsættelser, uanset hvordan dette opleves af personerne selv.

I den forbindelse har vi set på 12 dimensioner af deltagelse, som vist i tabel 2.4.

TABEL 2.4

De 16 deltagelsesdimensioner.

Socialt liv	Ser børn og forældre	Inden for de sidste x dage
	Ser anden familie	Inden for de sidste x dage
	Ser venner	Inden for de sidste x dage
	Ser bekendte og naboer	Inden for de sidste x dage
Meningsfuldhed	Lykke	Ikke lykkelig/lykkelig
	Ikke plaget af ensomhed	Ensom/ikke ensom
	Får brugt evner og muligheder	Får ikke brugt/får brugt
	Har indhold i hverdagen	Ikke indhold/indhold
Samfundsrettede felter	Beskæftiget	Nej/ja
	Skoleuddannelse	Folkeskole/student
	Erhvervsuddannelse	Nej/ja
	Medlem af foreninger	Nej/ja

Vi går ud fra, at sammenhængen mellem funktionsnedsættelse og deltagelse er bestemt ved en logit-model, det vil sige, at hvis sandsynligheden for at deltage på en given dimension er  $sshd$ , så har størrelsen  $sshd/(1-sshd)$  en multiplikativ struktur bestemt af:

$sshd/(1-sshd) = \text{Faktor for ikke-handicappede} * \prod \text{reduktionsfaktorer for eventuelle handicap}$

For hver deltagelsesdimension får vi derfor følgende sammenhæng mellem logaritmerne:

$$\text{Log}(sshd/(1-sshd)) = \alpha + \beta_1 * h_1 + \beta_2 * h_2 + \beta_3 * h_3 + \dots + \beta_7 * h_7$$

Hvor  $\alpha$  bestemmer sandsynligheden for, at ikke-handicappede deltager, og  $\beta$ 'erne (sammen med  $\alpha$ ) bestemmer reduktionsfaktorer for det pågældende handicap, svarende til de forskellige dimensioner af funktionsnedsættelse.

Sandsynligheden for at deltage for ikke-handicappede er:

$$ssdi = e^\alpha / (1 + e^\alpha)$$

Sandsynligheden for at deltage for handicappede er:

$$ssdh = e^{\alpha+\beta} / (1 + e^{\alpha+\beta})$$

Reduktionsfaktoren, som bestemmer, hvor meget dimensionen af funktionsnedsættelse betyder for den pågældende dimension af deltagelse, er:

$$r_h = \text{ssdh}/\text{ssdih} = (e^\beta + e^{\alpha+\beta})/(1 + e^{\alpha+\beta}) = (1 + e^\alpha)/(1 + e^{\alpha+\beta}) * e^\beta$$

Når  $\beta$  er numerisk lille, er  $e^{\alpha+\beta} \sim e^\alpha$ , og derfor er brøken  $(1 + e^\alpha)/(1 + e^{\alpha+\beta}) \sim (1 + e^\alpha)/(1 + e^\alpha) = 1$ , og reduktionsfaktoren er dermed tæt på at være  $e^\beta$ .

Med samme model kan der kontrolleres for baggrundsfaktorer som køn og alder.

Lad os først se nærmere på dimensionerne af funktionsnedsættelse. I undersøgelsen er respondenterne blevet stillet spørgsmål, som vedrører de ti dimensioner, som OPCS også benyttede. Da der desuden af andre grunde er medtaget spørgsmål om personens højde og vægt, har vi også beregnet et point for overvægt. Ud over disse spørgsmål er der nogle spørgsmål om psykisk sårbarhed, som har været med siden 1962-undersøgelsen. Endelig er der stillet et antal spørgsmål om arbejdsevne, som vi også stillede i 1995.

I 1995-undersøgelsen blev der beregnet et samlet udtryk for funktionsnedsættelse på grundlag af de ti OPCS-dimensioner med benyttelse af den formel, der var kommet ud af OPCS's vurderinger af eksperter. Dette samlede udtryk blev derefter anvendt i analyserne. Dengang fandt vi, at udvalget var for lille til, at vi kunne gå nærmere ind på de enkelte dimensioner.

Denne gang har vi gjort et stort arbejde for at se på virkningerne af den enkelte dimension af funktionsnedsættelse. Det har i den forbindelse vist sig, at de mange dimensioner spiller sammen på en kompliceret måde. Det viser sig således, at forståelse dels hænger stærkt sammen med hørelse, dels hænger sammen med adfærd. Personlig pleje hænger også nært sammen med nogle af de andre dimensioner, og kontinens er en dimension, som i analyser skiller sig stærkt ud fra de andre.

Vores udgangspunkt er, at funktionsnedsættelser er noget, der begrænser menneskers deltagelse i forskellige aktiviteter. Når vi foretager analyser af aktiviteter med alle de nævnte variable som uafhængige, forekommer det ret ofte, at nogle funktionsnedsættelser får positive koefficienter. Det vil sige, at det imod sund fornuft ser ud, som om nogle funktionsnedsættelser fremmer aktiviteter. Et sådant resultat kan imidlertid også fremkomme, når de uafhængige variable hænger sammen. Hvis de



tre sidstnævnte variable tages ud, får man meget mere fornuftige og stabile resultater.

Hvis man inddrager psykisk sårbarhed og arbejdsevne i analyser, viser det sig, at disse faktorer i vidt omfang erstatter dimensionerne af funktionsnedsættelse, når forskellige forhold skal forklares. Så ser det ud, som om funktionsnedsættelserne slet ikke betyder noget for deltagelsen i aktiviteter. Det virker ikke rimeligt. Det kunne tyde på, at psykisk sårbarhed og arbejdsevne i høj grad er udtryk for konsekvenser af funktionsnedsættelser, og at disse faktorer derfor ikke skal blandes sammen med dimensionerne af funktionsnedsættelse i analyser.

Indholdsmæssigt skiller flere af de netop nævnte dimensioner sig også ud fra de mere 'rene' funktionsnedsættelser. Forståelse og personlig pleje kan ses som resultater af flere funktioner i samvirke, mens psykisk sårbarhed og arbejdsevne kan ses som personens egen vurdering af sine kræfter i forhold til forskellige udfordringer. Tilbage får vi syv af OPCS's dimensioner, som er relativt uafhængige af hinanden, og som har et relativt konkret indhold, som er ret enkelt af vurdere.

Det viser sig, at vi, når vi inddrager disse syv dimensioner samtidig, kan få en god beskrivelse af, hvilken effekt hver af dem har på personens deltagelse på de områder, som vi har belyst i undersøgelsen. I tabel 2.5 er der også anført en ottende funktion, nemlig læsefærdigheden. Undersøgelsen omfatter ikke spørgsmål om ordblindhed, men det er en mangel, som gerne skulle udbedres næste gang, feltet undersøges.

TABEL 2.5

Oversigt over otte dimensioner af funktionsnedsættelse.

Funktion	Bevægelse	Ben
		Arme Fingre
	Sanser	At se At høre At læse
	Interaktion	Adfærd Intelligens

De syv eller otte dimensioner kan ses som funktioner, der uafhængigt af hinanden har indflydelse på, hvor meget mennesker deltager på en række

felter. Skal der defineres et samlet mål for handicap eller mere præcist for funktionsnedsættelse, er det altså kun disse dimensioner, der skal indgå.

TABEL 2.6

En række andre dimensioner, som kunne minde om funktionsnedsættelser.

Person		Personlig pleje
		Kontinens * Overvægt
Konstitution	Generel	* Helbred * Nedslidthed Psykisk sårbarhed
	Arbejdsevne	* Generelt Fysik og styrke; følge med i udviklingen; følge regler og overordnede; være motiveret til at arbejde

\* Belyst for ikke-handicappede såvel som for handicappede.

Ud over de otte rene funktioner har vi de øvrige nævnte dimensioner samt overvægt, som kan sammenfattes under betegnelserne person og konstitution. Der er spurgt til fire former for arbejdsevne: fysik og styrke, evne til at følge med i udviklingen, at følge regler og overordnede og at være motiveret til at arbejde.

## ET SAMLET MÅL FOR FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

OPCS udviklede som nævnt en måde at addere flere funktionsnedsættelser for at finde deres samlede virkning set som handicap i nutidens samfund. Dette samlede mål for handicap blev ligesom målene for den enkelte dimension af funktionsnedsættelse fastlagt på baggrund af vurderinger fra godt 100 mennesker med kendskab til handicap. Formlen medtager de dimensioner af funktionsnedsættelse, hvor den enkelte person har fået det største, næststørste og tredjestørste pointantal:

Samlet point = Største funktionsnedsættelse + 0,4 \* næststørste + 0,3 \* tredjestørste

Det er givet, at der er en form for empirisk baggrund for OPCS's formel. Der kan dog være stor forskel på den virkning, som mennesker med kendskab til tingene vurderer, der er, og den virkning, som en undersøgelse kan vise. Vi har derfor benyttet undersøgelsens resultater til at se, om OPCS's formel holder. Men først lidt mere generelt om, hvad resultaterne viser.

Funktionsnedsættelser forekommer meget ofte sammen. Det viser sig i undersøgelsen ved, at der er positive korrelationer mellem forekomsten af samtlige de otte funktionsnedsættelser, som vi har set, man kan betragte samlet (tabel 2.7):

TABEL 2.7

Korrelationer mellem forekomst af de forskellige funktionsnedsættelser. 2006-undersøgelsen.

	Ben	Arme	Hænder	Syn	Hørelse	Adfærd	Intellekt
Ben	1	0,304	0,320	0,135	0,158	0,170	0,312
Arme	0,304	1	0,455	0,118	0,152	0,077	0,273
Hænder	0,320	0,455	1	0,148	0,172	0,153	0,331
Syn	0,135	0,118	0,148	1	0,093	0,134	0,203
Hørelse	0,158	0,152	0,172	0,093	1	0,093	0,231
Adfærd	0,170	0,077	0,153	0,134	0,093	1	0,412
Intellekt	0,312	0,273	0,331	0,203	0,231	0,412	1

Så godt som alle korrelationer er signifikante på 1-procents niveau, og alle er positive. Korrelationerne er dog ikke specielt store. Kun to af dem er over 0,4, og ingen er over 0,5. De tre mobilitetsdimensioner hænger lidt mere sammen med hinanden end med de øvrige. De to psykiske dimensioner hænger også relativt stærkt sammen. Men i øvrigt er korrelationer med adfærd og samtlige korrelationer med syn og hørelse ganske små. De ligger mellem 0,077 og 0,172.

Tabel 2.8 viser for en række dimensioner, hvor mange der i 2006 kun har denne type af funktionsnedsættelse, og hvor mange der har den i kombination med en række andre funktionsnedsættelser. Således er der 0,09 pct., der har funktionsnedsættelse alene i benene, mens en række kombinationer af funktionsnedsættelser forekommer hos langt flere, fx har 1,58 pct. både funktionsnedsættelse i ben og arme. Tabel 2.8 giver

korrelationerne mellem forekomst af de forskellige funktionsnedsættelser.

TABEL 2.8

I diagonaler: Andel, der har denne funktionsnedsættelse alene. Uden for diagonaler: Andel, der har kombinationer af disse to funktionsnedsættelser (men muligvis også flere).

	Ben	Arme	Hænder	Syn	Hørelse	Adfærd	Intellekt	Kombination
Ben	0,09	1,58	1,67	1,03	0,88	0,69	2,30	3,90
Arme	1,58	0,15	2,68	1,33	1,23	0,65	2,81	5,22
Hænder	1,67	2,68	0,14	1,26	1,18	0,67	2,83	4,79
Syn	1,03	1,33	1,26	0,52	1,09	0,58	2,32	4,04
Hørelse	0,88	1,23	1,18	1,09	0,50	0,51	2,33	4,05
Adfærd	0,69	0,65	0,67	0,58	0,51	0,01	1,91	2,42
Intellekt	2,30	2,81	2,83	2,32	2,33	1,91	0,49	9,63
Kombination	3,90	5,22	4,79	4,04	4,05	2,42	9,63	14,3

TABEL 2.9

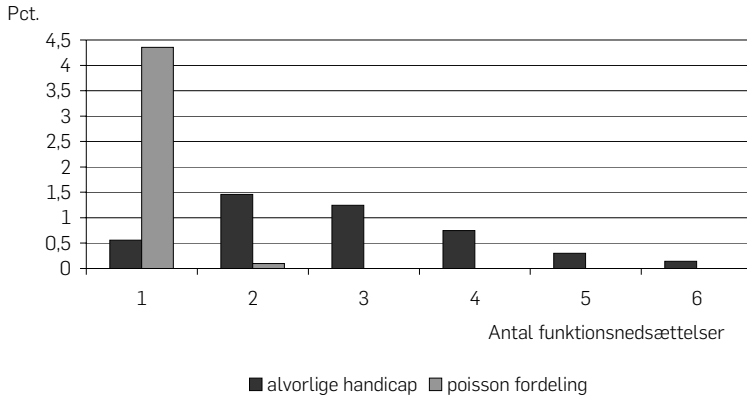
Befolkningen fordelt efter, i hvor mange dimensioner den enkelte person har funktionsnedsættelse. 2006. Procent.

	Antal dimensioner						
	0	1	2	3	4	5	6
Poissonfordeling $\lambda =$ 0,1543212	85,7	13,2	1,0	0,052	0,0020	0,000062	0,0000016
Befolkningens Fordeling	85,7	6,6	4,1	2,1	1,0	0,33	0,17

Dimensionerne forekommer sammen langt oftere, end de ville gøre, hvis funktionsnedsættelser var fordelt tilfældigt, uafhængigt af hinanden, over befolkningen. Det kan også ses ved at sammenligne fordelingen af personer på antal funktionsnedsættelser med en poissonfordeling, som de skulle følge, hvis de forekom uafhængigt af hinanden.

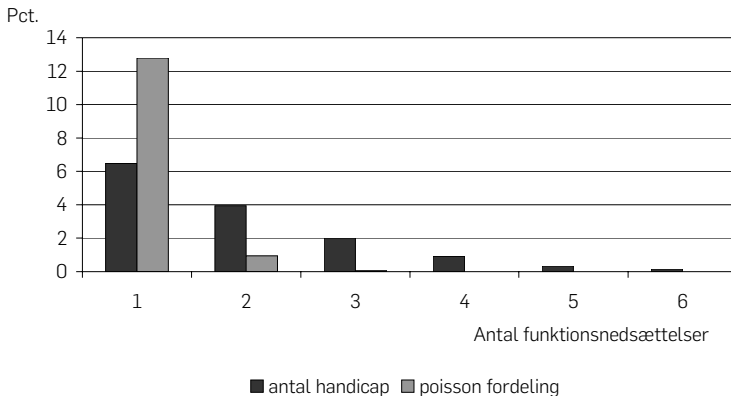
FIGUR 2.1

Den del af befolkningen, der har høj grad af funktionsnedsættelse, fordelt efter antal funktionsnedsættelser 2006. Til sammenligning fordelingen, som den ville være, hvis funktionsnedsættelse ramte helt tilfældigt (poisson).



FIGUR 2.2

Den del af befolkningen, der har funktionsnedsættelser, fordelt efter antal funktionsnedsættelser 2006. Til sammenligning fordelingen, som den ville være, hvis funktionsnedsættelse ramte helt tilfældigt (poisson).



Endelig viser faktoranalyser, at mobilitetsdimensionerne (ben, arme og hænder) i en vis udstrækning forekommer sammen, og adfærd og intellekt ligeledes i en vis udstrækning forekommer sammen, mens de øvrige dimensioner ikke indgår i faktorer. Der er dog kun tale om svage sammenhænge.

Med dette svarmønster giver undersøgelsen os en mulighed for at kontrollere, om OPCS's formel er realistisk i den forstand, at forholdet mellem effekten af funktionsnedsættelser på deltagelse set i forhold til disses størrelse virkelig er  $1 : 0,4 : 0,3 : 0 : 0 : 0 : 0$ . Hertil kan vi bruge den model for sammenhæng mellem funktionsnedsættelse og deltagelse, som vi har nævnt ovenfor:

$$\text{Log}(\text{sshd}/(1-\text{sshd})) = \alpha + \beta_{st_1} * \text{hst}_1 + \beta_{st_2} * \text{hst}_2 + \beta_{st_3} * \text{hst}_3 + \dots$$

Her er  $h_1, h_2, h_3, \dots$  (personens pointscore for brug af ben, arme, hænder osv.) erstattet af  $\text{hst}_1, \text{hst}_2, \text{hst}_3, \dots$  (personens største, næststørste, tredjestørste osv. pointscore med hensyn til funktionsnedsættelser). Det giver den mulighed, at vi medtager helt ned til den syvendestørste pointscore, hvor OPCS's metode satte en meget lavere grænse for, hvor mange funktionsnedsættelser det kunne lade sig gøre at kombinere. Med vurderingsmetoden vil det nemlig blive meget kompliceret, hvis man skal til at vurdere alle mulige kombinationer, hvor der indgår mere end tre forskellige funktionsnedsættelser.

Lad os fx se på beskæftigelse i 2006-undersøgelsen, hvor vi finder:

$$\begin{aligned} \text{Log}(\text{besk06}/(1-\text{besk06})) = \\ \alpha + \beta_{\text{ben}} * \text{ben} + \beta_{\text{arm}} * \text{arme} + \beta_{\text{han}} * \text{hænder} + \beta_{\text{syn}} * \text{syn} \\ + \beta_{\text{adf}} * \text{adfærd} + \beta_{\text{int}} * \text{intellekt} \end{aligned}$$

$$\text{Log}(\text{besk06}/(1-\text{besk06})) = \alpha + \beta * (\text{hst}_1 + 0,35 \text{ hst}_2)$$

Beskæftigelse 2006 – konkret størrelsen ” $\log(\text{besk06}/(1-\text{besk06}))$ ” – hænger signifikant sammen med funktionsnedsættelser i ben, arme, hænder, syn, adfærd og intellekt. Kun for hørelse finder vi ikke nogen signifikant sammenhæng, det skal vi vende tilbage til. Når vi undersøger, hvordan samme størrelse hænger sammen med største, næststørste etc. funktionsnedsættelse, finder vi kun, at største og næststørste giver signifi-

kante sammenhænge, og største betyder langt mere end næststørste. Forholdet 0,35 er i øvrigt ikke langt fra OPCS's 0,4, så formlen bliver:

Samlet point = største funktionsnedsættelse + 0,35 \* næststørste

Lad os igen se på beskæftigelse, men nu i 1995-undersøgelsen:

$$\text{Log}(\text{besk95}/(1-\text{besk95})) = \alpha + \beta_{\text{ben}} * \text{ben} + \beta_{\text{arm}} * \text{arme} + \beta_{\text{han}} * \text{hænder} + \beta_{\text{syn}} * \text{syn} + \beta_{\text{adf}} * \text{adfærd} + \beta_{\text{int}} * \text{intellekt}$$
$$\text{Log}(\text{besk95}/(1-\text{besk95})) = \alpha + \beta * \text{hst}_1$$

Her bliver formlen:

Samlet point = største funktionsnedsættelse

Det samme er prøvet for en lang række andre forhold, hvoraf mange tages op senere i rapporten. Det generelle billede ligner ovenstående. Når vi ser på forskellige former for deltagelse, brug af støtteforanstaltninger, problemer, og hvad vi ellers interesserer os for at sætte i forbindelse med funktionsnedsættelse, viser det sig, at disse betyder meget mindre, når de betragtes efter størrelse (dvs. som  $\text{hst}_1, \text{hst}_2, \text{hst}_3, \dots$ ), end når de betragtes som point for brug af ben, arme, hænder (dvs. som  $h_1, h_2, h_3, \dots$ ). Det vil sige, at funktionsnedsættelser set i almindelighed og lagt sammen efter en formel i stil med OPCS's ikke har samme effekt, som funktionsnedsættelser konkret har.

Det viser sig, at for nogle deltagelsesdimensioner betyder den største og den næststørste dimension noget. Det gælder arbejde samt spørgsmål om lykke, om man får brugt sine evner, og om hverdagen har indhold. Ligeledes betyder de to største dimensioner noget for deltagelse i foreningsliv, og for om man er alene. For andre forhold betyder kun den største dimension noget. Det gælder fx, om man har fået hjemmehjælp. Tredje og følgende funktionsnedsættelser betyder næsten aldrig noget.

For beskæftigelse i 2006 fandt vi ovenfor formlen største + 0,35\*næststørste funktionsnedsættelse, men for andre forhold finder man helt andre formler, lige fra største + 0 \* næststørste, som for be-

skæftigelse 1995, til største + 3 \* næststørste. Analyserne støtter derfor ikke OPCS's idé om, at man kan finde en generel formel for, hvor meget største, næststørste, tredjestørste osv. funktionsnedsættelse betyder i form af ulempe eller barriere for personen.

Der er derimod meget, der peger på, at funktionsnedsættelser ud over den største og næststørste for den enkelte person har meget lille eller ingen konsekvenser for de forhold, der interesserer os her. Vi vil derfor heller ikke bruge største, næststørste osv. funktionsnedsættelse til noget i analyserne, men derimod gå ud fra de syv konkrete funktionsnedsættelser, som angår: ben, arme, hænder, syn, hørelse, adfærd og intellekt.

Resultaterne om, at kun største og måske næststørste funktionsnedsættelse betyder noget, vil blive brugt på den måde, at vi ikke vil arbejde med regressioner på alle funktionsnedsættelser efter ligningen:

$$\text{Log}(\text{besk06}/(1-\text{besk06})) = \alpha + \beta_{\text{ben}} * \text{ben} + \beta_{\text{arm}} * \text{arme} + \beta_{\text{hæn}} * \text{hænder} + \beta_{\text{syn}} * \text{syn} + \beta_{\text{adf}} * \text{adfærd} + \beta_{\text{int}} * \text{intellekt},$$

men i stedet gøre to andre ting:

- Vi vil for hver person beholde det højeste og det næsthøjeste pointtal, det næststørste dog ganget med 0,5, samt slette de fem øvrige led. Det betegner vi regression på største og næststørste funktionsnedsættelse.
- Som en anden mulighed vil vi for hver person kun beholde det højeste point og slette de øvrige seks led i udtrykket. Det svarer til, at kun største funktionsnedsættelse har betydning. Det betegner vi som regression på største funktionsnedsættelse.

Når vi gør det sidste, får vi almindeligvis det resultat, at virkningen af de fleste dimensioner af funktionsnedsættelse bliver vurderet som størst, når vi kun medtager største funktionsnedsættelse. Det er, fordi der er en vis korrelation mellem funktionsnedsættelserne.

Vi vil i almindelighed gøre det første, som giver en lille smule bedre forklaring og er det mest korrekte. Der er imidlertid ikke megen forskel på de resultater, som man får, og for den sidste mulighed taler, at den er enklere.



## KONSEKVENSER AF FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Formålet med denne undersøgelse er at se på handicap i forhold til samfundsmæssige forhold. Det vil sige, om funktionsnedsættelser af forskellig art betyder barrierer eller forhindringer for, at man kan bevæge sig rundt, og om de har konsekvenser for mennesker på den måde, at de begrænses i at deltage på forskellige områder set i forhold til den ikke-handicappede del af befolkningen. Endvidere skal vi se på, hvordan modtagelse af en række offentlige ydelser og erfaringerne med at benytte disse hænger sammen med funktionsnedsættelse.

De forhold, vi har belyst, har vi oplysninger om på flere måder. Der kan være oplysninger både for mennesker med handicap og for mennesker uden handicap. Det kan være, fordi vi har spurgt alle om det, eller fordi vi benytter registeroplysninger. I det tilfælde vægter vi undersøgelsens udvalg op, dels for at nå op på det antal mennesker, det svarer til i befolkningen, dels for at rette op på skævheder forårsaget af, at nogle typer mennesker er blevet bedre repræsenteret i undersøgelsen end andre.

Andre oplysninger har vi for mennesker med handicap og for en fjerdedel af udvalget uden handicap. Den ikke-handicappede del af udvalget er nemlig gennem tilfældig fordeling delt i fire lige store split, for at der kunne stilles flere forskellige spørgsmål her. Der er således blevet plads til, at de fleste spørgsmål, der kan stilles til ikke-handicappede, er blevet stillet i et af splittene. På den måde er det muligt at sammenligne mennesker med funktionsnedsættelser med nogenlunde lige så mange mennesker uden. I 1995-undersøgelsen havde vi ikke nær så mange spørgsmål med for ikke-handicappede, og mulighederne for sammenligning er derfor meget mindre her. Ved analyser af denne type spørgsmål vægter vi også op, her med det yderligere formål at tage højde for, at ikke-handicappede kun er repræsenteret med en fjerdedel af udvalget.

En tredje type oplysninger har vi stillet til mennesker med handicap, idet vi har forudsat, at svaret for ikke-handicappede måtte være 0 eller nej. Det gælder fx spørgsmål om funktionsnedsættelserne, om man har et synligt handicap, om man har et progredierende handicap (dvs. et handicap, der udvikler sig til at blive mere alvorligt), om man har søgt handicaprelaterede ydelser som hjemmehjælp eller har fået boligændringer, om man har problemer med at færdes i lejligheden, om man har problemer med at færdes udendørs, samt om man benytter vejledninger

og rådgivninger. Det er givet, at man ikke kan have et synligt eller et progredierende handicap, hvis man slet ikke har noget handicap. Men måske skulle vi have tænkt på at formulere andre af disse spørgsmål på en måde, så forholdene for ikke-handicappede var blevet mere konkret belyst.

Man skal nemlig være forsigtig med at drage slutninger af respondenteres oplysning om, at de ikke har handicap. Det fik vi øjnene op for, da det viste sig, at et par mænd, som i undersøgelsen havde svaret, at de ikke havde handicap, som svar på et andet spørgsmål oplyste, at de havde været på institution for handicappede som børn. Dermed synes der at have været flere mænd uden handicap end mænd med handicap på sådanne institutioner som børn. Når det kan være tilfældet, må der også være mennesker uden handicap, der har svært ved at færdes i deres lejlighed eller har svært ved at færdes udendørs. Der kan også sagtens være mennesker uden handicap (dvs., at de har givet det svar), som benytter rådgivning for mennesker med handicap.

En fjerde gruppe spørgsmål er kun stillet til handicappede, selv om de egentlig også kunne være stillet til ikke-handicappede. Grunden til, at disse spørgsmål ikke er kommet med i et split, kan være, at vi ikke har tænkt på, at de var mere generelle, eller ikke har set deres relevans for den ikke-handicappede gruppe. Et spørgsmål om egne udgifter af handicap virker det umiddelbart kun relevant at stille til mennesker med handicap; men ved nærmere eftertanke kan man godt se, at en stor gruppe andre mennesker også har – undertiden betydelige – udgifter, som de i hvert fald selv sætter i forbindelse med deres helbred. Spørgsmål om medlemskab af handicaporganisationer burde ligeledes være stillet til ikke-handicappede, ligesom spørgsmål, der relaterer sig til, om man har en sag i socialforvaltningen, og spørgsmål om tilfredshed og utilfredshed med forskellige forhold, som hænger sammen med behandlingen af dem.

En femte gruppe spørgsmål er kun stillet til mennesker med handicap, fordi de kun giver mening her. Det er spørgsmålene om, hvornår man har erhvervet sit handicap, hvordan det er opstået, hvor det er opstået, og om det har haft konsekvenser for ægteskab eller samliv i de tilfælde, hvor man havde et sådant, da man erhvervede sit handicap.

I forhold til alle disse problemstillinger kommer vi til at sammenligne mennesker med funktionsnedsættelser med mennesker uden

funktionsnedsættelser eller mennesker med forskellige grader af funktionsnedsættelser. Vi har foretaget disse sammenligninger på to måder:

Den første måde er at gruppere efter samlet funktionsnedsættelse, udregnet efter formelen:

Samlet point = største funktionsnedsættelse + 0,5 \* næststørste

Derefter kan man dele denne gruppe op i en gruppe med størst funktionsnedsættelse og grupper med mindre og mindre funktionsnedsættelser og sammenligne. Man kan fx se, hvor stor en bolig den procent af befolkningen, som har størst funktionsnedsættelse, har, hvor stor en bolig de næste procent har, osv. Fordelen ved den slags analyser er, at de giver et billede af konkrete gruppers situation. Ulempen er, at dette billede vil være præget af flere forhold samtidig og derfor ikke giver noget rigtigt billede af, hvad funktionsnedsættelser betyder i sig selv.

Denne fremstilling er rent beskrivende. Man får at vide, hvor mange m<sup>2</sup> mennesker med mere eller mindre funktionsnedsættelse har, men ikke, hvor mange m<sup>2</sup> bolig et point funktionsnedsættelse egentlig 'koster', for grunden til, at boligen er mindre, kan lige så godt være, at der er flere kvinder eller flere enlige i gruppen. Det kan man søge at belyse ved at dele op på køn og regne på m<sup>2</sup> pr. beboer i husstanden, men der er snævre grænser for, hvor mange forhold man på den måde kan tage hensyn til.

Derfor er det også relevant at foretage en sammenligning, hvor køn, alder og forskellige andre forhold ikke spiller ind på resultatet. Den anden måde, vi sammenligner mennesker med og uden handicap på, er netop ved at søge at isolere virkningen af den enkelte funktionsnedsættelse ved at holde andre faktorer konstante. Det kan gøres på flere måder. Vi bruger mest logistisk regression, som vi også har benyttet ovenfor i forbindelse med spørgsmålet om en samlet pointscore for funktionsnedsættelse, og i nogle få tilfælde lineær regression.

Logistisk regression egner sig godt, når man vil sætte en sandsynlighed i forhold til en række faktorer, som man kan formode betyder noget for den. Man kan fx se sandsynligheden for, at en person får hjemmehjælp i forhold til, hvor store funktionsnedsættelser vedkommende har. Sådant en analyse kan give indtryk af, hvor meget den enkelte funktionsnedsættelse bidrager til, at man får hjemmehjælp. Man kan

direkte få at vide, hvor meget hvert point på den enkelte dimension øger chancen for at få hjemmehjælp.

Lineær regression benyttes, når man har en størrelse, der kan opfattes som en sum af dele, der har sin baggrund i forskellige forhold. Vi bruger det fx i beregningen af respondentens egne udgifter til sit handicap, som kan deles op i et grundbeløb, plus et beløb for hvert point, der gives for funktionsnedsættelse i ben, et beløb for hvert point, der gives for funktionsnedsættelse på arme osv. Her får vi at vide, hvad den enkelte dimension af funktionsnedsættelse koster personen privat. Vi bruger det også til at se på boligstørrelse, hvor kvadratmetrene deles op i en grundstørrelse minus så mange m<sup>2</sup> pr. point, der gives for funktionsnedsættelse i ben, arme osv. Her kan vi se, hvor meget det 'koster' i boligstørrelse at have de forskellige typer funktionsnedsættelser.

Formålet med at holde størrelser konstant er at se, hvilke konsekvenser funktionsnedsættelser af de syv typer har. Men selv om man renser sammenhængene for betydningen af forskellige faktorer som skildret ovenfor, kan det være svært at vide, om man på den måde får et indtryk af *virksomheden* af funktionsnedsættelser. Hvis vi fx ser på beskæftigelse, er det indlysende, at funktionsnedsættelser vil reducere mulighederne for beskæftigelse, og det vil vi gerne finde et udtryk for. Men samtidig ved vi, at mange funktionsnedsættelser har deres årsager i arbejdet. En regressionsanalyse viser derfor ikke kun virkningen af funktionsnedsættelse på beskæftigelse.

Den slags overvejelser gør vi os i analysen af det enkelte forhold. I analysen af beskæftigelse kan man fx begrænse sig til at se på funktionsnedsættelser, som er opstået, før personen blev 18 år. De kan jo ikke skyldes arbejdet, så her må det være virkningen af funktionsnedsættelsen, man ser. Men her kan det anføres, at det ikke er virkningen af funktionsnedsættelsen i sig selv, man ser, men også virkningen af nogle mulige følger af tidlig funktionsnedsættelse, som at personen har fået mindre uddannelse, har lavere ambitioner, mindre motivation og mindre selvtillid. Hvis man interesserer sig for virkningen af funktionsnedsættelsen uden sådanne følger, kan man måske se på tidspunktet for erhvervelsen af handicapet og sammenligne beskæftigelse før og efter dette.

Selv om den sidstnævnte fremstilling er mere analytisk og søger at isolere den forskel, funktionsnedsættelsen i sig selv gør, er den dog også langt hen ad vejen beskrivende. Den forskel, alder, køn og andre

faktorer gør, anvendes blot som grundlag for at se, hvilken forskel funktionsevne i sig selv gør. Og selv dette sidste kan ikke kaldes 'virkningen' af nedsat funktionsevne. Det kan lige så godt være virkning af nogle af de forhold, som har gjort, at netop disse mennesker har fået funktionsnedsættelse. Før vi også har et billede af dem, er det for tidligt at afgøre, hvilke mekanismer vi ser udfolde sig i data.

## HANDICAP FORSTÅET SOM ÅRSAG

Interessen for at undersøge handicap i socialpolitisk sammenhæng bunder i, at man gerne vil identificere forhold, som begrænser mennesker og reducerer deres deltagelse i samfundet. Grunden til, at man vil identificere disse forhold, er, at man så får bedre mulighed for at planlægge en indsats, som skal modvirke disse sociale kræfter, tilpasse forholdene til mennesker med handicap samt vurdere de behov, der er for en indsats og evaluere denne.

Med begrebet handicap mener vi nogle forhold, som begrænser menneskers deltagelse i samfundslivet. Der er forskellige af den slags forhold, altså flere dimensioner af handicap. Undersøgelsen består i at sammenligne mennesker med handicap med mennesker uden handicap på hver af disse dimensioner. Tanken er, at vi så får at vide, hvor meget hver type handicap begrænser mennesker i deres samfundsliv. Man opfatter således handicap som årsag til begrænsningen i aktiviteter.

En årsagssammenhæng kan belyses med et kontrolleret eksperiment, men man kan også benytte en kortlægning, hvor man holder forskellige faktorer konstante, så den mulige årsagsfaktor er det eneste, der varierer. Der er imidlertid kun få muligheder for at foretage en kontrol af faktorer, der gør, at man kan se virkningen af et handicap i sig selv. De fleste mennesker med handicap har erhvervet sig dette 10 eller flere år tidligere. Derfor vil der være tale om et kompliceret samspil af faktorer, hvor selve handicappets virkning spiller sammen med virkningen af ændrede forventninger hos en selv og andre.

Mange forhold kan gøre, at en undersøgelse tegner et skævt billede. Hvis handicap erhverves af mere aktive personer, kan man godt forestille sig, at det giver anledning til et resultat, som synes at vise, at handicap gør mennesker mere aktive. Denne effekt ser ud til at optræde indimellem, når man ser på sammenhænge med hørenedsættelse.

Grupper kan også have forskellig tilbøjelighed til at svare, at de har et handicap. Som vi vil vise i næste kapitel, er der således grund til at tro, at mænd er mindre villige til at svare, at de har et handicap, end kvinder er. Hvis det er tilfældet, vil det også bidrage til, at der tegnes et skævt billede.

Det kan endvidere spille ind på resultaterne, hvis der ikke alene består en relation, så handicappet øger begrænsningen, men samtidig også findes den omvendte, at begrænsningen øger handicappet. Det gælder fx, hvis handicappet blandt andet beror på øvelse, hvis der er tale om en færdighed, som skal vedligeholdes. Den sammenhæng kan man forvente i mange tilfælde, hvor psykisk sårbarhed er med i analysen. Psykisk sårbarhed er med til at isolere mennesket, men der er næppe tvivl om, at isolation også er med til at øge den psykiske sårbarhed.

#### BEGRÆNSNINGER SOM FØLGE AF SCREENINGSMETODEN

Metoden med at starte interviewet af et stort repræsentativt udvalg med en screeningsdel, hvor man stiller nogle generelle spørgsmål samt finder ud af, om respondenterne hører til gruppen af mennesker med handicap, og, hvis dette er tilfældet, fortsætter med en række spørgsmål, der kun stilles til denne del, har været anset for nødvendig af flere grunde. Dels forudsætter nogle spørgsmål, at respondenterne har et handicap, eller de er kun relevante for mennesker med handicap, dels begrænser screeningsmetoderne længden af flertallet af interview. Metoden benyttes da også almindeligvis i denne type undersøgelser.

Metoden giver imidlertid nogle problemer. Nogle af disse er løst siden 1995-undersøgelsen, nogle har vi først fået øje på nu, mens andre ser ud til ikke at kunne løses. Problemerne gælder blandt andet vurderingen af forhold, hvor vi har sluttet os til værdien for ikke-handicappede, vurderingen af virkningen af faktorer, der kun kan defineres for mennesker med handicap og vurderingen af konsekvenser af lette grader af handicap. Vi har været inde på det første punkt. Det virker rimeligt sikkert at slutte fra ikke-handicap til ikke synligt handicap eller ikke progredierende handicap, men i en del andre tilfælde skal man måske være mere forsigtig med at drage lignende slutninger.

Hvis en størrelse kun er defineret for mennesker med handicap, måske fordi den kun kan defineres for denne gruppe, hvordan inddrager man den så i en analyse? Det kan fx være, at vi er interesseret i at se, hvad det betyder, hvornår respondenterne har erhvervet sig sit handicap.

Der er spurgt om, hvor gammel respondenterne var, da han eller hun erhvervede handicap. Vi kan enten bruge den størrelse, eller vi kan regne os frem til, hvor mange år siden det er, at respondenterne har erhvervet det. Begge dele kunne man forestille sig kunne have en betydning for mange forhold.

Hvis vi direkte inddrager størrelsen enten i form af alder ved erhvervelse af handicap eller i form af, hvor længe man har haft sit handicap, er vi nødt til at begrænse analysen til de relativt få personer, der har et handicap. Det er en gruppe, der ikke alene er lille, men også speciel. Der er imidlertid også andre muligheder:

- Man kan interessere sig for effekten af erhvervelse af handicap som voksen. I så fald må man lade personer, der er født med handicap eller har erhvervet sig det, før de blev 18 år, gå ud af analysen, idet de ikke har været 'i risiko' (som det hedder) for at erhverve sig handicap som voksne. En anden mulighed var at lade alle, der har erhvervet sig handicap, før de blev 25 år, og alle under 25 år gå ud af analysen. Det kunne fx være rimeligt i forhold til beskæftigelse, hvor man så har en gruppe mennesker, som er blevet 25 år, og som har uddannet sig, før de eventuelt erhverver sig et handicap. Ved at begrænse sig til denne gruppe kan man se effekten af selve funktionsnedsættelsen nu uden at få forhold med, som har at gøre med opvækst med funktionsnedsættelse.
- I andre tilfælde kan man begrænse sig til at se på effekten af tidligt handicap. Hvis man fx interesserer sig for handicaps betydning for skoleuddannelse, kan man begrænse sig til at medtage handicap, som er medfødt eller erhvervet, før personen er 18 år. Handicap, som er erhvervet efter de 18 år, må man så se bort fra ud fra den tanke, at de ikke kan have haft betydning for personens valg af skoleuddannelse. Her skal personer med sent erhvervede handicap altså ikke udgå af analysen, det er kun deres handicap, der skal ses bort fra. Tilsvarende kan man gøre med erhvervsuddannelse, hvor grænsen dog skal sættes nogle år højere.
- Endelig kan man for hver funktionsnedsættelse skelne mellem funktionsnedsættelse erhvervet hhv. før og efter, den handicappede fyldte 25 år, eller mellem en funktionsnedsættelse, som man har haft i op til tre år, og en, som man har haft i fire år eller mere. Dermed er der en mulighed for at sammenligne betydningen af tidligt erhvervet og sent

erhvervet funktionsnedsættelse eller nyrehvervet og gammelerhvervet samme.

## SIGNIFIKANS

Signifikans er et mål for, hvor sandsynligt det er at få et resultat om sammenhæng i det tilfælde, hvor denne sammenhæng overhovedet ikke findes. Eller med andre ord, sandsynligheden for, at ens resultat er fremkaldt af rene tilfældigheder. Jo større  $p$  – målet for signifikans – des mere sandsynligt at finde vores resultat, hvis det ikke er rigtigt.

Hvis man stiller spørgsmålet, om en sammenhæng kan påvises eller ej, opstiller man traditionelt en grænse for  $p$  på 5 pct. eller, hvis man kræver større sikkerhed, 1 pct. og siger, at for mindre  $p$  vil man regne sammenhængen for påvist, mens den ikke er sikkert påvist, hvis  $p$  er større end grænsen.

I denne undersøgelse er problemstillingen en lidt anden. Vi har en række størrelser, som vi regner med er handicap i den forstand, at de vil give anledning til aktivitetsbegrænsninger på forskellige områder.

I rapporten ser vi på, hvordan de forskellige dimensioner af handicap påvirker en række former for deltagelse, og hvordan de hænger sammen med en række andre ting. Det generelle billede, der tegner sig, er, at alle dimensioner af handicap har den effekt, at de begrænser deltagelsen. Selv om de ikke alle er signifikante, er der alligevel god grund til at tro på dette ganske konsekvente billede.



# MENNESKER MED HANDICAP

I dette kapitel ser vi på nogle grundlæggende forhold for mennesker med handicap. Hvordan fordeler de sig på køn og alder, hvor mange er født med handicap, og hvor mange har fået det senere, hvor længe har de haft handicappet, og hvordan mener de, at det er opstået? Mener de, at handicappet er synligt eller ej, volder det smerter, og hvordan forventer de, at det udvikler sig? Endvidere ser vi på, hvordan disse forhold ved handicappet spiller ind på den handicappedes familie.

At beskrive forekomsten af handicap er ingen enkel sag. Vi har allerede gjort rede for, at der er mange måder at definere handicap på. Placeringen af grænsen mellem handicappet og ikke-handicappet er naturligvis helt vilkårlig. Vi spørger, om de kan gå 350 m. uden at standse op, men vi kunne også have spurgt, om de kunne løbe 10 km. Men selv med et ganske simpelt begreb som selvdefineret handicap får man vidt forskellige resultater. Vi så i sidste kapitel, at 25 pct. af befolkningen mellem 16 og 64 år i Danmark selv mener, at de har et handicap, mens den tilsvarende procent i Frankrig er 5. Selv om der måtte være en forskel mellem disse lande, kan den umuligt ligge i handicappet. Det må handle om, at der skal mere til, før man bruger ordet i Frankrig.

Men også inden for det skandinaviske område finder man forskelle fra undersøgelse til undersøgelse. En beskrivelse af forekomsten af handicap må altså tages med alle mulige forbehold. Det skal dog ikke afholde os fra at beskrive, hvor mange mennesker der har forskellige

funktionsnedsættelser og andre former for handicap, og hvordan udviklingen har været. Ved at gå i detaljer vil vi se, at denne beskrivelse alligevel har en vis mening. Vi skal også i dette kapitel gå ind i en del sammenhænge, som vil belyse metodiske spørgsmål. Specielt er vi interesseret i at se, hvor dækkende undersøgelsen er for forskellige grupper af befolkningen.

I 1995 gennemførte SFI en undersøgelse, der indeholdt mange af de samme spørgsmål som denne. Det er derfor muligt at sammenligne situationen i 2006 med situationen i 1995. I den forbindelse er vi specielt interesseret i udviklingen, hvad angår handicap. Vi har derfor korrigeret for den demografiske udvikling fra 1995 til 2006, så tallene er sammenlignelige. Det er gjort ved at vægte 1995-undersøgelsens tal op til befolkningssammensætningen i 2006. De tal, der her gives fra 1995, gælder således ikke for situationen i 1995, men for situationen, som den ville have set ud, hvis befolkningen dengang havde været sammensat på samme måde som i 2006.

## HVOR MANGE MENNESKER HAR HANDICAP?

Som nævnt oplyser 22 pct. af befolkningen mellem 16 og 64 år i undersøgelsen, at de har et handicap eller en længerevarende sygdom, mens 10 pct. oplyser, at de er blevet nedslidt gennem deres arbejde. Da det i høj grad er de samme mennesker, som har handicap og er nedslidte, bliver det til i alt 25 pct., som svarer ja til et af de to spørgsmål. Denne gruppe betegner vi som havende 'selvrapporteret handicap'. Gruppen er blevet spurgt om den mere præcise karakter af funktionsnedsættelsen og gener i øvrigt.

25 pct. kan lyde som et stort tal. Der er dog grund til at tro, at en del af de 76 pct., som ikke har svaret ja til nogen af spørgsmålene, alligevel har en grad af funktionsnedsættelse eller andre problemer af den natur, vi her belyser. De 76 pct. rummer således grupper med dårligt helbred og personer, som har oplyst, at de har en meget ringe arbejdsevne, og formentlig også en del, der har let nedsatte funktioner af den ene eller anden art.

I gruppen med selvrapporteret handicap er der stillet spørgsmål, der skal tjene til at belyse omfanget af funktionsnedsættelser og psykisk sårbarhed. Det viser sig, at en meget stor gruppe er præget af en større

eller mindre grad af psykisk sårbarhed. I alt 15 pct. af befolkningen viser ved deres svar, at de har en højere eller lavere grad af funktionsevne-nedsættelse på de syv dimensioner, som vi har valgt at koncentrere undersøgelsen om.

Intellektuel funktion er den dimension, hvor det største antal mennesker har nedsat funktion. Det viser sig imidlertid, at der i de fleste tilfælde kun er tale om en ganske let grad af nedsat funktion. Ser vi på, hvor mange mennesker der har en mere alvorlig grad af funktionsnedsættelse, finder vi de største tal for mobilitetshandicap. 97.000 har som den største funktionsnedsættelse et problem med brug af hånden, 66.000 med brug af benene og 43.000 med brug af armene. De øvrige grupper er hver på ca. 20.000-30.000 mennesker.

## UDVIKLINGEN FRA 1995 TIL 2006

Der er en forskel mellem undersøgelserne i 1995 og 2006, som består i, at 2006-materialet er af højere kvalitet. Det skyldes især, at spørgsmålene om funktionsnedsættelse i 2006 blev stillet i en anden rækkefølge, hvad der betød, at antallene med høj grad af funktionsnedsættelse blev mere realistiske. Det kan også betyde noget, at 1995-undersøgelsens sidste del blev gennemført som personinterview, hvor bortfaldet måske var skævt.

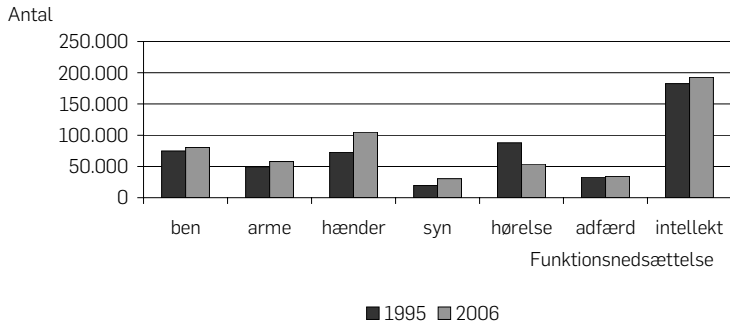
Trods disse forskelle finder vi alligevel stort set de samme sammenhænge i 1995 som i 2006. Alle de logistiske regressionsanalyser, der kan foretages for begge år, er blevet prøvet, og resultaterne fra 1995 bliver samlet i en rapport. I det følgende vil de ret få forskelle, der er mellem resultaterne fra de to år, blive nævnt i forbindelse med den enkelte analyse, mens tallene fra 1995 kun i ganske få tilfælde vil blive gengivet.

Mens andelen af selvrapporterede handicap i alt er nogenlunde som i 1995, er der i 2006 lidt flere, der rapporterer om høj grad af funktionsnedsættelser (figur 3.1). Hvis man ser på alle former for funktionsnedsættelse, har der været store fald på angivelserne af funktionsnedsættelsen for dimensionerne ben, hørelse og intellekt, og nærmest uforandrede tal på dimensionerne arme og adfærd, mens en stor stigning ses for dimensionen hænder. På figur 3.2 ser vi på dem, der har en mere alvorlig grad af funktionsnedsættelse. For dimensionen syn finder vi relativt set en voldsom vækst, men tallet for 2006 er mere rimeligt end

tallet fra 1995. Her er der også vækst i angivelserne af funktionsnedsættelsen på ben og arme.

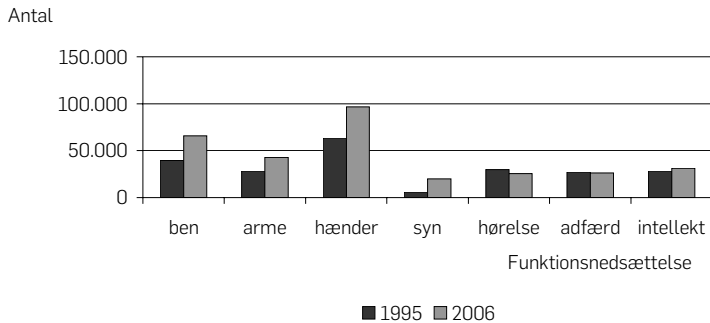
FIGUR 3.1

Mennesker med handicap, fordelt efter største funktionsnedsættelse. 1995 og 2006.



FIGUR 3.2

Mennesker med alvorligt handicap, fordelt efter største funktionsnedsættelse. 1995 og 2006.



Er der flere mennesker med alvorlig grad af funktionsnedsættelse nu, end der var 11 år tidligere, eller skyldes forskellen, at der har været anvendt forskellige metoder ved undersøgelserne i 1995 og 2006? I 1995 blev der først ringet til et stort tilfældigt udvalg af befolkningen, og de, der svarede, at de havde et handicap eller en kronisk sygdom, blev senere

opsøgt til et personligt interview. I 2006 foregik hele interviewet pr. telefon.

Der var et bortfald mellem telefon- og besøgsinterview i 1995, og man kan godt forestille sig, at en del mennesker med handicap ikke har været indstillet på at få en interviewer ind i deres hjem. Især er det sandsynligt, at meget svagtseende eller blinde mennesker ikke har været begejstrede for at lukke en helt ukendt interviewer ind i deres hjem, og det samme kan man formode om mennesker, der ikke er i stand til at bruge deres ben.

På den anden side er det muligt at bilde telefonintervieweren ind, at man er meget mere handicappet, end man er. Antallet af blinde – omkring 1.000 i 1995-undersøgelsen og 5.000 i 2006 – tyder dog på, at de sidstnævnte er de mest rigtige for denne gruppe. Så hvis der er en metodeeffekt her, er det nok snarest den førstnævnte.

Ser vi nærmere på tallene, er der ting, der tyder på, at der i hvert fald i en af grupperne virkelig er sket en vækst i antallet af mennesker med funktionsnedsættelse. Funktionsnedsættelse i hænder rammer langt oftere kvinder end mænd. Men mens antallet af mænd, som har det, er nærvæd fordoblet mellem 1995 og 2006 (stigning på 86 pct.), er antallet af kvinder steget mere moderat (med 28 pct.). Nedslidning er en almindelig forklaring på denne funktionsnedsættelse. Det ligger lige for at antage, at det er den øgede brug af pc'er, som er baggrund for denne udvikling.

Dimensionen hørelse skiller sig ud fra det almindelige billede, ved at der er sket et fald i antallet af dårligt hørende personer i perioden. Det skal dog bemærkes, at antallet af rigtigt dårligt hørende, de, der ikke kan følge med i en tv-udsendelse, når der er skruet helt op, eller slet ikke kan høre, har været konstant på 13.000-14.000. Faldet fra 1995-2006 har været på den gruppe, der ikke kan høre en klokke eller en person, der taler højt i rolige omgivelser. Antallet, der har fået deres høreskade på arbejdet, er gået meget ned siden 1995. Alligevel ser man, at antallet af nyhandicappede er blevet en del større i 2006.

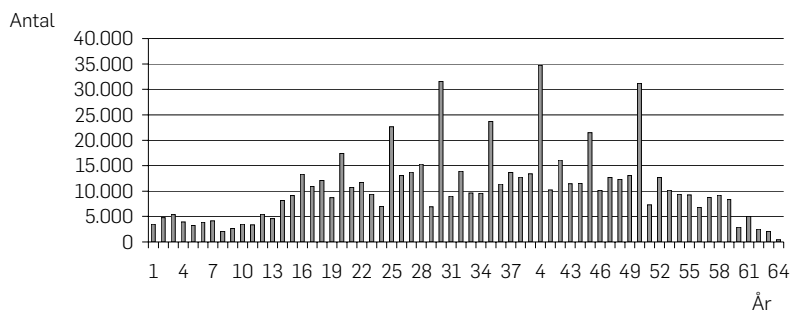
## LANGT DE FLESTE HANDICAP ERHVERVES

I alt har 89 pct. af dem, der har handicap og er mellem 16 og 64 år, har erhvervet deres handicap, idet kun 11 pct. er født med handicap. 9 pct.

erhverver handicap som børn eller unge op til 24 år, således at 80 pct. har erhvervet deres handicap efter den alder, hvor man vokser op og uddanner sig. Figur 3.3 viser fordelingen for alder ved erhvervelse af handicap på alle svarmuligheder mellem 1 og 64 år i 2006. Den tilsvarende figur fra 1995 ser næsten ligesådan ud.

FIGUR 3.3

Personer med erhvervet handicap, fordelt efter alder, da man erhvervede sit handicap. 2006.



Vi har kun lidt materiale, der belyser konsekvenser af at erhverve handicap før 15-årsalderen. Det bemærkes, at et handicap, som er erhvervet før 19-årsalderen, ser ud til at blive placeret præcis, mens mange af dem, der har erhvervet deres handicap fra midt i 20'erne og op til først i 50'erne, vælger at sige tal, som er delelige med 5 eller 10. Det er nærliggende at forestille sig, at der blandt disse svar er en del med mindre specifikke typer handicap.

Funktionsnedsættelser, der angår gang, syn og hørelse, er signifikant oftere medfødte eller tidligt erhvervede end andre funktionsnedsættelser.

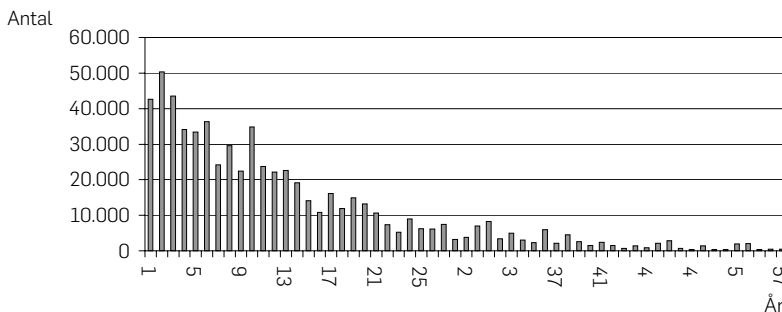
## HVOR LÆNGE HAR MAN HAFT HANDICAP?

Der er ikke direkte spurgt om, hvor længe respondenterne har haft sit handicap, men vi kan regne det ud ved at tage personens nuværende alder og derfra trække alder ved erhvervelse af handicap, eller hvis handicapet er medfødt, ikke trække noget fra. I gennemsnit har både mænd

og kvinder haft deres handicap i 15,3 år. Halvdelen har haft det i op til 10 år, den anden halvdel i 10 år og mere. De fordeler sig nogenlunde lige på nyhandicappede (med handicap erhvervet inden for tre år), samt grupperne med handicap erhvervet for mellem fire og ni år siden, handicap erhvervet for mellem 10 og 19 år siden, og handicap erhvervet for 20 år siden eller mere.

FIGUR 3.4

Personer med erhvervet handicap, fordelt efter hvor længe de har haft deres handicap. 2006.



Figur 3.4 viser fordelingen for, hvor længe man har haft sit handicap. Den er meget skæv, således at vi har et godt grundlag for at sige noget om, hvad tilpasningen betyder de første 15 år, men et ret tyndt belæg for at sige noget om betydningen af at have haft handicap i længere tid. Den tilsvarende figur fra 1995 ser næsten ligesådan ud. Den største forskel er, at der er meget få, som har haft sit handicap i ét år, fordi 1995-undersøgelsen blev foretaget tidligt på året.

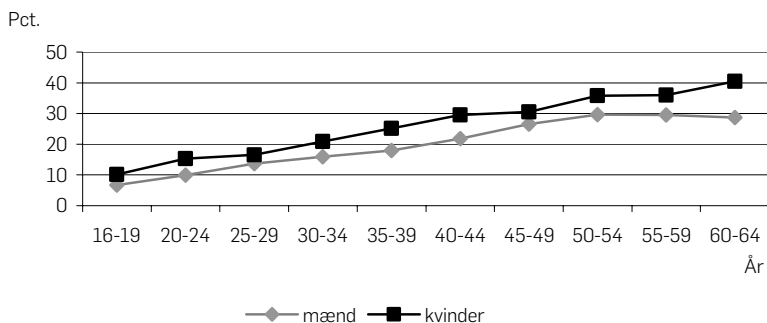
## JO HØJERE ALDER, DES FLERE MED HANDICAP

Figur 3.5 viser, hvor stor en andel af kvinder og mænd i forskellige aldersgrupper der rapporterer at have et handicap eller en længerevarende sygdom. Det viser sig ved en opdeling på grupper, at de 25 pct. dækker over en meget betydelig variation, fra 8 pct. i den yngste aldersgruppe til 35 pct. i den ældste. Andelen af kvinder med handicap er gennemgående 5 procentpoint større end andelen af mænd i samme aldersgruppe. Den

tilsvarende figur fra 1995 ser ligesådan ud, blot er der lidt mindre forskel mellem andelen af mænd og kvinder under 40 år og lidt mere forskel over.

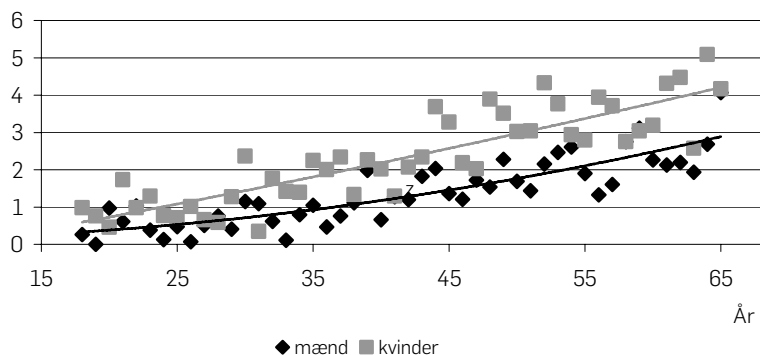
FIGUR 3.5

Andel kvinder og mænd med handicap, efter alder. 2006. Procent.



FIGUR 3.6

Gennemsnitlig grad af funktionsnedsættelse målt i de i undersøgelsen anvendte 'point' for kvinder og mænd, efter alder. 2006.



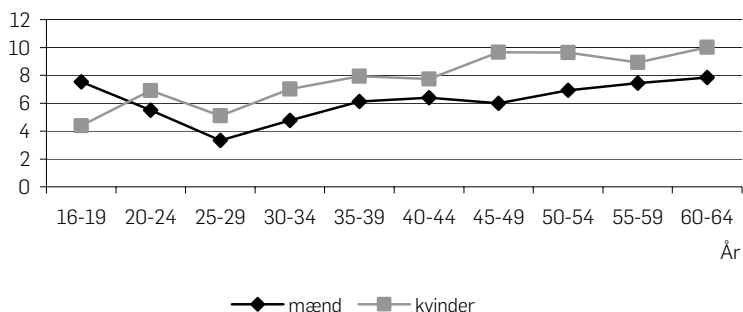
Figur 3.6 viser det gennemsnitlige samlede mål for funktionsnedsættelse for hver aldersgruppe mellem 16 og 64 år i 2006. I teenageårene har man i gennemsnit et halvt point, og det stiger med alderen til 3-4, når man er over 60. I gennemsnit har man således svært ved at bukke sig ned og samle noget op fra gulvet, at følge et tv-program med en for andre ac-



ceptabel lydstyrke eller at holde på kaffekoppen med både højre og venstre hånd, når man er over 60. Gennemsnittet dækker dog over en stor variation, så de fleste har let ved disse ting. 1995 giver et lignende billede, men de to kurver bøjer mere og fjerner sig mere fra hinanden.

FIGUR 3.7

Gennemsnitlig grad af funktionsnedsættelse for kvinder og mænd med handicap, målt i de i undersøgelsen anvendte 'point', efter alder. 2006.



For mænd vokser den gennemsnitlige funktionsnedsættelse fra omkring 1/2 point i 20-årsalderen til omkring 2 1/2 point i 60-årsalderen. For kvinder ser vi, at den gennemsnitlige funktionsnedsættelse vokser fra omkring 1/2 point i 20-årsalderen til over 3 1/2 point i 60-årsalderen. Det ser altså ud til, at kvinder efter 20-årsalderen er betydeligt mere handicappede end mænd. Forskellen er voksende gennem 20'erne, 30'erne og 40'erne, men holder sig fra 50-årsalderen på mellem 1 og 1 1/2 point.

Det begrænsede antal respondenter i undersøgelsen gør, at prikkerne ikke kommer til at ligge på en helt lige linje. De tilfældige variationer er dog ikke større, end at det samlede billede er klart. Undersøgelsen i 1995 gav nogenlunde samme resultat. Der er enkelte årgange, hvor vi finder flere mænd end kvinder med handicap. Det gælder grupperne på 20, 28, 31 og 59 år. Men det er tydeligt, at der her er tale om tilfældige variationer, for alt i alt følger mændenes gennemsnit et lavere forløb end kvindernes.

Den gennemsnitlige funktionsnedsættelse dækker over, at et stort antal har en funktionsnedsættelse på 0 og et mindre antal en funktionsnedsættelse, der er større end 0. I figur 3.7 ser vi kun på den sidstnævnte gruppe. Her bliver forskellen efter alder naturligvis meget min-

dre, fordi de mange friske unge ikke længere indgår i gennemsnittet. I 1995 fik man et lignende billede, dog med mindre forskel mellem gennemsnitlig pointscore for mænd og kvinder under 50 år og mere over.

Den yngste gruppe er mindst, så man skal ikke fæste sig ved detaljer angående denne, men blot bemærke, at 16-19-årige ligesom 20-24-årige med handicap har et gennemsnit på 6 point. Herefter ser vi et fald frem til 27 år, som kan hænge sammen med, at der er mennesker med handicap, som dør tidligt. Derefter ses en jævn stigning fra 28 til 64 år, fra et gennemsnit på 4 point til et gennemsnit på 9. Kvinder ligger knap 2 point over mænd, bortset fra i de yngste grupper. Sidst i 40'erne og omkring 50 er der en særlig stor forskel på op til 4 point.

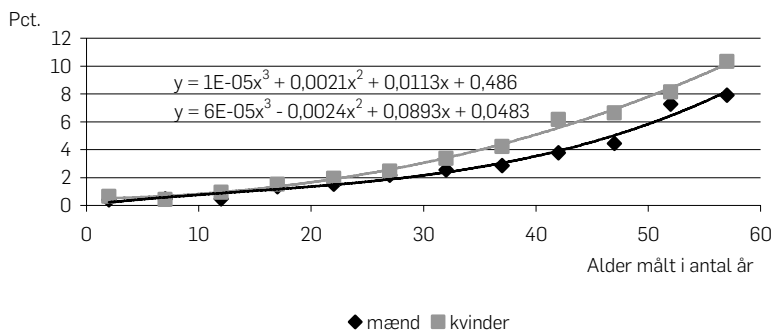
## RISIKO FOR AT ERHVERVE HANDICAP

Når fire femtedele af alle handicap er erhvervede, er det ikke uvæsentligt, hvad der betinger, at man erhverver sig et handicap. Undersøgelser i Storbritannien (Ebrahim et al., 2004) har fundet en negativ sammenhæng med socio-økonomisk status både målt ved erhverv og ved hus- og bilerjerskab. I Norge har Hagen et al. (2006) i en stor registerundersøgelse fundet en negativ sammenhæng mellem uddannelse og arbejdshandicap, der skyldes kroniske rygsmerter. Der er også sammenhæng med *Body Mass Index*, det såkaldte BMI, der angiver vægt og højde (Ferraro et al., 2002), og med dyrkelse af motion (Boyle et al., 2007).

Spørgsmålet om, hvornår man har erhvervet sit handicap, kan kun stilles til mennesker med handicap. Alligevel kan svarene på dette spørgsmål godt bruges til at sige noget om alle menneskers risiko for at erhverve sig et handicap. For at vurdere denne risiko kan man se på, hvor stor en del af de mere end x-årige, som undersøgelsen dækker, der har erhvervet sig deres handicap som x-årige. Hvis alle processer er stationære, og folk ikke dør, giver det et udtryk for risikoen for at erhverve handicap i denne alder. Det kan også siges, at man finder risikoen for at erhverve et handicap, som man ikke dør ret hurtigt af.

FIGUR 3.8

Kvindens og mænds risiko for handicap i 5-års-aldersgrupper. I procent, beregnet på basis af undersøgelsen i 2006.



Figur 3.8 viser, at risikoen varierer mellem 0,5 pct. og 7,5 pct., og den er i det væsentlige stigende med alderen. Man skal være opmærksom på, at der med højere alder er mindre datagrundlag for beregningen, så tallene for de ældste grupper er ikke lige så sikre som for de yngste. Den tilsvarende figur fra 1995 ser ligesådan ud, dog stiger kvindernes risiko mere med alderen, så figuren kommer til at ligne et opadbøjet kræmmerhus.

Indtil 20-årsalderen er der ikke større forskel mellem mænds og kvinders risiko for at erhverve et handicap. Derefter stiger kvindernes risiko, således at den i 30'erne og især i 40'erne er omkring 1 1/2 procentpoint større end mændenes målt på en 5-års periode. Op mod 60-årsalderen nærmer mændenes risiko for handicap sig kvindernes. Men som følge af det mindre datagrundlag her er disse tal dog usikre. Og det er kun tilfældet i 2006-undersøgelsen, ikke i 1995.

## ER DET NOGET, DER KAN SES?

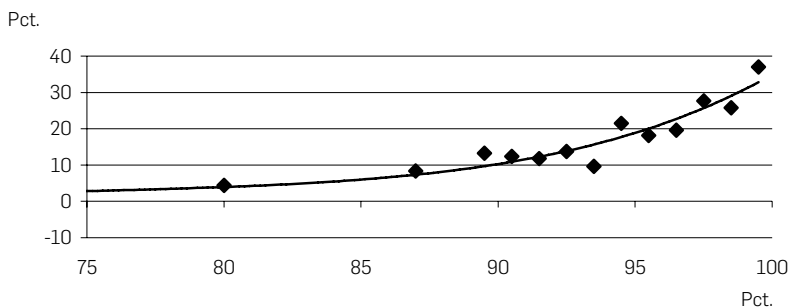
Vi har spurgt folk, om deres handicap er synligt, vel vidende at 'synlighed af et handicap' er et mangetydigt begreb. LoBianco og Sheppard-Jones (2007) har i en stor amerikansk undersøgelse vist, at denne selvoplevede synlighed både er bestemt af forhold, som angår funktionsevnen, og af forhold, som angår aktivitet og deltagelse. Således mente folk, der så andre mennesker og deltog i aktiviteter, sjældnere, at deres handicap var synligt.

Synlighed belyses i undersøgelsen gennem spørgsmålet: ”Vil en person, du ikke kender, af sig selv finde ud af, at du har et længerevarende helbredsproblem eller handicap, hvis du er sammen med vedkommende i 5 minutter?” Vi ser på dette spørgsmål, inden vi går nærmere ind på sammenhængen mellem køn og handicap, fordi resultaterne her skal bruges i den forbindelse.

På figur 3.9 er befolkningen stillet således op, at personer med størst funktionsnedsættelse kommer længst til højre. Ved 99,5 på skalaen kan man således aflæse, at af den procent af befolkningen, der har den største grad af funktionsnedsættelse – den svarer til ca. 35.000 mennesker – mener 37 pct., at deres handicap er synligt. Selv når denne procent deles op i mindre dele, finder man stadig, at under halvdelen mener, at deres handicap ikke er synligt. Det er et overraskende lille tal, men det er altså folks egen oplevelse.

FIGUR 3.9

Andel af de 16-64-årige med synligt handicap i forhold til percentiler af funktionsnedsættelse. (Det vil sige, at befolkningen er stillet på række, så den med størst funktionsnedsættelse står yderst til højre.) 2006.

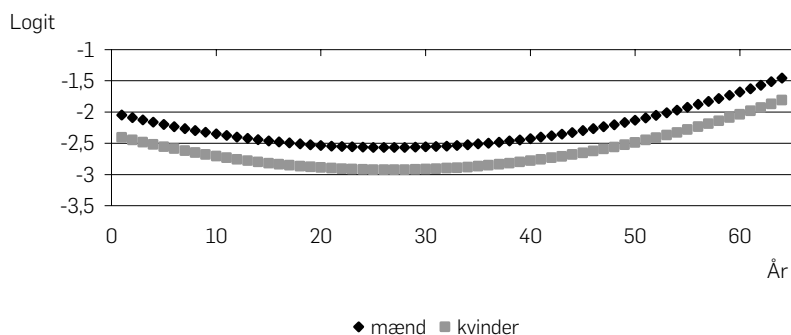


På figur 3.9 ser vi andelen med synligt handicap, som faktisk findes blandt mennesker med mere eller mindre funktionsnedsættelse. Men synlighed kan variere med meget andet end omfanget af den samlede funktionsnedsættelse. Det har sikkert også betydning, hvilke funktionsnedsættelser det drejer sig om, og helt andre forhold som køn og alder kan også spille en rolle.

For at finde ud af det foretager vi en logistisk regressionsanalyse. Den viser, at tidligt erhvervede handicap er mere synlige end senere erhvervede. Men det beror mest på, at de også er mere alvorlige. Når man holder funktionsevnedens karakter konstant, finder man, at handicap, som er erhvervet, mens personen var mellem 20 og 40 år, er mindre synlige end handicap, som er erhvervet, mens personen var enten yngre eller ældre. Især er de handicap, som erhverves fra 55 år og frem, synlige, når man holder funktionsevnedens karakter konstant.

FIGUR 3.10

Handicappets synlighed i forhold til alder for erhvervelse af handicap. 2006.

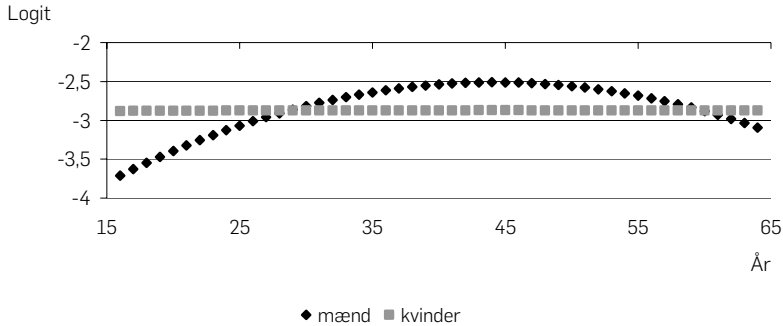


Forskellen i odds er alt i alt en faktor 2. Det ses på figur 3.10, som gælder en person på 45 år. Variationen med alder fremgår af figur 3.11.

Her kan man se, at hvis man er en mand med handicap og er 20 år, er odds for synlighed kun halvt så store, som hvis man er sidst i 30'erne. Fra 50 år og op kommer der en tendens til, at handicap med højere alder igen i meget færre tilfælde opleves som synlige. Her kan mændene muligvis tænke på, at de ikke ser så meget mere handicappede ud end mange andre i deres alder. For kvinder hænger handicappets synlighed derimod ikke sammen med alderen.

FIGUR 3.11

Handicappets synlighed i forhold til alder. 2006.



TABEL 3.1

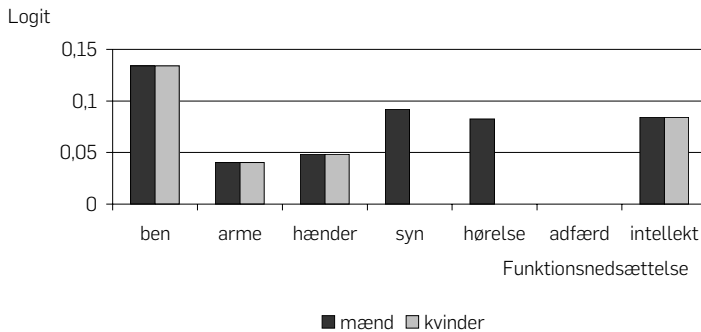
Handicappets synlighed. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	beta	p	20	30	40	50	60
Ben	0,134	0,0000	0,181	0,162	0,143	0,125	0,106
Arme	0,04	0,0245	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
Hænder	0,04	0,0000	0,04	0,04	0,04	0,04	0,048
Syn	-	0,3860	-	-	-	-	-
Hørelse	-	0,2918	-	-	-	-	-
Adfærd	-	0,7627	-	-	-	-	-
Intellekt	0,08	0,0003	0,08	0,08	0,08	0,08	0,084

Der er stor forskel på, hvor synlige de forskellige funktionsnedsættelser er. Funktionsnedsættelser, som angår ben, er langt mere synlige end andre, og de er mere synlige hos yngre end hos ældre. For en person på 50 år betyder 10 point mere, at oddsene, for at handicapet er synligt, bliver 3,5 gange større. Det kan vel næppe overraske, at den person, der slet ikke kan gå, har 17 gange større odds, for at handicapet er synligt. I realiteten betyder det, at dette handicap altid er synligt. For andre dimensioner af mobilitet betyder 10 point, at oddsene bliver omkring halvdelen gange større. For en funktionsnedsættelse, der handler om intellekt, giver 5 point nogenlunde samme virkning.

FIGUR 3.12

Handicappets synlighed. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for ben gælder det kun for personer på 45 år). 2006.



For sansehandicap gælder specielt, at mænd mener, at disse er meget mere synlige, end kvinder mener. Når man betragter litteraturen, kan man undre sig over, at køn ikke gør større forskel på figur 3.12. Det er nemlig en udbredt opfattelse, at synligheden af handicap betyder noget helt specielt for kvinder (Banks & Kaschak, 2003; Zitzelberger, 2005).

### HVORDAN HÆNGER HANDICAP SAMMEN MED KØN?

Mænd oplever generelt handicap som en større trussel, end kvinder gør (Robertson, 2006), og det vil derfor ikke være overraskende, hvis mænd med funktionsnedsættelse i mange tilfælde vil være tilbøjelige til at fornægte deres funktionsnedsættelse. Undersøgelsen finder faktisk et større antal kvinder end mænd med handicap, som det ses på figur 3.12. 27 pct. af kvinderne og 21 pct. af mændene siger, at de har et handicap eller en langvarig sygdom eller er nedslidte. Hvis vi ikke regner de nedslidte med, er tallene henholdsvis 23 og 19 pct. Det betyder, at af mennesker med handicap mellem 16 og 64 år er 44 pct. mænd og 56 pct. kvinder.

Når man borer dybere i datamaterialet om køn og handicap, er der imidlertid grund til at tro, at der sker en underrapportering fra mændenes side, således at den fundne forskel i virkeligheden slet ikke er så stor. Der er ting, der tyder på, at en del af de mænd, der har sagt nej til spørgsmålet om handicap, i virkeligheden burde have sagt ja. Ligeledes er der tegn på, at en del mænds oplysninger om størrelsen af deres handicap

ikke er vurderet efter den samme målestok som de tilsvarende oplysninger fra kvinderne i undersøgelsen.

Ser man på medfødt handicap, viser tidligere undersøgelser, at der fødes flere drenge end piger med handicap (Merrick & Carmeli, 2003). Og i Danmark er omkring 60 pct. af de handicappede børn, som kommunerne kender til, drenge (Bengtsson et al., 2003). Der bør således også i denne undersøgelse være flere mænd end kvinder med medfødt handicap. Men ser vi på tallene i undersøgelsen, viser der sig det modsatte billede. 55 pct. (45.100) af dem med medfødt handicap er kvinder, mens 45 pct. (37.300) er mænd. I 1995 fandt vi en lignende forskel, her var endda 57 pct. kvinder og 43 pct. mænd. Antager vi, at antallet for kvinder er tilnærmelsesvist korrekt, burde der i 2006 være mindst 50.000 mænd med medfødt handicap, men undersøgelsen viser kun godt 37.000. Det tyder på, at nogle mænd ikke har rapporteret deres handicap. For hver tre mænd med medfødt handicap i undersøgelsen, mangler vi mindst én.

Dette billede forstærkes, hvis vi ser på, hvor mange der har været på institution som små. Det er der ganske få personer i udvalget, der har, men regnet op til befolkningen bliver det 3.500 kvinder og 2.900 mænd med handicap, der har været på institution for handicappede og syge som små.

Heldigvis har vi også stillet dette spørgsmål til en del af dem, der sagde, at de ikke havde handicap. Her finder vi, at ingen af kvinderne, men 3.900 af mændene har været på en sådan institution som små. Selv om ingen af disse tal er store nok til at være signifikant forskellige fra 0 ( $p$  er mellem 0,15 og 0,20), peger det i retning af, at der blandt de mænd, der har sagt, at de ikke havde handicap, skjuler sig en del, som nok alligevel har noget i den retning.

Endelig er der ting, der tyder på, at mænd fremstiller deres handicap som mindre alvorlige, end kvinder gør. Det viser sig, når vi ser på synlige handicap. Vi skal senere se, at jo mere alvorlig, en funktionsnedsættelse er, des oftere er den synlig. Synlighed kan således betragtes som et tegn på funktionsnedsættelsens omfang.

De 5 pct. af mændene, der har den største grad af funktionsnedsættelse, har gennemsnitligt et pointtal på 20,8. De 5 pct. af kvinderne, der har den største grad af funktionsnedsættelse, har gennemsnitligt et pointtal på 25,3. Ud fra mænds og kvinders fordelinger på grader af funktionsnedsættelse skulle man forvente, at der var 57.400 kvinder og



38.900 mænd med synlige handicap. I virkeligheden er der 46.800 kvinder og 50.500 mænd, som svarer, at deres handicap er synligt. Det tyder på, at mænd undervurderer og kvinder overvurderer deres handicap.

Dette mønster finder Merrild et al. (1997) ligeledes. De kontrollerede selvrapporeret handicap fra knap 1.500 ældre mennesker ved at lade dem prøve at udføre syv aktiviteter. Det viste sig, at et flertal havde vurderet deres funktionsevne rigtigt. Men en stor gruppe mænd rapporterede bedre funktion, end de havde, og en stor gruppe kvinder rapporterede ringere. I HUNT (Helse Undersøkelserne Nord Trøndelag 1985 og 1995) finder man derimod, at lige mange mænd og kvinder rapporterer funktionsnedsættelser.

Meget tyder på, at danske kvinder oplever deres handicap stærkere end mænd og derfor også i højere grad giver udtryk for, at de har det. En grund til, at de oplever det stærkere, kan være, hvis det har større konsekvenser for dem. Det er der en del forskere, der mener, at det har. Der er litteratur om dobbelt diskriminering på grund af både handicap og køn (Fairchild, 2002) og om, at kroppen – og dermed den handicappede krop – betyder mere for kvinder (Schriempf, 2001).

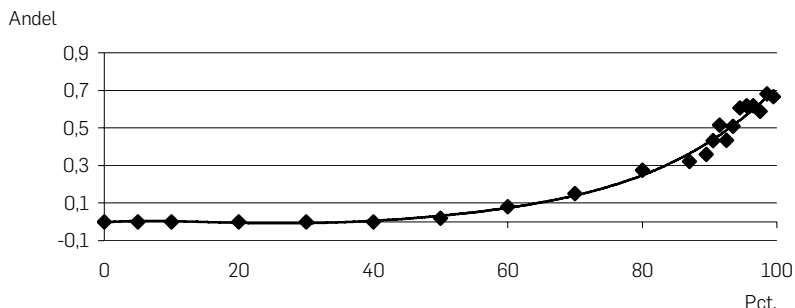
## HANDICAP ER OFTE MERE END FUNKTIONSNEDSÆTTELSE

Begrebet funktionsnedsættelse handler om specifikke ting, man kan eller ikke kan. Det gør begrebet præcist, men det gør også, at der er sider af handicap, som det ikke indfanger. Menneskers stræben, energi og udholdenhed påvirkes også af flere forhold. To af disse er, om man ofte lider af smerter, og om man kan forvente, at handicappet bliver større med tiden (progredierer).

Spørgsmålet om smerter er kun stillet til mennesker med handicap, selv om det også godt kunne være stillet til mennesker uden handicap. Det begrænser mulighederne for at se, hvordan smerter hænger sammen med handicap. 42 pct. af de mennesker, der har handicap, har ofte smerter. Der er lidt flere kvinder end mænd, der ofte har smerter, men det er dog ingen stor forskel. Forekomst af smerter varierer med funktionsnedsættelse, fra 1/4 blandt dem med ingen funktionsnedsættelse til 2/3 blandt de 3-4 pct. med størst funktionsnedsættelse, som det fremgår af figur 3.13. Figuren fra 1995 ser nogenlunde ligesådan ud.

FIGUR 3.13

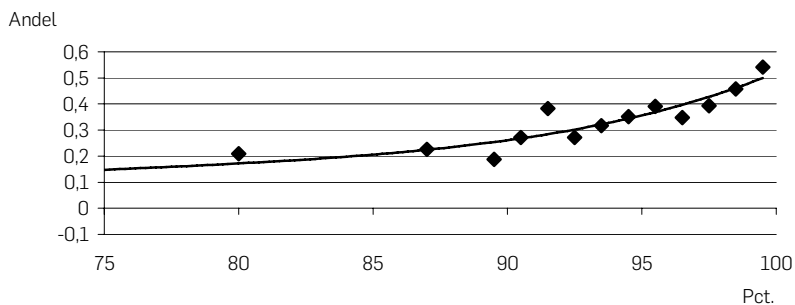
Andel af de 16-64-årige, som ofte har smerter, set i forhold til percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



Det siger sig selv, at det er en stor belastning at leve med stadige smerter. Det er da også én af de størrelser, vi vil trække ind i analysen for at se, hvor meget den betyder for de begrænsninger, som mennesker med handicap oplever. Mobilitetshandicap og intellektuelt handicap er især forbundet med smerter, og handicap erhvervet som voksen er det mere end handicap erhvervet som barn.

FIGUR 3.14

Andel af de 16-64-årige med progredierende handicap, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



Andelen af handicap, der er progredierende, er jævnt stigende med funktionsnedsættelse, fra knap 1/5 til knap 1/2. Mobilitet og syn er i højere grad progredierende handicap end andre dimensioner af funk-

tionsnedsættelser, men alle handicap undtagen adfærd er mere progredierende med højere grad af funktionsnedsættelse.

På figur 3.14 er de knap 25 pct. af befolkningen, som svarer, at de har handicap eller langvarig sygdom, eller at de er nedslidte af arbejde, stillet op efter grad af funktionsnedsættelse. Først den del, der ikke har nogen funktionsnedsættelser, og derefter dem, der har højere og højere grad. For hver gruppe angives med en lille firkant, hvor stor en del af gruppen der har oplyst, at deres handicap er progredierende. Andelen og sammenhængen var nogenlunde den samme i 1995.

## HVORAF KOMMER HANDICAP?

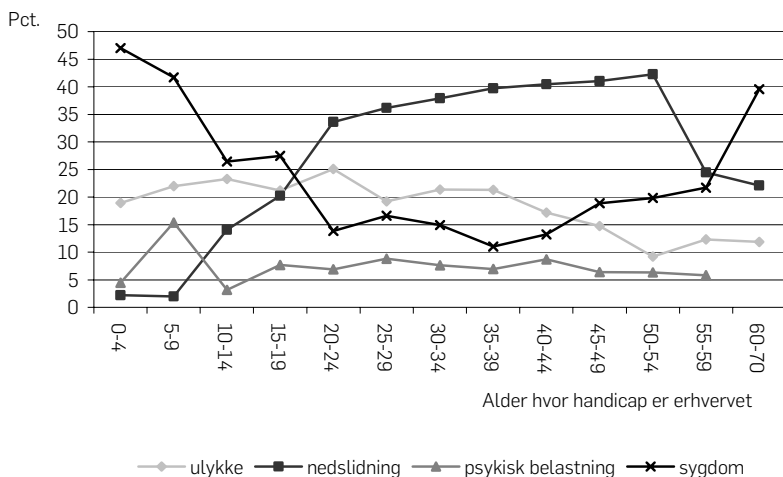
I gruppen af mennesker med handicap mellem 16 og 64 år er kun 11 pct. født med deres handicap. Resten har erhvervet det senere. Denne gruppe er blevet spurgt om, hvordan handicappet er erhvervet, og hvor det er sket. En tredjedel mener, at det er sket ved nedslidning, en femtedel siger, at det skyldes sygdom, og en lille femtedel siger ulykker. Disse risici varierer med alderen (figur 3.15).

Nedslidning sker i voksende omfang fra teenageårene og frem til starten af 50'erne. Sygdomme gør sig omvendt mest gældende som årsag til handicap i børneårene og for ældre. Ulykker betyder mest frem til 40-årsalderen, hvorefter de bliver sjældnere. Psykisk belastning, som er en mindre betydningsfuld årsag til handicap, gør sig især gældende for børn i de første skoleår.

For mænd er det oftere ulykker (der er en forskel på 9 procentpoint), for kvinderne oftere psykisk belastning og sygdom, der har været årsagen til deres handicap. Figuren afspejler de velkendte faser af livet: barndom og ungdom som en periode for udvikling og forandring, voksenalderen mellem 20 og 54 år som en periode af stabilitet, hvor farerne skifter karakter fra ulykker til nedslidning, og derefter en ny periode af forandring, som kommer før for nogle end for andre.

FIGUR 3.15

Hvordan er handicappet opstået? Set i forhold til alder, hvor handicapet er erhvervet. Procent. 2006.



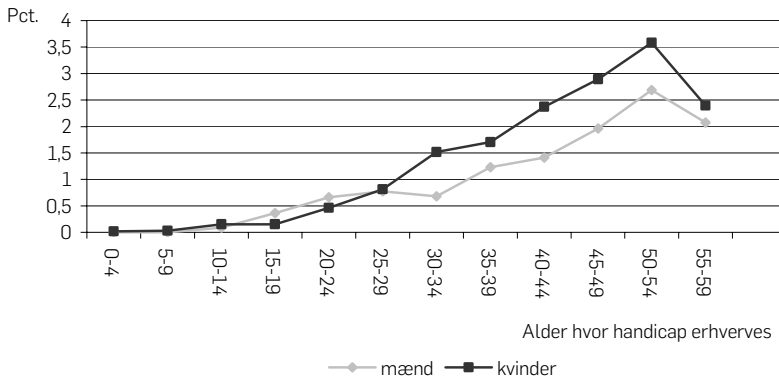
Tallene bag figur 3.16 fordeler erhvervede handicap på de årsager, respondenterne har opgivet for hver 5-årsgruppe set i forhold til, hvornår handicappet er erhvervet. Disse tal kan kombineres med tallene bag den tidligere viste figur 3.15, hvor risikoen for at erhverve handicap i forskellige aldersgrupper blev beregnet. Tilsammen giver disse tal udtryk for, hvad risikoen er for at erhverve handicap i forskellige aldersgrupper af de nævnte årsager.

Når man ganger andelen af handicap, der er opstået ved nedslidning, med risikoen for at erhverve handicap i forskellige aldersgrupper, kommer man frem til tallene i figur 3.17. Den viser ikke overraskende, at risikoen for handicap på grund af nedslidning vokser med alderen frem til først i 50'erne, hvor den er 2 pct. for mænd og knap 3 pct. for kvinder over en 5-årig periode. Op til 29 år har mænd og kvinder omtrent samme risiko for handicap på grund af nedslidning. Mellem 30 og 54 år er der en forskel på omkring 1 1/2 procentpoint.

Den tilsvarende figur fra 1995 minder om denne, men med den forskel, at kvindernes risiko for at få handicap på grund af nedslidning stiger meget mere efter de 40 år, end det her er tilfældet. Procenten når næsten op på 6 for kvinder sidst i 50'erne. Det må dog erindres, at for denne beregning er talgrundlaget dårligere, jo højere alderen er.

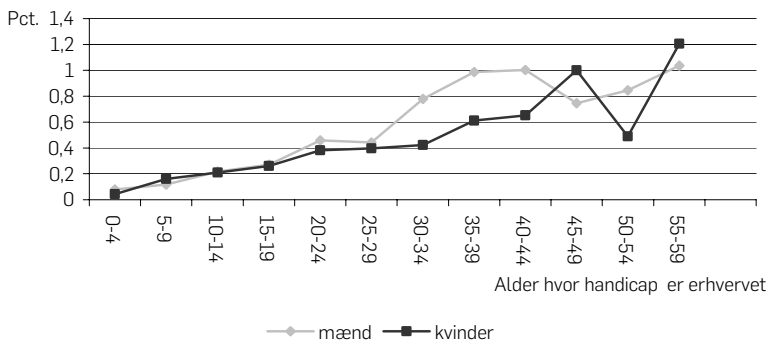
FIGUR 3.16

5-års risiko for handicap på grund af nedslidning for kvinder og mænd. Procent. 2006.



FIGUR 3.17

5-års risiko for handicap ved ulykker for kvinder og mænd. Procent. 2006.



En regressionsanalyse viser, at det betyder, at kvinderne har næsten 1 1/2 gange så store odds for at rammes af handicap på grund af nedslidning, mens de er mellem 30 og 54 år gamle, mens deres odds for at rammes af handicap på grund af nedslidning ikke afviger signifikant fra mændenes i de yngre aldersgrupper.

Figur 3.17 viser risikoen for at blive ramt af handicap som følge af ulykker. Risikoen er nogenlunde den samme for mænd og kvinder op

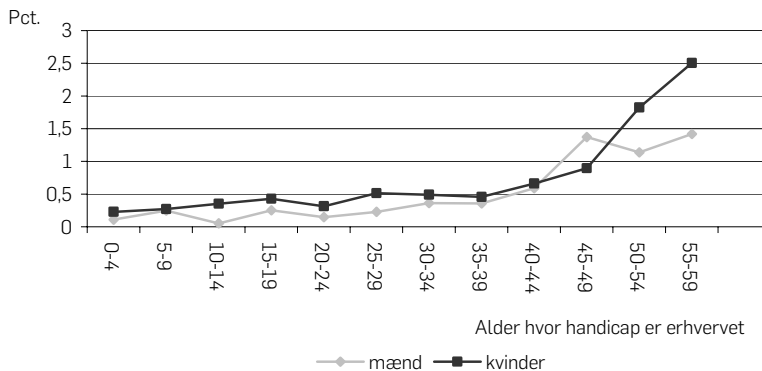
til 29 år. For dem, der er 30 og mere, er mænds odds for at pådrage sig handicap gennem ulykker imidlertid 2 1/2 gange større end kvinders.

Den tilsvarende figur fra 1995 viste ikke den samme overrisiko i aldersgrupperne 30-44 år for mænd sammenlignet med kvinder, som vi ser i 2006. Til gengæld så vi en meget mindre overrisiko 10 år tidligere. Det er således muligt, at det drejer sig om et generationsfænomen. Det skal dog understreges, at undersøgelsespopulationerne er alt for små til, at man kan drage sikre konklusioner.

Figur 3.18 viser risikoen for at rammes af handicap som følge af sygdom. Sammenlignet med de øvrige risici er den ret stor i børnealderen. Risikoen for handicap som følge af sygdom er gennemgående større for kvinder end for mænd. På den tilsvarende figur fra 1995 fandt vi i aldersgrupperne 15-50 år en langt større overrisiko for kvinder end den beskedne forskel, der her er tale om.

FIGUR 3.18

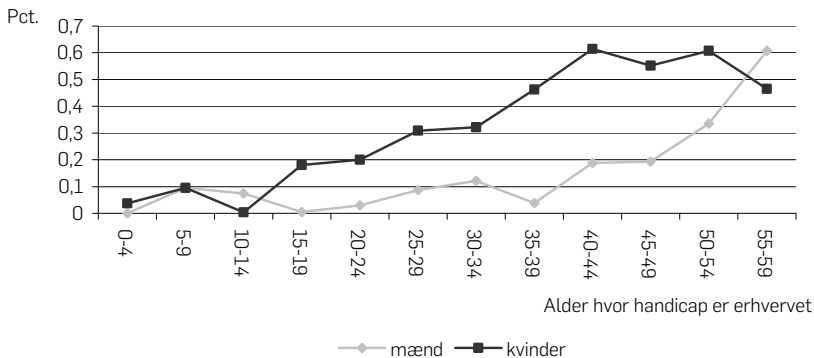
5-års risiko for handicap på grund af sygdom for kvinder og mænd. Procent. 2006.



Figur 3.19 viser risikoen for at få et handicap som følge af en psykisk belastning. Mellem 15 og 54 år er denne risiko langt større for kvinder end for mænd. Logistisk regressionsanalyse viser, at odds for kvinder er tre gange større end for mænd. I 1995 var disse tal meget mindre og derfor også meget usikre, men op til 25 år mindede billedet om det nuværende.

FIGUR 3.19

5-års risiko for handicap på grund af psykisk belastning for kvinder og mænd. Procent. 2006.



TABEL 3.2

Hvordan er handicappet opstået? Personer med given største funktionsnedsættelse, fordelt efter hvilken årsag de har angivet til, at handicappet opstod. 2006.

Funktionsnedsættelse	Ulykke	Nedslidning	Psykisk belastning	Arvelig sygdom	Ikke-arvelig sygdom	Andre årsager	Total
Ben	24	19	6	7	11	26	100
Arme	23	48	3	7	17	11	100
Hænder	21	44	3	6	6	15	100
Syn	17	32	5	14	9	17	100
Hørelse	18	34	2	8	11	23	100
Adfærd	10	23	31	11	10	13	100
Intellekt	16	35	11	7	5	16	100
I alt	18	33	7	10	7	22	100

De forskellige former for funktionsnedsættelser opstår på lidt forskellig måde. Motoriske handicap opstår relativt ofte ved ulykker, og hvis de angår arme og hænder, opstår de i næsten halvdelen af tilfældene ved nedslidning. Sygdomme er én af de almindelige grunde til motoriske handicap, som angår benene. Handicap, der har at gøre med adfærd, er de eneste, der i større omfang opstår ved psykisk belastning. Det sker i

en tredjedel af tilfældene. Det fremgår i øvrigt af tabel 3.2, hvordan personer, der har deres største funktionsnedsættelse på hver af de syv dimensioner, fordeler sig på, hvordan handicapet er opstået.

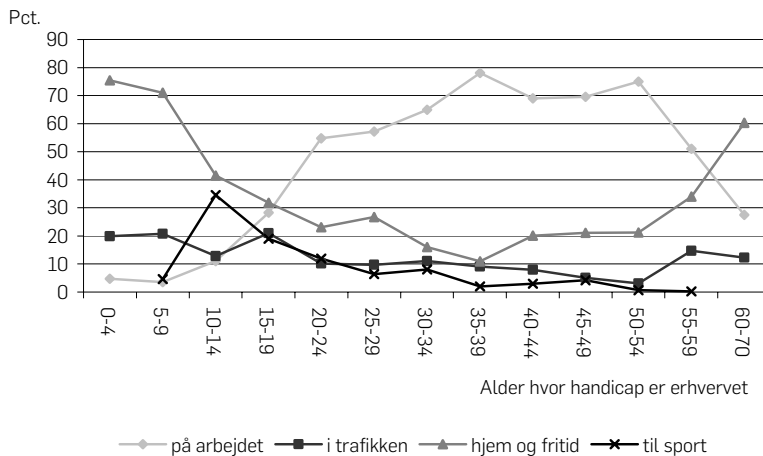
## HVOR ERHVERVER MAN HANDICAP?

Figur 3.20 viser fordelingen af, hvor respondenterne med erhvervet handicap mener, at de har erhvervet sig deres handicap, set i forhold til den alder, de havde, da de erhvervede handicapet.

Arbejdet er det sted, hvor flertallet af handicap opstår. 3/5 af dem, der har erhvervet handicap, mener, at det er opstået på arbejdet. Hjem og fritidsomgivelser tegner sig for 1/4 og trafikken for 1/10 af de erhvervede handicap (figur 3.20). Den tilsvarende figur fra 1995 mindede om den, der var dog endnu flere, som erhvervede handicap på arbejdet, og tilsvarende færre i hjem og fritid.

FIGUR 3.20

Hvor erhverver man handicap? Set i forhold til alder, hvor handicapet er erhvervet. Procent. 2006.



Også her er der en betydelig variation med alderen. Arbejdet er naturligvis især åstedet i de år, hvor de fleste arbejder; i alderen 35-55 erhverves

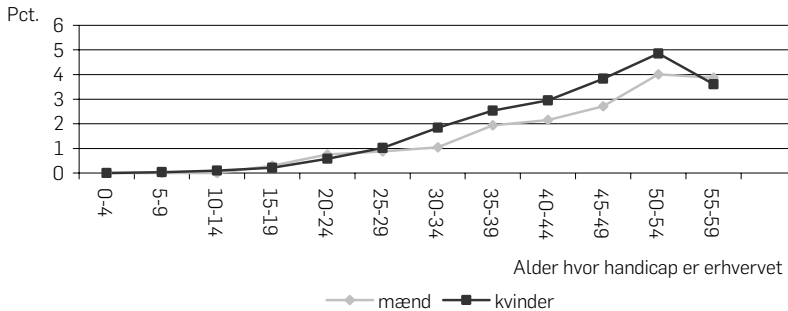


70 pct. af handicappede på arbejdspladsen, mens hjem og fritid omvendt er stederne, hvor mange børn og ældre erhverver sig deres handicap. Trafikken er især farlig frem til 20-årsalderen og igen fra 55 år. Sport er især stedet mellem 10 og først i 20'erne, men det er jo nok, fordi det er den alder, hvor de fleste dyrker sport.

Man har relativt stor sandsynlighed for at erhverve handicap på sit arbejde, ikke mindst når man kommer op i 50'erne (jf. figur 3.21). I denne aldersgruppe er sandsynligheden for at få et handicap på arbejdet næsten 7 pct. for en kvinde og over 6 pct. for en mand. Kvinder har op til 30-årsalderen samme risiko for at få et handicap på deres arbejde som mænd, mens deres risiko er lidt højere over denne alder. I 1995 var billedet tilsvarende, dog var kvindernes risiko for handicap på arbejdet meget større, end den nu fremtræder.

FIGUR 3.21

5-års risiko for handicap på arbejdet for kvinder og mænd. Procent. 2006.



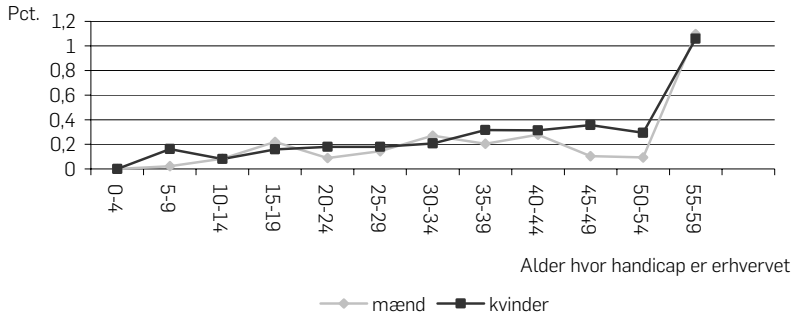
Risikoen for at pådrage sig et handicap i trafikken er ikke stor, og den er nogenlunde den samme for de to køn i de fleste aldersgrupper (figur 3.22). Kun omkring 50-årsalderen er risikoen markant større for kvinder end for mænd. Billedet i 1995 var ligesådan.

Figur 3.23 viser risikoen for at pådrage sig handicap ved sport. Der er relativt få, der pådrager sig handicap på denne måde. Det sker mest i de yngre år, men dog også i et vist omfang op til 50-årsalderen. For mænd er risikoen større fra 10 år og odds for at få et handicap på denne måde er omkring det dobbelte af, hvad det er for kvinder. Sport

udgør en meget mindre risiko end de øvrige områder, vi har betragtet, og på grund af det lille talgrundlag for beregningen er aldersgruppen over 50 år ikke medtaget her.

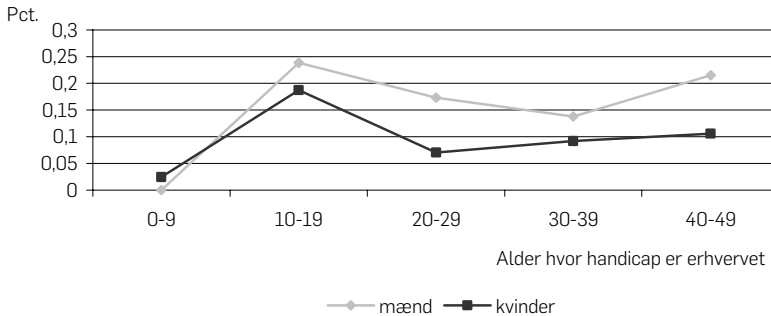
FIGUR 3.22

5-års risiko for handicap i trafik for kvinder og mænd. Procent. 2006.



FIGUR 3.23

10-års risiko for handicap ved sport for kvinder og mænd. Procent. 2006.



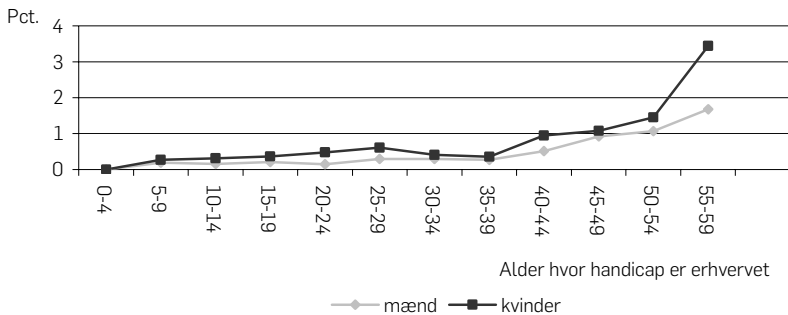
I 1995 så billedet lidt anderledes ud. Da havde kvinderne i alderen mellem 10 og 30 år klart større risiko for at pådrage sig handicap ved sport end mændene.

Endelig viser figur 3.24 risikoen for at pådrage sig handicap i hjem og i fritid. I de fleste aldersgrupper er den meget lille, men den

stiger brat op mod 60 år. Formentlig stiger den endnu mere i de aldersgrupper, der følger efter, men det har vi ikke mulighed for at belyse i denne undersøgelse. Risikoen er konsekvent større for kvinder end for mænd. Kvinders odds for at få handicap i hjem og fritid er 1 1/2 gange oddsene for mænd. Billedet fra 1995 ligner det, vi ser for 2006, men kvinderne havde lidt større overrisiko.

FIGUR 3.24

5-års risiko for handicap i hjem og fritid for kvinder og mænd. Procent. 2006.



TABEL 3.3

Hvor er handicappet/sygdommen opstået? Personer med given størst funktionsnedsættelse, fordelt efter hvilket åsted de har angivet, at handicappet opstod. 2006.

Funktionsnedsættelse	På arbejdet	I trafikken	I hjemmet	Til sport	I fritiden i øvrigt	Total
Ben	47	10	22	7	15	100
Arme	65	13	6	7	9	100
Hænder	71	11	9	2	7	100
Syn	44	19	14	10	13	100
Hørelse	56	7	12	7	18	100
Adfærd	48	8	33	2	10	100
Intellekt	64	10	13	6	8	100
I alt	59	10	14	6	11	100

Det er forskelligt, hvor de enkelte funktionsnedsættelser opstår. Næsten 60 pct. af alle opstår efter respondenternes egen mening på arbejdet. Og funktionsnedsættelser, der angår hænder, arme, intellekt og hørelse opstår i særlig grad her. Trafikken og sporten er i særlig grad ansvarlig for skader på synet. Endvidere mener man, at 1/3 af funktionsnedsættelserne på adfærden stammer fra hjemmet. Det stemmer ganske godt med, hvad psykologer mener. Tabel 3.3 giver i øvrigt tallene for, hvor respondenterne mener, at deres handicap er opstået. Det skal understreges, at der er tale om folks egne meninger. Det kan være sandheden for dem selv, men det er ikke nødvendigvis sandt i en videnskabelig betydning af ordet.

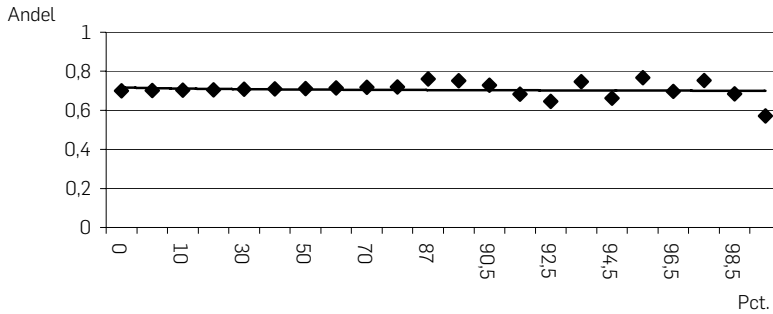
## HVAD BETYDER DET FOR FAMILIEN?

Der er ingen betydelig eller signifikant sammenhæng mellem grad af funktionsnedsættelse i sig selv og samliv, men en svag tendens til, at mennesker med høj grad af funktionsnedsættelse i lidt mindre grad har en samlever. Såvel blandt mennesker uden handicap som blandt mennesker med handicap lever 74 pct. i parforhold. Når man ser på andelen af samlevende i forhold til grad af funktionsnedsættelse, finder man en smule færre samlevende blandt de 10 pct. med størst funktionsnedsættelse og betydeligt færre samlevende blandt den ene procent med allerstørst funktionsnedsættelse (jf. figur 3.25). Det er bemærkelsesværdigt, at vi i 1995 ikke fandt nogen tilsvarende forskel mellem andel samlevende for mennesker med mere eller mindre funktionsnedsættelse.

Man må se nærmere på tallene for at finde frem til, hvordan samliv hænger sammen med funktionsnedsættelse. Der er nemlig en sammenhæng, men blot ikke med alle dimensioner af funktionsnedsættelse. En logistisk regression viser, at funktionsnedsættelser på ben, adfærd og intellekt har signifikant betydning for, om man er samlevende, mens hørelse er på grænsen. Syn betyder noget for unges samliv, og funktionsnedsættelse på arme noget for mænds samliv. Regressionen er gennemført for respondenter mellem 30 og 64 år, idet disse aldersgrupper i befolkningen som helhed har næsten samme samlivsfrekvens.

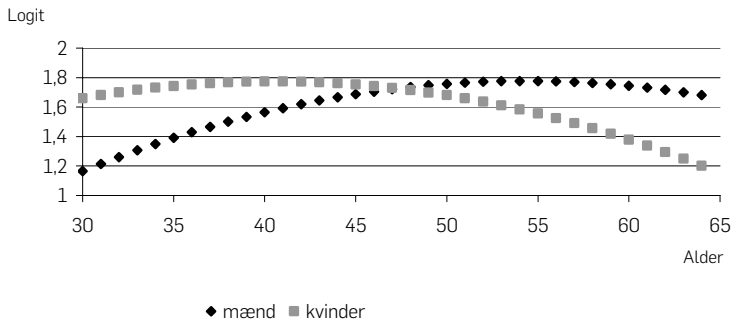
FIGUR 3.25

Andel samlevende blandt 16-64-årige, set i forhold til percentiler af funktionsnedsættelse.



FIGUR 3.26

Samliv efter alder. Personer 30-64 år. 2006.



Sammenhængen mellem samlivsfrekvens og alder fremgår af figur 3.26. Mænd er oftest samlevende omkring 55-årsalderen, hvor 85 pct. af dem uden handicap er samlevende. Kvinder er derimod oftest samlevende omkring 40-årsalderen, hvor dette ligeledes gælder 85 pct. af dem.

De nævnte tal gælder dog personer med handicap, men uden funktionsnedsættelse. For personer med funktionsnedsættelser på ben, adfærd og intellekt samt for synshandicappede op til 40 år skal der for hvert point funktionsnedsættelse trækkes noget fra logit. Dette fremgår af tabel 3.4.

TABEL 3.4

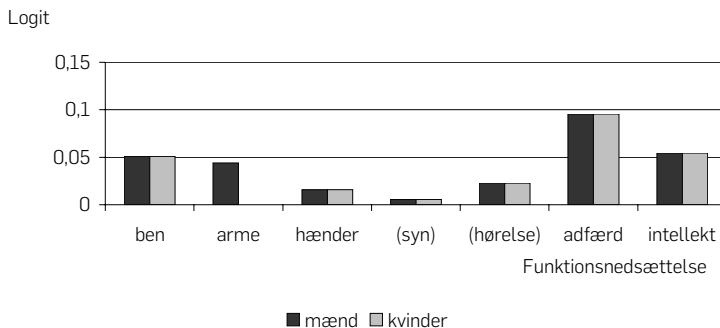
Samliv. Logit for hvert point funktionsnedsættelse. 2006.

	Beta i alder						
	Beta 45	p	20	30	40	50	60
Ben	-0,051	0,0000	-0,051	-0,051	-0,051	-0,051	-0,051
Hænder	-0,016	0,0708	-0,016	-0,016	-0,016	-0,016	-0,016
Syn	-0,005	0,7933	-0,139	-0,085	-0,032	0,021	0,074
Adfærd	-0,095	0,0000	-0,095	-0,095	-0,095	-0,095	-0,095
Intellekt	-0,055	0,0012	-0,055	-0,055	-0,055	-0,055	-0,055

Figur 3.27 viser størrelserne i 45-årsalderen grafisk. Vi ser, at skønt funktionsnedsættelser på arme ikke for begge køn til sammen giver en signifikant reduktion af sandsynligheden for samliv, gælder det alligevel for mænd. De får en logit-værdi på 0,044. Hvis vi igen tænker på manden på 55 eller kvinden på 40, som vi betragtede ovenfor, finder vi, at de, hvis de slet ikke kan gå, kun i 65 pct. af tilfældene vil have en samlever. Hvis manden desuden har et alvorligt problem med brug af armene, vil han kun være samlevende i 55 pct. af tilfældene.

FIGUR 3.27

Barrierer for samliv for 30-64-årige. Logit for hvert point funktionsnedsættelse (syn gælder kun for person på 45 år). 2006.



Parentes markerer ikke-signifikant bidrag.

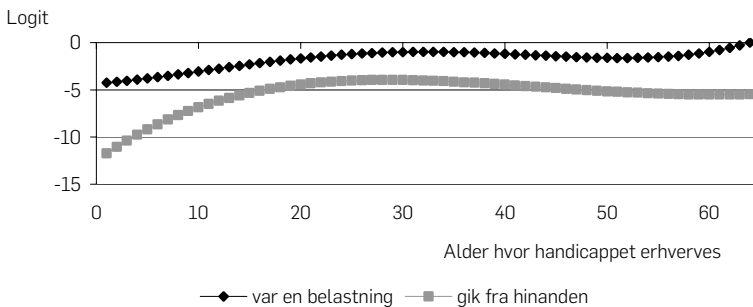
De personer, som levede i parforhold, da de erhvervede deres handicap, er direkte blevet spurgt, om dette var en belastning for deres parforhold. Det var det i 19 pct. af tilfældene, og i 3,5 pct. af tilfældene var parterne

gået fra hinanden. Erhvervelse af handicap har været en lige stor belastning for parforholdet for mænd og kvinder. De forskellige former for funktionsnedsættelser har imidlertid stor betydning for parforholdene.

Samtlige dimensioner af funktionsnedsættelse bortset fra hørelse belaster det parforhold, man er i, når handicappet erhverves. Ben med en logit på 0,057, hånd med 0,031, syn med 0,056, adfærd med 0,068 og intellekt med 0,133 pr. point. De tilsvarende tal for 'gik fra hinanden' er af samme størrelsesorden, men sandsynligheden er her så lille, at kun ben, hænder og intellekt er signifikante. Sandsynligheden for opløsning af parforholdet er 1,5-2 gange større for personer med middel grad af de nævnte typer funktionsnedsættelse, og 2-4 gange større risiko for høj grad. Virkningen som belastning af parforholdet er i samme størrelsesorden, men en smule mindre.

FIGUR 3.28

Hvad handicap har betydet for parforhold, efter alder, hvor handicap er erhvervet.



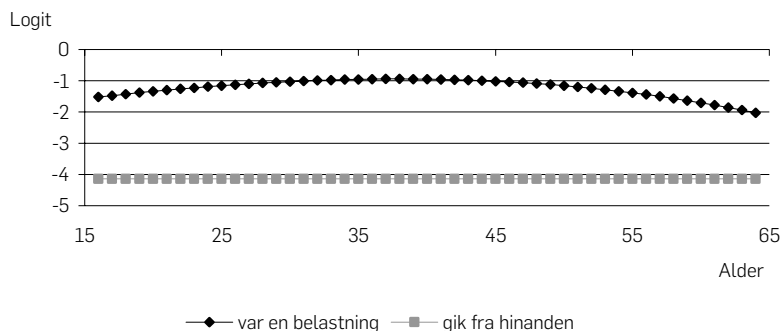
De negative følger, som erhvervelse af handicap kan have for et parforhold, hænger således sammen med den alder, hvor handicappet erhverves. Figur 3.28 angiver logit for en person, som har erhvervet handicap som 30-årig, men ikke har funktionsnedsættelse – køn har ikke signifikant betydning her. Følgerne af at erhverve et handicap er størst, når man er mellem 25 og 40 år, og mindst, når man er 50-55 år. Fra 60 år og frem bliver erhvervelse af handicap igen oftere en belastning for parforholdet. Faren for, at det ligefrem fører til opløsning af parforholdet, viser modellen dog som meget mindre. Vi har imidlertid et meget lille data-

grundlag for de ældre grupper, og må derfor sige, at modellen er højst usikker her.

Billedet fra 1995 mindede om det, som vi ser her. Dog var belastningen i aldersgruppen mellem 40 og 55 år dengang mindre, end den fremtræder nu, og risikoen for, at man gik fra hinanden, mindre hele vejen igennem.

FIGUR 3.29

Hvad handicap har betydet for parforhold, efter alder. 2006.



TABEL 3.5

Handicap var en belastning for parforhold. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

Var en belastning	Beta i alder						
	beta	p	20	30	40	50	60
Ben	0,056	0,0000	0,056	0,056	0,056	0,056	0,056
Hænder	0,033	0,0028	0,033	0,033	0,033	0,033	0,033
Syn	0,009	0,7965	-0,109	-0,062	-0,015	0,033	0,080
Hørelse	0,023	0,4767	0,131	0,087	0,044	0,001	-0,042
Adfærd	0,064	0,0044	0,064	0,064	0,064	0,064	0,064
Intellekt	0,146	0,0000	0,263	0,216	0,169	0,122	0,075



TABEL 3.6

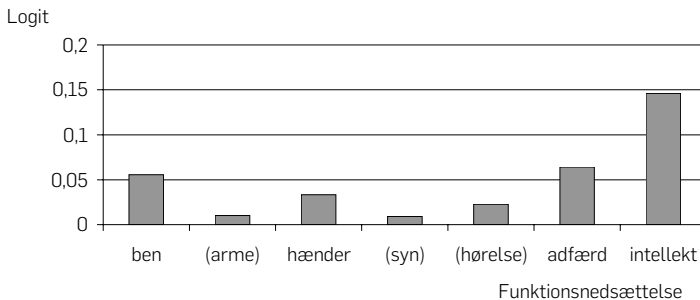
Handicap betød, at vi gik fra hinanden. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

Gik fra hinanden	Beta i alder						
	beta	p	20	30	40	50	60
Ben	0,123	0,0000	0,123	0,123	0,123	0,123	0,123
Syn	0,064	0,1914	0,124	0,100	0,076	0,052	0,028
Intellekt	0,333	0,0000	0,267	0,293	0,319	0,346	0,372

Tabel 3.5 og 3.6 viser, hvor meget hvert point for de forskellige funktionsnedsættelser øger logit, for at handicappet var en belastning henholdsvis førte til, at de gik fra hinanden i de tilfælde, hvor der er tale om et signifikant bidrag. Signifikansen p er angivet for alder 45. I nogle tilfælde varierer betydningen af en funktionsnedsættelse med alderen, således er nedsat hørelse kun en belastning for unge, mens nedsat syn kun er en belastning for ældre.

FIGUR 3.30

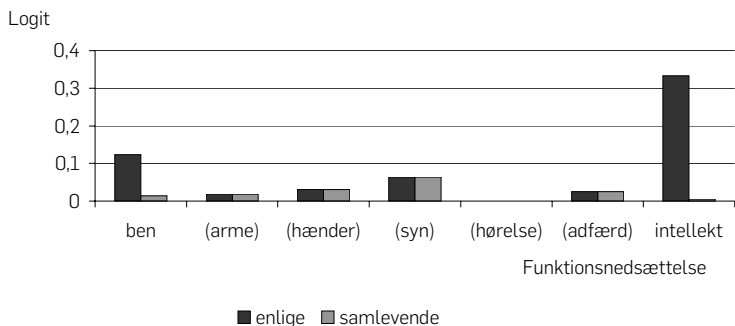
Var en belastning. Logit pr. point funktionsnedsættelse (syn, hørelse og intellekt gælder kun person på 45 år). 2006.



Figureerne 3.30 og 3.31 illustrerer betydningen af funktionsnedsættelser i 45-årsalderen. Når det handler om, at man gik fra hinanden, har kun ben og intellekt betydning generelt, mens syn også har betydning for unge. Det er kun enlige, som mener, at ben og intellekt har ført til, at de er gået fra deres samlever. Det kunne godt tyde på, at de, som rammes af handicap på ben eller intellekt, har vanskeligt ved at etablere et nyt parforhold.

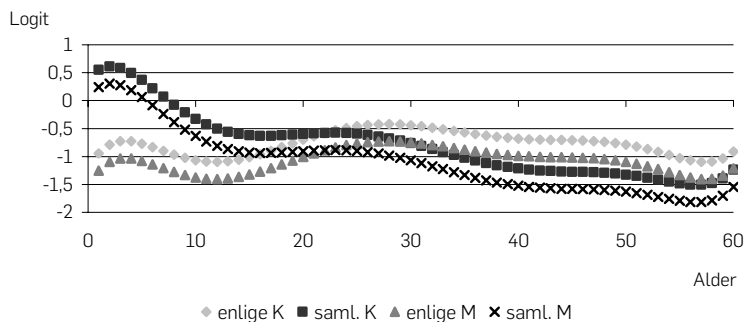
FIGUR 3.31

Gik fra hinanden. Logit pr. point funktionsnedsættelse (syn og intellekt gælder kun person på 45 år). 2006.



FIGUR 3.32

Psykisk sårbarhed efter alder, hvor handicap er erhvervet. 2006.



Psykisk sårbarhed er belyst ved en serie spørgsmål, som allerede blev benyttet i undersøgelsen i 1962, og som også var med i 1995. Psykisk sårbarhed eller nervøsitet hænger sammen med køn og samlivsforhold. Endvidere betyder den alder, hvor handicapet er erhvervet, også en del. Samlevende med tidligt erhvervet handicap har betydeligt oftere et højt niveau af psykisk sårbarhed. Det er dog næppe sådan, at samlivet er forklaring på sårbarheden. Det lyder mere rimeligt at forestille sig, at mennesker med et højt niveau af psykisk sårbarhed er mere tilbøjelige til at etablere samlivsforhold. Når handicapet er erhvervet fra 30-årsalderen

og op, er forholdet det omvendte, at enlige, især kvinder, er mere psykisk sårbare end samlevende.

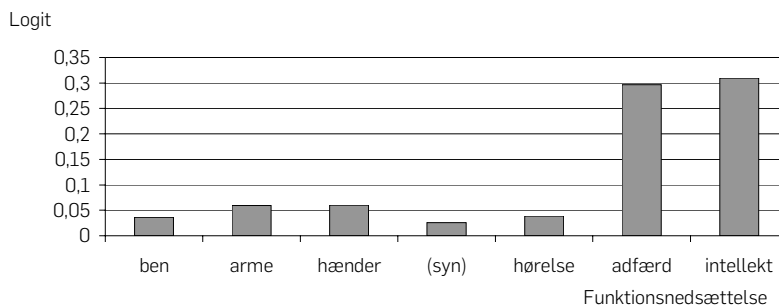
TABEL 3.7

Psykisk sårbarhed. Logit for hvert point funktionsnedsættelse i forskellig alder. 2006.

Psykisk sårbarhed	beta i alder						
	Beta	p	20	30	40	50	60
Ben	0,029	0,0075	0,029	0,029	0,029	0,029	0,029
Arme	0,052	0,0001	0,052	0,052	0,052	0,052	0,052
Hænder	0,054	0,0000	0,054	0,054	0,054	0,054	0,054
Hørelse	0,039	0,0243	0,039	0,039	0,039	0,039	0,039
Adfærd	0,300	0,0000	0,179	0,260	0,340	0,421	0,501
Intellekt	0,308	0,0000	0,308	0,308	0,308	0,308	0,308

FIGUR 3.33

Psykisk sårbarhed efter type af funktionsnedsættelse. Logit pr. point funktionsnedsættelse (adfærd gælder kun for person på 45 år). 2006.



Psykisk sårbarhed hænger især sammen med funktionsnedsættelse, der angår adfærd og intellekt. For adfærd er det endvidere sådan, at det betyder mere med højere alder.

## SAMMENFATNING

Handicap er mere almindeligt, end vi havde forestillet os. Vi har forsøgt at beskrive fænomenet ved dels at fange flest muligt med et par brede spørgsmål, dels beskrive syv former for funktionsnedsættelser – i ben, arme, hænder, syn, hørelse, adfærd og intellekt – med en vis præcision.

Beskrivelsen er udviklet gennem to undersøgelser i henholdsvis 1995 og 2006. 1995-undersøgelsen viste, at vi kunne gennemføre en screening og måle nogle typer af funktionsnedsættelse, 2006-undersøgelsen bidrog med at forbedre målingen af funktionsnedsættelse, så undersøgelsen giver et realistisk billede.

Den næste undersøgelse skal fange mange flere op gennem screeningen, idet målet er at identificere alle de grupper, som kan opfattes som begrænsede i deres deltagelse i samfundet på grund af handicap. Desuden skal vi inddrage flere former for funktionsnedsættelse i undersøgelsen. Endelig vil det være muligt at sammenligne, om samfundsdeltagelsen er blevet mere eller mindre omfattende siden denne undersøgelse.

2006-undersøgelsen viser, at de fleste erhverver deres handicap som voksne, og siden 1995 har flere fået funktionsnedsættelser i hænderne, mens færre har hørenedsættelse. Risikoen for at få handicap er stærkt stigende med alder og større for kvinder end for mænd. Der er dog tegn på, at en del kvinder overdriver deres handicap, mens en del mænd underdriver deres.

De fleste handicap opstår ved nedslidning, men sygdom og ulykker er også inde i billedet. Handicappet relaterer sig først og fremmest til arbejdet for de aldersgrupper, der er i arbejde, mens handicappet for børn og ældre typisk opstår i hjem og fritid.

Handicap viser sig at være et problem i forhold til samliv. Når vi ser på, hvem der faktisk er samlevende, er funktionsnedsættelser med hensyn til adfærd den største barriere for samlivsforhold. Når vi spørger folk selv, om deres samlivsforhold blev belastet, er en intellektuel funktionsnedsættelse den største barriere.

# BOLIG OG MOBILITET

## KVADRATMETER

Mennesker med handicap har ikke helt så megen plads at bo på som mennesker uden handicap. Mens mennesker uden handicap i gennemsnit bor i 5,0 værelser på sammenlagt 139,5 m<sup>2</sup>, bor mennesker med handicap i gennemsnit i 4,8 værelser på sammenlagt 131,7 m<sup>2</sup>. Hvis vi tager hensyn til husstandsstørrelsen, finder vi, at mennesker uden handicap gennemsnitligt lever i 2,4 værelse på sammenlagt 64,7 m<sup>2</sup> pr. person, mens mennesker med handicap gennemsnitligt lever i 2,3 værelse på sammenlagt 62,3 m<sup>2</sup> pr. person. De sidstnævnte forskelle i m<sup>2</sup> pr. person er dog ikke store nok til at være signifikante på 5-procent-niveauet.

Mennesker, der er født med handicap, eller som har erhvervet handicap, før de blev 18 år, har mindre boliger end mennesker, der har erhvervet handicap senere. Den førstnævnte gruppe bor i gennemsnit i 4,7 værelser på sammenlagt 125,7 m<sup>2</sup>, mens den sidstnævnte gruppe bor i 4,9 værelser på sammenlagt 133,8 m<sup>2</sup>. Det har at gøre med, at mennesker, der er født med handicap eller tidligt har erhvervet det, oftere er enlige.

I det hele taget spiller samlivsforhold en helt afgørende rolle for, hvordan folk bor. Hvis man ikke tager andre forhold i betragtning, betyder samliv en 50 m<sup>2</sup> større bolig, mens handicap betyder en 8 m<sup>2</sup> mindre

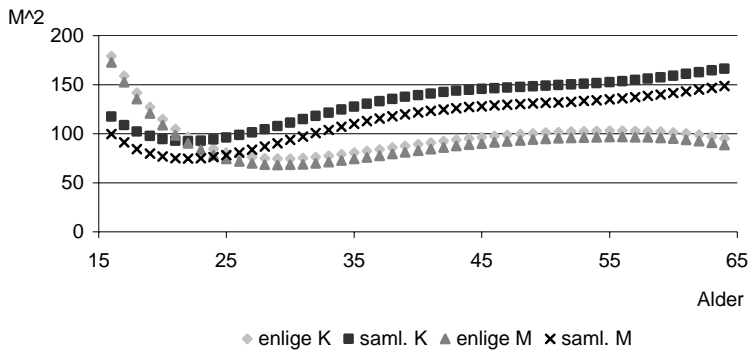
bolig. Samliv betyder imidlertid også en beboer mere, så resultatet bliver en bolig med et mindre antal m<sup>2</sup> pr. person.

Boligstørrelse varierer med alderen, således at man i 20'erne har ca. 60 m<sup>2</sup> pr. person, omkring 40-årsalderen er størrelsen derimod kun 50 m<sup>2</sup> pr. person, hvorefter den, når man er kommet op i 50'erne, er oppe på omkring 70 m<sup>2</sup> pr. person. Disse et skridt tilbage og to skridt frem er en samlet virkning af, at man i løbet af tilværelsen skaffer sig en større bolig, samtidig med at man i en periode har et antal hjemmeboende børn.

Betragtet pr. person er forskellen i boligstørrelse mellem mennesker med handicap og mennesker uden handicap ikke så stor. De 5 pct. mest handicappede har 61,5 m<sup>2</sup> pr. person, de 5 pct. næstmest handicappede har 62,1 m<sup>2</sup> pr. person, mens resten af befolkningen har 64,2-64,3 m<sup>2</sup> pr. person. Hele forskellen er altså kun 3 m<sup>2</sup>, og det er ikke nok til at være signifikant.

FIGUR 4.1

Boligstørrelse i m<sup>2</sup> efter alder. 2006.



En lineær regression af boligareal viser, hvad handicap i sig selv betyder. Figur 4.1 viser betydningen af alder og samlivsforhold for boligstørrelsen. Som helt unge bor mange unge hjemme og derfor i ret store boliger, men fra sidst i 20'erne er der en forskel på 50-60 m<sup>2</sup> mellem enliges og samlevendes boliger. Boligen bliver større med alderen, mest mens man er i 20'erne, men også når man er i 30'erne og op til 45. Figur 4.1 viser,

hvor stor en bolig en person, som ikke har nogen hjemmeboende børn og ikke har erhvervsuddannelse, i gennemsnit har efter modellen.

Den tilsvarende figur fra 1995 lignede den ovenstående. De store værdier for helt unge kom dog ikke med, for i 1995-undersøgelsen blev personer under 20 år ikke spurgt.

Ejendommeligt nok har samlevende mænd gennemsnitligt 18 m<sup>2</sup> mindre boliger end samlevende kvinder, selv om det vel egentlig er de samme boliger, de to køn bor sammen i. Her skal man dog huske på, at den nævnte forskel gælder mellem kvinder og mænd, der bortset fra køn har de samme egenskaber. Til gengæld er der ingen forskel i boligstørrelse mellem enlige mænd og enlige kvinder, der i øvrigt er ens.

Det gør ingen forskel på boligstørrelse, om man har studentereksamen, men en erhvervsuddannelse giver 13 m<sup>2</sup> mere. Endvidere betyder det noget, hvor høj man er. For hver cm., man er højere end 180 cm., har man 0,95 m<sup>2</sup> større bolig. Handicap betyder kun noget for boligarealet, hvis det følges af en funktionsnedsættelse. Ikke-handicappedes helbred og arbejdsevne betyder heller ikke noget for boligstørrelse.

TABEL 4.1

Betydningen af funktionsnedsættelser m.m. for boligstørrelse. Det anførte beta (evt. ganget med point) lægges til det antal m<sup>2</sup>, der aflæses på figur 4.1. 2006.

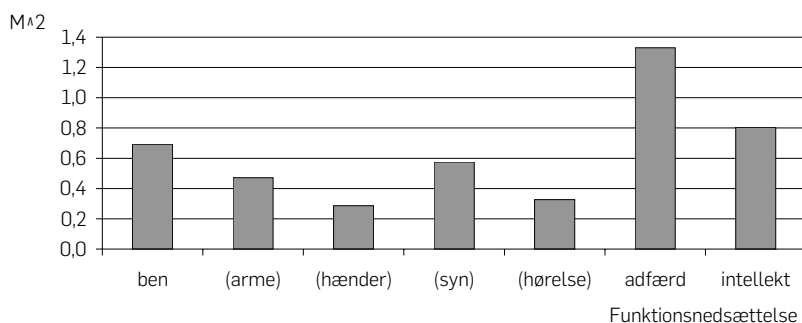
	Beta	p
For hvert hjemmeboende barn har man yderligere	14,076 m <sup>2</sup>	0,0000
Med en erhvervsuddannelse har man ekstra	12,695 m <sup>2</sup>	0,0000
For hver cm., man er højere end 180 cm., har man ekstra	0,937 m <sup>2</sup>	0,0000
For hvert point funktionsnedsættelse på ben får man	-0,790 m <sup>2</sup>	0,0032
For hvert point funktionsnedsættelse på adfærd får man	-1,318 m <sup>2</sup>	0,0014
For hvert point funktionsnedsættelse på intellekt får man	-0,957 m <sup>2</sup>	0,0568

De syv dimensioner af funktionsnedsættelse giver alle negative bidrag til boligstørrelsen, men kun funktionsnedsættelser på ben og adfærd giver signifikante bidrag. For ben er der tale om 0,79 m<sup>2</sup> pr. point og for adfærd 1,32 m<sup>2</sup>. Det betyder fx, at en person, der slet ikke kan gå, har en 18,2 m<sup>2</sup> mindre bolig. De ikke signifikante bidrag har imidlertid også en vis størrelse, som det fremgår af figur 4.2. Det betyder, at en blind person efter modellen må forventes at have en 14 m<sup>2</sup> mindre bolig end en

tilsvarende person uden funktionsnedsættelse, og en døv person har en 9 m<sup>2</sup> mindre bolig. Det er undersøgelsens begrænsede størrelse, der gør, at disse forskelle ikke kan regnes for sikre. En tilsvarende analyse fra 1995 giver ingen signifikante bidrag.

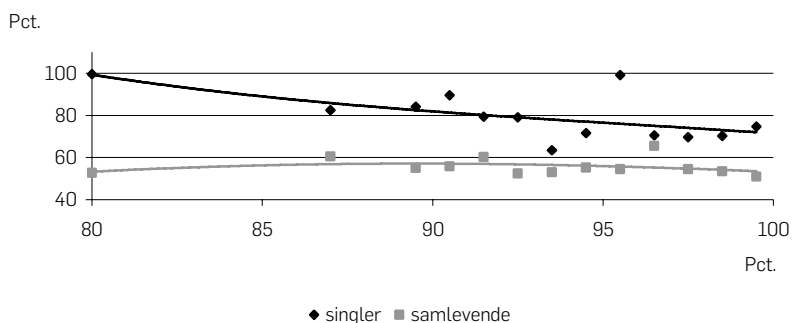
FIGUR 4.2

Boligstørrelse – for hvert point fratrækkes m<sup>2</sup>. (De signifikante størrelser er tillige angivet i tabel 4.1.) 2006.



FIGUR 4.3

Boligstørrelse i m<sup>2</sup> pr. person for 16-64-årige i forhold til percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.

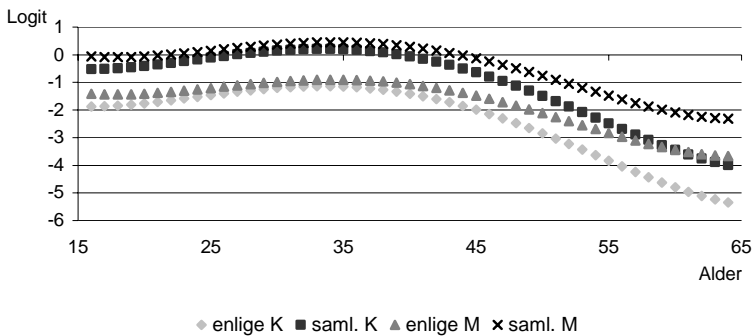


Ser vi på personer, der har en samlever, og som har forskellig grad af funktionsnedsættelse (figur 4.3), finder vi, at boligstørrelsen ligger på mellem 50 og 60 m<sup>2</sup> pr. person for næsten alle grupperne, og der er in-



gen tendens i tallene. Ser vi derimod på enlige, finder vi en stærk sammenhæng mellem funktionsnedsættelse og boligstørrelse. For denne gruppe varierer boligstørrelsen fra 100 m<sup>2</sup> pr. person for ikke-handicappede til 82 m<sup>2</sup> pr. person for mennesker med handicap, men uden funktionsnedsættelse, og ned til godt 70 m<sup>2</sup> pr. person med større grad af funktionsnedsættelse. Selv for de mest funktionshæmmede 2 pct. kommer den gennemsnitlige boligstørrelse imidlertid ikke ned under 72 m<sup>2</sup> pr. person for enlige og 52 m<sup>2</sup> pr. person for samlevende.

FIGUR 4.4  
Sandsynlighed for bolig under 30 m<sup>2</sup>, efter alder.



TABEL 4.2  
Bolig under 30 m<sup>2</sup> pr. person. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	beta ved alder						
	beta 45	P	20	30	40	50	60
Arme	0,027	0,0900	0,027	0,027	0,027	0,027	0,027
Syn	0,028	0,0894	0,028	0,028	0,028	0,028	0,028
Intellekt	0,058	0,0160	1,850	1,133	0,416	0,000	0,000

Er der specielt en risiko for, at mennesker med handicap bor på særligt lidt plads? I almindelighed er det ikke tilfældet, men det kan være det for enkelte grupper. Figur 4.4 viser sandsynligheden for, at man har mindre end 30 m<sup>2</sup> pr. person set i forhold til alder, køn og samliv. Sandsynlighe-

den er størst op til 45-årsalderen. Erhvervsuddannelse og personens højde gør sandsynligheden lidt mindre. En tilsvarende analyse fra 1995 giver næsten samme billede.

Funktionsnedsættelser i arme, syn og intellekt øger sandsynligheden for, at man bor meget trangt. For intellekt er sammenhængen dog kun signifikant for aldre over 40 år. Den tilsvarende analyse fra 1995 fandt også et positivt bidrag fra syn, specielt for mænd, samt fra adfærd for kvinder.

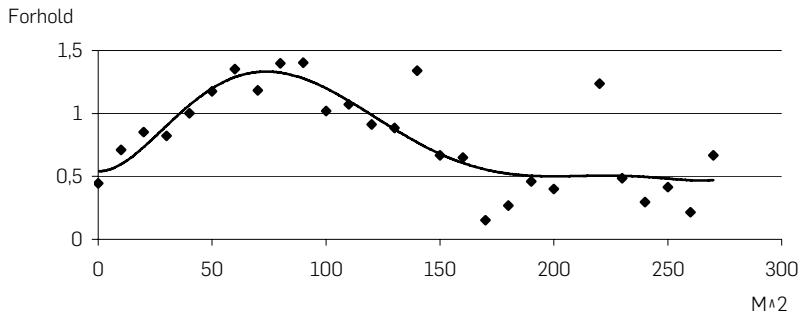
FIGUR 4.5

Sandsynlighed for bolig under 30 m<sup>2</sup>. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for intellekt gælder det kun for person på 45 år). 2006.



FIGUR 4.6

Handicappedes sandsynlighed divideret med ikke-handicappedes sandsynlighed for at have så mange m<sup>2</sup> bolig pr. person. 2006.

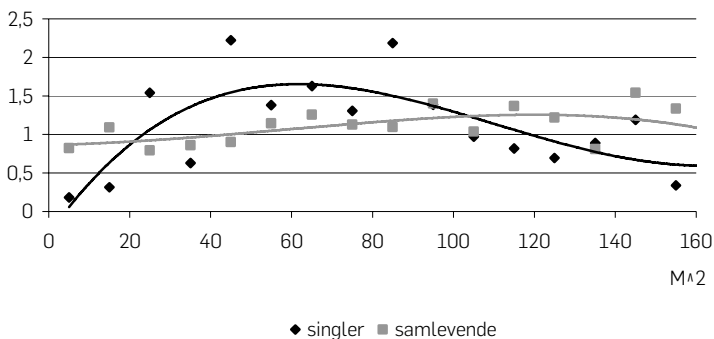


Figur 4.6 viser, at selv om mennesker med handicap har nogenlunde lige så meget plads som mennesker uden, er der forskellig spredning i fordelingerne. Hvis man for hver boligstørrelse tager den procentdel af mennesker med handicap, der har så mange  $m^2$  pr. person, og dividerer med den procentdel af mennesker uden handicap, der har det, får man en bølgeformet linje (jf. figur 4.6). Relativt mange mennesker med handicap har boliger på mellem 50 og  $100 m^2$  pr. person. Mennesker uden handicap har derimod oftere boliger på under  $40 m^2$  eller på over  $120 m^2$  pr. person.

Boligstørrelse hænger meget stærkt sammen med familiedannelse. Mens samlevende i gennemsnit lever i boliger med 5,4 værelser på sammenlagt  $148,7 m^2$ , lever enlige i gennemsnit i boliger med 4,0 værelser på sammenlagt  $104,8 m^2$ . Handicappede, der har en samlever, har næsten lige så megen plads som andre samlevende: de har gennemsnitligt 5,3 værelser på sammenlagt  $146,0 m^2$ . Enlige med handicap har derimod væsentligt mindre boliger end andre enlige, idet de i gennemsnit har boliger med 3,5 værelser på sammenlagt  $93,4 m^2$ .

FIGUR 4.7

Handicappedes sandsynlighed divideret med ikke-handicappedes sandsynlighed for at have så mange  $m^2$  bolig pr. person. Særskilt for singler og samlevende. 2006.



Figur 4.7 viser det samme som figur 4.6, nu blot med singler og samlevende hver for sig. Det ses, at den bølgeformede figur genfindes for singler, som især har boliger på mellem  $40$  og  $80 m^2$ , mens den næsten

rette linje viser, at der ikke er nogen nævneværdig forskel på boligstørrelser for samlevende med og uden handicap. Baggrunden er uden tvivl, at en del enlige mennesker med handicap får en særligt indrettet bolig, som typisk har en mellemstørrelse.

Opsummerende kan vi sige, at forskellen i boligstørrelse mellem mennesker med og uden handicap ikke så meget er et udtryk for en boligulighed, som det er et udtryk for en ulighed med hensyn til samlivsforhold. Figur 4.7 viser, at der er en vis social sikkerhed, således at enlige mennesker med handicap relativt sjældent bor i de helt små boliger.

## PROBLEMER MED BOLIGEN

Spørgsmål om problemer med boligen er kun stillet til mennesker med handicap. Det betyder, at vi ikke kan se, hvor meget handicap betyder i sig selv. Langt de fleste mennesker med handicap bruger dog deres bolig uden nogen problemer, men det er alligevel mere end 9 pct. af alle med handicap mellem 16 og 64 år, der oplyser, at deres handicap eller sygdom 'til dels' eller 'i høj grad' giver problemer med boligen. Det kan være problemer med at komme ud og ind af boligen, med madlavning, toiletbesøg eller andre forhold. Svarene på disse spørgsmål er opsummeret i tabel 4.3.

I alt har 65.000 mennesker 'til dels' eller 'i høj grad' problemer med boligen. Deraf 18.000, som har deres største funktionsnedsættelse på ben, 15.000 på hænder, 10.000, som ikke melder om nogen funktionsnedsættelser, 8.000 med største funktionsnedsættelse på intellekt, 5.000 på arme, 5.000 på syn, 3.000 på hørelse og 2.000 på adfærd.

Figur 4.8 viser, hvordan problemer med boligen hænger sammen med alder for personer med handicap, der ikke har funktionsnedsættelser. En mand eller en samlevende kvinde på 45 år vil i 5 pct. af tilfældene have problemer med sin bolig, mens en enlig kvinde i samme alder vil have det i 3 pct. af tilfældene. Alt andet lige er problemerne med boligen størst for kvinder i aldersgruppen fra 35 år og opefter og mellem 40 og 57 år for mænd. Men unge samlevende kvinder har også relativt store problemer.

TABEL 4.3

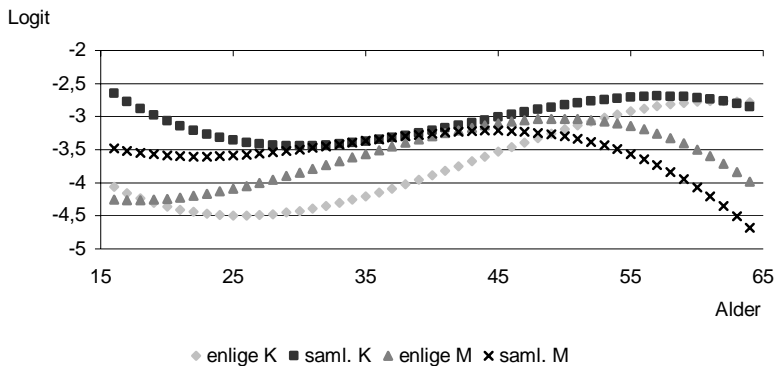
Passer din bolig til dig, eller giver den problemer i forhold til dit handicap? Personer med given største funktionsnedsættelse, fordelt efter svaret på det spørgsmål. 2006.

Funktionsnedsættelse:	Slet ikke	Næsten ikke	Til dels	I høj grad	Ved ikke	Total
Ingen	246.847	7.267	6.061	4.214	0	264.389
Ben	46.675	6.801	13.012	4.997	373	71.858
Arme	42.104	4.563	3.491	1.360	0	51.518
Hænder	70.452	8.748	10.740	3.953	0	93.893
Syn	21.024	1.266	2.791	1.895	0	26.976
Hørelse	45.084	323	1.917	695	0	48.019
Adfærd	25.720	2.834	1.044	761	0	30.359
Intellekt	156.640	6.368	7.310	1.033	430	171.781
Total	654.546	381.70	46.366	18.908	803	758.793

Note: Personer med handicap, men ingen målt funktionsnedsættelse.

FIGUR 4.8

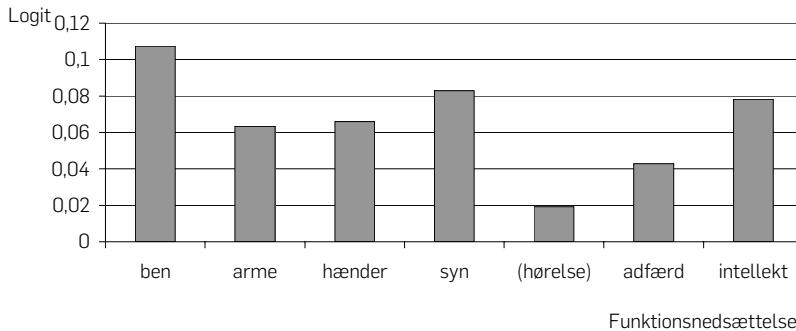
Problemer med bolig, efter alder. 2006.



Den tilsvarende analyse fra 1995 viste et noget anderledes billede, idet enlige kvinder her, især som unge, var dem, der havde de største problemer med boligen.

FIGUR 4.9

Problemer med boligen. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



Alle typer funktionsnedsættelser bortset fra hørelse skaber yderligere problemer med boligen. Således vil sandsynligheden for problemer med boligen for mænd eller samlevende kvinder i 40'erne stige fra 5 pct. til 37 pct., hvis de slet ikke kan gå, eller til 27 pct., hvis de slet ikke kan se.

I den tilsvarende analyse fra 1995 optrådte der kun positive bidrag af nævneværdig størrelse fra ben og arme, men de var til gengæld halvanden til to gange større.

## BOLIGÆNDRINGER

En del udenlandske undersøgelser belyser effekten af boligændringer, men de drejer sig som oftest om ældre mennesker eller er stærkt præget af at foregå i et helt andet samfund. Sanford et al. (2006) vurderer således virkningen af en intervention, hvor 65 voksne mennesker med handicap lærer at bruge deres bolig bedre, indretter møblement mere hensigtsmæssigt, får et enkelt hjælpemiddel og måske en rampe. Sanford et al. konkluderer, at indsatsen har et positivt resultat, og at televejledning kan være lige så godt som personlig vejledning. Heywood (2004) giver på grundlag af nogle få hundrede interview og postspørgeskemaer en vurdering af boligændringer for handicappede i England og Wales. Han konstaterer en god og varig effekt både for personen selv og for andre i husstanden.

TABEL 4.4

Giver boligen problemer i forhold til dit handicap? Personer mellem 16 og 64 år med og uden boligændringer. 2006.

	Slet ikke	Næsten ikke	Til dels	I høj grad	Ved ikke	I alt
Har ikke fået boligændringer	619.734	33.031	38.959	15.574	803	708.101
Har fået boligændringer	30.813	4.407	7.093	3.334	0	45.647
I alt	650.547	37.438	46.052	18.908	803	753.748

Her i landet har over 45.000 personer mellem 16 og 64 år fået boligændringer af den ene eller anden art, for at de bedre skulle kunne leve i deres bolig med et handicap eller en funktionsnedsættelse. Det er et tal af samme størrelsesorden som det antal på 65.000, vi ovenfor så har problemer med at benytte deres bolig. Det har dog ikke i fuldt omfang løst problemerne. Tabel 4.4 viser de to ting sammen. Det ses, at 35.000 har fået løst deres problemer med boligen fuldt ud eller så godt som med de boligændringer, de har fået. 10.000 andre har også fået boligændringer, men har stadig problemer med boligen.

Endvidere ser vi, at næsten 55.000 mennesker, som ikke har fået boligændringer, har problemer med boligen. Deraf kan vi dog ikke slutte, at disse 55.000 har brug for boligændringer. Det er lige så vel muligt, at det her drejer sig om problemer, som man ikke kan ombygge sig ud af.

*Boligændringer i køkkenet* har godt 16.000 personer med handicap fået. De tre funktionsnedsættelser, som oftest er baggrund for boligændringer i køkkenet, er ben, arme og intellekt, som hver tegner sig for omkring 4.000 af disse boligændringer (jf. tabel 4.5).

Chancen for at få boligændringer i køkkenet er størst mellem 35 og 55 år. Figur 4.10 viser, hvordan den hænger sammen med alder for en person uden funktionsnedsættelser. Op til 25-årsalderen er den under 1 promille, så stiger den til 5 pct. sidst i 40'erne. Fra 50-årsalderen skal der trækkes 1-2 fra logit, hvis det drejer sig om en mand. Det betyder, at en kvinde har 3-7 gange så store odds for boligændringer i køkkenet, som en mand har. Man kan dog ikke heraf slutte, at kvinder bliver favoriseret. Det er også muligt, at kvinder mere efterspørger boligændringer i køkkenet, end mænd gør.

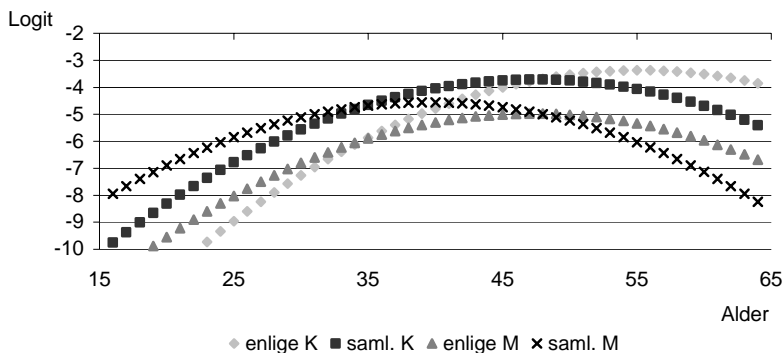
TABEL 4.5

Har du fået foretaget boligændringer i køkkenet? Personer med given størst funktionsnedsættelse. Procent og antal personer mellem 16 og 64 år. 2006.

Funktionsnedsættelse:	Procenter af hver gruppe			Antal mennesker		
	Har fået	Har ikke	I alt	Har fået	Har ikke	I alt
Ingen	0,5	99,5	100	1.283	263.216	264.499
Ben	6,1	93,9	100	4.368	67.490	71.858
Arme	2,3	97,7	100	1.207	50.311	51.518
Hænder	4,5	95,5	100	4.259	89.634	93.893
Syn	2,7	97,3	100	734	26.241	26.975
Hørelse	0,9	99,1	100	430	47.590	48.020
Adfærd	1,0	99,0	100	313	30.045	30.358
Intellekt	2,3	97,7	100	3.882	167.960	171.842
I alt	2,2	97,8	100	16.476	742.487	758.963

FIGUR 4.10

Boligændringer i køkkenet, efter alder. 2006.



For de yngre aldersgrupper er det ikke køn, men samlivsforhold, der gør en forskel med hensyn til boligændringer i køkkenet. Her får samlevende en logit, som er mere end 1 større end enlige, dvs. at de har tre gange så store odds for boligændringer i køkkenet. Den tilsvarende analyse fra 1995 så helt anderledes ud, og logit var knap 3 mindre end nu. Meget færre havde altså fået foretaget disse boligændringer. Kun i 50-60-årsalderen fandt vi relationer mellem grupperne, som ligner dem i dag.



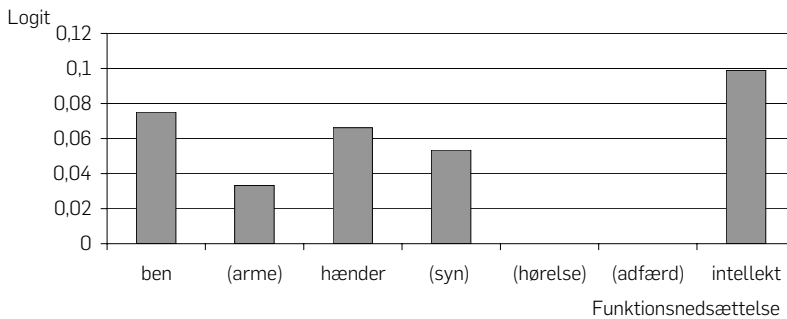
TABEL 4.4

Boligændringer i køkken. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	beta	p	Beta i alderen				
			20	30	40	50	60
Ben	0,075	0,0007	0,075	0,075	0,075	0,075	0,075
Hænder	0,066	0,0008	0,066	0,066	0,066	0,066	0,066
Syn	0,054	0,1316	0,054	0,054	0,054	0,054	0,054
Intellekt	0,099	0,0281	0,340	0,244	0,147	0,051	-0,046

FIGUR 4.11

Boligændringer i køkken. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for intellekt gælder det kun for person på 45 år). 2006.



Boligændringer i køkkenet hænger signifikant sammen med fem af de syv funktionsnedsættelser. Mobilitet spiller en stor rolle, endvidere betyder syn og intellekt meget. En person, der ikke kan dreje på en vandhane med nogen af sine hænder, har fire gange så store odds for at have fået ombygget køkkenet, som en person med handicap, men uden funktionsnedsættelse, har. I 1995 fandt vi ingen sammenhæng med nedsat syn og intellekt, men derimod med adfærd.

*Boligændringer på toilet* har godt 15.000 mennesker under 65 år fået. De to funktionsnedsættelser, som oftest fører til ændringer på toiletet, er ben med 6.500 og hænder med 4.500 (jf. tabel 4.7). De øvrige boligændringer på toilet er i de fleste tilfælde udført hos personer med funktionsnedsættelser på arme og intellekt.

TABEL 4.7

Har du fået foretaget boligændringer på toilettet? Personer med given største funktionsnedsættelse. Procent og antal personer mellem 16 og 64 år, 2006.

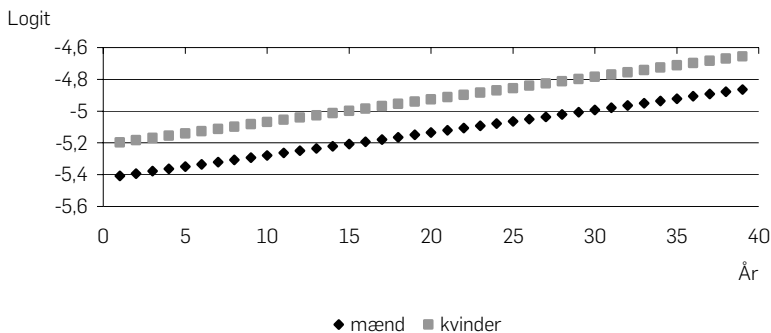
Funktionsnedsættelse:	Procenter af hver gruppe			Antal mennesker		
	Har fået	Har ikke	I alt	Har fået	Har ikke	I alt
Ingen	0,3	99,7	100	739	263.760	264.499
ben	9,2	90,8	100	6.595	65.263	71.858
Arme	3,1	96,9	100	1.604	49.913	51.517
Hænder	4,9	95,1	100	4.588	89.306	93.894
Syn	1,3	98,7	100	346	26.629	26.975
Hørelse		100,0	100	0	48.020	48.020
Adfærd		100,0	100	0	30.358	30.358
Intellekt	0,8	99,2	100	1.409	170.433	171.842
I alt	2,0	98,0	100	15.281	743.682	758.963

Note: Personer med handicap, men ingen målt funktionsnedsættelse.

Boligændringer på toilet hænger ikke sammen med alder, men der er naturligvis en sammenhæng med det antal år, man har haft handicapet. Der er ikke noget mærkeligt i, at den er lineær. Toilet er jo modsat køkken og de fleste andre ting noget, der er et ganske konstant behov for, som er næsten helt uafhængigt af roller, præferencer eller andet.

FIGUR 4.12

Boligændringer på toilet, efter hvor mange år man har haft handicapet. 2006.

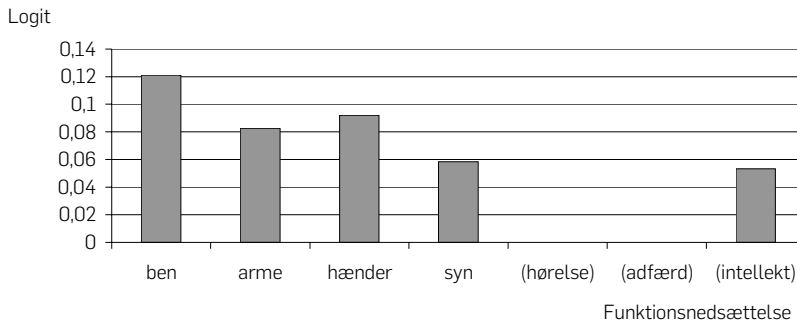


Den tilsvarende analyse fra 1995 viste i store træk det samme billede. Der er dog to bemærkelsesværdige forskelle: boligændringer på toilet var ligesom andre boligændringer sjældnere dengang (logit 3 mindre for kvinder), og forskellen mellem køn var større (logit var 4,5 mindre for mænd).

Fire af dimensionerne af funktionsnedsættelse betyder noget for, om man har fået boligændringer på toilet: for ben skal der lægges 0,103, for arme 0,090 og for hænder 0,092 pr. point til logit. Det betyder, at mens en person med handicap og uden funktionsnedsættelse, der har haft sit handicap i 10 år, har 6 promille sandsynlighed for en boligændring på toilettet, har en kørestolsbrugende mand, der ikke kan dreje på en vandhane, en sandsynlighed på 12 pct. En kvinde i samme situation vil have 15 pct. chance. Man kan måske undre sig over, at sandsynligheden ikke er større. Men der er naturligvis den mulighed, at vedkommende har en lejlighed, der fra starten er handicapindrettet.

FIGUR 4.13

Boligændringer toilet. 2006.



Billedet på figur 4.13 minder om 1995, hvor intellekt dog slet ikke var med.

TABEL 4.8

Har du fået foretaget boligændringer i øvrigt? Personer med given største funktionsnedsættelse. Procent og antal personer mellem 16 og 64 år, 2006.

Funktionsnedsættelse:	Procenter af hver gruppe			Antal mennesker		
	Har fået	Har ikke	I alt	Har fået	Har ikke	I alt
Ingen	1,5	98,5	100	4.002	260.497	264.499
Ben	14,5	85,5	100	10.426	61.432	71.858
Arme	6,1	93,9	100	3.149	48.368	51.517
Hænder	8,8	91,2	100	8.227	85.666	93.893
Syn	3,9	96,1	100	1.051	25.924	26.975
Hørelse	3,1	96,9	100	1.493	46.527	48.020
Adfærd	2,5	97,5	100	763	29.595	30.358
Intellekt	1,8	98,2	100	3.159	168.683	171.842
I alt	4,3	95,7	100	32.270	726.692	758.962

Note: Personer med handicap, men ingen målt funktionsnedsættelse.

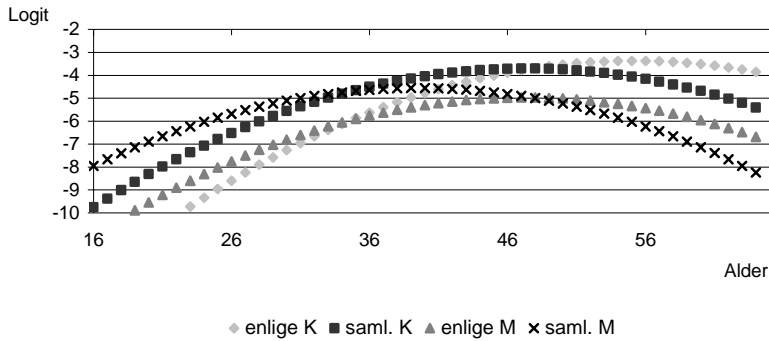
*Boligændringer i øvrigt* har godt 32.000 mennesker under 65 fået. De to funktionsnedsættelser, som oftest fører til boligændringer, er ben med over 10.000 og hænder med godt 8.000. Mennesker, som har handicap, men ingen funktionsnedsættelser, tegner sig for 4.000, mens mennesker med funktionsnedsættelser på arme og intellekt har fået hver 3.000 af disse boligændringer, som i de fleste tilfælde handler om at skabe gode adgangsforhold til boligen, fjerne dørtrin og lignende.

De øvrige boligændringer får man især i alderen mellem 25 og 45 år. Figur 4.14 viser logit for en person med handicap, men uden funktionsnedsættelser. Vi ser samme forløb som for boligændringer i køkken, at blandt de yngre grupper har samlevende en betydeligt større chance for boligændringer end enlige (muligvis fordi de efterspørger det mere), men dette billede skifter i løbet af 40'erne, og derefter har kvinder flere boligændringer end mænd. Her kommer dog samtidig den forskel, at enlige fra omkring 60-årsalderen får omkring tre gange så store odds for boligændringer som samlevende.

I 1995 fandt man et noget andet billede, idet kvinder i alle aldre fik flere boligændringer i øvrigt end mænd og en del flere end nu, idet logit lige fra 35-årsalderen var omkring -2. Til gengæld var logit for mænd omkring -5, så forskellen mellem kvinder og mænd var betydeligt større end i dag.

FIGUR 4.14

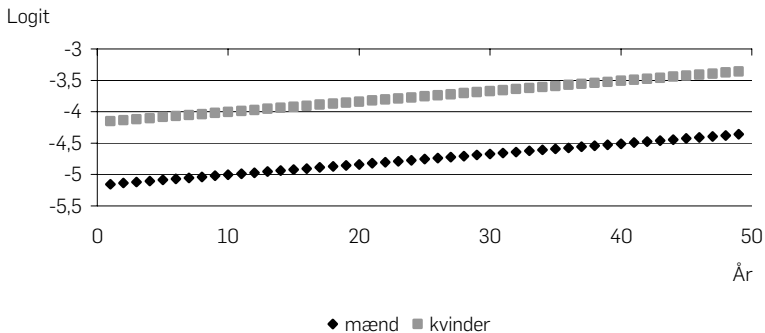
Boligændringer i øvrigt, efter alder. 2006.



For nogle grupper hænger boligændringer også sammen med, hvor mange år de har haft handicappet. Her finder vi det lidt besynderlige fænomen, at sandsynligheden er faldende med antal år med handicap. Det kan næsten kun hænge sammen med, at disse boligændringer var meget mindre almindelige tidligere, end de nu er. Det tyder mange af sammenligningerne med 1995 også på. Den tilsvarende analyse fra 1995 viser en sammenhæng, der er stigende med antal år, man har haft handicappet, således som man umiddelbart skulle vente.

FIGUR 4.15

Boligændringer i øvrigt efter antal år, man har haft handicappet. 2006.



TABEL 4.9

Boligændringer i øvrigt. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	beta	p	Beta i alderen				
			20	30	40	50	60
Ben	0,075	0,0007	0,075	0,075	0,075	0,075	0,075
Syn	0,054	0,1316	0,054	0,054	0,054	0,054	0,054
Intellekt	0,099	0,0281	0,340	0,244	0,147	0,051	-0,046

På det tilsvarende billede fra 1995 var syn ikke med. Det var adfærd til gengæld.

Figur 4.17 giver en samlet oversigt over sammenhængen mellem boligændringer og funktionsnedsættelser. Vi ser, at ben, hænder, syn og intellekt generelt hænger sammen med boligændringer, mens funktionsnedsættelser på arme specielt hænger sammen med boligændringer på toilet. På det tilsvarende billede fra 1995 var syn og intellekt ikke så massivt med som i dag.

FIGUR 4.16

Boligændringer i øvrigt. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for intellekt gælder det kun for person på 45 år). 2006.

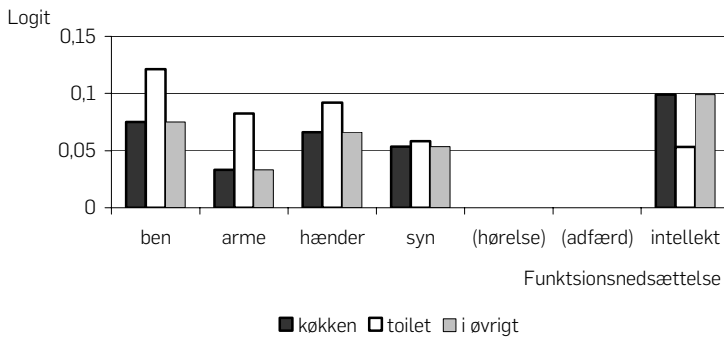


Boligændringer motiveres ofte med, at de gør personen uafhængig. Allen et al. (2006) finder i USA, at kørestolsbrugere, som får boligændringer, bruger mindre ubetalt hjælp. Et tilsvarende resultat kan ikke findes i denne undersøgelse. Hvis vi tager modtagelse af hjemmehjælp med i de

forklarende variable i de omtalte analyser, finder man tværtimod, at de, der modtager hjemmehjælp, oftere har fået boligændringer. Ydelserne går til dem, der er 'i systemet'. Tilsvarende finder Johansson et al. (2007) i Sverige, at boligændringer ikke typisk finder sted for at skabe uafhængighed, men derimod relaterer sig til aktiviteter, som personen har vanskeligheder med.

FIGUR 4.17

Boligændringer. Sammenstilling af figurerne 4.11, 4.13 og 4.16 (for intellekt gælder det kun for person på 45 år). 2006.



## PROBLEMER MED AT KOMME OMKRING INDENDØRS

Til trods for alt det, der er gjort for at gøre boliger anvendelige for mennesker med handicap, er der dog stadig 27.000, der har problemer med at benytte deres boliger (jf. tabel 4.10). Det drejer sig især om mennesker med mobilitetshandicap, idet de 11.000 har funktionsnedsættelser på ben og andre 5.000 på hænder og arme. Endvidere har 3.000 funktionsnedsættelser på intellekt, og 4.000 har handicap, men ingen af de syv funktionsnedsættelser. Skønt kvinder har haft lettere ved at få boligændringer udført end mænd, er der 18.000 kvinder, der har problemer, mod kun 9.000 mænd. Det kunne tyde på, at grunden til, at mænd får udført færre boligændringer end kvinder, er, at de ikke oplever så mange problemer med deres bolig som kvinder, der har den samme grad af funktionsevne.

Det er især inden for funktionsnedsættelserne arme og hænder, at vi finder en betydelig forskel mellem, hvor mange kvinder og mænd der har problemer med at benytte deres bolig.

TABEL 4.10

Har du problemer med at komme omkring indendørs og benytte lejligheden? Personer med given største funktionsnedsættelse. Procent og antal personer mellem 16 og 64 år. 2006.

Funktionsnedsættelse:	Kvinder		Mænd		Kvinder og mænd	
	Ingen problemer	Problemer	Ingen problemer	Problemer	Ingen problemer	Problemer
Ingen	141.858	2.041	118.473	2.126	260.331	4.167
Ben	32.924	6.115	28.092	4.726	61.016	10.841
Arme	29.827	1.352	20.339	0	50.166	1.352
Hænder	65.555	4.228	23.768	343	89.323	4.571
Syn	16.341	701	9.933	0	26.274	701
Høreelse	18.773	1.129	27.775	343	46.548	1.472
Adfærd	21.179	1.126	8.053	0	29.232	1.126
Intellekt	85.695	1.640	83.258	1.248	168.953	2.888
I alt	412.152	18.332	319.691	8.786	731.843	27.118

Note: Personer med handicap, men ingen målt funktionsnedsættelse.

En del af de nævnte problemer er imidlertid allerede afhjulpet. Det gælder for 6.000 af de 27.000 problemer, og det er kun 18 pct. af de øvrige, lidt over 3.000, som respondenterne mener, vil kunne afhjælpes med passende foranstaltninger. Af de 18.000 kvinder, der siger, at de har problemer med at komme omkring indendørs og benytte deres bolig, har 3.500 fået afhjulpet problemet, 11.000 mener ikke, at der kan gøres noget ved det, og 2.500 mener, at det kan afhjælpes med passende hjælpemidler. Af de 9.000 mænd, der har problemer med at komme omkring indendørs og benytte deres bolig, har 2.400 fået afhjulpet problemet, 4.500 mener ikke, at der kan gøres noget ved det, mens under 900 mener, at det kan afhjælpes med passende hjælpemidler.

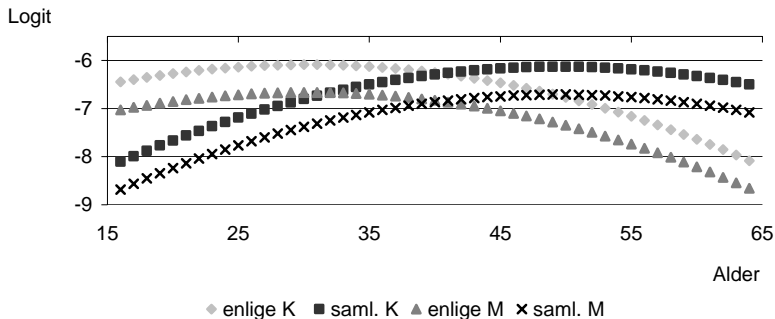
Disse tal kunne tyde på, at mænd ikke alene – som resultaterne fra kapitel 3 gav indtryk af – giver udtryk for mindre handicap end kvinder, når de har den samme funktionsnedsættelse, og – som vi har set i dette kapitel – har færre problemer med deres bolig, når de har en funktionsnedsættelse, men at de oven i købet i de tilfælde, hvor de *har* pro-



blemer med at komme omkring indendørs og benytte boligen, har betydelig mindre fantasi, når det handler om at kunne se muligheder for, at man eventuelt kan gøre noget for at afhjælpe disse problemer med passende hjælpemidler.

FIGUR 4.18

Uløste problemer med at benytte boligen, efter alder. 2006.



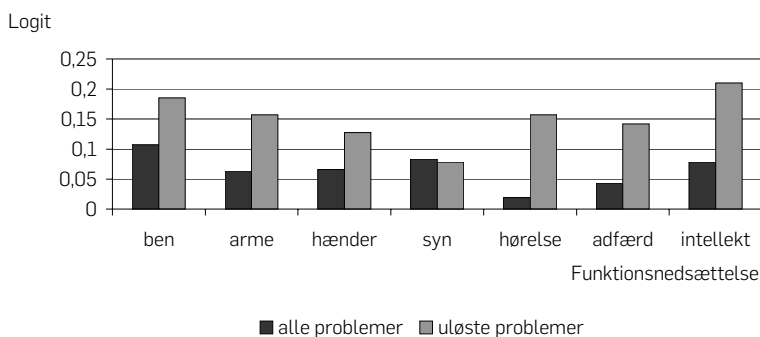
Problemerne med at benytte boligen varierer med alderen. De er relativt store for de helt unge omkring 20 år og meget mindre for gruppen først og midt i 30'erne. For samlevende bliver de igen større sidst i 40'erne, mens de bliver mindre for enlige. Figur 4.18 viser logit for personer uden handicap, som har en sandsynlighed på 3-4 promille for problemer med lejligheden, når den er størst, for samlevende kvinder omkring 50. Logit er 0,95 mindre for en mand, der er samlevende. Med en studentereksamen er der større sandsynlighed for, at man mener, at man har uløste problemer med at benytte boligen. Den bidrager med 0,503 til logit.

Problemerne med at benytte boligen er væsentligt større for mennesker med handicap uden funktionsnedsættelse. Her skal lægges 1,86 til logit. Handicap uden funktionsnedsættelse betyder her lige så meget, som hvis man ikke kan bruge en blyant eller tage en hat på med nogen af armene. Problemerne med at benytte boligen afhænger af mobilitetshandicap, især på ben, af dårlig hørelse og adfærdsmæssigt handicap, samt for personer over 50 år af intellektuelt handicap. En mand på 50 år, der slet ikke kan høre, har således 4 pct. sandsynlighed for at have uløste problemer med at benytte sin lejlighed.

Den tilsvarende analyse fra 1995 viste en logit på 1,5-2 mere for at have uløste problemer med boligen. Dengang havde samliv ingen betydning for boligen, mens forskellen på køn var konsekvent større end i dag.

FIGUR 4.19

Problemer med at benytte boligen. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



Figur 4.19 viser på samme figur alle problemer med at benytte boligen og uløste problemer hermed. For de fleste dimensioner af funktionsnedsættelse hænger begge dele sammen med graden. Men sammenhængen er i reglen betydeligt stærkere, når det angår de uløste problemer. Det må betyde, at med en større grad af funktionsnedsættelse bliver en større del af problemerne med at benytte boligen ikke løst. Den tilsvarende analyse fra 1995 gav kun væsentlige bidrag for ben og syn.

## PROBLEMER MED AT KOMME OMKRING UDENDØRS

Op mod 49.000 mennesker med handicap giver udtryk for, at de har problemer med at komme omkring udendørs. De fordeler sig på godt 29.000 kvinder og 19.000 mænd. Her udgør gruppen af personer med funktionsnedsættelse i ben den største gruppe (48 pct.). Blandt dårligt gående er der næsten lige mange mænd og kvinder, der har problemer udendørs. Andre mobilitetshandicap giver derimod et problem udendørs for tre gange så mange kvinder som mænd. Sansehandicap giver samlet

set kønnene lige mange problemer. Dog sådan, at det for mænd oftest er hørelsen, mens det for kvinder oftest er synet, der udgør problemet. Adfærd og intellekt giver tre mænd problemer for hver to kvinder. Til gengæld er der i gruppen handicappede uden funktionsnedsættelser fire kvinder, der har problemer med at komme omkring udendørs for hver mand (jf. tabel 4.11).

TABEL 4.11

Problemer med at komme omkring udendørs. Personer med given største funktionsnedsættelse. Procent og antal personer mellem 16 og 64 år. 2006.

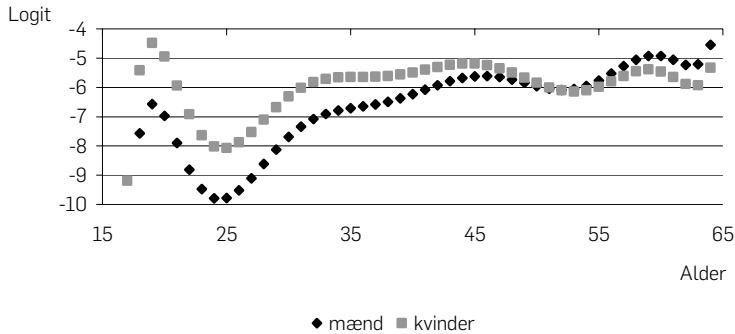
Funktionsnedsættelse	Kvinder		Mænd		Kvinder og mænd	
	Ingen problemer	Problemer	Ingen problemer	Problemer	Ingen problemer	Problemer
Ingen	188.822	4.508	163.537	1.062	352.359	5.570
Ben	25.835	12.890	21.962	10.533	47.797	23.423
Arme	28.056	2.808	20.339	0	48.395	2.808
Hænder	63.980	5.437	20.934	2.804	84.914	8.241
Syn	16.207	835	9.511	423	25.718	1.258
Hørelse	19.417	485	27.290	828	46.707	1.313
Adfærd	21.523	782	6.832	1.221	28.355	2.003
Intellekt	85.208	1.711	82.170	2.337	167.378	4.048
I alt	449.048	29.456	352.575	19.208	801.623	48.664

Note: Personer med handicap, men ingen målt funktionsnedsættelse.

Blandt de personer, der har angivet, at de har handicap – en gruppe, der jo tæller betydeligt flere kvinder end mænd – er der imidlertid ingen forskel på den andel af kvinder og mænd, der oplyser, at de har problemer med at komme omkring udendørs. En logistisk regressionsanalyse viser en lidt sjov sammenhæng med alder (jf. figur 4.20). De alleryngste op til 20 år har problemer, så falder sandsynligheden brat til et lavpunkt omkring 25 år, hvorefter den stiger frem til 30-årsalderen. Derefter er der mindre svingninger, med en nedgang først i 50'erne. Før 45-årsalderen har mænd færre problemer end kvinder, senere har de flere.

FIGUR 4.20

Har problemer udendørs, efter alder. 2006.



TABEL 4.12

Har problemer udendørs. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	beta	p	Beta i alderen				
			20	30	40	50	60
Ben	0,251	0,000	0,251	0,251	0,251	0,251	0,251
Arme	0,151	0,000	0,151	0,151	0,151	0,151	0,151
Hænder	0,177	0,000	0,243	0,217	0,190	0,164	0,137
Syn	0,120	0,000	0,120	0,120	0,120	0,120	0,120
Hørelse	0,110	0,000	0,110	0,110	0,110	0,110	0,110
Intellekt	0,214	0,000	0,214	0,214	0,214	0,214	0,214

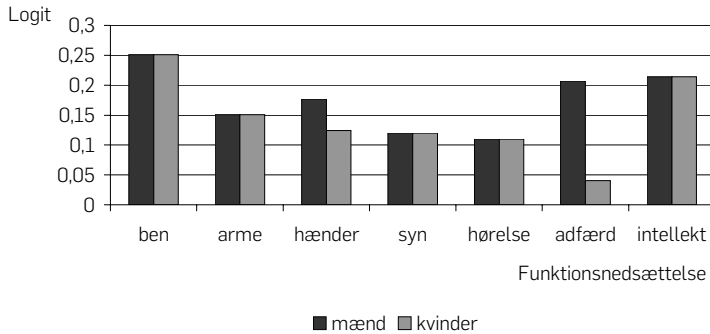
Alle typer af funktionsnedsættelser er med til at øge de problemer, man har med at komme omkring udendørs, og virkningen er ganske kraftig. Således betyder det 300 gange større odds, hvis man slet ikke kan gå, og 20 gange større odds, hvis man slet ikke kan se.

En person, der bruger kørestol, men i øvrigt ikke har funktionsnedsættelser af anden art end i benene, burde med de danske krav til tilgængelighed kunne komme omkring udendørs uden problemer. Modellen siger imidlertid, at hvis vedkommende er en samlevende kvinde på 35 år, så har hun omkring 73 pct. sandsynlighed for at have problemer med at komme omkring udendørs. På det tilsvarende billede fra 1995 var logit 2-4 gange større, og problemerne således langt mere almindelige, for aldersgrupper op til 55-60, hvorefter de faldt for mænd, således at de

i 60-65-årsalderen nogenlunde lige så hyppigt havde problemer som dem, vi finder i 2006.

FIGUR 4.21

Problemer med at komme omkring udendørs. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for hænder gælder det dog kun for person på 45 år). 2006.



TABEL 4.13

Hvilken type problemer udendørs? Personer med given største funktionsnedsættelse, fordelt efter største problem med at komme omkring udendørs. Procent og antal personer mellem 16 og 64 år. 2006.

Funktionsnedsættelse:	Bevægelse	Balance	Syn	Angst	Andre	Ved ikke	Problemer i alt
Ingen*	2.442	317	82	315	2.130	0	5.286
Ben	20.739	2.676	0	0	646	0	24.061
Arme	1.766	625	0	0	417	0	2.808
Hænder	5.954	1.598	72	549	433	0	8.606
Syn	835	0	0	0	423	0	1.258
Hørelse	900	0	0	0	343	69	1.312
Adfærd	1.220	0	0	784	0	0	2.004
Intellekt	2.434	795	0	818	0	0	4.047
I alt	36.290	6.011	154	2.466	4.392	69	49.382

Note: Personer med handicap, men ingen målt funktionsnedsættelse.

Figur 4.21 viser, at for funktionsnedsættelser på hænder, og især for funktionsnedsættelser, der vedrører adfærd, er der stor forskel på den betydning, som en bestemt grad af funktionsnedsættelse har for en mand og for en kvinde. For adfærd betyder funktionsnedsættelsen dobbelt så store vanskeligheder med at komme omkring udendørs for en mand, som den gør for en kvinde. For 1995 fandt vi lige så store søjler for ben og syn, men betydeligt mindre for de øvrige dimensioner.

Tabel 4.13 viser, *hvilke* problemer man har med at komme omkring udendørs. Af de 49.000 personer, der har problemer, karakteriserer 36.000 det som bevægelsesproblemer og 6.000 det som balanceproblemer – altså noget, der har med mobilitetshandicap at gøre.

## BENYTTET HJÆLPEMIDLER UDE

60.000 mennesker oplyser, at de benytter hjælpemidler udendørs. Heraf benytter de 19.000 sig dog blot af en almindelig stok. Kørestole, heraf 7.000 elektriske, benyttes af over 25.000. Andre godt 7.000 bruger rollator, knap 5.000 medicin og 1.000 blindestok. Det sidste tal er meget lille i forhold til, at de 10.000 angiver, at de ikke kan se et vindue, der kommer lys ind ad. En mulig forklaring er, at respondenterne forstår ordet hjælpemidler som noget med rollator og kørestol.

Det er endvidere interessant at se, at af de over 7.000 uden funktionsnedsættelser, der benytter hjælpemidler, bruger over 5.000 kørestol. Vi forestiller os derfor, at disse mennesker i virkeligheden har funktionsnedsættelser. Af kørestolsbrugere er der i øvrigt næsten 5.000, hvis største funktionsnedsættelse er på intellekt, og over 1.000, hvis største funktionsnedsættelse er hørelse.

Benyttelse af hjælpemidler udendørs hænger noget sammen med køn og alder, idet brugen alt andet lige er en smule større for mænd først i 20'erne og begge køn sidst i 50'erne. Den er endvidere lidt større for dem, der har haft handicap i op til femten år, end den er for mennesker, der har haft handicap i længere tid. Benyttelse af hjælpemidler udendørs har derimod ingen sammenhæng med samlivsforhold. Det havde det derimod i den tilsvarende analyse fra 1995, som derfor gav et mere kompliceret billede. Hovedtrækket med forholdet mellem køn og et dyk omkring 35-40-årsalderen findes dog også her. Det var desuden nogenlunde lige så almindeligt at benytte hjælpemidler ude dengang, som det er i dag.

TABEL 4.14

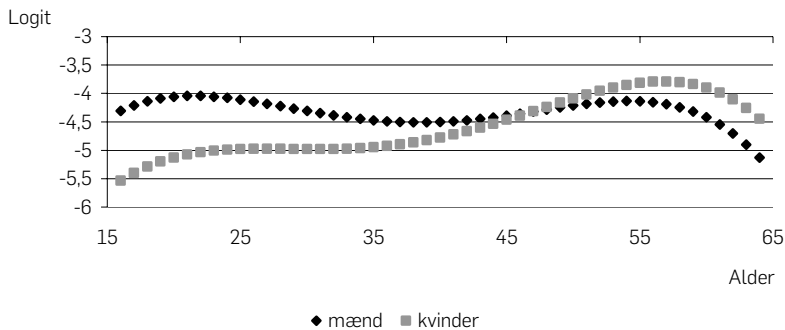
Benytter du hjælpemidler udendørs (anfør det vigtigste)? Personer med given største funktionsnedsættelse. Procent og antal personer mellem 16 og 64 år. 2006.

Funktionsnedsættelse:	Blindestok	Alm. stok	Rollator	Kørestol	El-kørestol	Medicin	Ved ikke	Benytter i alt
Ingen*	0	862	313	5.153	313	732	82	7.455
Ben	366	10.022	4.355	5.419	4.925	0	745	25.832
Arme	0	1.189	323	0	417	0	343	2.272
Hænder	0	3.402	1.546	909	1.044	315	659	7.875
Syn	317	833	61	743	346	417	0	2.717
Hørelse	137	0	788	1.344	68	0	0	2.337
Adfærd	0	750	0	0	0	1.805	0	2.555
Intellekt	315	2.031	62	4.843	0	1.423	416	9.090
I alt	1.135	19.089	7.448	18.411	7.113	4.692	2.245	60.133

Note: Personer med handicap, men ingen målt funktionsnedsættelse.

FIGUR 4.22

Benytter hjælpemidler ude, set i forhold til alder. 2006.

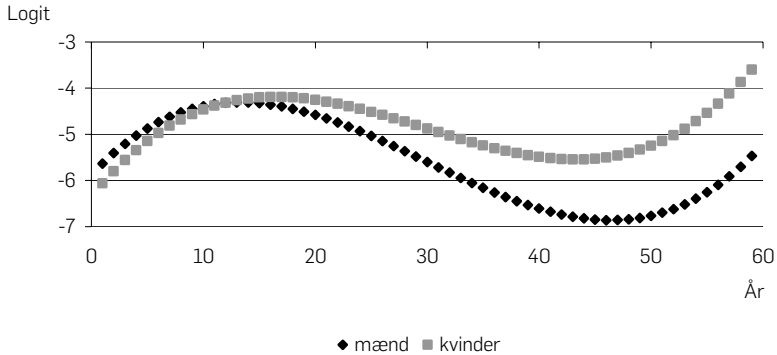


Hvis man undrer sig over de lidt kamelagtige kurver på figur 4.22, skal man tænke på, at det ikke er de samme mennesker, der gennemløber en udvikling. Der er tværtimod flere og flere, der har erhvervet handicap, jo ældre de bliver. Den anden pukkel midt og sidst i 50'erne er derfor præget af et stort antal forholdsvis nyhandicappede, og som vi skal se på figur 4.23, har disse meget større sandsynlighed for at benytte hjælpemid-

ler udendørs, end de mennesker, som har haft deres handicap i mange år, har.

FIGUR 4.23

Benytter hjælpemidler ude, set i forhold til antal år, man har haft handicap. 2006.



Analysen fra 1995 viser ligeledes en faldende kurve for mænd, men her følger samlevende kvinder med. I 1995 var det kun for enlige kvinder, at vi fandt et billede, hvor brugen af hjælpemidler ude steg med antal år, man havde haft handicapet.

Personer med studentereksamen har betydeligt højere odds for at benytte hjælpemidler udendørs end personer med almindelig folkeskoleuddannelse. Som udgangspunkt er logit  $-4,46$  for en mand på 45 år med handicap, men uden funktionsnedsættelse, som har haft sit handicap i 10 år. Dermed er der 1 pct. sandsynlighed for at benytte hjælpemidler udendørs. Med en studentereksamen (logit  $+0,77$ ) øges sandsynligheden til 2 1/2 pct.

Alle dimensioner af funktionsnedsættelse bortset fra hørelse giver en øget benyttelse af hjælpemidler udendørs, som det fremgår af tabel 4.15. Hvis manden, som vi netop så på, slet ikke kan gå, har han en sandsynlighed på 59 pct. for at benytte hjælpemidler udendørs, hvis han ikke er student, men på 77 pct. med en studentereksamen.



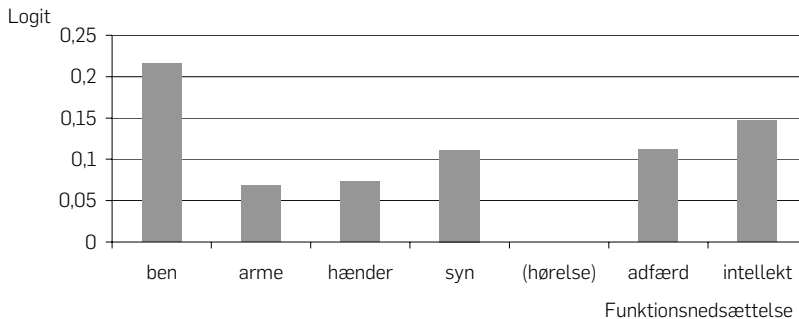
TABEL 4.15

Benytter hjælpemidler udendørs.

	Beta i alderen						
	beta	p	20	30	40	50	60
Ben	0,216	0,0000	0,216	0,216	0,216	0,216	0,216
Arme	0,068	0,0096	0,068	0,068	0,068	0,068	0,068
Hænder	0,073	0,0000	0,073	0,073	0,073	0,073	0,073
Syn	0,111	0,0000	0,111	0,111	0,111	0,111	0,111
(Hørelse)	0,040	0,2820	0,227	0,152	0,078	0,003	-0,072
Adfærd	0,112	0,0000	0,112	0,112	0,112	0,112	0,112
Intellekt	0,147	0,0000	0,147	0,147	0,147	0,147	0,147

FIGUR 4.24

Benytter hjælpemidler ude. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for hørelse gælder det kun for person på 45 år). 2006.



Skoleuddannelse har således en stor betydning for, om personer med handicap er villige til at anvende hjælpemidler. For 1995 fandt vi næsten samme billede af sammenhænge med dimensioner af funktionsnedsættelse.

Når vi ser på benyttelsen af et enkelt hjælpemiddel som eksempelvis kørestol, får vi mindre tal at regne med og kan derfor ikke se så mange detaljer i brugsmønstret. Men det er stadig klart, at sammenhængen mellem hjælpemiddelbrug og alder er forskellig for de to køn, således at mænd er meget mere tilbøjelige til at benytte hjælpemidler i en ung alder, end kvinder er. I USA finder Goodwin et al. (2007), at der tildeles flere el-kørestole i områder, hvor der bor relativt mange latinamerikanere

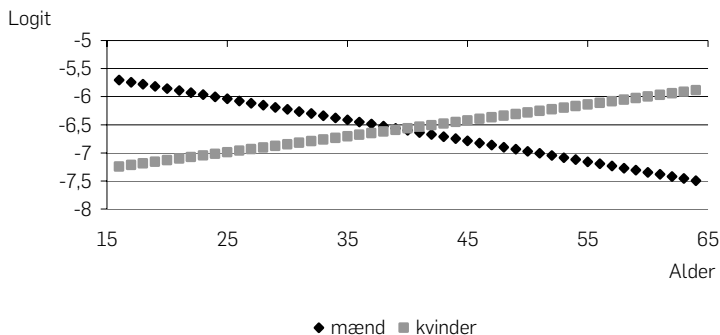
og sorte. Her viser det sig endvidere, at skoleuddannelse har en gevaldig betydning for, om man bruger kørestol. En studentereksamen giver 1,245 til logit, dvs. over tre gange større odds.

Analyserne fra 1995 viste, at kvinder benyttede kørestol langt oftere end mænd for alle aldre over 25. Kun i den yngste gruppe var mænd oftere brugere. På de 11 år, der er gået mellem de to undersøgelser, har dette skæringspunkt bevæget sig 13 år op. Den nye generation fordeler sig tilsyneladende anderledes på køn og kørestol.

Selv om et stort antal mennesker, som har oplyst, at de ikke har nogen funktionsnedsættelser, anvender kørestol, er der alligevel en meget kraftig sammenhæng mellem konkrete funktionsnedsættelser, specielt hvad angår ben og benyttelse af kørestol. En mand på 40 år, der slet ikke kan gå og har alvorlige problemer med brugen af hænder, vil have en sandsynlighed på omkring 50 pct. for at benytte kørestol, hvis han har en folkeskoleuddannelse, men 75 pct., hvis han har en studentereksamen.

FIGUR 4.25

Benytter kørestol, set i forhold til alder. 2006.



Figur 4.26 viser, at der er forskelle mellem kønnenes tilbøjelighed til at benytte kørestol, når det drejer sig om funktionsnedsættelser, der har at gøre med ben og hænder. Der benytter mænd, i betydeligt højere omfang end kvinder, kørestol. Specielt når det handler om hænder, betyder en given grad af funktionsnedsættelse mere end dobbelt så meget for mænds som for kvinders brug af kørestol. Analysen fra 1995 viste langt større søjler for ben, med samme forskel mellem mænd og kvinder, og

nogenlunde samme søjle for hænder, hvor en kønsrelateret forskel dog ikke kunne ses.

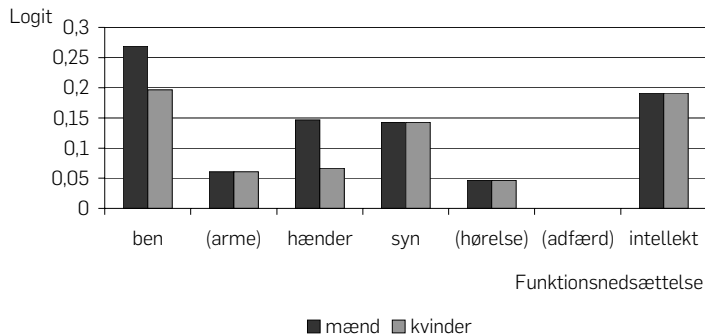
TABEL 4.16

Benytter kørestol. Logit for hver point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	Beta i alderen						
	Beta 45	P	20	30	40	50	60
Ben	0,197	0,0000	0,197	0,197	0,197	0,197	0,197
Hænder	0,066	0,0291	0,066	0,066	0,066	0,066	0,066
Syn	0,143	0,0000	0,143	0,143	0,143	0,143	0,143
Hørelse	0,046	0,5134	0,247	0,167	0,087	0,006	-0,074
Intellekt	0,191	0,0000	0,191	0,191	0,191	0,191	0,191

FIGUR 4.26

Benytter kørestol. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for hørelse gælder det kun for person på 45 år). 2006.



En kørestol er imidlertid ikke blot en kørestol. Som ved alle hjælpemidler har det betydning, at den er individuelt tilpasset, og at personen lærer at bruge den (Hoenig et al., 2005). Det har vi ikke spurgt om i denne undersøgelse.

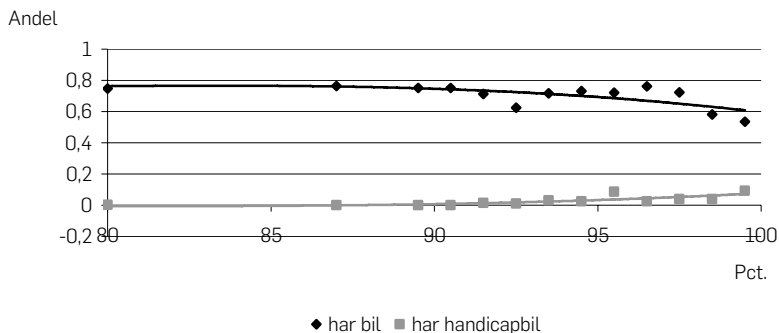
## BIL OG HANDICAPBIL

75 pct. af alle mennesker mellem 16 og 64 år har bil, 0,9 pct. handicapbil købt med tilskud (svarende til 1,2 pct. af dem, der har bil). Hvis vi deler gruppen af 18-64-årige op, så vi først tager den procent, der har størst funktionsnedsættelse, så den procent, der har næststørst, og dernæst videre på samme måde, får vi følgende billede af sammenhængen mellem ejerskab af bil og funktionsnedsættelse:

For de 10 pct., som har størst funktionsnedsættelser, er bilejerskab tydeligvis lidt mindre udbredt end blandt resten af befolkningen. Af den mest funktionshæmmede procent er det kun 54 pct., der har bil. Til gengæld er der flere, der har handicapbil købt med tilskud. Blandt den mest funktionshæmmede procent har 9 pct. en handicapbil købt med tilskud. Selv i denne gruppe er det således meget langt fra alle, der har fået offentligt tilskud til deres bil (jf. figur 4.27).

FIGUR 4.27

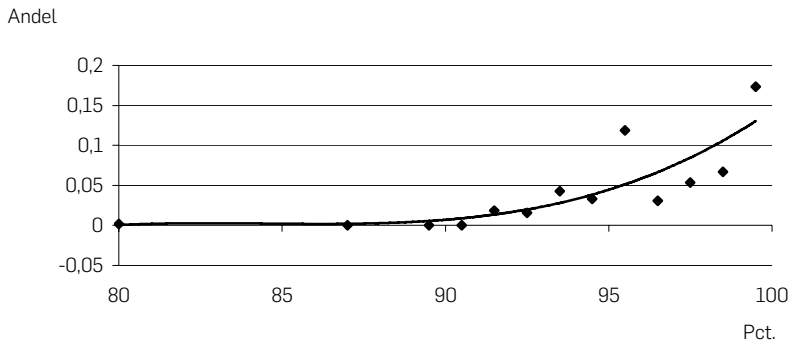
16-64-åriges ejerskab af bil og handicapbil købt med tilskud, efter percentil af funktionsnedsættelse. 2006.



Selv for den procent af befolkningen, der har den største grad af funktionsnedsættelse, udgør handicapbiler købt med tilskud kun 18 pct. af de biler, som gruppen er i besiddelse af (jf. figur 4.28). Billedet fra 1995 var næsten det samme, dog med 25 pct. tilskudsbiler for den mest funktionsnedsatte procent af populationen.

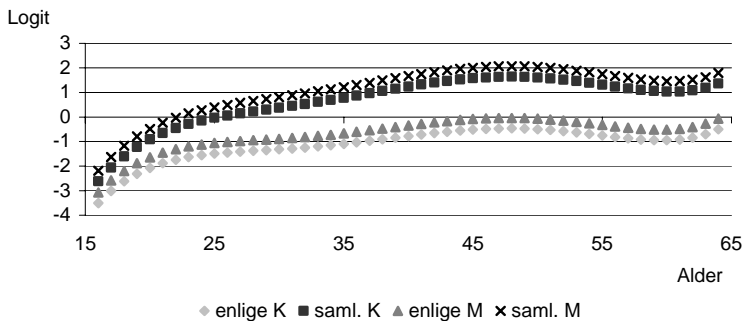
FIGUR 4.28

Antal tilskudsbiler/antal biler i alt for personer mellem 16 og 64 år, efter percentil af funktionsnedsættelse. 2006.



FIGUR 4.29

Har bil, efter alder. 2006.



I lyset af dette resultat kan man spørge, om ordningen med offentligt tilskud til biler til mennesker med handicap så opfylder sit formål om at ligestille denne gruppe med hensyn til muligheder for transport og med hensyn til ejerskab af bil? Hvad angår det sidste, kan vi belyse det ved at anvende en logistisk regressionsmodel på ejerskab af bil og af handicap-bil. Resultaterne herfra vises på figur 4.29-4.32 og i tabel 4.17.

Figur 4.29 viser logit for, at en person uden uddannelse og med almindeligt godt helbred og arbejdsevne har en bil, set i forhold til alder. Bilejerskab er gradvis mere almindelig op til 45-årsalderen og derefter ret

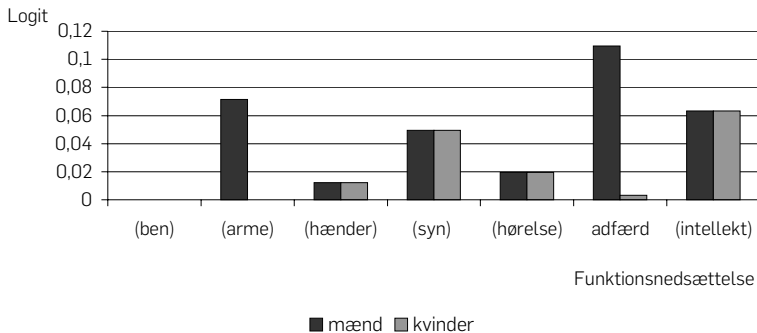
konstant, måske en smule vigende. Køn betyder noget for, om en person har en bil, men samliv betyder mere for bilejerskab, end køn gør. Med alderen bliver samliv nærmest altafgørende for bilejerskab, idet samlevende har omkring 10 gange så store odds herfor som enlige. For 1995 fandtes nogenlunde samme billede, dog med logit på omkring 0,5 mindre end nu over hele linjen. Der var altså lidt færre mennesker med bil dengang.

Vi ser, at ejerskab af bil afhænger af mange baggrundsforhold. Det har at gøre med, at mennesker har forskelligt behov for bil, forskellig lyst til at have bil og i forskellig grad har råd til at have bil. Erhvervsuddannelse mere end fordobler oddsene for at have bil for en person med folkeskoleeksamen, men giver kun halvanden gange odds til en person med studentereksamen.

Det er ikke generelt sådan, at handicap stiller sig i vejen for, at man har bil. Vi ser dog, at mænd med adfærdshandicap har bil i signifikant mindre omfang end andre mennesker, mens kvinder med adfærdshandicap har bil i samme omfang som andre. Mobilitetshandicap betyder derimod for de yngre aldersklasser, at de har bil i signifikant større omfang end andre aldersklasser (for handicap i arme gælder det specielt kvinder). Som den følgende analyse skal vise, hænger det sammen med, at en del yngre mennesker med mobilitetshandicap har handicapbil med tilskud.

FIGUR 4.30

Barrierer for bilejerskab. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



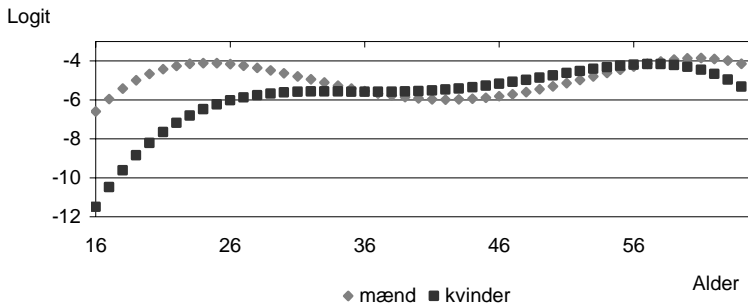
Som figur 4.30 viser, betyder de fleste funktionsnedsættelser ikke ret meget for, om en person har bil. For dimensionerne arme og adfærd er

der dog signifikant forskel mellem kønnene. Specielt for adfærd gælder, at det ikke betyder noget for kvinders ejerskab af bil, men synes at stille sig alvorligt i vejen for, om mænd får bil.

Ejerskab af handicapbil hænger ganske anderledes sammen med alder, end bilejerskab i almindelighed gør. Det er nemlig mænd under 30 år, der har den største sandsynlighed for at være i besiddelse af en sådan bil. Hverken erhvervsuddannelse eller studentereksamen betyder det ringeste for, om en person har en handicapbil købt med tilskud. I 1995 havde lidt færre handicapbil, og da betød køn ikke noget, men samlevende havde det lidt oftere end enlige af begge køn.

FIGUR 4.31

Har handicapbil købt med tilskud, efter alder. 2006.



TABEL 4.17

Har tilskudsbil. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

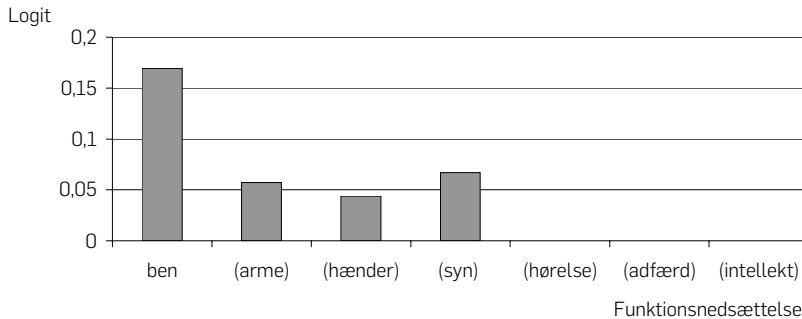
	beta	p	Beta i alderen				
			20	30	40	50	60
Ben	0,167	0,0000	0,249	0,216	0,184	0,151	0,119
Hænder	0,042	0,1563	0,150	0,107	0,063	0,020	-0,023

Mobilitetshandicap betyder øget sandsynlighed for, at en person har handicapbil, men den er kun signifikant for alle aldersklasser, når det drejer sig om ben. Sammenhængen er betydeligt større for unge menne-

sker, end den er op i alderen. For unge op til sidst i 30'erne finder vi også, at funktionsnedsættelse i hænder har betydning for, om de har handicapbil købt med tilskud.

FIGUR 4.32

Har handicapbil købt med tilskud. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for hænder gælder dog kun for person på 45 år). 2006.



De nævnte forhold tyder alt i alt på, at tilskud til biler kommer den gruppe til gode, som de sigter til, og at de i høj grad løser problemer med at ligestille denne gruppe med hensyn til bilejerskab. Det ser derimod ikke ud til, at baggrundsforhold spiller nogen rolle for om en person har handicapbil. Det øger således ikke chancen for at få en bil med tilskud, hvis man har flere ressourcer og dermed måske mere energi til at ansøge. Den tendens, som vi så ovenfor, til at specielt mænd med adfærdshandicap i markant ringere grad har bil end andre, genfindes i svagere grad, når det gælder handicapbil købt med tilskud. Her er antallet dog for lille, til at der kan være tale om signifikans.

## I STAND TIL AT BENYTTTE TOG OG BUS

34.000 personer er slet ikke i stand til at benytte bus og tog, af dem er 31.000 handicappede, mens 3.000 ikke mener, at de er handicappede. Hvis vi regner dem med, der siger, at de ikke kan benytte bus og tog, når der er mange med, får vi i alt godt 65.000. Af dem er 49.000 handicappede, mens 16.000 ikke mener, at de er det. Regner vi dem med, der meget



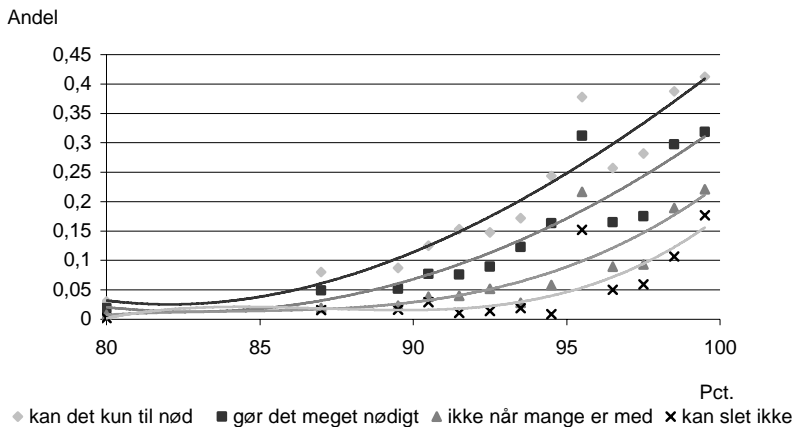
nødig benytter bus og tog, når der er mange med, kommer vi op på i alt 135.000 personer, der på den måde er begrænset i deres mobilitet. Af dem er 87.000 handicappede, mens 48.000 ikke vil betegne sig som handicappede.

I procent betyder det, at 1 pct. af den voksne befolkning fra 16 og op til 64 år slet ikke kan benytte tog og bus. Når der er mange med, kan 2 pct. ikke benytte disse transportmidler, mens andre 2 pct. meget nødig gør det. I alt er det således 4 pct., som ikke kan eller meget nødig benytter bus og tog, når der er mange med. Yderligere 2 pct. siger, at de til nød kan gøre det. Der er således 94 pct. tilbage, som uden problemer benytter bus og tog, også når der er mange med. Af de 6 pct., som siger, at de har problemer med at benytte bus og tog, når der er mange med, hører 62 pct. til dem, der i denne undersøgelse har klassificeret sig selv som handicappede, mens 38 pct. hører til gruppen af ikke-handicappede.

Man kan undre sig over, at de mange ikke-handicappede som har større eller mindre vanskeligheder med at benytte offentlige transportmidler, når der er mange med, ikke har klassificeret sig selv som handicappede. En del af dem burde givetvis have gjort det, men andre har muligvis blot et sæt præferencer, der forhindrer dem i at benytte overfyldte trafikmidler. Ejerskab af bil er således en ting, som betyder, at man mindre gerne benytter offentlig transport.

FIGUR 4.33

Mulighed for at personer mellem 16 og 64 år benytter bus og tog, efter percentil af funktionsnedsættelse. 2006.



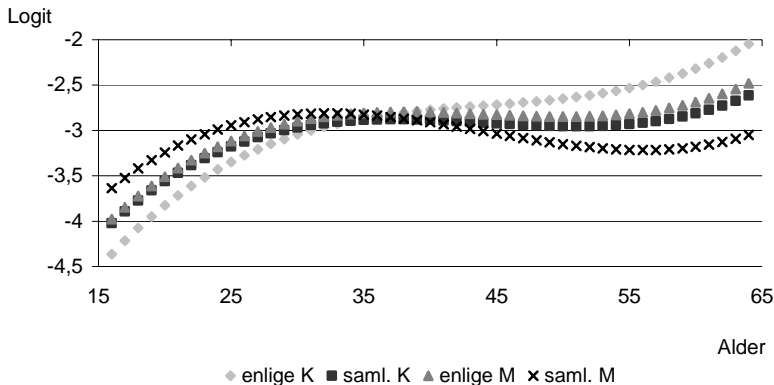
Der er sammenhæng mellem, hvilken grad af funktionsnedsættelse man har, og hvor stor man mener muligheden er for at benytte offentlige transportmidler, som det fremgår af figur 4.33. Her er både de fire svar på spørgsmålet stillet op i forhold til de mest funktionshæmmede procenter og tendenslinjer indtegnet. Det skal bemærkes, at tallene for dem, der ikke kan benytte bus og tog, når der er mange med, også indbefatter dem, der slet ikke kan benytte bus og tog. På samme måde indbefatter tallene for dem, der meget nødig benytter bus og tog, når der er mange med, også de to førnævnte grupper. Endelig indbefatter dem, der kun til nød benytter bus og tog, når der er mange med, også de tre førnævnte grupper.

For 1995 fandt vi nogenlunde samme billede med den forskel, at hvor vi nu ser, at omkring 40 pct. af den mest handicappede procent kun med nød kan benytte bus og tog, når der er mange med, var det dengang 60 pct., og de andre kurver nåede tilsvarende højere op.

For at se, hvad de enkelte funktionsnedsættelser betyder for muligheden for at benytte bus og tog, tillempes en logistisk regressionsmodel for to af de fire kategorier, der blev afbildet på figur 4.33.

FIGUR 4.34

Kan kun til nød bruge bus og tog, når der er mange med, efter alder. 2006.



Figur 4.34 viser logit for udsagnet, at man kun til nød kan bruge bus og tog, når der er mange med, for en person uden funktionsnedsættelser. Spørgsmålet er både stillet til mennesker med handicap og til mennesker

uden handicap, og det viser sig, at handicap uden funktionsnedsættelse ikke betyder noget som helst for, hvad man mener om sin mulighed for at benytte bus og tog, når der er mange med.

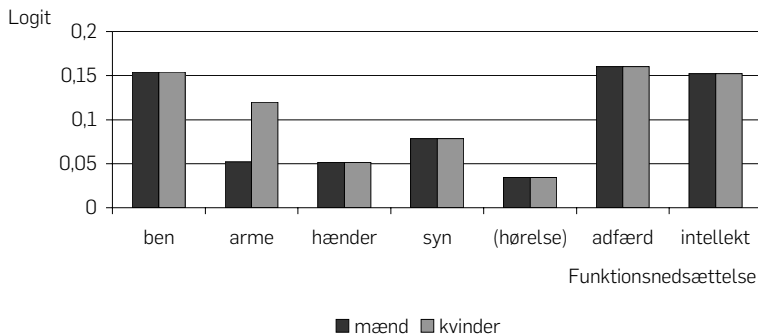
TABEL 4.18

Kan kun til nød bruge bus og tog. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	beta	p	Beta i alderen				
			20	30	40	50	60
Ben	0,154	0,0000	0,154	0,154	0,154	0,154	0,154
Arme	0,120	0,0000	0,120	0,120	0,120	0,120	0,120
Hænder	0,051	0,0000	0,051	0,051	0,051	0,051	0,051
Syn	0,079	0,0000	0,079	0,079	0,079	0,079	0,079
Adfærd	0,160	0,0000	0,160	0,160	0,160	0,160	0,160
Intellekt	0,152	0,0000	0,216	0,190	0,165	0,139	0,114

FIGUR 4.35

Kan kun til nød bruge bus og tog, når der er mange med. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for intellekt gælder det dog kun for person på 45 år). 2006.



Evnen til at benytte bus og tog, også når der er mange med, har en kompliceret sammenhæng med køn, samliv og alder. Mellem 15- og 30-årsalderen er der stadig flere, der mener, at det er vanskeligt. Efter 50-årsalderen får enlige kvinder en stigende tendens til at mene det samme. Før 35-årsalderen har mænd sværere ved at benytte bus og tog, når der er mange med, end kvinder har, og samlevende har sværere ved det end

enlige. Efter 50-årsalderen forholder begge ting sig omvendt. Der har kvinder sværere ved at benytte bus og tog, når der er mange med, end mænd har, og enlige sværere ved det end samlevende. En erhvervsuddannelse øger muligheden for at bruge offentlig transport en smule.

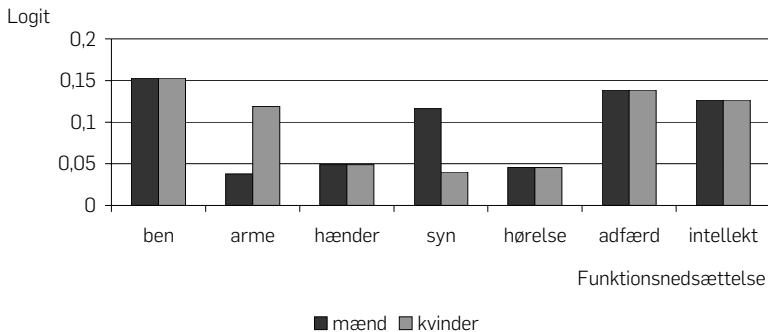
I 1995 fandt vi et helt andet billede. Da var det samlevende under 30 år, der oftest havde dette problem med at benytte bus og tog, mens det for aldersklassen over 40 år mest var kvinder.

Muligheden for at benytte bus og tog hænger stærkt sammen med de fleste funktionsnedsættelser. For hørelse er sammenhængen dog ikke signifikant. For intellekt er der meget stærk sammenhæng for de yngste aldersgrupper, men også signifikant sammenhæng for de øvrige. For 1995 fandt vi næsten samme billede.

Den næste kategori 'bruger meget nødig bus og tog' bliver kun vist med en enkelt figur. Her viser vi en tilsvarende kompliceret sammenhæng med køn, samliv og alder, hvor mænd og samlevende har størst vanskeligheder ved at benytte den offentlige trafik som yngre, mens kvinder og enlige føler disse vanskeligheder er større, når de kommer over de 50. Også her betyder en erhvervsuddannelse noget: næsten halvanden gange mindre odds for at have problemet.

FIGUR 4.36

Bruger meget nødigt bus og tog. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



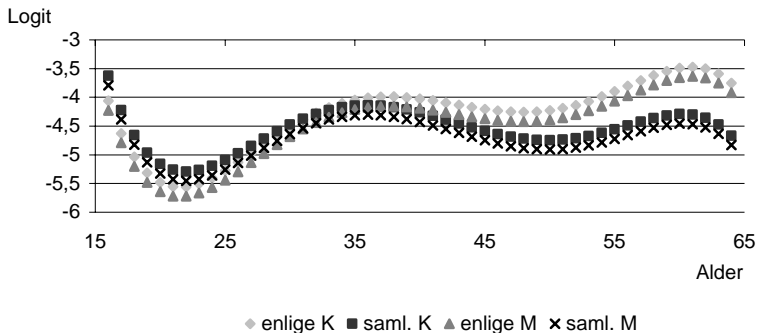
Vi finder også næsten eksakt samme billede af sammenhæng med de enkelte dimensioner af funktionsnedsættelser, som vist på figur 4.36. Her får hørelse dog en smule mere betydning, så det netop når at blive signifikant. På to punkter gør køn en forskel. Kun funktionsnedsættelser på

arme synes at betyde noget for, om kvinder meget nødig bruger bus og tog. Betydningen for mænd er meget mindre og ikke signifikant. Omvendt gælder det, når det drejer sig om synsnedsettelser. De ser ud til at betyde dobbelt så meget for mænd, som de gør for kvinder, for den barriere, der er for at bruge bus og tog, når der er mange med.

32.000 personer – godt 18.000 med handicap og godt 13.000 uden handicap – synes, det er helt udelukket at benytte bus og tog, når der er mange med. Her viser figur 4.37 ligeledes en kompliceret sammenhæng med køn, samliv og alder. Grupperne følges ad et langt stykke af vejen, med færrest problemer omkring 20-årsalderen stigende til, at 1-2 pct. har problemer i 35-årsalderen. Det niveau holder op til aldersklassen 50-55 år, men her begynder grupperne at adskille sig fra hinanden, således at enlige meget oftere end samlevende mener, at det er udelukket at benytte bus og tog, når der er mange med, og kvinder mener det en smule oftere end mænd.

FIGUR 4.37

Udelukket at benytte bus og tog, når der er mange med, efter alder. 2006.



Alle dimensioner af funktionsnedsettelser har betydning for, om man mener, det er muligt at benytte bus og tog, når der er mange med. Funktionsnedsettelser på ben og arme betyder meget for alle aldersgrupper. For de øvrige dimensioner varierer betydningen imidlertid med alderen. For hænder, hørelse og intellekt finder vi den største betydning for de yngste grupper. For syn og adfærd finder vi den største betydning for de ældste af grupperne.

TABEL 4.19

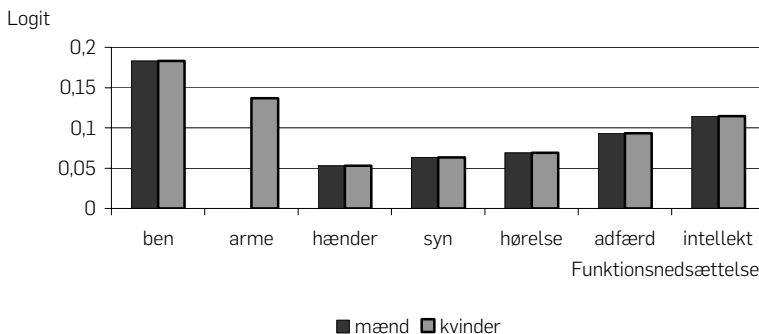
Udelukket at bruge bus og tog. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	beta	p	Beta i alderen				
			20	30	40	50	60
Ben	0,183	0,0000	0,183	0,183	0,183	0,183	0,183
Arme (kvinder)	0,137	0,0000	0,137	0,137	0,137	0,137	0,137
Hænder	0,053	0,0009	0,114	0,089	0,065	0,041	0,016
Syn	0,063	0,0831	-0,073	-0,019	0,036	0,091	0,145
Hørelse	0,069	0,0189	0,150	0,118	0,086	0,053	0,021
Adfærd	0,093	0,0008	-0,042	0,012	0,066	0,120	0,174
Intellekt	0,115	0,0001	0,115	0,115	0,115	0,115	0,115

Vi har set ved de første to svarkategorier på spørgsmålet, om man kan benytte bus og tog, også når der er mange med, at der var meget stor forskel på svarene for mænd og kvinder med funktionsnedsættelse på arme. Denne forskel genfindes i ekstrem grad, når det gælder, at det er helt udelukket at bruge bus og tog, når der er mange med. Det er kun kvinder med armproblemer, der mener det, mens mænd med armproblemer ser ud til at have brugen af bus og tog, også på tider med mange passagerer, med på repertoire over, hvad der er muligt.

FIGUR 4.38

Udelukket at bruge bus og tog, når der er mange med. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for syn, hørelse og adfærd gælder det kun for person på 45 år). 2006.



Hvor godt dækker ordningen med handicapbil set i forhold til disse problemer, som store grupper har med at benytte de offentlige transportmidler? I gruppen af mennesker med handicap, som slet ikke kan benytte bus og tog, har 20 pct. en handicapbil købt med tilskud, og 51 pct. en almindelig bil, mens 29 pct. ikke har bil. Det vil sige, at 28 pct. af de biler, man har i denne gruppe, er handicapbiler købt med tilskud, og 72 pct. af bilerne er købt på almindelige vilkår (jf. tabel 4.20 og 4.21).

I gruppen af mennesker med handicap, som udmærket kan benytte bus og tog, selv når der er mange med, er der derimod kun 0,6 pct., der har en handicapbil købt med tilskud. En forklaring på, at de overhovedet har en handicapbil, kan være, at de har et barn med handicap. Det betyder, at 0,8 pct. af de biler, som denne gruppe har, er handicapbiler købt med tilskud, mens de øvrige 99,2 pct. er biler, som er købt på almindelige vilkår.

TABEL 4.20

Handicapbiler fordelt efter selvrapporteret mulighed for benyttelse af offentlig transport. Personer mellem 16 og 64 år. 2006.

	Svar på: "Kan du benytte bus og tog, også når der er mange med?"					
	Ja, udmærket	Kan til nød	Gør det meget nødt	Udelukket	Kan aldrig	I alt
Mennesker med handicap (a)	716.242	39.537	38.037	18.403	30.877	843.096
Heraf har handicapbil (b)	3.975	1.921	2.308	2.021	6.081	16.306
b i procent af a	0,6	4,9	6,1	11,0	19,7	1,9
Mennesker uden handicap (c)	2.611.162	28.461	31.565	13.312	2.953	2.687.453
Heraf har handicapbil (d)	1.292	0	0	0	0	1.292
Handicapbil (b+d) i procent af (a+c)	0,2	2,8	3,3	6,4	18,0	0,5

Selv blandt mennesker med store funktionsnedsættelser, som slet ikke kan benytte offentlig transport, er over to tredjedele af bilerne altså købt på almindelige vilkår. Det er der egentlig ikke noget mærkeligt i. Mennesker uden handicap bruger også ofte langt større beløb på bil end det, de kunne nøjes med, hvis de blot ville have en, der kunne køre. Samtidig ser

vi, at mennesker uden handicap, der slet ikke kan benytte offentlig transport, ikke i nogen tilfælde har fået tilskud til en handicapbil.

TABEL 4.21

Handicapbiler fordelt efter menneskers mulighed for benyttelse af offentlig transport. Personer mellem 16 og 64 år. Procent og antal. 2006.

		Svar på: "Kan du benytte bus og tog, også når der er mange med?"					
		Ja, udmærket	Ja, til nød	Gør det meget nødt	Udelukket	Kan aldrig	I alt
Mennesker med handicap	Handicapbiler	3.975	1.921	2.308	2.021	6.081	16.306
	Biler i alt	528.089	24.636	25.829	13.517	21.975	614.046
	Handicapbiler udgør:	0,8 %	7,8 %	8,9 %	15,0 %	27,7 %	2,7 %
Mennesker uden handicap	Handicapbiler	1.292	0	0	0	0	1.292
	Biler i alt	1.938.143	22.425	24.984	10.355	1.491	1.997.398
	Alle mennesker	5.267	1.921	2.308	2.021	6.081	17.598
Alle mennesker	Biler i alt	2.466.232	47.061	50.813	23.872	23.466	2.611.444
	Handicapbiler udgør:	0,2 %	4,1 %	4,5 %	8,5 %	25,9 %	0,7 %

## BENYTTET HANDICAPBEFORDRING

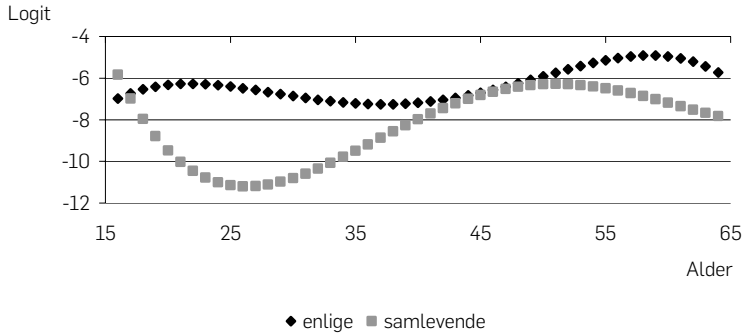
For mennesker, der på grund af funktionsnedsættelser ikke kan benytte almindelige offentlige trafikmidler, stiller trafikselskaberne særlig handicapbefordring til rådighed.

Der er ingen forskel på, hvor meget kvinder og mænd benytter handicapbefordring. Derimod er der en stor variation i brugen, som hænger sammen med samliv og alder. Enlige benytter oftere handicapbefordring, når de er over 50. For samlevende er der derimod en stor variation med alder. Som helt unge benytter de den lige så meget som enlige, i 20-35-årsalderen benytter de den yderst sjældent, i 40'erne er deres brug af handicapbefordring igen som enliges, men så stiger den ikke i 50'erne, sådan som enliges gør. Benyttelse af handicapbefordring hænger sammen med skoleuddannelse, således at en studentereksamen trækker 1,86 fra logit.



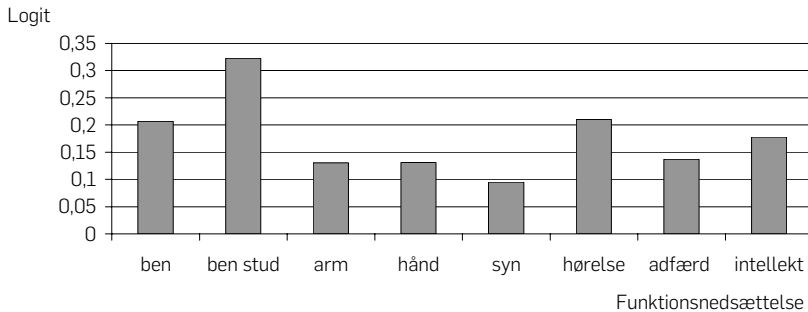
FIGUR 4.39

Benytter handicapbefordring, efter alder. 2006.



FIGUR 4.40

Benytter handicapbefordring. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



Handicapbefordring henvender sig specifikt til mennesker med funktionsnedsættelser, og man skal visiteres til ordningen. Derfor er der ikke noget mærkeligt i, at der er en stærk sammenhæng mellem benyttelse af handicapbefordring og funktionsnedsættelse. Sammenhængen gælder alle former for funktionsnedsættelse. For mennesker med handicap på ben har en studentereksamen den modsatte effekt af den generelle, idet den gør, at de benytter handicapbefordring betydeligt mere end dem, der ikke har den. Ved siden af de her viste effekter har handicap uden funktionsnedsættelse en virkning på plus 2,49 til logit. For benyttelsen af denne ordning betyder handicap uden funktionsnedsættelse altså mere end et

mobilitetshandicap, der betyder, at man ikke kan gå 50 meter uden at stoppe op eller føle stærkt ubehag.

## HVEM KLARER INDKØBENE?

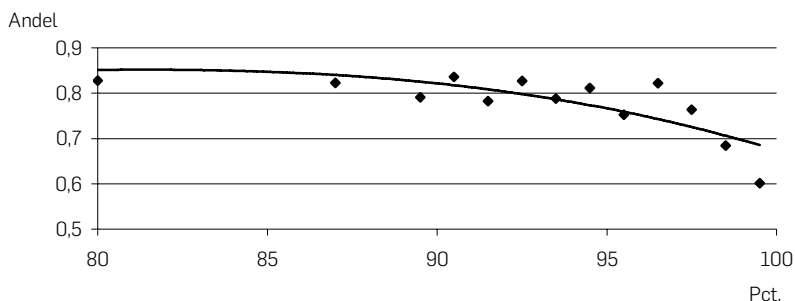
Blandt mennesker uden handicap er det 85 pct., der selv klarer deres indkøb i det daglige. Denne andel er mindre for mennesker med funktionsnedsættelser. Blandt den procent, der har de største grader af funktionsnedsættelse, er det kun 60 pct., der selv foretager sine indkøb (jf. figur 4.41).

Indkøbsaktiviteten afhænger dog ikke kun af handicap. Som det ses på figur 4.42, køber man selv i højere grad ind, hvis man er kvinde, eller hvis man ikke er samlevende. Samlevende mænd køber i meget ringe grad selv ind. Det er kvinden, der står for indkøb, og det gælder i højeste grad for de yngste grupper. Samlevende køber især selv ind indtil 30-35-årsalderen, derefter får de formentlig en vis hjælp af deres børn.

For enlige finder vi naturligt nok et helt andet mønster. Her er ikke megen forskel mellem kønnene, men de yngste grupper køber i ringere grad ind selv. En del af dem bor formentlig stadig hos forældrene. Fra sidst i 20'erne køber de selv ind i højere grad end de samlevende. Personer med en studentereksamen køber en smule oftere selv ind.

FIGUR 4.41

Andel blandt personer mellem 16 og 64 år, der selv køber ind, set i forhold til percentiler af funktionsnedsættelse.



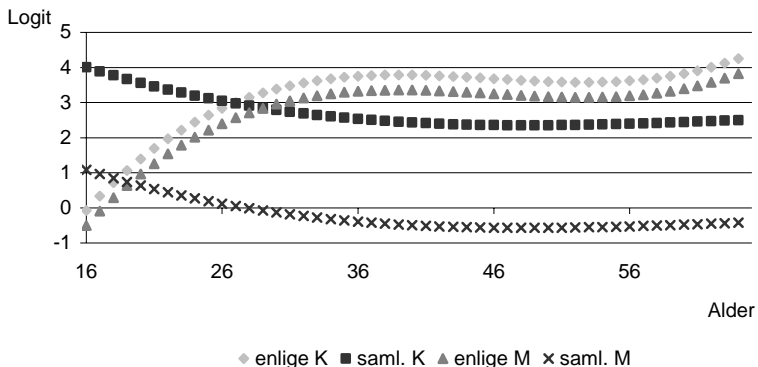
Alle dimensioner af funktionsnedsættelse bortset fra hørelse har betydning for det forhold, om man selv køber ind. Problemer med benfunktion er et dobbelt så stort problem for enlige, som det er for samlevende, men ellers gør samlivsforhold ingen forskel for, hvor store hindringer funktionsnedsættelser er for at købe ind.

Med figur 4.42 og tabel 4.22 kan man beregne, at en samlevende mand på 37 år uden funktionsnedsættelse i 73 pct. af tilfældene selv vil købe ind, mens en samlevende mand på 37 år, som slet ikke kan se, kun vil gøre det i 43 pct. af tilfældene.

Hvis den nævnte mand har en kone på 30 år, vil hun i 94 pct. af tilfældene selv købe ind, hvis hun ikke har nogen funktionsnedsættelser. Hvis hun slet ikke kan se, vil hun kun selv købe ind i 79 pct. af tilfældene. Forskellen i logit er den samme i de to tilfælde, men da vi er forskellige steder på skalaen, bliver forskellen i procenter ikke den samme.

FIGUR 4.42

Køber selv ind, efter alder. 2006.



Figur 4.43 viser, at manglende gangfunktion ikke har helt den samme betydning for mænds indkøbsaktivitet, som den har for kvinders. Funktionsnedsættelser på hænder ser kun ud til at betyde noget for kvinders indkøb, ikke for mænds. Det samme er tilfældet for funktionsnedsættelser, der har med intellekt at gøre. For 1995 fandt vi i store træk det samme billede.

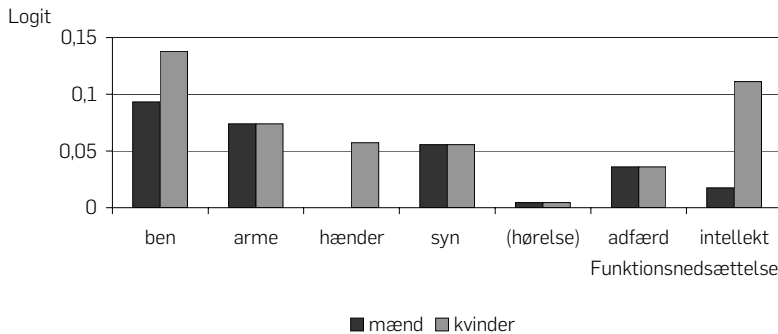
TABEL 4.22

Køber selv ind. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellige samlivsforhold og køn. 2006.

	Minus beta for		p		Minus beta for		p	
	Enlige	Samlevende	Enlige	Samlevende	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Ben	0,145	0,080	0,000	0,013	0,104	0,145	0,0301	0,0000
Arme	0,075	0,075	0,000	0,000	0,075	0,075	0,0000	0,0000
Hænder	0,064	0,064	0,000	0,000	0,000	0,064	-	0,0000
Syn	0,056	0,056	0,001	0,001	0,056	0,056	0,0006	0,0006
Hørelse	0,004	0,004	0,821	0,821	0,004	0,004	0,8210	0,8210
Adfærd	0,037	0,037	0,097	0,097	0,037	0,037	0,0966	0,0966

FIGUR 4.43

Barrierer for selv at købe ind. 2006.



Det samme regnestykke som ovenfor med vores par på 37 og 30 år bliver meget mere indviklet, hvis vi i stedet forestiller os, at en af dem ikke kan gå. Så skal vi både tage hensyn til, at beta for samlevende er 0,057 mindre end for enlige, og at beta for mænd er 0,041 mindre for mænd end for kvinder. Beta for en samlevende mand bliver derfor 0,047 og beta for en samlevende kvinde 0,088. Uden funktionsnedsættelse køber, som vi så før, manden ind i 73 pct. og kvinden i 94 pct. af tilfældene. Hvis de slet ikke kan gå, kommer manden til at købe ind i 48 pct. og kvinden i 65 pct. af tilfældene.

## SAMMENFATNING

Mennesker med funktionsnedsættelser har i gennemsnit lidt mindre boliger end andre, men der er ikke tale om nogen større statistisk forskel. Således 'koster' det 16 m<sup>2</sup>, hvis man slet ikke kan gå, men det skal ses i forhold til en bolig på 100-150 m<sup>2</sup> for samlevende. Grunden til denne ulighed bunder formentlig i, at funktionsnedsættelser også følges med lidt mindre indtægter. Enlige med funktionsnedsættelser har dog sjældent de helt små boliger.

De fleste former for funktionsnedsættelse betyder problemer med at benytte boligen, og 9.000 mænd og 18.000 kvinder mellem 16 og 64 år har problemer med at benytte deres bolig på grund af handicap. Endnu flere har haft sådanne problemer, og 54.000 har fået lavet boligændringer af forskellig art. Det er oftere kvinder end mænd, der får lavet disse ændringer, og især mennesker med mobilitetshandicap.

19.000 mænd og 29.000 kvinder mellem 16 og 64 år har problemer med at komme omkring udendørs på grund af handicap, og 60.000 benytter hjælpemidler udendørs, deraf benytter over 25.000 kørestol. Blandt dem, der har den største grad af funktionsnedsættelse, har lidt færre bil end normalt, og nogle har handicapbiler købt med tilskud. Men selv blandt den procent, der har den største grad af funktionsnedsættelse, er det kun 18 pct. af deres biler, der er tilskudsbiler.

Når vi sammenligner med 1995-undersøgelsen, er der i 2006 færre mennesker, der har svært ved at benytte bus og tog. 176.000 mennesker med handicap har i en eller anden grad problemer med at benytte bus og tog. Men der er også 76.000 uden de handicap, der indgår i vores undersøgelse, som har sådanne problemer.



## HJÆLP OG VEJLEDNING

Mennesker med handicap ønsker ligesom andre mennesker at leve uafhængigt af andres hjælp i hverdagen. *Independent Living*-bevægelsen startede i USA i 1970'erne (Nosek & Zhu, 1992). Den er organiseret af mennesker med handicap og beskæftiger sig med alt, der skal til for at sikre uafhængighed, fra rådgivning til hjælpemidler og hjælpere. Indsatsen kan være på mange forskellige niveauer (Aspis, 2005). *Independent Living*-begrebet benyttes også til at vurdere en offentlig indsats, som undertiden kritiseres for at være klientgørende (Morris, 2004).

Man skal være forsigtig med at generalisere ud fra 18 handicappede og 20 personaler, selv om det er et stort antal i forhold til megen kvalitativ handicapforskning. Alligevel skal vi her gengive de 'mennesketyper', som offentlig støtte til et uafhængigt liv ifølge en norsk undersøgelse (Helgøy et al., 2003) skaber: Det er *den super-normale*, som gør det til sin mission at demonstrere, at indsatsen virker. *Independent Living-aktivisten*, der identificerer sig med ideologien, og *den resignerede*, der overlader initiativet til hjælperen. Hjælperen kan vælge mellem roller som *rehabilitatoren*, *tjeneren* og *omsorgsgiveren*.

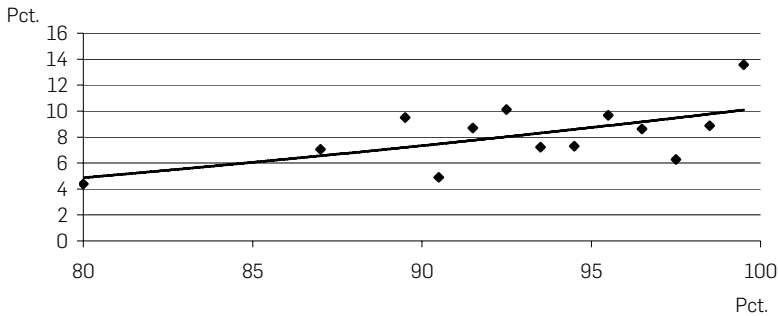
I denne undersøgelse er der ikke mulighed for at tegne lignende karikaturer, men vi skal se på, hvor meget en række almindelige tilbud benyttes i forhold til omfanget af funktionsnedsættelser.

## VEJLEDNING OG INFORMATION

Undersøgelsen belyser, hvor meget mennesker med handicap benytter en række muligheder for vejledning. Det drejer sig om de gamle amters vejledninger, videnscentre, handicaporganisationers konsulenter og private sociale rådgivninger. I denne forbindelse belyser vi også, hvor mange der er medlemmer af handicaporganisationer.

FIGUR 5.1

Procent af personerne mellem 16 og 64 år, som har benyttet amtets vejledning, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



Det viser sig, at mellem 4 pct. af dem med lavest grad af funktionsnedsættelse og 14 pct. af dem med højest funktionsnedsættelse har benyttet amtets vejledning (figur 5.1). Tilsvarende figurer for benyttelsen af videnscentre, handicaporganisationernes konsulenter og private sociale rådgivninger ser nogenlunde ligesådan ud. Der er flere, der benytter samtlige rådgivninger i 2006, end der var i 1995, som det fremgår af tabel 5.1. Denne tabel viser også, hvor stor en del af grupperne der er medlem af handicaporganisationer.

Samtlige former for vejledning bruges mere af mennesker med større funktionsnedsættelse, men der er forskel på styrken af disse sammenhænge. Der er relativt svag sammenhæng mellem graden af funktionsnedsættelse og brugen af amtets vejledning og brugen af vejledning fra videnscentre. Der er stærkere sammenhæng mellem grad af funktionsnedsættelse og benyttelsen af private sociale rådgivninger. Der er stærkest sammenhæng mellem grad af funktionsnedsættelse og brug af



handicaporganisationernes konsulenter og medlemskab af handicaporganisationer.

TABEL 5.1

Benyttelse af vejledninger m.m. set i forhold til grad af funktionsnedsættelse. 20-60-årige i 1995 og 16-64-årige i 2006. Procent.

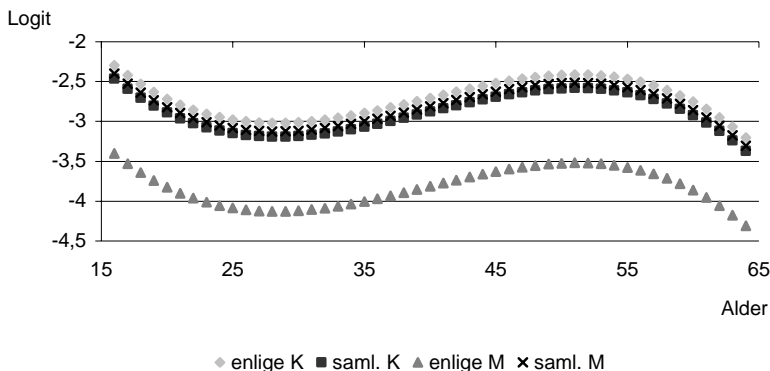
<i>Grad af funktionsnedsættelse:</i>	1995		2006	
	Lav	Høj	Lav	Høj
Har benyttet amtets vejledning	2	8	4	14
Har benyttet en statslig specialkonsulent (1995)				
Har benyttet et videnscenter (2006)	2	9	4	10
Har benyttet en privat social rådgivning	2	11	4	17
Har benyttet en af handicaporganisationernes konsulenter	2	18	3	20
Er medlemmer af en eller flere handicaporganisationer	3	21	8	28

Når vi ser nærmere på, hvad de enkelte typer af funktionsnedsættelser egentlig betyder for benyttelsen af de nævnte rådgivninger, undrer vi os over, at mange af funktionsnedsættelserne slet ikke betyder noget. Benyttelsen af amtets vejledning afhænger således meget af graden af intellekt-handicap, men kun lidt af graden af funktionsnedsættelser i ben og syn, mens der ikke er nogen signifikant sammenhæng med de øvrige fire dimensioner af funktionsnedsættelse. De ikke-signifikante effekter, vi finder, er dog i alle tilfælde positive. Disse resultater opnås ved en logistisk regression, efter der er taget højde for en variation med alder, køn og samliv, som fremgår af figur 5.2.

Betydningen af den enkelte funktionsnedsættelse fremgår af tabel 5.1. Betydningen er den samme for alle aldre og også for enlige og samlevende. For de fleste funktionsnedsættelser er betydningen endvidere den samme for mænd og kvinder. Hørelse er dog en undtagelse. Det er den dimension, der er stærkest til at bringe kvinder i kontakt med den amtslige rådgivning, men den spiller til gengæld overhovedet ingen rolle for, om mænd benytter den.

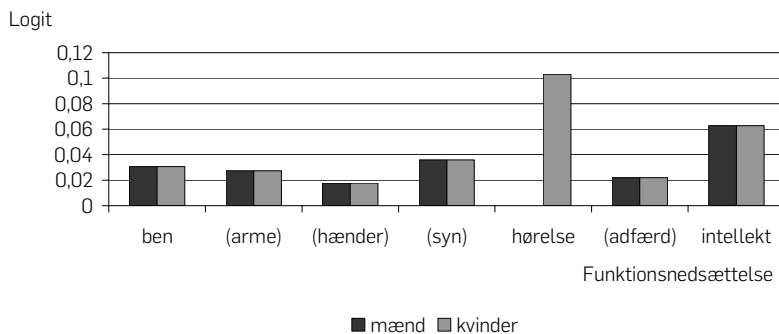
FIGUR 5.2

Benytter amtets vejledning, efter alder. 2006.



FIGUR 5.3

Benytter amtets vejledning. Logit pr. point funktionsnedsættelse.



Det behøver naturligvis ikke at være specielt *amtets* vejledning, som har tiltrukket kvinder og frastødt mænd med hørenedsættelse. Amtet har imidlertid stået for den største del af den vejledning, der har været til rådighed på dette felt i årene op til, at undersøgelsen blev foretaget, så en rimelig tolkning er, at hørehæmmede kvinder i meget større grad end mænd *har efterspurgt* vejledning. Det kan være, fordi hørenedsættelse er et større problem for kvinder, eller fordi de har lettere ved at erkende og indrømme dette problem, end mænd har.

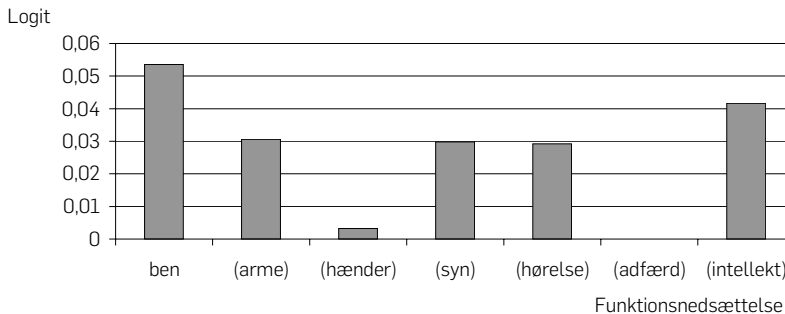
Benyttelsen af videnscentre hænger ikke sammen med alder, køn eller samliv. Den eneste dimension af funktionsnedsættelse, som giver

signifikant mere brug af videnscentre, er på ben. Bidragene fra syn, hørelse og intellekt er ganske vist i samme størrelsesorden, men de bliver alligevel slet ikke signifikante på 10-procentsniveauet. En studentereksamen bidrager med en logit på 0,921, mens erhvervsuddannelse ikke betyder noget. Videnscentre bidrager således til, at en del mennesker får mere viden om handicap, men uden for mobilitetsområdet kan vi ikke sige, at denne funktion kommer mennesker med handicap til gode i større omfang end andre mennesker. Uddannelse betyder lige så meget, som hvis man overhovedet ikke kan gå.

En handicappet person med folkeskoleuddannelse har således en sandsynlighed på 3 pct. for at have benyttet et videnscenter, mens sandsynligheden for en handicappet person med studentereksamen er 7 pct. Hvis de ikke kan holde balancen, når de forsøger at gå uden støtte, stiger sandsynlighederne til hhv. 4 og 9 pct. Det er muligt, at en synsnedsettelse i en grad, hvor man ikke kan læse avisoverskrifter, har samme betydning som det nævnte mobilitetshandicap, men undersøgelsen er for lille til, at vi kan sige det med sikkerhed.

FIGUR 5.4

Benyttelse af videnscentre. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



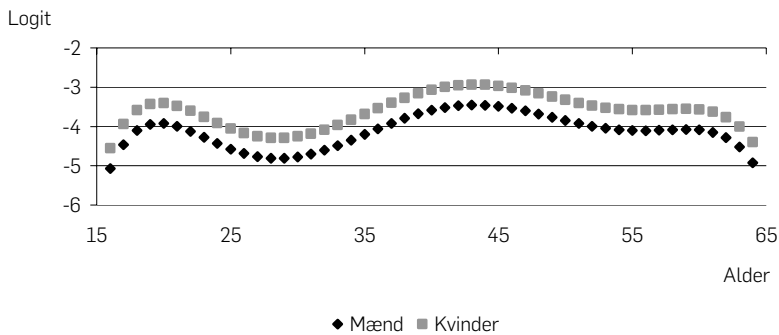
Kvinder ser ud til at være hyppigere brugere af vejledninger end mænd. Det er også tilfældet, når det gælder benyttelsen af handicaporganisationernes konsulenter. Forskellen mellem mænds og kvinders benyttelse af disse er af samme størrelse, som vi så, det var tilfældet med brugen af

videnscentre. Brugen af handicaporganisationernes konsulenter er derimod ikke afhængig af, hvor mange år man har haft sit handicap.

Til gengæld er der en sammenhæng med, hvilken alder man har. Denne sammenhæng træder ikke frem, hvis vi blot betragter alder som sådan, men når vi tager nogle potenser med, finder vi signifikante sammenhænge fra anden op til sytten potens, hvilket – som figur 5.5 viser – dækker over en ganske kompliceret sammenhæng. Der er en alder mellem 20 og 25, hvor disse konsulenter bruges meget, dernæst er der en alder mellem 37 og 50, hvor det igen er tilfældet, og endelig en alder omkring 60, hvor der igen er en lidt større brug af handicaporganisationernes konsulenter.

FIGUR 5.5

Benytter handicaporganisationers konsulenter, efter alder. 2006.

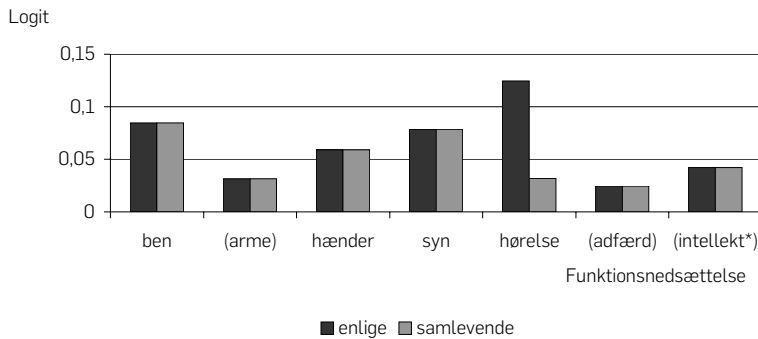


Ud over de i tabel 5.1 nævnte dimensioner af funktionsnedsættelse har intellekt stor betydning op til 40 år, således får man i alderen 20 år et bidrag til logit på 0,203 pr. point og i 30-årsalderen et bidrag på 0,135 pr. point. Det er givetvis de unge med intellektuelt handicap, som ligger bag den 'bule' på figur 5.5, som vi ser omkring 20-årsalderen. Den bule, vi ser omkring 60-årsalderen, hænger formentlig sammen med sansehandicap, som vi ved især kommer med højere alder.

Figur 5.6 viser bidragene for 45-årsalderen, hvor intellekt ikke længere har signifikant betydning. Blandt dårligt hørende er det udelukkende mænd, der benytter handicaporganisationernes konsulenter. For de øvrige dimensioner er der ingen forskel efter samlivsforhold, ligesom betydningen også er uafhængig af køn.

FIGUR 5.6

Benytter handicaporganisationers konsulenter. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.

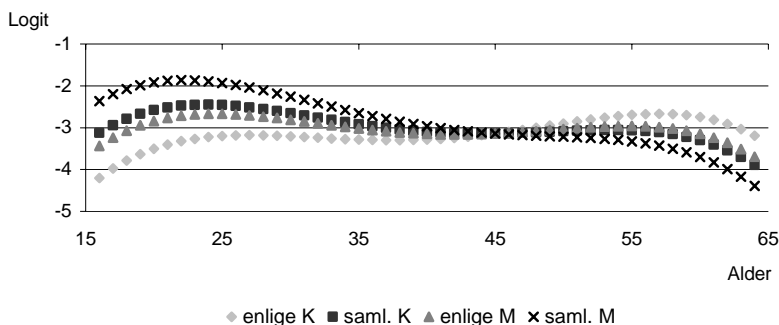


\* Dog er der en sammenhæng for unge, som op til 30 år er større end for alle de øvrige dimensioner.

En mand på 30 år med funktionsnedsættelser, der angår arme, har således en sandsynlighed på 2 pct. for at have benyttet en af handicaporganisationernes konsulenter, mens en kvinde på 45 år har en sandsynlighed på 8 pct. Hvis hun både er enlig og ikke kan høre telefonen ringe, stiger sandsynligheden til 20 pct.. Hvis manden på 30 år har samme forhold og handicap, stiger hans sandsynlighed tilsvarende til 5 pct.

FIGUR 5.7

Benytter privat social rådgivning, efter alder. 2006.



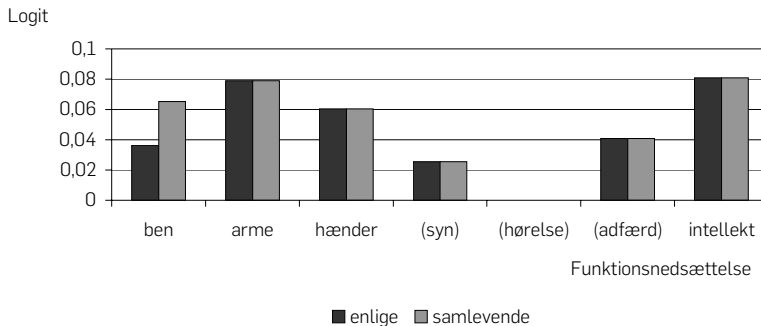
Vi har også stillet et spørgsmål om brugen af private sociale rådgivninger. Det fremgår ikke af spørgsmålet, hvilke private rådgivninger der tænkes på, så det kan være en rådgivning som SR-bistand, en lokal gruppe af frivillige eller en socialrådgiver, der driver privat praksis. Det er bemærkelsesværdigt, at brugen af private sociale rådgivninger afviger stærkt fra brugen af de rådgivninger, som vi ellers har set på.

Brugen af private sociale rådgivninger hænger sammen med køn og samliv, men på en meget kompliceret måde. Sammenhængen før de 40 år er præcis den omvendte af sammenhængen efter 50 år. I alderen under 40 år benyttes den private sociale rådgivning mere af samlevende end af enlige og mere af mænd end af kvinder. Efter 50 år benyttes de private sociale rådgivninger mere af enlige end af samlevende og mere af kvinder end af mænd. Sammenhængen med alder er også kompleks. Samlevende bruger mest de private rådgivninger, når de er mellem 20 og 30 år, enlige bruger dem mest, når de er mellem 50 og 60 år. For 1995 fandtes en nogenlunde lignende sammenhæng mellem køn, alder og samliv og benyttelsen af privat social rådgivning.

Der er også en sammenhæng med, hvor mange år man har haft handicappet, men den er ganske svag. Når man har haft sit handicap mellem 5 og 15 år, bruger man de private rådgivninger mest. Private sociale rådgivninger benyttes mest af mennesker med mobilitetshandicap, bortset fra gruppen af enlige. De bruges endvidere af mennesker med intellektuelle handicap.

FIGUR 5.8

Benytter privat social rådgivning. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.

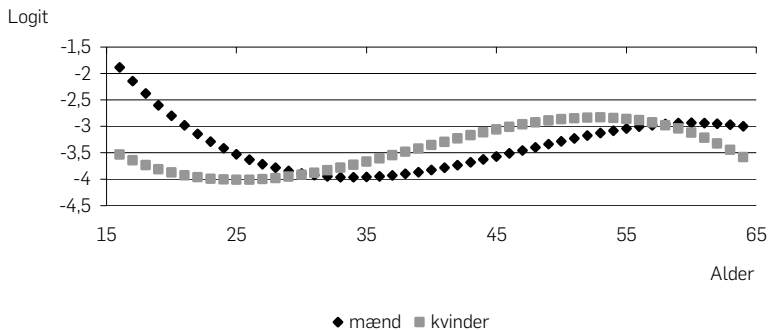


En person på 45 år med handicap, men uden funktionsnedsættelse, har med 5 procent sandsynlighed benyttet en privat social rådgivning. Hvis personen derimod har en funktionsnedsættelse på hænderne, der gør, at hun eller han ikke kan servere mad fra en pande, er sandsynligheden 8 pct.

Der er en række organisationer, samlet i paraplyorganisationerne Danske Handicaporganisationer og Sjældne Diagnoser, med godt 30 foreninger i hver, som varetager interesserne i samfundet for mennesker med handicap. Vi ser på figur 5.8, at selv blandt den procent af befolkningen, som har de største funktionsnedsættelser, er kun 28 pct. medlemmer af handicaporganisationer. Blandt de 5 pct., som har størst funktionsnedsættelse, er omkring 20 pct. medlemmer, og blandt de næste 5 pct. er det under 15 pct., der er medlemmer.

FIGUR 5.9

Medlemskab af handicaporganisationer, efter alder. 2006.



Som figur 5.9 viser, hænger medlemskab af handicaporganisationer sammen med køn og alder. Kvinder har den største medlemsfrekvens omkring 50-årsalderen, mænd omkring de 60 år, samt i de yngste år. Der er desuden en kraftig sammenhæng mellem medlemsfrekvens og social baggrund. En erhvervsuddannelse bidrager således med logit på 0,662 og en studentereksamen med 0,457 til medlemskab af en handicaporganisation. Uden disse uddannelser har en kvinde på 50 år eller en mand på 60 med handicap, men uden funktionsnedsættelse, en sandsynlighed på 5 pct. for at være medlem af en handicaporganisation. Hvis de ikke kan gå 50 meter uden at standse op, øges deres sandsynlighed for

medlemskab til 12 pct. Hvis de slet ikke kan gå, kommer sandsynligheden op på 28 pct.

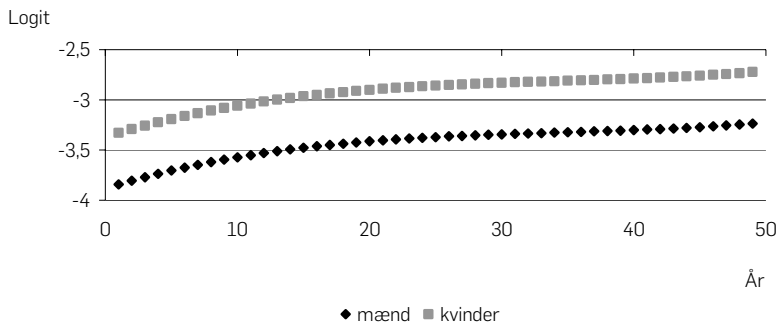
Med erhvervsuddannelse og studentereksamen er de tilsvarende procenter henholdsvis 14, 30 og 54 pct. Sandsynligheden for medlemskab er altså omkring den dobbelte. Strolovitch (2006), som har analyseret amerikanske handicaporganisationers politik, konstaterer, at organisationerne har programpunkter, som gavner både deres velstillede og deres mindre velstillede medlemmer. Men når det kommer til handling, er det den førstnævnte type punkter, der nyder fremme, mens den sidstnævnte type har en tendens til at træde i baggrunden. Nærværende undersøgelse kan ikke støtte en sådan teori, men blot konstatere, at medlemssammensætningen i hvert tilfælde er mere repræsentativ for den socialt set stærkere del af gruppen end for den svagere.

For 1995 fandtes et billede, der gengiver det, som man nu ser mellem 35 og 50 år, men uden de særlige forhold for yngre og ældre, som billedet nu udviser.

Da medlemskab af handicaporganisationer hænger stærkt sammen med funktionsnedsættelse, betyder det, at organisationerne i høj grad tæller medlemmer med ganske betydelige funktionsnedsættelser.

FIGUR 5.10

Medlemskab af handicaporganisationer, efter hvor længe man har haft sit handicap. 2006.



Medlemskab af handicaporganisationer hænger svagt sammen med, hvor mange år man har haft sit handicap, idet sandsynligheden vokser en smu-

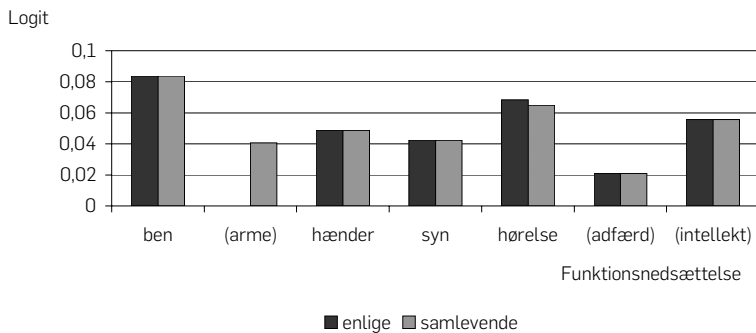


le især over de første 10-20 år. Den er størst for mennesker med mobilitetshandicap. Den samme sammenhæng blev fundet i 1995.

På figur 5.11 er de positive bidrag fra de syv dimensioner af funktionsnedsættelse vist. Det er kun fra dimensionen ben, at der er et signifikant positivt bidrag. For to andre funktionsnedsættelser er forskellen mellem enlige og samlevende signifikant, men der kommer alligevel ingen signifikante positive bidrag herfra. Samlevende med nedsat hørelse er dog signifikant sjældnere medlemmer af handicaporganisationer. For 1995 fandtes også sammenhænge med mange dimensioner af funktionsnedsættelse, men de var næsten alle større end dem, der findes her.

FIGUR 5.11

Medlemskab af handicaporganisationer. Logit pr. point funktionsnedsættelse.

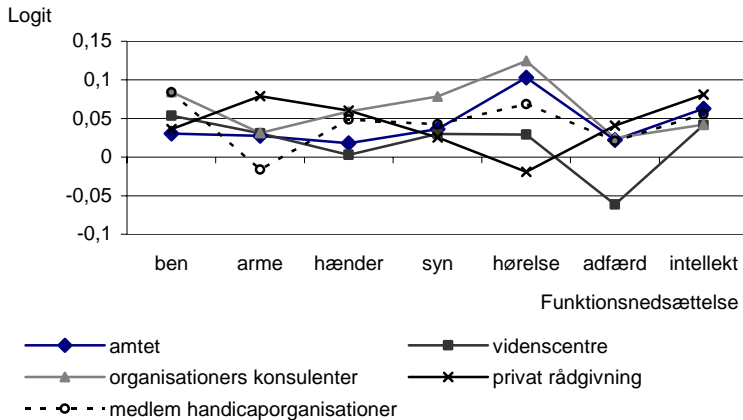


Figur 5.12 viser, hvor meget de fire typer rådgivning er blevet benyttet af mennesker med de forskellige typer af funktionsnedsættelser. Amtet er benyttet mest af intellektuelt handicappede, men er ikke den mest benyttede rådgivning for nogle af de syv. Videnscentre, som er benyttet mest af mennesker med funktionsnedsættelser i ben, intellekt og syn, er langt fra at være mest benyttet af nogen grupper. Det er ikke så mærkeligt, da de jo heller ikke henvender sig til enkeltpersoner. Handicaporganisationernes konsulenter er benyttet mest af mennesker med funktionsnedsættelser i ben, syn og hørelse og er også de mest benyttede rådgivninger for disse grupper. Private rådgivninger er mest benyttet af mennesker med funktionsnedsættelser i arme, intellekt og hænder og er også de mest

benyttede rådgivninger for disse grupper. De er endvidere de mest benyttede rådgivninger for adfærdshandicappede.

FIGUR 5.12

Benytter rådgivninger. Logit pr. point funktionsnedsættelse, stillet op efter funktionsnedsættelser. 2006.

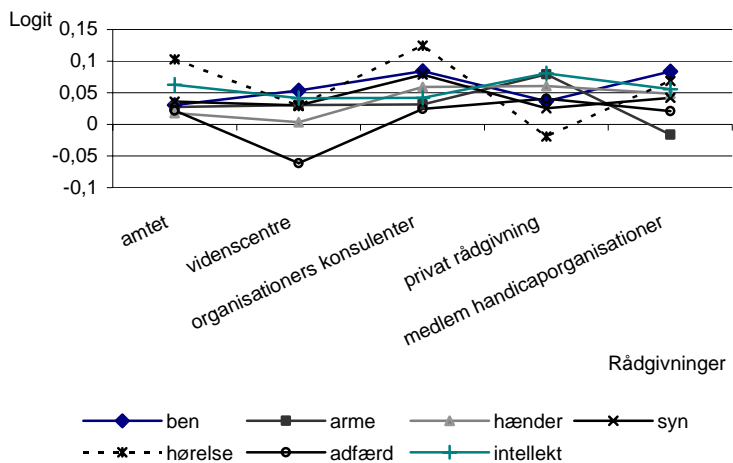


Figur 5.13 viser de samme tal som 5.12, ordnet efter vejledning. Vi ser, at amtet havde den største del af gruppen af intellektuelt handicappede. Videnscentrene og handicaporganisationernes konsulenter havde den største del af dem med funktionsnedsættelser i benene, og de var også i højest grad organiseret i handicaporganisationer. Endelig har de private rådgivninger haft den største del af dem med funktionsnedsættelser i armene.

Vi ser endvidere på figur 5.13, at nogle af grupperne har haft flere steder at gå hen end andre. Funktionsnedsættelser i ben, hænder, syn og intellekt er ret flittige brugere af de offentlige rådgivninger, mens dem med adfærdsproblemer i mindre grad er brugere. De, der har problemer i armene, kan især finde hjælp i private rådgivninger, og noget tilsvarende gælder for adfærdshandicappede. Der mangler muligvis offentlig rådgivning på disse områder.

FIGUR 5.13

Benyttter rådgivninger. Logit pr. point funktionsnedsættelse, stillet op efter rådgivninger. 2006.



## SØGT OG FÅET HJEMMEHJÆLP

36.000 personer oplyser, at de har søgt hjemmehjælp, og 28.000, at de har fået det. Undersøgelsens tal er 2,6 pct. under det tal, som Danmarks Statistik opgiver for hele landet i 2006 (Statistikbanken). Denne afvigelse svarer til 2-3 personer i det tilfældige udvalg, som undersøgelsen bygger på.

Det er knap 5 pct. af alle med handicap, der har søgt om hjemmehjælp. Der er langt flere kvindelige end mandlige ansøgere af hjemmehjælp, også når det ses i forhold til antallet af mennesker med handicap, hvor der jo allerede var betydeligt flere kvinder end mænd. Både mænd og kvinder, der søger hjemmehjælp, har i gennemsnit en funktionsnedsættelse på 18,4 point.

TABEL 5.2

Personer mellem 16 og 64 år med handicap, der har søgt og fået hjemmehjælp i 2006, samt antal modtagere af hjemmehjælp under 65 år i 2006.

	Antal, der har søgt om hjemmehjælp		Antal, der har fået hjemmehjælp		Mennesker med handicap, i alt		Modtagere af hjemmehjælp, i alt under 65 år
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	
Kvinder	23.385	5,5	16.926	3,9	428.972	100	
Mænd	12.681	3,9	11.014	3,4	325.900	100	
I alt	36.066	4,8	27.940	3,7	754.872	100	28.675 *

Kilde: \* Statistikbanken.

TABEL 5.3

Personer med given største funktionsnedsættelse, fordelt efter om de har søgt og fået hjemmehjælp. 2006.

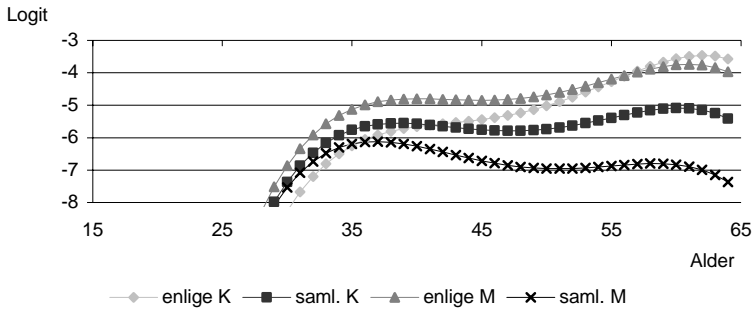
Funktionsnedsættelse:	Søgt hjemmehjælp		Heraf fået hjemmehjælp		Handicappede i alt (=100 procent)
	Antal	Procent	Antal	Procent	
Ingen *	4.542	1,7	2.427	0,9	263.727
Ben	13.988	19,6	12.130	17,0	71.412
Arme	2.898	5,6	2.345	4,6	51.518
Hænder	6.182	6,6	4.637	4,9	93.894
Syn	1.468	5,7	835	3,2	25.789
Hørelse	1.949	4,1	1.634	3,4	48.020
Adfærd	1.688	5,6	1.323	4,4	30.359
Intellekt	3.351	2,0	2.611	1,5	170.156
I alt	36.066	4,8	27.942	3,7	754.875

Note: \* Personer med handicap, men uden målt funktionsnedsættelse.

Hjemmehjælp søges og fås primært af mennesker med mobilitetshandicap og ganske særligt, når det største handicap har med benene at gøre. 17 pct. af denne gruppe får hjemmehjælp, og det samme gør 5 pct. af grupperne med største funktionsnedsættelse på arme og hænder. I de øvrige grupper er andelen af hjemmehjælpsmodtagere mindre. Mindst i

gruppen uden funktionsnedsættelser, hvor den er på 9 promille. Men da gruppen er stor, bliver det alligevel til 2.500 mennesker. Der er formentlig mest tale om mennesker, som har underrapporteret deres funktionsnedsættelse i undersøgelsen.

FIGUR 5.14  
Søgt hjemmehjælp, efter alder. 2006.



Figur 5.14 viser, hvordan sandsynligheden for at søge hjemmehjælp og få hjemmehjælp varierer med alderen. Den er forsvindende før de 25 år, hvorefter den stiger til 5 pct. for at søge og 3 pct. for at få for en kvinde på 40-60 år, som er enlig og uden funktionsnedsættelser. For samlevende trækkes et stort tal fra logit, så odds er 4-5 gange mindre for dem, mens forskellen mellem mænd og kvinder er mindre. For hvert point af funktionsnedsættelser viser tabel 5.4, hvor meget der skal trækkes fra.

Når vi ser bort fra adfærd, er betydningen af funktionsnedsættelse større for modtagelse end for ansøgning om hjemmehjælp. Det kommer formentlig af, at ansøgerne med større funktionsnedsættelser har større mulighed for at få hjemmehjælp. Det er en mulighed, at adfærdsforstyrrelser i den forbindelse udgør en undtagelse, fordi hjemmehjælpen har vanskeligt ved at håndtere borgere med adfærdsforstyrrelser.

TABEL 5.4

Søgt hjemmehjælp. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	Beta i alderen						
	Beta 45	p	20	30	40	50	60
Ben	0,196	0,0000	0,196	0,196	0,196	0,196	0,196
Arme	0,165	0,0000	0,165	0,165	0,165	0,165	0,165
Hænder	0,112	0,0000	0,205	0,168	0,130	0,093	0,055
Syn	0,125	0,0000	0,125	0,125	0,125	0,125	0,125
Hørelse	0,141	0,0000	0,358	0,271	0,185	0,098	0,011
Adfærd	0,133	0,0000	0,133	0,133	0,133	0,133	0,133
Intellekt	0,162	0,0000	0,162	0,162	0,162	0,162	0,162

FIGUR 5.15

Søgt hjemmehjælp. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for hænder og hørelse gælder det dog kun for person på 45 år). 2006.

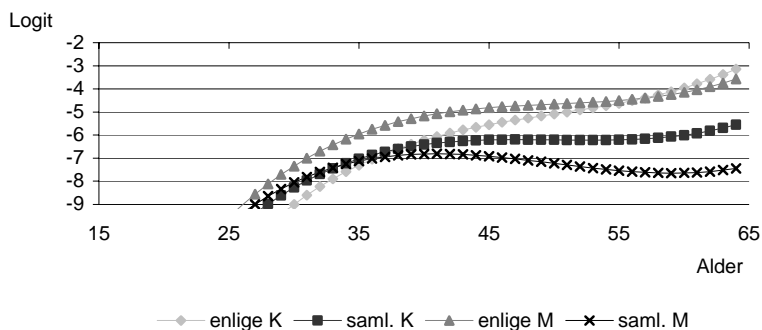


Undersøgelsen i 1995 viste naturligvis også en stærk sammenhæng mellem alder og både ansøgning om og tildeling af hjemmehjælp. Sammenhængen med køn og samliv var imidlertid en smule anderledes end i dag. Dengang var enlige kvinder den gruppe, der både søgte og fik tildelt mest hjemmehjælp, og samlevende mænd var den gruppe, der søgte og fik tildelt mindst. Det sidstnævnte genfinder vi i dag fra 40-årsalderen og op, men på det første punkt har billedet forandret sig. Nu er der – igen fra 40-årsalderen – godt nok flest enlige, der søger og får hjemmehjælp, men det drejer sig både om enlige mænd og enlige kvinder. Når det gælder enlige, sker der ikke mere nogen favorisering af kvinder i tildelingen

af hjemmehjælp. Når det gælder samlevende, er der dog stadig en forskel. Grunden er formentlig, at ægtefællen oftere får lov at klare arbejdet, når hun er en kvinde.

FIGUR 5.16

Fået hjemmehjælp, efter alder. 2006.



Hænder og hørelse har ikke betydning for, om de ældre grupper får hjemmehjælp, viser tabel 5.5.

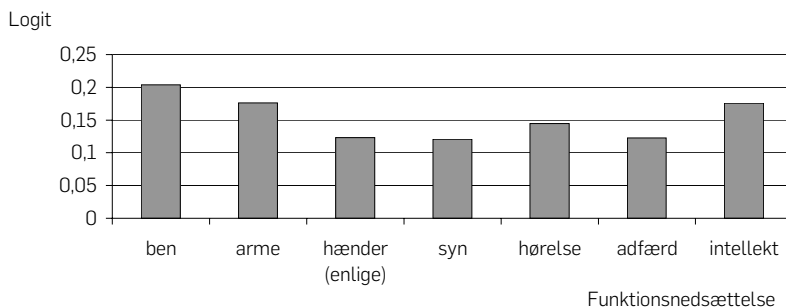
TABEL 5.5

Har fået hjemmehjælp. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	Beta i alderen						
	Beta 45	p	20	30	40	50	60
Ben	0,204	0,0000	0,204	0,204	0,204	0,204	0,204
Arme	0,176	0,0000	0,176	0,176	0,176	0,176	0,176
Hænder (enlige)	0,123	0,0000	0,254	0,202	0,149	0,097	0,045
Syn	0,121	0,0002	0,121	0,121	0,121	0,121	0,121
Hørelse	0,144	0,0000	0,399	0,297	0,195	0,094	-0,008
Adfærd	0,123	0,0009	0,123	0,123	0,123	0,123	0,123
Intellekt	0,175	0,0000	0,175	0,175	0,175	0,175	0,175

FIGUR 5.17

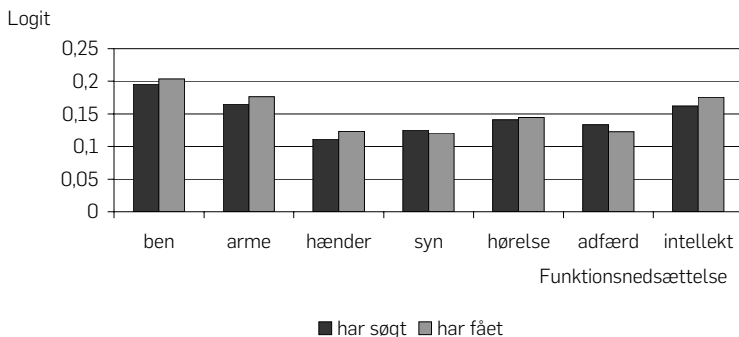
Fået hjemmehjælp. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for hænder og hørelse gælder det kun for person på 45 år). 2006.



Figur 5.17 giver et klart billede af, at der er flere af ansøgerne, der får hjemmehjælp, jo ældre de er. For at gøre denne forskel tydeligere, er den regnet ud og gengivet på figur 5.18. Alder betyder især noget før de 35 år og efter de 55 år. Figuren viser en forskel fra 1,1 for de yngste, hvor odds for at søge er tre gange odds for at få, over knap 0,4 for folk i 40'erne, hvor odds for at søge er halvanden gange odds for at få. Fra først i 50'erne begynder de to odds at nærme sig hinanden.

FIGUR 5.18

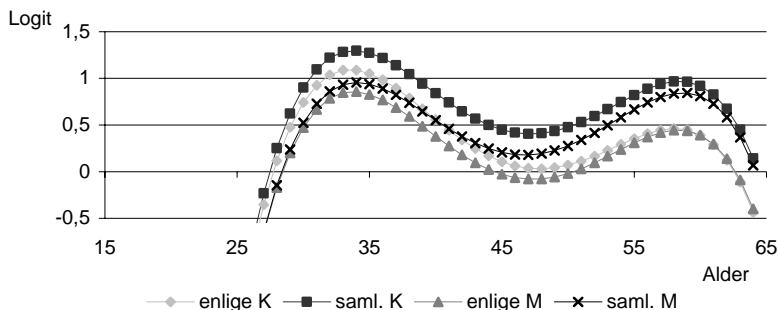
Har søgt og har fået hjemmehjælp. Sammenstilling af 5.15 og 5.17 (for hænder og hørelse gælder det kun for person på 45 år). 2006.





FIGUR 5.19

Søgt hjemmehjælp minus fået hjemmehjælp, efter alder. 2006.



Differensen mellem logit for søgt hjemmehjælp og fået hjemmehjælp giver et indtryk af, hvilke grupper der oftest oplever at få afslag på ansøgning om hjemmehjælp. I alle aldersgrupper er det oftest samlevende kvinder, der ikke kan få hjemmehjælp, og det er sjældnest enlige mænd. Fra 50 år, hvor de fleste ansøgere er, betyder samliv dog med alderen mere end køn, så det især er samlevende, der får afslag. I 1995 var billedet på dette punkt et helt andet. Da fik mænd i alle aldersklasser oftere afslag end kvinder. Tendensen til, at samlevende oftere fik afslag, fandtes også dengang, men den var betydeligt svagere.

De fleste, der får hjemmehjælp, er tilfredse med hjælpen. En fjerdedel er dog slet ikke tilfreds med den personlige pleje. Utilfredsheden med rengøring er mere udbredt, men ikke så stor. Tilfredshed med hjemmehjælp hænger ikke sammen med type af funktionsnedsættelse og heller ikke med køn, alder eller samliv.

15.346 mennesker mellem 16 og 64 år, svarende til 2,0 pct. af alle med handicap, har en nødkaldsordning, og 10.543 mennesker i samme aldersgruppe (1,4 pct. af alle med handicap) får bragt måltider ud. Der er en tendens til, at mænd oftere har disse ordninger end kvinder og samlevende sjældnere end enlige, men disse tendenser er langt fra signifikante. Derimod gives begge disse ydelser signifikant oftere til mennesker med funktionsnedsættelser i ben. Vi finder desuden sammenhænge mellem, om mennesker har nødkaldsordning og funktionsnedsættelser i hænder og syn.

TABEL 5.6

Hjemmehjælpsbrugere mellem 16 og 64 år og deres tilfredshed med personlig pleje, rengøring og den tid, der er til at lytte. Antal og procent. 2006.

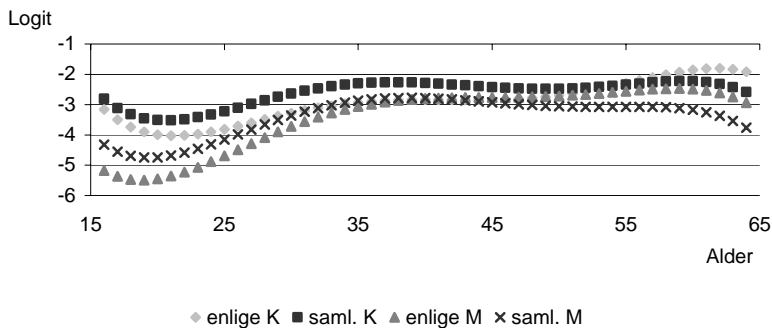
	Antal brugere, som er tilfredse med:			Procent af brugerne, som er tilfredse med:		
	Personlig pleje	Rengøring	Tid til at lytte	Personlig pleje	Rengøring	Tid til at lytte
Slet ikke tilfredse	6.000	4.263	3.418	24,8	17,0	14,0
Ikke helt tilfredse	748	4.418	638	3,1	17,6	2,6
Nogenlunde tilfredse	3.693	5.339	3.913	15,3	21,2	16,0
Helt tilfredse	13.774	11.111	16.456	56,9	44,2	67,4
Brugere i alt	24.215	25.131	24.425	100,0	100,0	100,0

## EGENBETALING FOR HJÆLP

335.000 mennesker betaler ind imellem for hjælp. Heraf er der 178.000, som gør det i det daglige. Samlevende betaler nærmest dobbelt så ofte for hjælp som enlige. Blandt enlige betaler 6 pct. for hjælp indimellem og halvdelen af disse i det daglige. Blandt samlevende betaler 11 pct. for hjælp indimellem, og godt halvdelen af disse gør det i det daglige.

FIGUR 5.20

Betaler undertiden for hjælp, efter alder. 2006.



TABEL 5.7

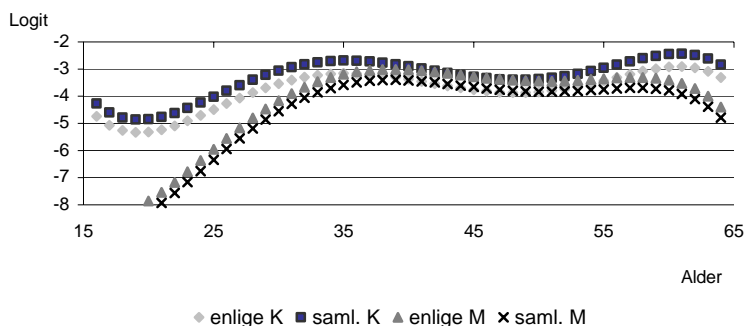
Betaler undertiden for hjælp. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	Beta i alderen						
	Beta	P	20	30	40	50	60
Ben	0,056	0,0000	0,056	0,056	0,056	0,056	0,056
Arme	0,051	0,0008	0,051	0,051	0,051	0,051	0,051
Hænder	0,017	0,0980	0,017	0,017	0,017	0,017	0,017
Intellekt	0,051	0,0205	0,142	0,105	0,069	0,033	-0,004

Enlige og samlevende har et meget forskelligt mønster med hensyn til brug af den hjælp, som de betaler (jf. figur 5.20 og 5.21). For enlige er sandsynligheden jævnt stigende med alderen op til midt i 50'erne. Samlevende når allerede midt i 30'erne det samme niveau. Dette niveau er ikke højere end for enlige, så forskellen i gruppernes brug af betalt hjælp består udelukkende i, at samlevende når hurtigere op til dette niveau.

FIGUR 5.21

Betaler for hjælp i det daglige, efter alder. 2006.



Betaling for hjælp hænger sammen med alle former for funktionsnedsættelse (jf. tabel 5.8). Det er i reglen sådan, at personer med mere funktionsnedsættelse oftere betaler for hjælp. Vi ser dog, at mennesker med synsnedsættelse sjældnere får hjælp ved særlige lejligheder. De er nok nødt til at holde sig til mennesker, som de kender. Handicap uden funk-

tionsnedsættelse virker helt forskelligt for enlige og for samlevende. For enlige betyder det mere betalt hjælp, for samlevende derimod mindre.

TABEL 5.8

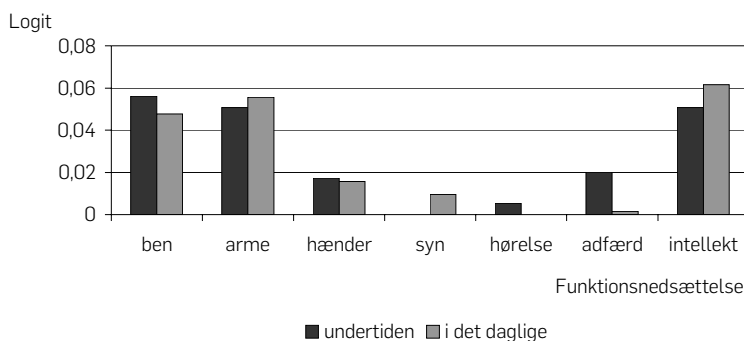
Betaler hjælp i det daglige. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	Beta i alderen						
	Beta 45	p	20	30	40	50	60
Ben	0,047	0,0010	0,047	0,047	0,047	0,047	0,047
Arme	0,056	0,0030	0,056	0,056	0,056	0,056	0,056
Intellekt	0,062	0,0901	0,251	0,175	0,099	0,024	-0,052

Det er kun en begrænset del af respondenterne, der har svaret på spørgsmålet om det antal timer, de modtager betalt hjælp af andre end kommunen. Men det er dog nok til, at vi med en lineær regression kan se, at der er en klar sammenhæng med funktionsnedsættelse på ben. Der er også positive sammenhænge med de andre seks former for funktionsnedsættelse, men de er ikke signifikante.

FIGUR 5.22

Betaler for hjælp. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for intellekt gælder det kun person på 45 år). 2006.



## FÅR DE DEN HJÆLP, DE HAR BEHOV FOR?

De fleste af de 335.000 nævnte mennesker, som betaler nogen for at hjælpe dem, er i stand til at klare sig selv uden denne hjælp. Det gælder givetvis også nogle af de mennesker med handicap, som har betalt hjælp. Dem er der i alt 100.000 af. Af dem har 51.000 betalt hjælp i det daglige, og 49.000 har det ved særlige lejligheder. Disse tal overgår langt det antal på 28.000, vi finder som modtagere af hjemmehjælp. Betyder det, at hjemmehjælpen kun kan imødekomme en lille del af det behov, mennesker med handicap har for hjælp i det daglige, eller betyder det, at mennesker med handicap blot er en del af et normalt mønster med, at man betaler for hjælp?

Det kan vi belyse ved at se lidt nærmere på tallene. Det viser sig, at 4,7 pct. af alle mennesker uden handicap betaler nogen for at hjælpe sig i det daglige, mens 5,7 pct. af alle mennesker med handicap og uden offentlig hjemmehjælp gør det. Forskellen mellem disse tal er et procentpoint, så det taler nærmest for, at mennesker med handicap i de fleste tilfælde betaler nogen for en hjælp, de egentlig lige så godt kunne klare selv. Hvis en procent mere af alle mennesker med handicap skulle have hjemmehjælp, ville det dreje sig om 8.500 personer eller en forøgelse af antallet af hjemmehjælpsmodtagere under 65 år med 30 pct.

Er hjemmehjælpen så tilstrækkelig for dem, der får den? For at belyse det sammenligner vi, hvor ofte mennesker med handicap med og uden hjemmehjælp har betalt hjælp i det daglige. Det viser sig, at 15,2 pct. af hjemmehjælpsmodtagerne selv betaler nogen for at hjælpe til daglig. Det er en del flere end de 5,7 pct. af mennesker med handicap uden hjemmehjælp. Det er således muligt, at omkring 10 pct. af hjemmehjælpsmodtagerne, eller godt 2.500 mennesker med hjemmehjælp, får mindre hjælp, end de har behov for.

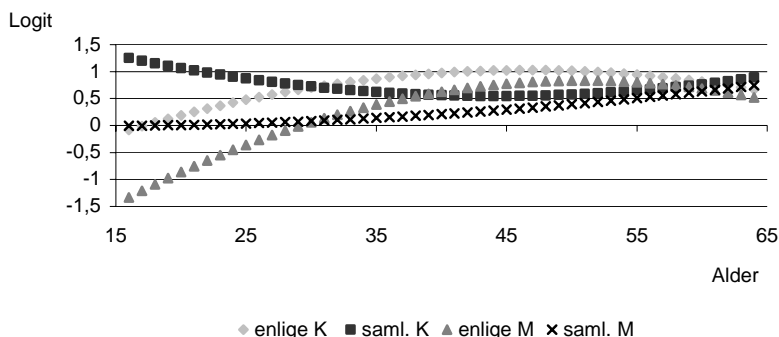
Hvis handicappedes merforbrug af betalt hjælp set i forhold til ikke-handicappedes forbrug af betalt hjælp skal tages som udtryk for det ikke-opfyldte behov, er de bedste bud på størrelsen af det ikke-opfyldte behov altså en forøgelse af antal modtagere på 30 pct., mens 10 pct. af de nuværende modtagere skal have mere hjælp. Vi må gå ud fra, at de 30 pct. har et behov for hjælp, som nogenlunde svarer til den mindste hjælp, der gives. Den hjælp, der ydes, behøver derfor ikke at være særligt langt fra at opfylde alle behov. Omvendt kan vi også sige, at der ikke er noget i tallene, der tyder på, at der finder en overkompensation sted.

## EGNE UDGIFTER TIL HANDICAPPET

De personer, som har oplyst, at de havde handicap, er blevet spurgt, om de selv har udgifter til deres handicap, og hvor store disse udgifter er. Da vi planlagde undersøgelsen, havde vi ikke fantasi til at forestille os, at dette spørgsmål også kunne stilles til mennesker uden handicap. Men det kunne vi naturligvis have gjort med en let omformulering, så spørgsmålet i stedet gik på udgifter i forbindelse med handicap og sygdom.

FIGUR 5.23

Har selv udgifter i kr. til handicapet, efter alder. 2006.



TABEL 5.9

Har selv udgifter. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

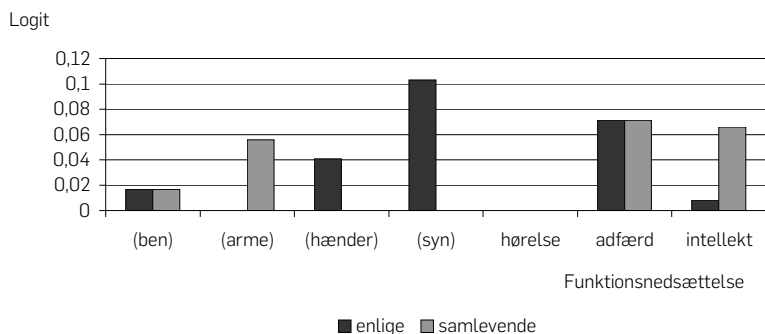
	Beta i alder						
	Beta 45	p	20	30	40	50	60
Ben	0,017	0,1660	-0,037	-0,015	0,006	0,027	0,049
Hænder	0,041	0,0424	0,041	0,041	0,041	0,041	0,041
Syn	0,103	0,3200	0,501	0,269	0,134	0,096	0,156
Adfærd	0,071	0,0037	0,071	0,071	0,071	0,071	0,071
Intellekt	0,008	0,7982	0,165	0,102	0,040	-0,023	-0,086

Alt i alt er det 68 pct. af personerne med handicap, der oplyser, at de har udgifter til handicapet, mens 19 pct. oplyser, at de har udgifter til han-

dicappet på over 500 kr. om måneden. Figur 5.23 viser, hvordan sandsynligheden for, at man selv har udgifter af handicapet, varierer med køn, alder og samlivsforhold for mennesker med handicap, men uden funktionsnedsættelser.

FIGUR 5.24

Har selv udgifter til handicapet. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for ben, syn og intellekt gælder det kun for person på 45 år). 2006.



Den eneste dimension af funktionsnedsættelse, der ubetinget medvirker til at øge sandsynligheden for, at man selv har udgifter til handicapet, er adfærd. For funktionsnedsættelse på hænder gælder også, at der er en effekt, men kun for enlige, og for syn for unge enlige, mens der for arme kun er en effekt for samlevende og for intellekt for unge samlevende. Det fremgår af tabel 5.9 og figur 5.24, der giver de positive bidrag af hvert point funktionsnedsættelse for enlige og samlevende.

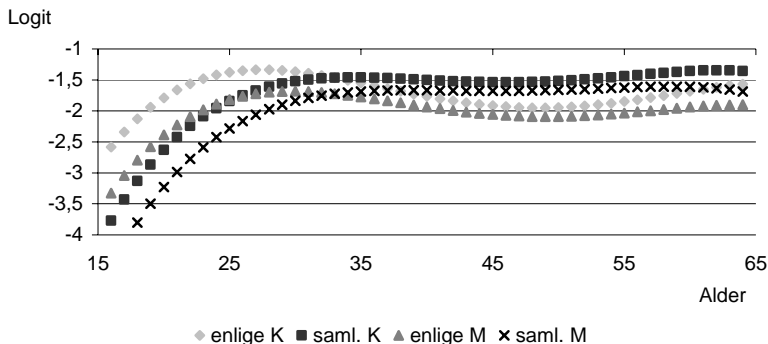
Alt i alt får vi det indtryk, at køn, alder og samlivsforhold betyder nok så meget for, om personen selv har udgifter, som arten og omfanget af funktionsnedsættelse.

Hvis vi ser på sandsynligheden for, om personen selv har udgifter over 500 kr. om måneden qua handicapet, tegner der sig et noget andet billede. Her er ligeledes en betydelig sammenhæng med køn, alder og samlivsforhold. Op til 35 år har kvinder større udgifter end mænd, mellem 35 og 60 år har samlevende oftere end enlige disse store udgifter, mens kønsforskellen især i 40'erne helt forsvinder. Efter de 60 år ser vi igen, at kvinder oftere end mænd har de store udgifter. Det ses alt sammen på figur 5.25. For de yngste og ældste minder mønsteret om det, vi

så på figur 5.24 for udgifter i det hele taget. For gruppen i 40'erne ser vi det omvendte: mens enlige oftere har udgifter i det hele taget, har samle- vende oftere de store udgifter.

FIGUR 5.25

Har selv udgifter over 500 kr. om måneden til handicap, opdelt efter alder. 2006.



Der er også en svag sammenhæng med, hvor længe personen har haft handicappet. De første 15 år er der en svagt stigende tendens til selv at få udgifter. Efter 20-25 år begynder sandsynligheden herfor imidlertid at dale, og efter 40-50 år er den betydeligt lavere end tidligere.

TABEL 5.10

Har udgifter over 500 kr. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	Beta i alder						
	Beta 45	p	20	30	40	50	60
Ben	0,055	0,0000	0,019	0,033	0,048	0,062	0,077
Arme	0,068	0,0000	0,068	0,068	0,068	0,068	0,068
Hænder	0,032	0,0004	0,032	0,032	0,032	0,032	0,032
(Syn)	0,112	0,0003	0,112	0,112	0,112	0,112	0,112
(Hørelse)	-0,017	0,4246	-0,017	-0,017	-0,017	-0,017	-0,017
Adfærd	0,065	0,0011	-0,057	-0,008	0,041	0,090	0,138
Intellekt	0,094	0,0000	0,204	0,160	0,116	0,071	0,027

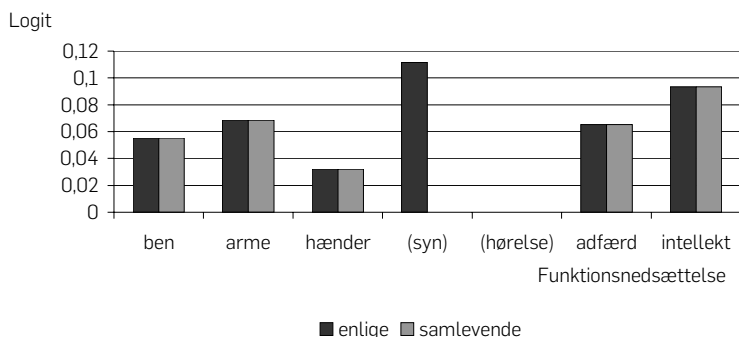


Sandsynligheden for at have store udgifter af handicapet hænger sammen med alle dimensioner af funktionsnedsættelse bortset fra hørelse. For ben, adfærd og intellekt er der en sammenhæng med alder. Funktionsnedsættelser, der knytter sig til ben og adfærd, betyder først noget efter 35-40-årsalderen, mens funktionsnedsættelser, der knytter sig til intellekt, betyder meget mere for de unge end for grupperne af ældre.

Som figur 5.26 afslører, er der også her en sammenhæng med samlivsforhold. Den betyder i dette tilfælde, at det kun er enlige med synsnedsættelse, der i flere tilfælde har store udgifter af deres handicap, mens samlevende med synsnedsættelse ikke oftere har disse udgifter.

FIGUR 5.26

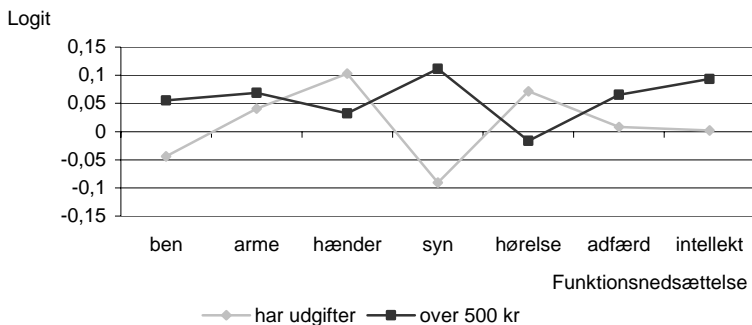
Har udgifter til handicap over 500 kr. om måneden. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for ben, adfærd og intellekt gælder det dog kun for person på 45 år). 2006.



Hvis vi sammenfatter oplysningerne på figur 5.25 og figur 5.26 i én figur, får vi figur 5.27. Den viser, at betydningen af de enkelte dimensioner af funktionsnedsættelse for udgifter i det hele taget i de fleste tilfælde er mindre end betydningen for udgifter over 500 kr. om måneden. Undtagelsen er hørelse. De to profiler følges nogenlunde ad, når der ses bort fra hørelse.

FIGUR 5.27

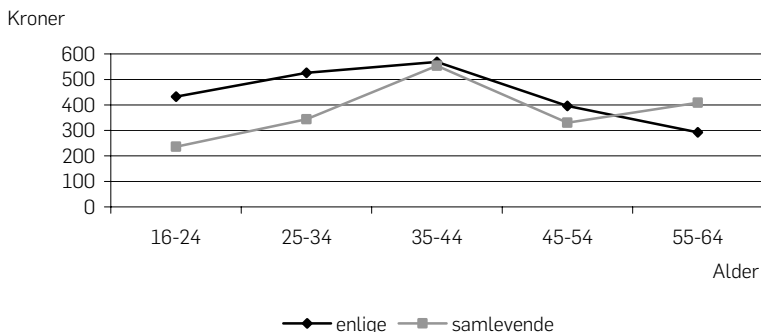
Har udgifter af handicapet. Sammenstiller resultater fra figur 5.24 og figur 5.26 med dem, der angivne begrænsninger.



Hvor store er så de udgifter, som den enkelte selv afholder i forbindelse med sit handicap? Det er belyst på to måder. Dels er det vist i figur 5.28, hvor store månedlige udgifter enlige og samlevende mennesker med handicap i 10-årsaldersgrupper selv har til deres handicap. Gennemsnittene ligger mellem godt 200 kr. for samlevende omkring 20 år til knap 600 kr. for begge grupper omkring 40 år. Efter de 40 år bliver udgifterne igen mindre. Der er ikke megen forskel mellem enlige og samlevende fra 40 år og frem, mens enlige har større udgifter i de yngre år.

FIGUR 5.28

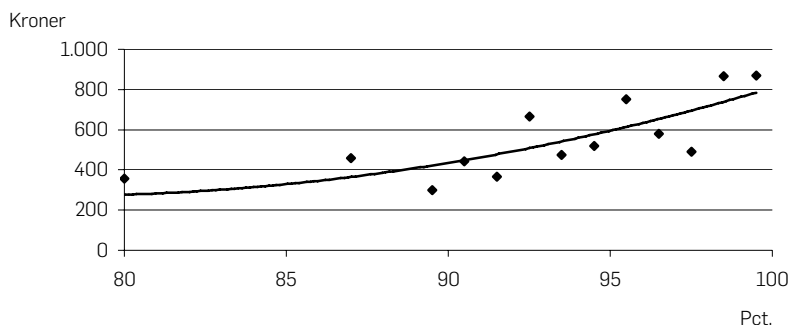
Egne månedlige udgifter til handicap, faktiske tal, efter alder. 2006.



Egne udgifter til handicappet hænger også sammen med graden af funktionsnedsættelse. De to mest funktionshæmmede procenter har begge udgifter på knap 900 kr. om måneden, mens udgifterne for de mindst funktionshæmmede blandt mennesker med handicap ligger på 3-400 kr. om måneden.

FIGUR 5.29

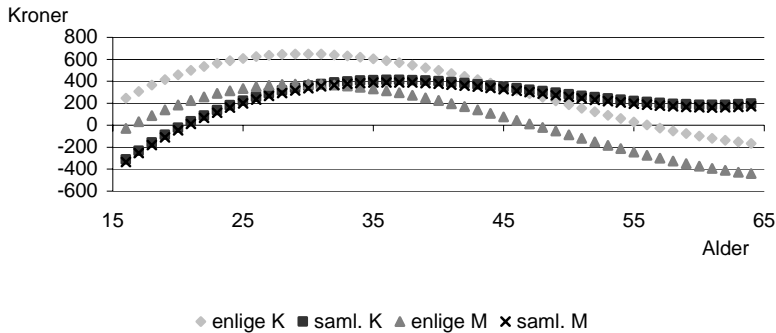
Egne udgifter til handicappet for personer mellem 16 og 64 år, efter percentiler af funktionsnedsættelse.



En anden måde at betragte personens egne udgifter til handicappet på er at se analytisk på, hvilke andre forhold udgifterne hænger sammen med. En lineær regressionsmodel for egne udgifter for enlige og samlevende hver for sig giver et resultat, der siger noget helt andet end det ovenstående. Figur 5.30 giver tallene for en person med handicap, men ingen funktionsnedsættelser, og uden studentereksamen. Her forløber udviklingen for enlige og samlevende ganske forskelligt. Den enlige har en maksimal udgift allerede som knap 30-årig, og udgifterne går derefter ned, endda under 0 (hvilket naturligvis ikke kan lade sig gøre i virkeligheden). Den samlevende når et første maksimum som 35-årig, men bliver i højere grad end enlige ved med at have udgifter. Enlige kvinder har 230 kr. mere i månedlige udgifter end enlige mænd, uanset alder. For samlevende er udgifterne nogenlunde de samme for mænd og kvinder.

FIGUR 5.30

Egne udgifter i kr. til handicapet, efter alder. 2006.



Den enlige student bruger 220 kr. mere end den enlige med folkeskole, den samlevende student bruger 108 kr. mere om måneden end den samlevende med folkeskole. Der er ikke en tilsvarende sammenhæng mellem udgifter og erhvervsuddannelse, så det har formentlig at gøre med den viden og kultur, personen tilegner sig i en uddannelse, mere end den stilling, vedkommende derved kvalificerer sig til. Tre af de syv dimensioner af funktionsnedsættelse har også betydning for, hvor store udgifter personen selv har til sit handicap (jf. tabel 5.11). Det drejer sig om de tre mobilitetsdimensioner.

TABEL 5.11

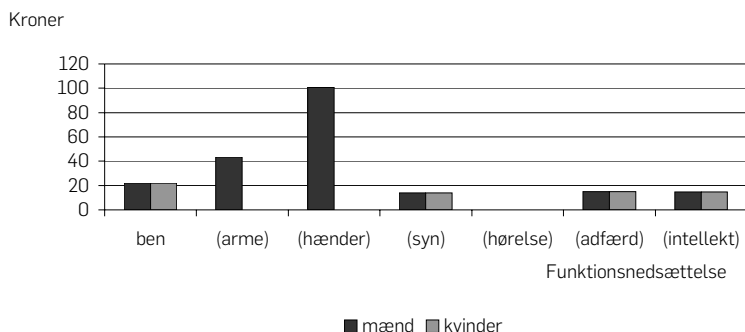
Egne udgifter i kr. Beløb for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	Beta i alder						
	Beta	p	20	30	40	50	60
Ben	21,92	0,0792	21,92	21,92	21,92	21,92	21,92
(Arme)	-20,13	0,4418	134,96	28,07	-19,01	-6,29	66,23
(Hænder)	-17,29	0,2805	137,79	30,90	-16,18	-3,46	69,07

Som figur 5.31 viser, er det dog kun for mænd, at funktionsnedsættelser i dimensionerne arme og ben bidrager til at øge egne udgifter til handicapet, mens disse dimensioner ikke har nogen betydning for kvinder.

FIGUR 5.31

Egne udgifter i kr. til handicapet. Beløb pr. point funktionsnedsættelse (for arme og hænder gælder det kun for person på 45 år). 2006.



Der er stor forskel på det budskab, de to vinkler på sagen giver. Det er rigtigt nok, at de faktiske mennesker med handicap over 45 har egne udgifter på 3-400 kr., uanset om de er enlige eller samlevende. Men tager vi den analytiske model i betragtning, ser vi, at enlighed som sådan giver mindre udgifter for de ældre grupper. Når de enlige er så godt med, hvad angår udgifterne i figur 5.31, kan det kun være, fordi de har højere grader af mobilitetshandicap.

## OPLEVELSEN AF SAGSBEHANDLINGEN: 1995 SAMMENLIGNET MED 2006

Det er nærliggende at forestille sig, at oplevelsen af sagsbehandlingen har noget at gøre med, hvor mange midler de sociale myndigheder har at gøre godt med. Lad os derfor starte med at se på, hvordan de sociale udgifter har udviklet sig i de senere år. Tabel 5.12 er hentet fra Statistikbanken, men området 'Handicap og revalidering' er delt op i 'Invaliditetspension' og 'Handicap i øvrigt'.

I 1995 blev de fleste midler på handicapområdet brugt til pension. I 2006 bliver over 2/3 brugt på andre formål. Udgifterne til pension i forbindelse med handicap er ikke steget, mens udgifterne til handicapformål i øvrigt er mere end fordoblet. Figur 5.32 viser udviklingen i forhold til situationen i 1995. Udviklingen for udgifter til ældre falder sam-

men med udviklingen for det sociale område i alt. I kroner er stigningen i handicap i øvrigt på niveau med faldet i arbejdsløshed og beskæftigelse.

TABEL 5.12

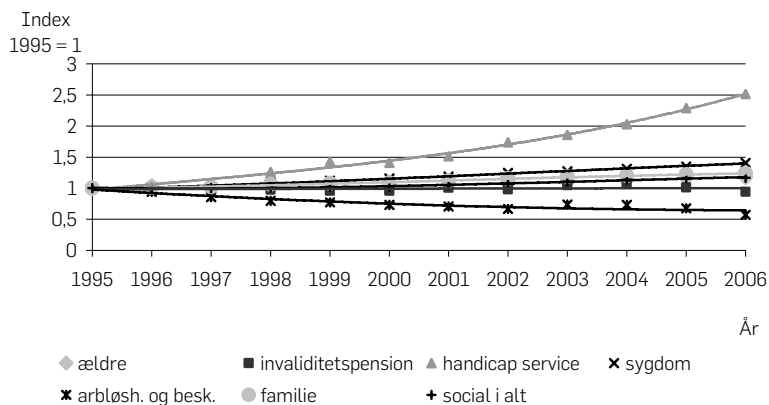
Sociale udgifter 1995-2006, udtrykt i mia. kr. efter 2006-priser.

År	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alder- dom	150	155	157	154	155	155	158	160	164	169	174	176
Invali- ditets- pension	23	23	23	23	22	22	23	23	24	25	24	22
Handicap i øvrigt	19	19	20	24	27	26	28	33	35	38	43	47
Sygdom	71	71	72	78	80	82	84	89	90	93	96	100
Arb.- løshed og besk.	59	55	50	47	45	43	42	39	43	43	40	33
Familie	49	50	50	52	53	54	55	57	58	59	60	61
Sociale område i alt	398	400	398	403	407	408	416	426	441	454	463	465

Kilde: Statistikbanken.

FIGUR 5.32

Udgifter på sociale områder i faste priser, 1995 = 100.



Der skulle således i 2006 være meget større midler til hjælpemidler, boligændringer, hjemmehjælp, ledsagerordning og andre ting, der har at gøre med handicap. Betyder det så også, at mennesker med handicap synes, at de får en mere rimelig behandling?

En sammenligning mellem resultaterne fra 1995 og 2006 kan give et indtryk heraf. Tabel 5.13 viser, hvordan mennesker med handicap, som har haft sager i kommunen, oplever sagsbehandlingen. Vi ser, at der på ét punkt er sket en kraftig forbedring: I dag oplever meget færre, at kommunen ikke er villig til at betale. På et andet punkt er der sket en pæn forbedring: Der er ligeledes markant færre, der oplever, at instanserne ikke er godt koordineret. På de øvrige punkter er der derimod sket en mindre forværring af situationen.

TABEL 5.13

Utilfredshed med aspekter af kommunal sagsbehandling. Handicappede 20-60 år i 1995 og 16-64 år i 2006. Procent.

	1995	2006	Procentdifferens
Sagsbehandlingstiden var for lang	37	44	+ 7
Kommunen var ikke villig til at betale	56	34	- 22
Kommunen manglede ekspertise	36	42	+ 6
Man blev ikke informeret om sine rettigheder	41	45	+ 4
Der var for mange forskellige sagsbehandlere	25	32	+ 7
Instanserne var ikke godt koordineret	57	47	- 10

De modsatrettede tendenser kan måske tolkes under ét. Den mere aktive og omfattende indsats på feltet har skabt forventninger, som – alt andet lige – gør borgerne mere kritiske. Hvis udviklingen ansues med disse briller, kommer de to forbedringer, der opleves i indsatsen, til at stå så meget skarper.

Da undersøgelsen fra 1995 ikke har givet et nær så godt materiale som 2006-undersøgelsen, vil vi ikke gå videre med sammenligningen, men i stedet se nærmere på, hvordan tilfredsheden med sagsbehandlingen hænger sammen med personens funktionsnedsættelse og med andre forhold, som vi undersøger i den nye undersøgelse.

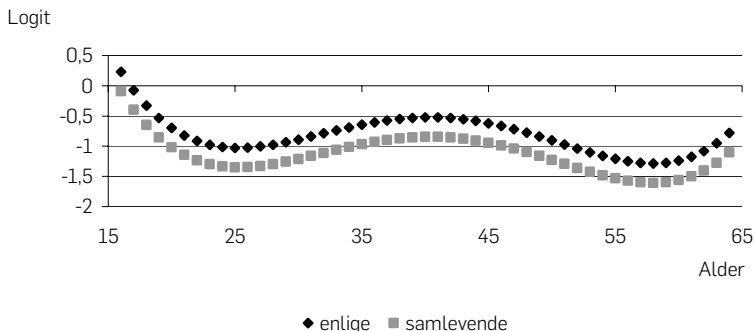
## SAGSBEHANDLING 2006

Den største gruppe i undersøgelsen er tilfredse med kommunens behandling af deres sager, men der er også store grupper af utilfredse og neutrale i dette spørgsmål. 25 pct. af alle med handicap, som har haft en sag i kommunen, mener, at sagsbehandlingen har været tilfredsstillende i alle deres sager, og 12 pct. mener, at den har været tilfredsstillende i de fleste. I alt er 37 pct. således alt i alt tilfredse med sagsbehandlingen. 17 pct. mener til gengæld, at den som regel har været utilfredsstillende og 9 pct., at den har været det i nogle tilfælde, dvs. at 26 pct. er utilfredse. De sidste 37 pct. svarer 'ved ikke'. Ser vi bort fra disse 37 pct., er 58 pct. tilfredse.

Vi skal se nærmere på de 26 pct., som er utilfredse, eller 42 pct., hvis man ser bort fra ved ikke-svarene. Sandsynligheden for at høre til den utilfredse gruppe er betydeligt højere for de helt unge op til et par og 20, men varierer ellers ikke så stærkt med alderen. Den er lidt højere for enlige end for samlevende, mens sammenhængen med køn ikke er signifikant. Disse sammenhænge ses på figur 5.33.

FIGUR 5.33

Utilfredshed med sagsbehandlingen, efter alder. 2006.



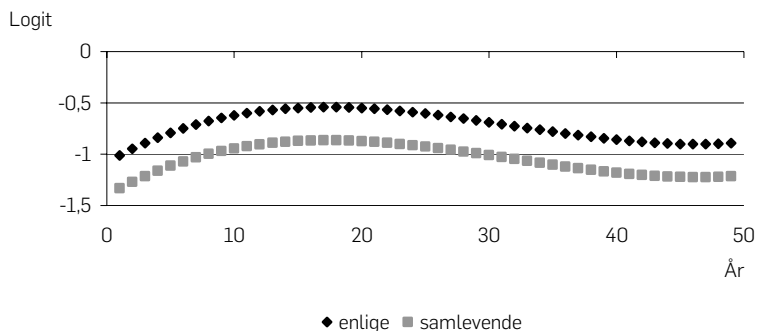
Utilfredsheden med sagsbehandlingen bliver mere og mere udbredt de første 22 år, man har et handicap, og denne udvikling går tilbage til udgangspunktet i løbet af de næste 22 år, som det fremgår af figur 5.34. Da halvdelen af gruppen har haft deres handicap i mindre end 10 år, er langt



de fleste altså inde i en udvikling, der betyder stadig mere udbredt utilfredshed.

FIGUR 5.34

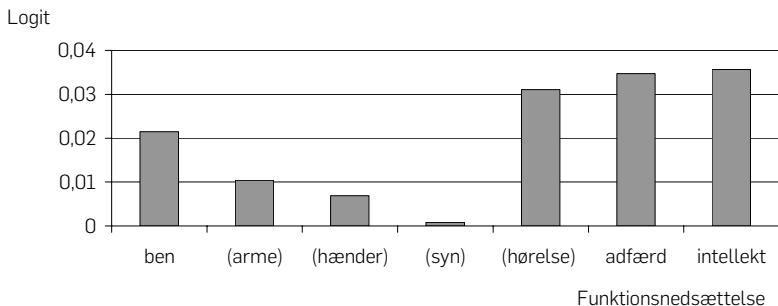
Utilfredshed med sagsbehandlingen efter antal år, man har haft handicap. 2006.



For mænd med nedsat hørelse er der en sammenhæng mellem funktionsnedsættelsen, og hvor udbredt utilfredsheden med sagsbehandlingen er. Det samme gør sig gældende for intellektuelt handicappede af begge køn og for mennesker med handicap på ben.

FIGUR 5.35

Utilfredshed med sagsbehandlingen. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



For adfærd og syn finder vi estimater, der har næsten samme størrelse som for ben, men de er ikke signifikante. De øvrige mobilitetshandicap har formentlig også en betydning, men den er ikke stor. I gruppen af handicappede uden funktionsnedsættelse har en mindre del svaret bekræftende på et eller flere af de spørgsmål, der handler om psykisk sårbarhed. Det viser sig, at kvinderne i denne gruppe meget ofte er utilfredse med sagsbehandlingen. For denne gruppe kvinder skal der lægges 0,113 til logit for hvert point psykisk sårbarhed.

TABEL 5.14

Procentdel af mennesker med handicap mellem 16 og 64 år, som har haft sager om støtteforanstaltninger, og som har været utilfreds med forskellige aspekter. 2006.

	Af den procent, som har størst funktionsnedsættelse	Af den procent, som har 2. størst funktionsnedsættelse	Af den procent, som har 3. størst funktionsnedsættelse	Af de 5 procent, som har størst funktionsnedsættelse	Af alle med handicap
Sagsbehandlingstiden for lang	* 54	49	52	50	44
Kommunen ikke villig til at betale	* 47	36	38	37	34
Kommunen manglede ekspertise	* 54	44	47	44	42
Blev ikke informeret om rettigheder	50	52	41	48	45
Der var for mange sagsbehandlere	30	38	37	33	32
Instanserne var ikke godt koordineret	45	53	49	50	47
Sagsbehandling mest tilfredsstillende	* 49	51	52	54	58

\* Adskiller sig fra alle med handicap med 9 procentpoint eller mere.

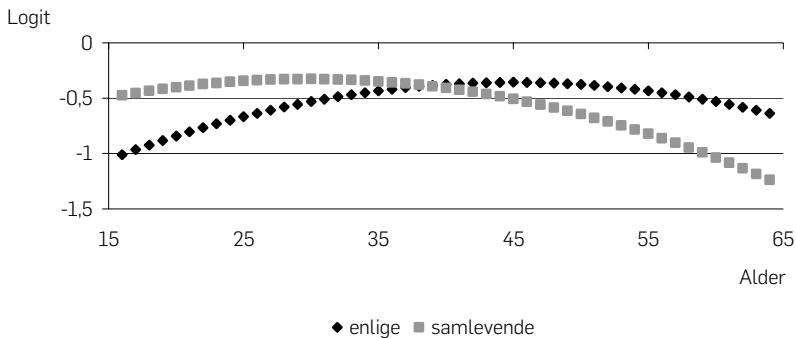
Mennesker med handicap er også blevet spurgt om en række aspekter af sagsbehandlingen. Når vi spørger specifikt, svarer flere i nogle tilfælde, at de er utilfredse, end på det generelle spørgsmål. Således mener 47 pct., at instanserne ikke var godt koordineret, 45 pct., at de ikke blev informeret om deres rettigheder og 44 pct., at sagsbehandlingstiden var for lang. Et flertal af dem, der har den største funktionsevnenedsættelse, mener, at sagsbehandlingstiden var for lang, og de fleste mener også, at kommunen

manglede ekspertise og ikke informerede om rettigheder, mens et stort antal hævder, at kommunen ikke var villig til at betale (jf. tabel 5.14).

Utilfredshed med sagsbehandlingstiden forekommer sjældnest hos de yngste. Den vokser for enlige til et niveau, som holder sig konstant fra 45 år, mens den for samlevende når en maksimal udbredelse ved 45 år for igen at aftage lidt for de ældre (jf. figur 5.36).

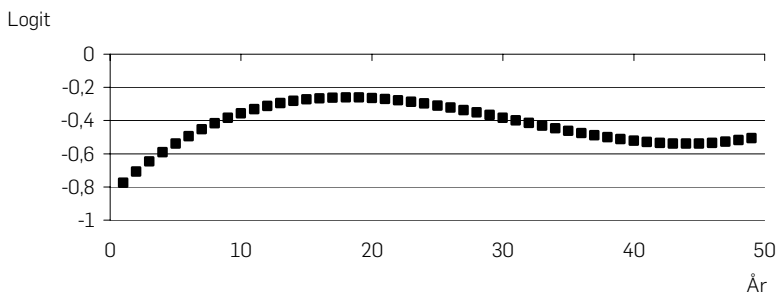
FIGUR 5.36

Utilfredshed med sagsbehandlingstid, efter alder. 2006.



FIGUR 5.37

Utilfredshed med sagsbehandlingen, efter hvor længe man har haft handicappet. 2006.



De første 17 år, mennesker har handicap, bliver flere og flere af dem utilfredse med sagsbehandlingstiden. Derefter aftager utilfredsheden igen, men nu i et langsommere tempo (jf. figur 5.37).

Vi så ovenfor, at mennesker med funktionsnedsættelse i meget højere grad end andre gav udtryk for utilfredshed med sagsbehandlingstiden. I samklang hermed finder vi, at de fleste dimensioner af funktionsnedsættelse har betydning for utilfredsheden med sagsbehandlingstiden. For handicappede uden funktionsnedsættelse betyder psykisk sårbarhed et tillæg på 0,097 til logit.

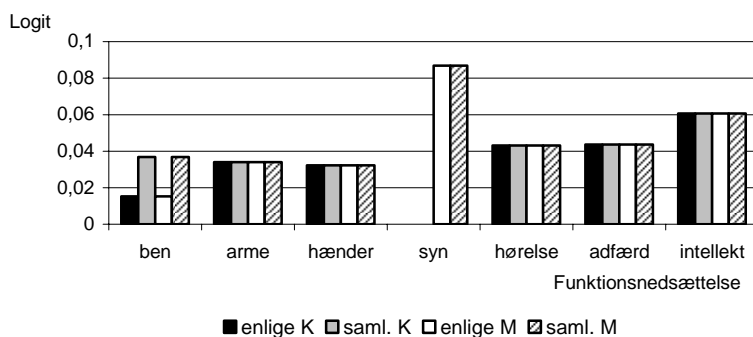
TABEL 5.15

Utilfredshed med sagsbehandlingstiden. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	Beta i alder						
	Beta 45	p	20	30	40	50	60
Arme	0,034	0,0703	0,144	0,100	0,056	0,012	-0,032
Hænder	0,032	0,0008	0,032	0,032	0,032	0,032	0,032
Hørelse	0,043	0,0319	0,043	0,043	0,043	0,043	0,043
Adfærd	0,044	0,0191	0,044	0,044	0,044	0,044	0,044
Intellekt	0,061	0,0045	0,061	0,061	0,061	0,061	0,061

FIGUR 5.38

Utilfredshed med sagsbehandlingstid. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for arme gælder det kun for person på 45 år). 2006.

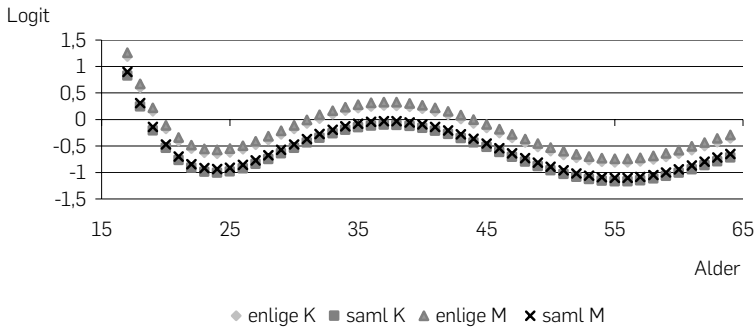


Mænd med synsnedsættelse har dog en helt usædvanlig grad af utilfredshed med sagsbehandlingstiden, som figur 5.38 afslører.

Et andet almindeligt klagepunkt, især for mennesker med funktionsnedsættelser, er, at kommunen manglede ekspertise. Det mener enlige oftere end samlevende, og det mener de yngste oftest, og dernæst kommer de 35-40-årige, mens mennesker omkring 20-25 år og omkring 55 år mener det væsentligt sjældnere. Figur 5.39 viser disse komplicerede sammenhænge.

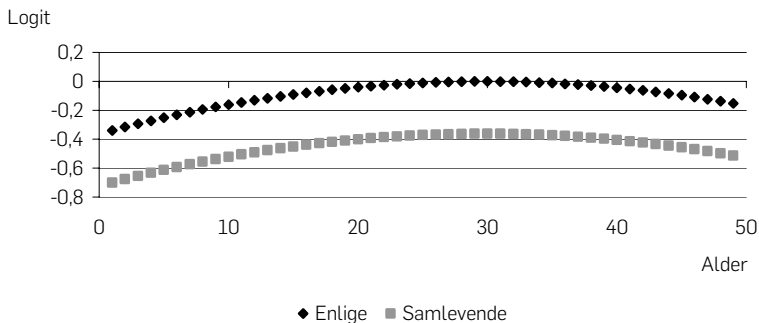
FIGUR 5.39

Oplever, at kommunen mangler ekspertise, efter alder. 2006.



FIGUR 5.40

Oplever, at kommunen mangler ekspertise, efter hvor længe man har haft handicapet. 2006.

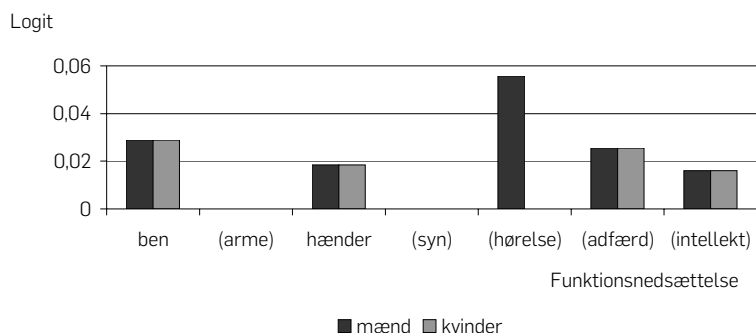


Der er en svag sammenhæng med, hvor længe man har haft handicapet. De første par og tyve år er der stadig flere, der får den opfattelse, at kommunen mangler ekspertise, viser figur 5.40, mens den derefter aftager for dem, der har haft deres handicap rigtigt længe.

Der er kun svage og usikre sammenhænge mellem de forskellige dimensioner af funktionsnedsættelse og oplevelsen af, at kommunen mangler ekspertise. For handicappede uden funktionsnedsættelse finder vi, at psykisk sårbarhed betyder 0,117 til logit pr. point.

FIGUR 5.41

Oplever, at kommunen mangler ekspertise. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.

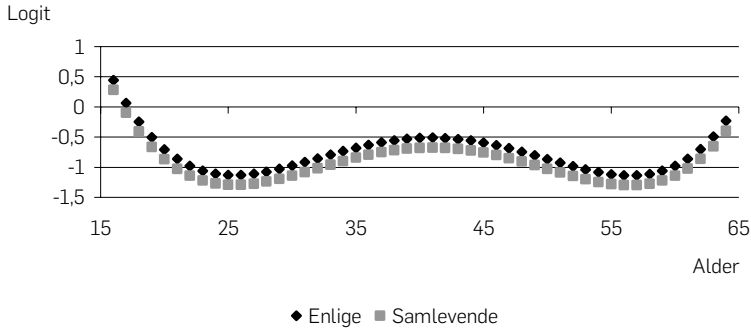


Et tredje kritikpunkt, som mennesker med funktionsnedsættelse har fremført væsentligt oftere end de andre mennesker i undersøgelsen, er, at kommunen er uvillig til at betale. Det er især de yngste under et par og tyve år, der mener det. For de øvrige aldersklasser er der en buget sammenhæng med lavpunkter omkring 27 og 57 år, mens der er noget flere af de omkring 40-årige, der mener, at kommunen er uvillig til at betale.

De første 15 år, personerne har handicap, kommer stadig flere til den opfattelse, at kommunen ikke er villig til at betale (figur 5.43). Til gengæld bliver den igen sjældnere hos dem, der har haft handicap rigtigt længe. I den store sammenhæng fylder denne gruppe dog kun en meget lille del af det samlede billede.

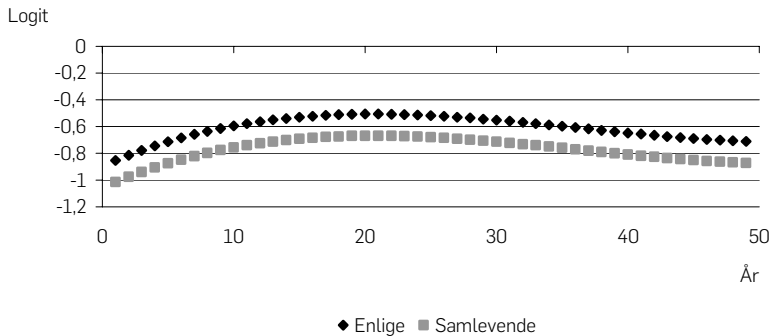
FIGUR 5.42

Oplever, at kommunen er uvillig til at betale, efter alder. 2006.



FIGUR 5.43

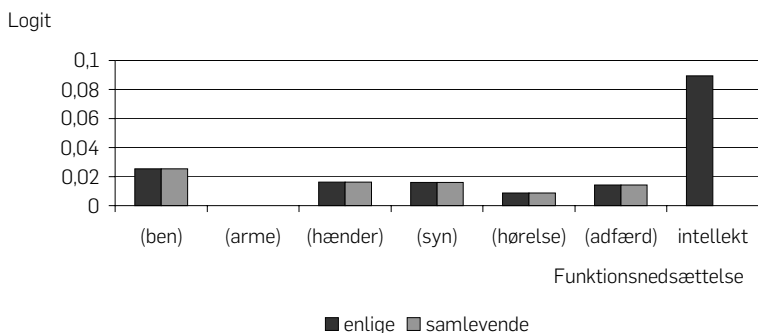
Oplever, at kommunen er uvillig til at betale, efter hvor længe man har haft handicap. 2006.



Opfattelsen, at kommunen ikke er villig til at betale, hænger svagt sammen med funktionsnedsættelse på hænder, mens sammenhængen med de andre dimensioner i de fleste tilfælde ikke er signifikant. For handicappede uden funktionsnedsættelse finder vi, at psykisk sårbarhed giver et bidrag på 0,117 pr. point til logit. I samme størrelsesorden er det bidrag, som intellektuel funktionsnedsættelse giver, når det drejer sig om enlige (figur 5.44).

FIGUR 5.44

Oplever, at kommunen er uvillig til at betale. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



Nu har vi set på de tre konkrete klagepunkter, hvor vurderingerne, afgivet af mennesker med og uden handicap, var mest forskellige, og det i den retning, at mennesker med handicap var mest utilfredse med sagsbehandlingen.

Tidligere undersøgelser af forholdet mellem borgeren og systemet på området børn med handicap har vist, at de mest almindelige klagepunkter var, at forældrene ikke følte sig tilstrækkeligt informeret – både om deres rettigheder og om de tilbud, der fandtes – og at instanserne ikke var godt koordineret. Ser vi på alle med handicap, er det også de to største klagepunkter i denne undersøgelse.

Der er det besynderlige ved klagepunktet 'mangel på information', at sandsynligheden for, at man fremfører dette punkt, er nøjagtig den samme i alle aldre. Den er nær ved den samme for mænd og kvinder, skønt vi ellers har set, at kvinder efterspørger mere rådgivning og vejledning end mænd – den ikke-signifikante forskel, der er, går dog i denne retning. Den er også nær ved at være ens for enlige og samlevende. Der er kort sagt overhovedet ikke de sammenhænge med livssituation, som vi ellers finder for alle andre klagepunkter og for de fleste ting, der ellers hænger sammen med funktionsnedsættelser.



TABEL 5.16

Manglende information. Logit for hvert point funktionsnedsættelse i forskellige aldre. 2006.

			Beta i alder				
	Beta	p	20	30	40	50	60
Ben	0,024	0,0231	0,024	0,024	0,024	0,024	0,024
Hænder	0,063	0,0017	0,121	0,098	0,075	0,052	0,029
Hørelse	-0,015	0,6462	0,134	0,074	0,015	-0,045	-0,105
Adfærd	0,024	0,2241	-0,087	-0,043	0,001	0,046	0,090

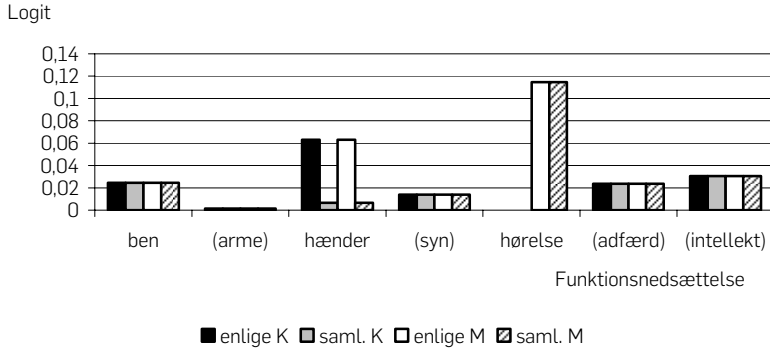
Punktet om manglende information fremføres dog oftere af mennesker med funktionsnedsættelser på ben, enlige med funktionsnedsættelser på hænder, mænd med nedsat hørelse og ældre personer med adfærdsproblemer, som vi ser af tabel 5.16 og figur 5.45. Desuden har kvinder med handicap, men uden funktionsnedsættelse, som også er psykisk sårbare, en ekstra logit på 0,085 pr. point.

Det er bemærkelsesværdigt, at netop dårligt hørende mænd og ikke kvinder ofte oplever, at de ikke får tilstrækkelig information i forbindelse med behandlingen af deres sager. Vi så nemlig i figur 5.3, at det især var kvinder med nedsat hørelse, der gjorde brug af amtets vejledning. Der er på den ene side en vis mening i, at kvinderne ikke mangler information, når de har fået mere vejledning. På den anden side er det mærkeligt, at mændene ikke søger mere vejledning, når de synes, at de mangler information.

Oplevelsen af, at kommunens indsats er ukoordineret, er – i modsætning til oplevelsen af manglende information – noget, der hænger sammen med køn, alder og samliv. Sammenhængen følger nogenlunde samme mønster, som vi har set for utilfredshed med sagsbehandlingen, oplevelsen af manglende ekspertise og oplevelsen af, at kommunen er uvillig til at betale. De alleryngste har især i mange tilfælde oplevelse af ukoordineret indsats. For de øvrige aldersgrupper ser vi en bølgegang, således at der i gruppen 35-50 år og op mod 64 år især er mange, der oplever en ukoordineret indsats. Det er som med de øvrige klagepunkter enlige mere end samlevende, der fremfører dem.

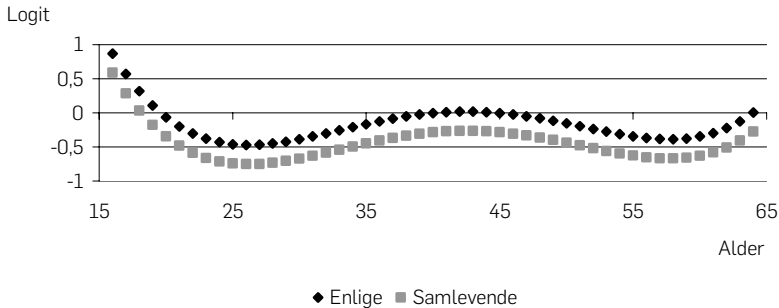
FIGUR 5.45

Oplever manglende information. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for hænder, hørelse og adfærd gælder det kun for person på 45 år). 2006.



FIGUR 5.46

Oplever ukoordineret indsats, efter alder. 2006.



En ukoordineret indsats opleves især af intellektuelt handicappede af begge køn og af mennesker med funktionsnedsættelser på hænder, i begge tilfælde specielt i de yngre aldersgrupper. En ukoordineret indsats opleves desuden af mænd med nedsat syn i alle aldersgrupper, som det fremgår af tabel 5.17 og figur 5.47.

TABEL 5.17

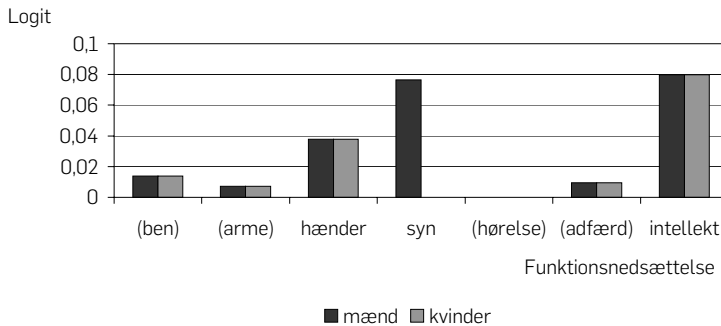
Ukoordineret indsats. Logit for hvert point funktionsnedsættelse ved forskellig alder. 2006.

	Beta i alder						
	Beta 45	p	20	30	40	50	60
Hænder	0,038	0,0008	0,115	0,084	0,053	0,023	-0,008
Syn (mænd)	0,076	0,0673	0,076	0,076	0,076	0,076	0,076
Intellekt	0,080	0,0154	0,192	0,147	0,102	0,057	0,012

Her viser det sig ligesom i en række andre tilfælde, at kvinder med handicap, men uden funktionsnedsættelse, som er psykisk sårbare, har et ganske stort bidrag til logit. Det er 0,109 pr. point.

FIGUR 5.47

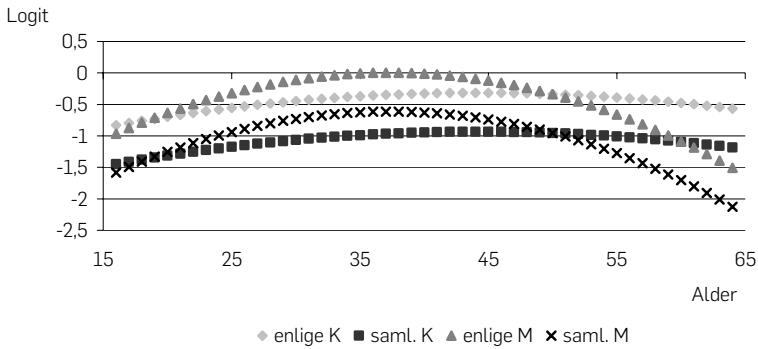
Oplever ukoordineret indsats. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for hænder og intellekt gælder det kun for person på 45 år). 2006.



Oplevelsen af skiftende sagsbehandlere hænger ligesom de fleste andre klagepunkter også sammen med køn, alder og samliv, men her ser sammenhængen meget anderledes ud end billedet fra de sidste fire af disse figurer. Ligesom for de tidligere nævnte forhold klager enlige oftere over dette punkt end samlevende. Men mens oplevelsen af skiftende sagsbehandlere er lige udbredt blandt kvinder i alle aldersgrupper, er den for mænd mere almindelig, jo nærmere de er på de 35-40 år.

FIGUR 5.48

Oplever skiftende sagsbehandlere, efter alder. 2006.



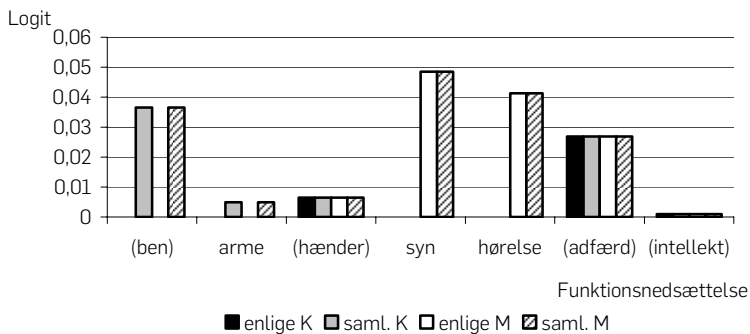
TABEL 5.18

Oplever skiftende sagsbehandlere. Logit for hvert point funktionsnedsættelse i forskellig alder. 2006.

	Beta i alder						
	Beta 45	P	20	30	40	50	60
Hænder	0,006	0,6756	0,173	0,081	0,023	-0,002	0,007

FIGUR 5.49

Oplever skiftende sagsbehandlere. Logit pr. point funktionsnedsættelse (for hænder gælder det kun for person på 45 år). 2006.



Som tabel 5.18 og figur 5.49 viser, er det især mennesker med adfærdsproblemer, relativt unge mennesker med funktionsnedsættelser på hænder, mænd med syns- eller hørenedsættelser samt samlevende med funktionsnedsættelser på ben, der oplever skiftende sagsbehandlere.

## SAMMENFATNING

Videnscentre og amtslige vejledninger benyttes relativt meget af mennesker med lille grad af funktionsnedsættelse, og i høj grad af kvinder, mens private vejledninger og organisationerne benyttes meget mere af mennesker med stor grad af funktionsnedsættelse. Handicaporganisationernes medlemmer har høj grad af funktionsnedsættelse, men også høj uddannelse og løn.

5 pct. af dem, der har handicap, har søgt om hjemmehjælp, en del flere kvinder end mænd. Men mens der i 1995 blev givet langt mere hjemmehjælp til kvinder end mænd under 65 år, er graden af funktionsnedsættelse mere afgørende for tildelingen i 2006. Nu har mænd og kvinder med hjemmehjælp samme gennemsnitlige funktionsevne ifølge de oplysninger, de selv har angivet i undersøgelsen.

Undersøgelsen viser, at hjemmehjælp især gives til personer med nedsat mobilitet, og personer med nedsat mobilitet i ben får mest hjemmehjælp. Enlige får oftere hjemmehjælp end samlevende og samlevende kvinder får oftere hjemmehjælp end samlevende mænd. Ansøgning om hjemmehjælp følger de samme mønstre. Men ser vi på, hvem der søger forgæves, er det især samlevende kvinder, samlevende mænd, de 30-38-årige og de 58-59-årige. Alt dette med funktionsevnen holdt konstant. Mennesker under 30 søger meget sjældent hjemmehjælp. Vi har en beregning, som viser, at 10 pct. muligvis får mindre hjemmehjælp, end de har behov for.

Ser vi på, hvem der betaler for hjælp, finder vi et helt andet mønster end for den gratis hjemmehjælp. For de yngre og ældre grupper, som vi så ofte fik afslag på hjemmehjælp, betaler samlevende ofte selv for hjælp. Rundt regnet 40 pct. af dem, der har handicap, betaler undertiden for hjælp, og halvdelen af dem gør det i det daglige. Folks egne udgifter til handicap er for dem med stor funktionsnedsættelse omkring 900 kr. om måneden.

Der er imidlertid grund til at bemærke, at der siden 1995 er sket et skred i handicappedes holdning til den kommunale sagsbehandling. Mens 56 pct. i 1995 mente, at kommunen ikke var villig til at betale, var det kun 34 pct., der mente sådan i 2006 – altså en nedgang på 22 procentpoint. Ligeledes mener handicappede, at indsatsen er bedre koordineret i dag. På en del andre punkter er der dog en svagt stigende utilfredshed. Det gælder oplevelsen af sagsbehandlingstid, af et for stort antal forskellige sagsbehandlere og af manglende ekspertise hos myndigheden.

# SAMFUNDSDELTAGELSE

I dette kapitel skal vi se på, hvad de syv dimensioner af funktionsnedsættelse betyder for menneskers deltagelse og aktivitet på en række af tilværelsens arenaer, samt for hvordan man alt i alt vurderer sin tilværelse. For hver aktivitet belyser vi, i hvilket omfang hver af de syv dimensioner af funktionsnedsættelse udgør en barriere for aktivitet og deltagelse, når vi holder en række baggrunds faktorer konstante.

Herpå sammenligner vi alle disse barriereprofiler, dels for at se, i hvilken grad dimensionerne har den samme form for virkninger, dels for at se, om aktiviteterne minder om hinanden med hensyn til, hvilke grupper der møder barrierer der. Vi sammenligner ved hjælp af en hierarkisk cluster-analyse med Baverages metode, som er en rent beskrivende analysemetode, som blot viser, hvor meget profilerne ligner hinanden, men ikke kan forklare noget.

Denne analyse viser for det første, at de syv dimensioner af funktionsnedsættelse har meget forskellig virkning på begrænsning af deltagelse i forhold til det udvalg af deltagelsesformer, vi har set på. Den første opdeling går mellem intellektuelt handicap på den ene side og alle de øvrige handicap på den anden side. Intellektuelt handicap virker altså meget anderledes end alle øvrige former for funktionsnedsættelse. Vores anden opdeling giver tre grupper, hvor intellekt stadig er den ene, adfærd den anden, og de resterende funktionsnedsættelser grupperes sammen i

den tredje. Adfærdsmæssigt handicap er således den form for funktionsnedsættelse, der adskiller sig næstmest fra de øvrige.

På samme måde spaltes hørelse fra, og så syn, således at de tre former for mobilitetshandicap bliver tilbage i en gruppe, mens de første fire dimensioner danner hver sin gruppe. Begrebet mobilitetshandicap giver således mening i den forstand, at der er tale om virkninger på personens deltagelse, som i en vis udstrækning minder om hinanden. Begreberne sansehandicap (syn + hørelse) og psykosocialt handicap (adfærd + intellekt) giver derimod ikke mening i denne forstand. Der er tale om meget forskellige virkninger på personens deltagelse.

For undersøgelsens 16 typer af aktiviteter viser cluster-analysen noget om, i hvilken udstrækning aktiviteterne udelukker grupper med de samme typer af funktionsnedsættelser. De sociale aktiviteter, at se børn og forældre, at se familie, venner og bekendte, har udelukkelsesprofiler, der minder om hinanden. Det samme gælder, at man får brugt sine evner, og at man har mennesker, man kan tale med. En anden gruppe dannes af, at man er lykkelig og ikke føler dagligdagen tom.

## SAMFUNDSDELTAGELSE GENERELT

Gennemgangen af funktionsnedsættelsernes betydning for deltagelse vil blive delt op således, at vi først ser på sociale aktiviteter, dels kontakt i det hele taget og kontakt med bekendte, dels de former for kontakt, som i almindelighed på godt og ondt må antages at være nærmere, med børn og forældre, med familie i øvrigt og med venner. Dernæst ser vi på forskellige former for meningsfuldhed, som er belyst i undersøgelsen: om man har mennesker, man kan tale med, om man får brugt sine evner i hverdagen, om man føler, at dagligdagen er tom og indholdsløs, og om man er lykkelig. Endelig ser vi på fire former for deltagelse på samfundsrettede områder: om man er i beskæftigelse, om man har studentereksamen, om man har erhvervsuddannelse, og om man deltager i foreningsliv.

Erving Goffman gjorde i begyndelsen af 1960'erne systematiske iagttagelser af, hvordan iscenesættelsen af identitet gav sig udtryk i dagligdags-interaktion mellem mennesker (Goffman, 1963). Blandt eksemplerne på personer, som ikke kunne iscenesætte en komplet identitet, var blandt andet mennesker med handicap. Han bemærkede, at mange men-



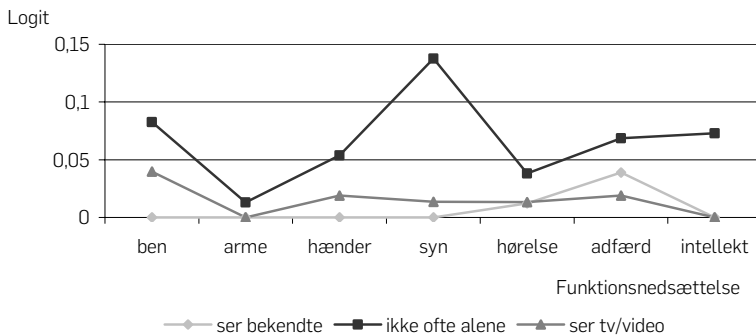
nesker forsøgte at undgå interaktion med handicappede, fordi de ikke var sikre på, hvordan denne skulle foregå. Senere forsøg, hvor man har filmet en person med handicap, der har kontakt med andre mennesker, og analyseret formen for denne, har bekræftet Goffmans iagttagelser (Lenney & Sercombe, 2002). Heinrich Tröster (1990) har med sine forsøg vist, at denne delvis ubevidste usikkerhed undertiden kompenseres ved, at man på det bevidste plan vurderer personen med handicap højere, end man vurderer en tilsvarende person uden handicap.

## KONTAKT TIL ANDRE MENNESKER

Man skulle umiddelbart vente, at den nævnte usikkerhed ved interaktionen især skulle gøre sig gældende mellem mennesker, som ikke kender hinanden eller kun kender hinanden fjernt. I undersøgelsen finder vi derimod, at mennesker med de fleste funktionsnedsættelser har lige så meget kontakt som andre med bekendte. Kun dimensionen adfærd giver et signifikant bidrag til barrieren for kontakt med bekendte. Derimod finder vi, som vi senere skal komme ind på, at der er mange barrierer for 'nærmere kontakt'.

FIGUR 6.1

Barrierer og rum for fjernere kontakt og kontakt i det hele taget. 2006.



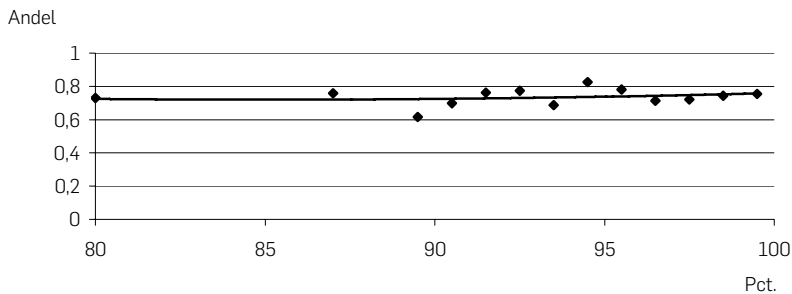
Profilerne for 'barrierer mod at se bekendte', 'ikke ofte alene' og 'ser tv eller video' ligger ikke tæt sammen. Mennesker med næsten alle funkti-

onsnedsættelser føler sig ofte alene. Men det er nok især den nære kontakt, de savner, for kun funktionsnedsættelse på adfærd giver en signifikant barriere for at se bekendte. Hørelse giver også et positivt bidrag, men det er ikke signifikant. De andre dimensioner udgør ingen barrierer.

'Ser tv og video' er her betragtet som en aktivitet, som man foretager i mangel af bedre. Tallene er derfor udtryk for, hvor meget *mere* mennesker med funktionsnedsættelse ser tv og video end andre mennesker. Næsten alle dimensioner af funktionsnedsættelse giver et positivt bidrag, men kun for hænder er det signifikant. Det er bemærkelsesværdigt, at sansehandicap, som man umiddelbart skulle tro gør oplevelsen af disse medier mindre, alligevel betinger et større forbrug.

FIGUR 6.2

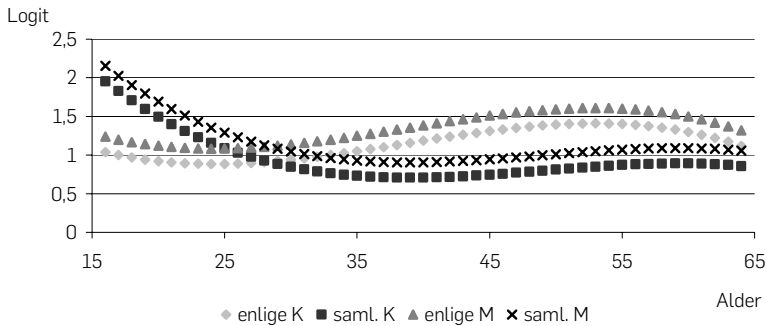
Den del af alle mellem 16 og 64 år, som har set bekendte i løbet af sidste uge, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



Umiddelbart er der ikke nogen sammenhæng mellem graden af funktionsnedsættelse, og hvor meget man har set bekendte i løbet af den sidste uge før interviewet.

FIGUR 6.3

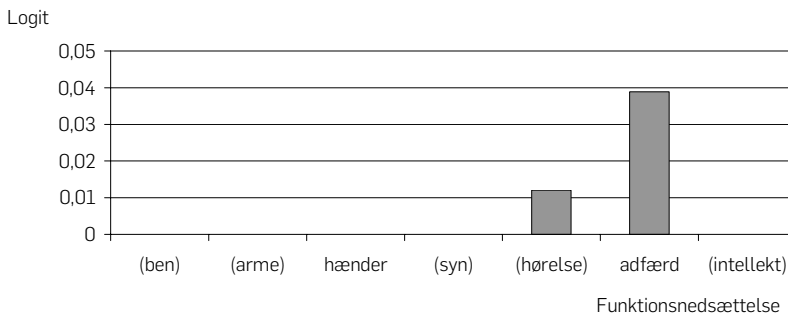
Har set bekendte i løbet af den sidste uge, efter alder. 2006.



Der er naturligt nok nogle sammenhænge mellem at se bekendte og køn, alder og samlivsforhold. Mænd ser oftere bekendte, end kvinder gør. Før 25-årsalderen ser samlevende bekendte oftere end enlige, efter 30-årsalderen er det omvendt. Dette forhold, at enlige fra 25-30-årsalderen ser bekendte oftere end samlevende, fandt vi også i 1995.

FIGUR 6.4

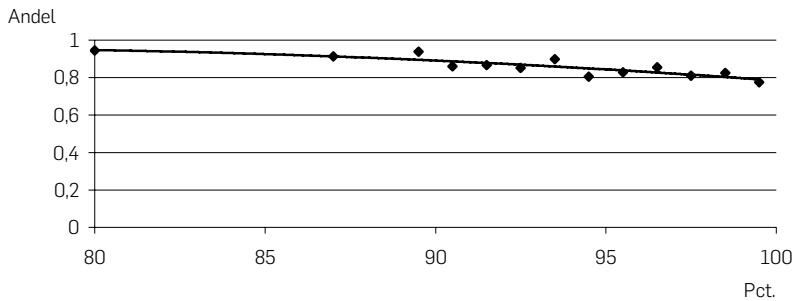
Barrierer for at se bekendte. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



Kun adfærdshandicap udgør i signifikant grad en barriere for at se bekendte.

FIGUR 6.5

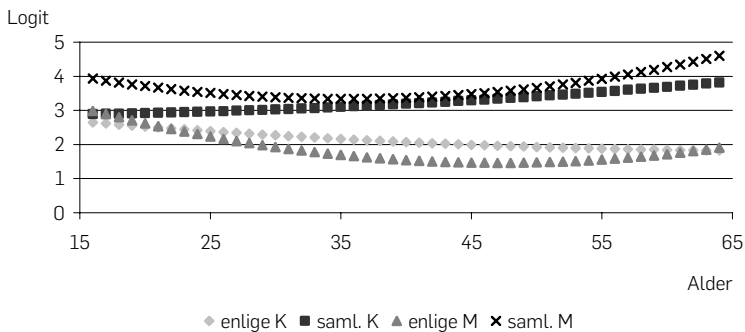
Andelen af de 16-64-årige, som ikke ofte uønsket er alene, efter per-  
centiler af funktionsnedsættelse. 2006.



Mennesker med funktionsnedsættelser er oftere alene, jo større funkti-  
onsnedsættelsen er.

FIGUR 6.6

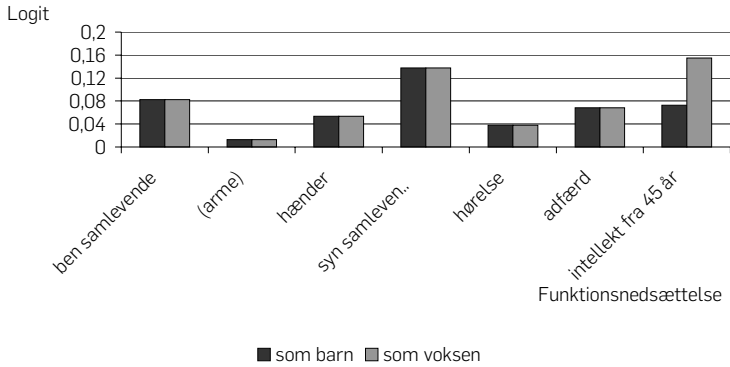
Er ikke ofte uønsket alene, efter alder. 2006.



Enlige er mest alene, især enlige mænd. Samlevende er mindst alene, igen  
især mænd. I 1995 fandt vi nogenlunde samme billede. Her var der dog  
ingen forskel mellem enlige mænd og kvinder, mens forskellen mellem  
samlevende mænd og kvinder var større, end den er nu.

FIGUR 6.7

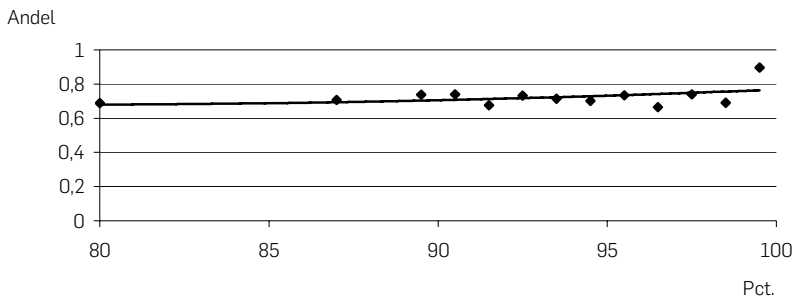
Er ofte uønsket alene, efter hvornår handicap er erhvervet. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



De fleste dimensioner af funktionsnedsættelse bidrager til, at personen oftere er alene. Psykisk sårbarhed bidrager desuden med en logit på 0,120 pr. point. I 1995 fandt vi næsten de samme sammenhænge med dimensioner af funktionsnedsættelse bortset fra, at den lidt specielle sammenhæng med syn for samlevende mænd ikke var til stede.

FIGUR 6.8

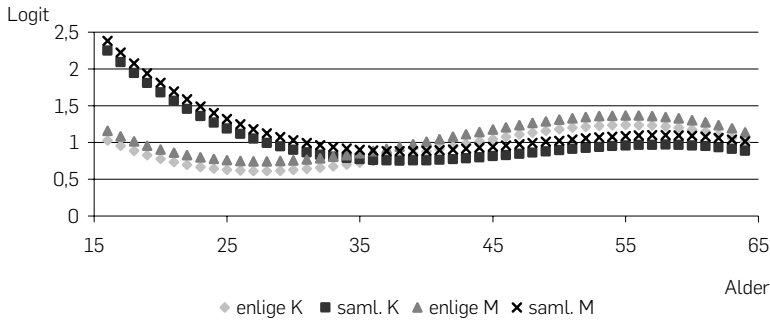
Andelen af alle mellem 16-64 år, som så tv eller video i går, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



Med højere grad af funktionsnedsættelse ser man mere tv eller video.

FIGUR 6.9

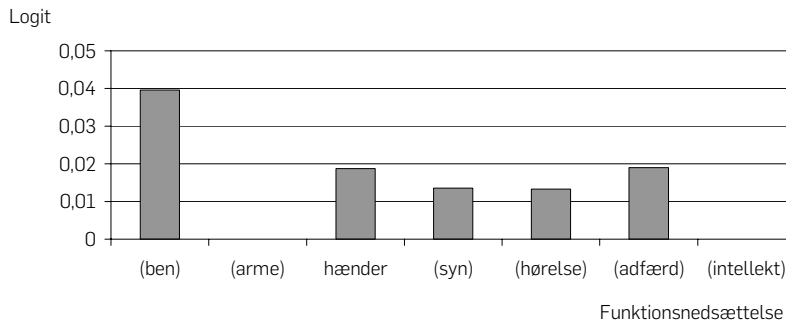
Så tv eller video i går, efter alder. 2006.



Tv-forbruget har imidlertid også en kraftig sammenhæng med køn, alder og samlivsforhold. Unge samlevende ser langt mere tv og video end andre. Fra 35-årsalderen vendes forholdet om, så enlige kommer til at have et lidt større forbrug. Mænd ser tv og video en smule mere end kvinder. Personer med en erhvervsuddannelse ser lidt mindre tv, der skal trækkes 0,178 fra logit.

FIGUR 6.10

Så tv eller video i går. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.

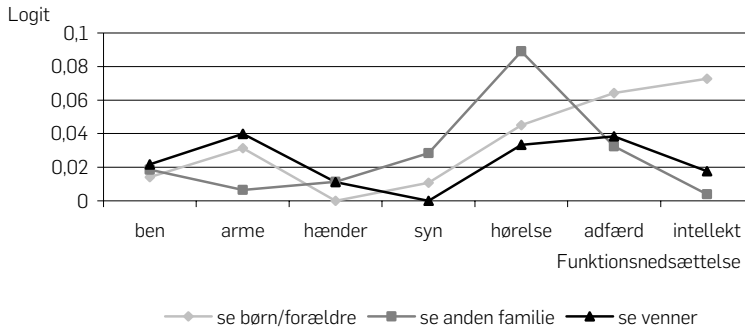


Fra de fleste dimensioner af funktionsnedsættelse har vi et positivt bidrag til forbruget af tv og video, men kun når det angår hænder, er dette bidrag signifikant.

## NÆRMERE KONTAKT OG NÆRE FORHOLD

FIGUR 6.11

Barrierer for nærmere kontakt. 2006.



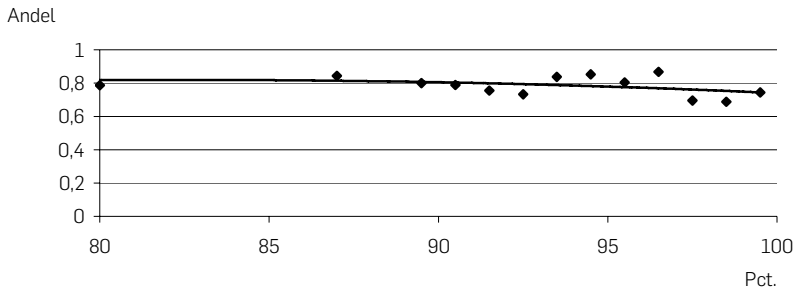
Mobilitets- og synsnedsættelse betyder ikke nødvendigvis en barriere for nærmere kontakt af nogen nævneværdig størrelse. Det fandt vi heller ikke i undersøgelsen fra 1995. Kun nedsat hørelse samt funktionsnedsættelser, der handler om adfærd og intellekt, har væsentlig betydning her.

Der er en række former for nærmere kontakt, hvor barriereprofilerne ligner hinanden. Man aner en 'slange' gennem figuren, hvor punkterne især ligger tæt for ben, hænder, syn og hørelse. For de to psykiske funktionsnedsættelser – adfærd og intellekt – ser vi, at den helt nære kontakt er langt mere belastet end den lidt mindre nære.

Det er bemærkelsesværdigt, at næsten alle dimensioner af funktionsnedsættelse giver bidrag til barriererne for nær kontakt, om end mange af disse bidrag ikke er signifikante. De største barrierer finder vi i den nærmeste relation, mellem børn og forældre, og den er størst for intellektuelt og adfærdsmæssigt handicap, men også ganske stor for hørenedsættelse. Vi skal gøre opmærksom på, at bidraget for intellekt kun gælder handicap, som personen har haft fra barn, og ikke dem, som er opstået senere. Det har muligvis at gøre med, at der for den førstnævnte gruppes vedkommende ikke er bygget samme relation op, som der er for den sidstnævnte.

FIGUR 6.12

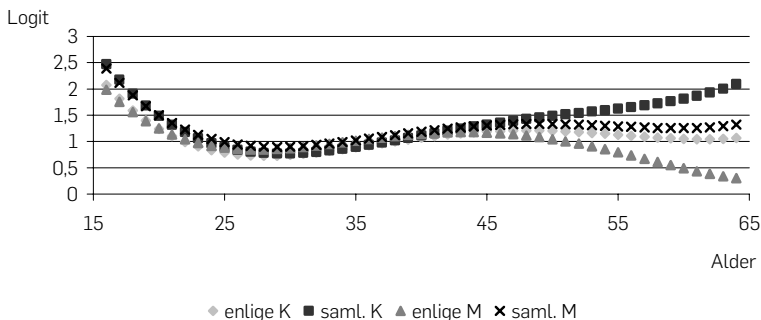
Andelen af de 16-64-årige, som har set børn eller forældre i den sidste uge, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



Mennesker med større grad af funktionsnedsættelse ser børn og forældre lidt mindre end mennesker med mindre grad af funktionsnedsættelse.

FIGUR 6.13

Har set børn eller forældre i den sidste uge, efter alder. 2006.



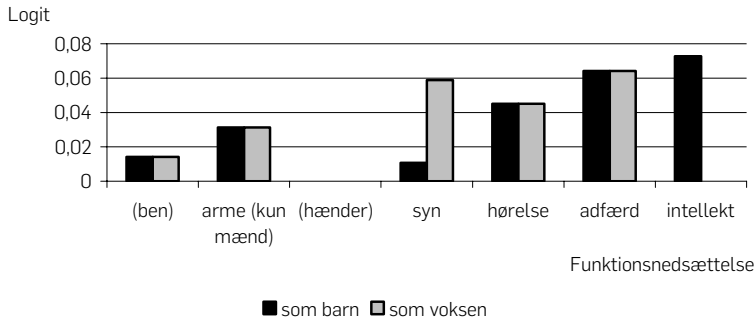
Køn, alder og samlivsforhold gør naturligt nok stor forskel for, hvor ofte man ser børn eller forældre. Op til 20-årsalderen ser man sine forældre ret meget. Efter 45-årsalderen bliver der stor forskel mellem grupperne: samlevende kommer med årene til at se deres børn mere og mere, og kvinder kommer i stigende grad til at se deres børn mere end mænd gør. Det betyder alt i alt, at samlevende mænd og enlige kvinder holder niveauet fra først i 40'erne, mens samlevende kvinder får mere og mere



kontakt, mens enlige mænd får mindre og mindre kontakt med børnene. Erhvervsuddannelse betyder mere kontakt mellem børn og forældre, idet der skal lægges 0,203 til logit.

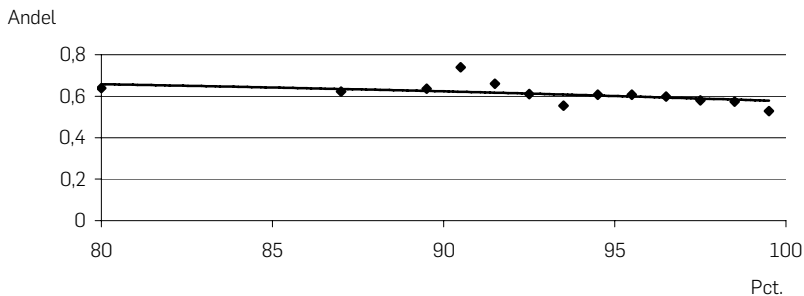
FIGUR 6.14

Barrierer for omgang med børn og forældre, efter hvornår handicap er erhvervet. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



FIGUR 6.15

Andelen af de 16-64-årige, som har set andre familiemedlemmer den sidste uge, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.

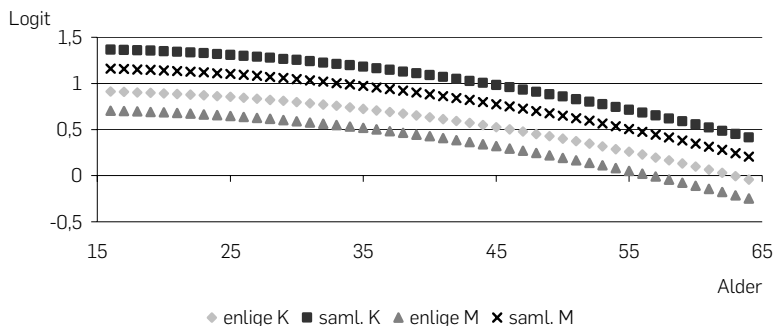


Næsten alle dimensioner af funktionsnedsættelse danner barrierer for personernes omgang med børn eller forældre. For syn og intellekt betyder det noget, om funktionsnedsættelsen er medfødt eller erhvervet som barn, eller om den er erhvervet som voksen, men det betyder noget vidt

forskelligt. Nedsat syn, man har erhvervet som voksen, udgør en meget større barriere, end hvis det er medfødt, mens det kun er medfødt eller tidligt erhvervet intellektuelt handicap, der er en barriere for kontakt mellem børn og forældre. Senere erhvervet intellektuelt handicap reducerer ikke kontakten mellem børn og forældre. Psykisk sårbarhed giver en barriere på 0,049 pr. point fra logit.

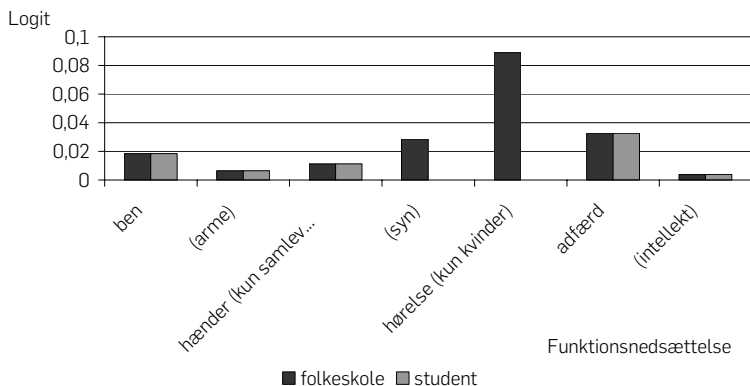
FIGUR 6.16

Har set familie ud over børn og forældre i sidste uge, efter alder. 2006.



FIGUR 6.17

Barrierer for omgang med familie ud over børn og forældre. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



Også omgangen med andre medlemmer af familien end de allernærmeste hænger negativt sammen med graden af funktionsnedsættelse.

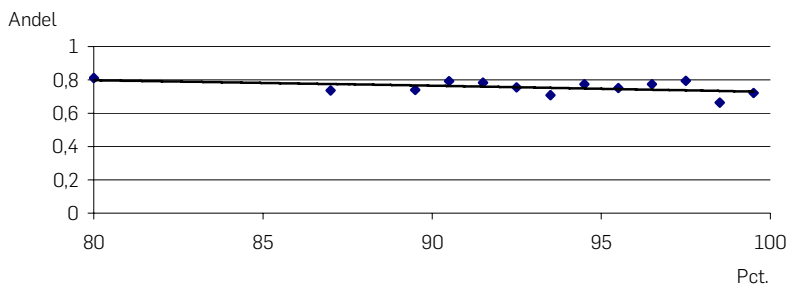
Familien ser man mindre og mindre med alderen. Men over hele forløbet ser samlevende familien meget mere end enlige, og kvinder ser den noget mere end mænd. Personer med studentereksamen ser lidt mindre til familien, end personer uden studentereksamen gør, idet der skal trækkes 0,382 fra logit.

Figur 6.17 viser, at alle dimensioner af funktionsnedsættelse danner barrierer for omgangen med familien, men kun over omkring halvdelen af linjen er der tale om signifikante sammenhænge. I regressionsanalysen er der interaktionsled mellem studentereksamen og sansehandicap, som gør, at for studenter er hverken synsnedsættelse eller hørenedsættelse nogen barriere for at se familien.

Figur 6.18 viser, at jo mere funktionsnedsættelse, desto mindre ser man til venner.

FIGUR 6.18

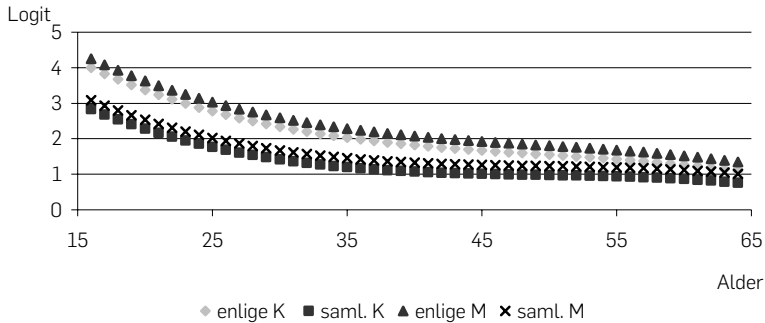
Andelen af de 16-64-årige, som har set venner i den sidste uge, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



Det er især de helt unge under 20-25 år, der ser venner rigtig meget, men med alderen ser man mindre til venner. Samlivsforhold betyder mere end en faktor 2 for, hvor meget man ser til venner: Enlige ser meget mere til venner, end samlevende gør, og mænd generelt en smule mere end kvinder.

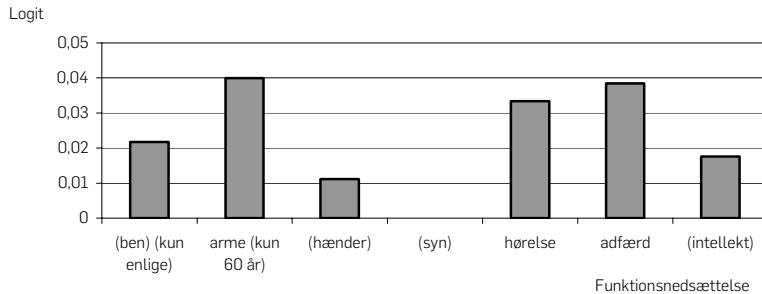
FIGUR 6.19

Har set venner i løbet af den sidste uge, efter alder. 2006.



FIGUR 6.20

Barrierer for omgang med venner. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.

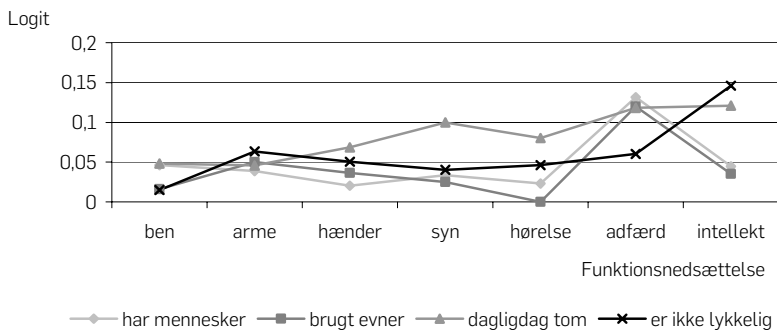


Alle dimensioner af funktionsnedsættelser, bortset fra syn, bidrager til barriererne for at se venner, men kun adfærd, hørelse og arme (for den ældre del) giver signifikante bidrag. Psykisk sårbarhed betyder lidt større barriere for omgang med venner end alle funktionsnedsættelserne, idet det bidrager med 0,042 pr. point.

## MENINGSFULDHED, BRUG AF EVNER, INDHOLD OG LYKKE

FIGUR 6.21

Barrierer for meningsfuldhed. 2006.



Når vi betragter 'meningsfuldhed', får vi et mere alvorligt billede af barrierer, end vi så ved 'nærmere kontakt'. For mobilitets- og synshandicap er barriererne mange gange højere. Det samme gør sig gældende i undersøgelsen fra 1995.

Barriererne i forhold til de to felter, 'har mennesker, man kan tale med' og 'får brugt sine evner i hverdagen' minder meget om hinanden. Næsten alle bidrag er positive, om end de mindste ikke er signifikante. 'Dagligdagen er tom og indholdsløs' minder meget om dem, men nedsat syn, hørelse og håndfunktioner påvirker følelsen af tomhed mere. Den manglende følelse af lykke følger især med intellektuelt handicap. Funktionsnedsættelse, som angår adfærd, er samlet set den helt store barriere for alle former for meningsfuldhed. De fysiske dimensioner af funktionsnedsættelse har mere moderate bidrag.

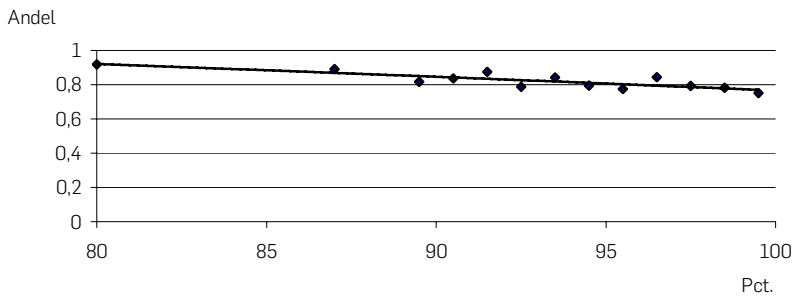
Profilerne, som vi ser på figur 6.21, gælder, hvis handicappet er erhvervet, mens man var barn. Hvis det derimod er erhvervet i voksenalderen, som det er for 4/5 af alle voksne med handicap, er barrieren for at få brugt sine evner og muligheder i hverdagen betydeligt større for personer med funktionsnedsættelse, som angår syn og intellekt. Her kommer barrieren op på samme højde, som den er for adfærd. Der er også en højere barriere for mennesker med funktionsnedsættelser på ben, selv om den her kun er oppe på 0,080. For personer, der har erhvervet handicap i voksenalderen, er barrieren for at have et menneske,

man kan tale med, ligeledes rigtig høj, hvis funktionsnedsættelsen angår intellektet.

Jo større grad af funktionsnedsættelse, i desto færre tilfælde mener man, at man er tilstrækkeligt sammen med mennesker, man kan tale med.

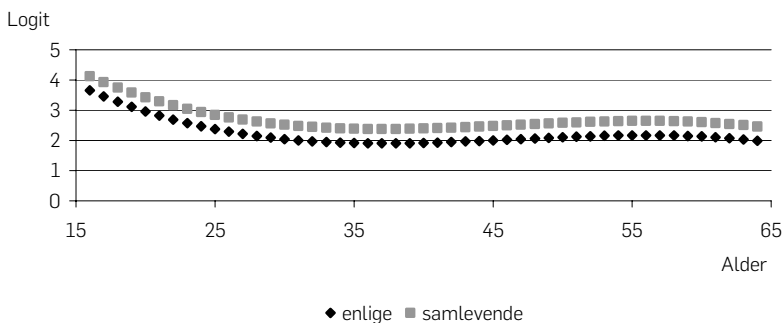
FIGUR 6.22

Andel af de 16-64-årige, som ser tilstrækkeligt til mennesker, som de kan tale med, efter percentil af funktionsnedsættelse. 2006.



FIGUR 6.23

Er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, man kan tale med, efter alder. 2006.

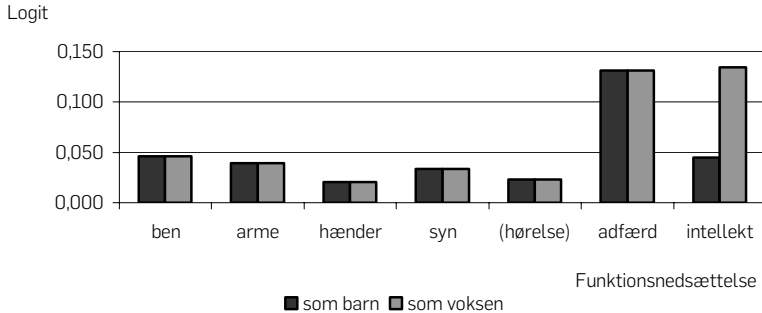


Det hænger også sammen med alder og samlivsforhold, om man er tilstrækkelig meget sammen med mennesker, man kan tale med. Unge op

til 20-25-årsalderen er det meget ofte, fra 30-årsalderen er det derimod mindre almindeligt. Samlevende er det noget oftere end enlige, men der er ikke nogen forskel mellem kønnene i denne henseende.

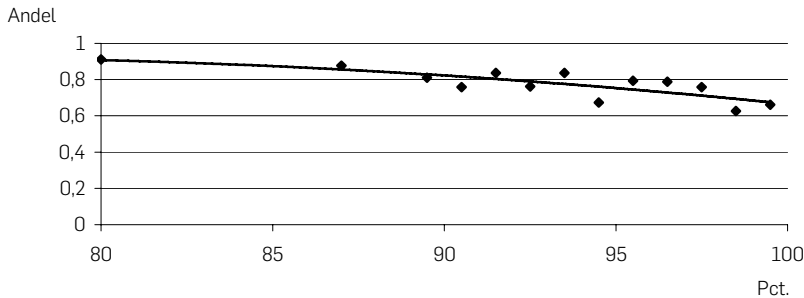
FIGUR 6.24

Barriere for at have mennesker, man kan tale med, efter hvornår handicap er erhvervet. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



FIGUR 6.25

Andel af de 16-64-årige, som får brugt sine evner i hverdagen, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



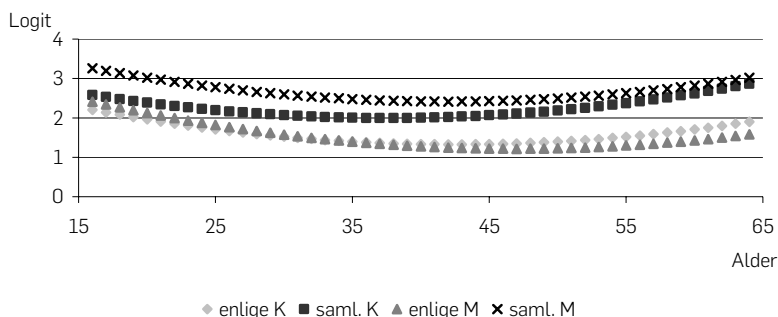
Alle dimensioner af funktionsnedsættelser bidrager til barriererne for at være tilstrækkelig meget sammen med mennesker, man kan tale med. Når det drejer sig om intellekt, betyder det igen noget, om handicapet

er medfødt eller erhvervet tidligt i modsætning til, hvis det er erhvervet som voksen. Her er det dog sådan, at voksenhandicap betyder størst barriere. Psykisk sårbarhed betyder barrierer, for at have mennesker man kan tale med, på størrelse med de psykiske former for funktionsnedsættelser, idet det bidrager med - 0,121 pr. point til logit.

Med mere funktionsnedsættelse får man brugt sine evner meget mindre i hverdagen.

FIGUR 6.26

Får brugt sine evner i hverdagen, efter alder. 2006.



Samlevende får brugt deres evner meget mere i hverdagen end enlige, og op til 45-årsalderen er der endvidere en stor forskel mellem samlevende mænd og kvinder, således at mændene langt oftere får brugt deres evner. For enlige mænd gælder det omvendt, at de i den høje ende af aldersintervallet får brugt deres evner noget sjældnere end de enlige kvinder. Det er næppe nogen overraskelse, at en erhvervsuddannelse bidrager med så meget som 0,337 til logit, for at man bruger sine evner i hverdagen. Det er måske mere overraskende, at den forskel, som køn gør, for mange grupper er lige så stor eller større, og at samliv for næsten alle grupper gør flere gange så stor forskel.

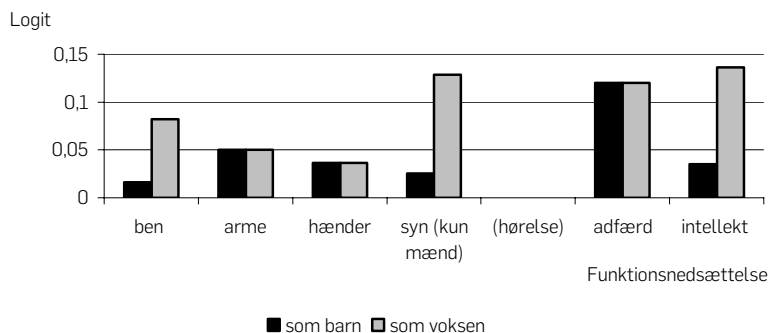
Alle former for funktionsnedsættelser, undtagen nedsat hørelse og, for kvinder, desuden nedsat syn, bidrager til barrieren for, at man får brugt sine evner i hverdagen. I flere tilfælde gør det en forskel, om handicappet er medfødt eller erhvervet som barn, eller om det er erhvervet som voksen. I det sidstnævnte tilfælde er barrieren for at bruge sine evner betydeligt større, når det drejer sig om funktionsnedsættelser på ben,



syn (for mænd) eller intellekt. Psykisk sårbarhed har også stor betydning, idet det giver et fradrag i logit på 0,089 pr. point. Det viste mønster betyder, at selv et betydeligt synshandicap erhvervet som voksen, hvor man fx ikke kan læse en bog med stort tryk, for flere grupper har en betydning, som er på linje med betydningen af et samlivsforhold.

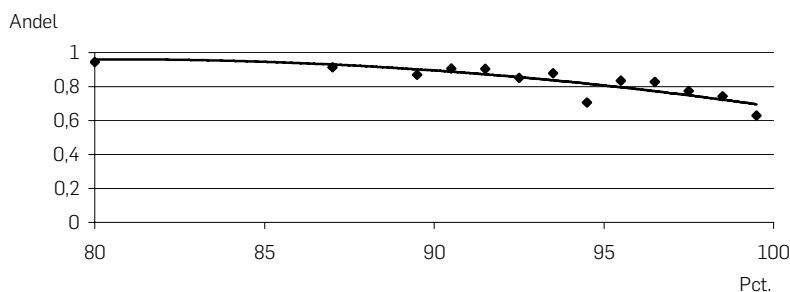
FIGUR 6.27

Barrierer for at bruge sine evner i hverdagen, efter hvornår handicap er erhvervet. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



FIGUR 6.28

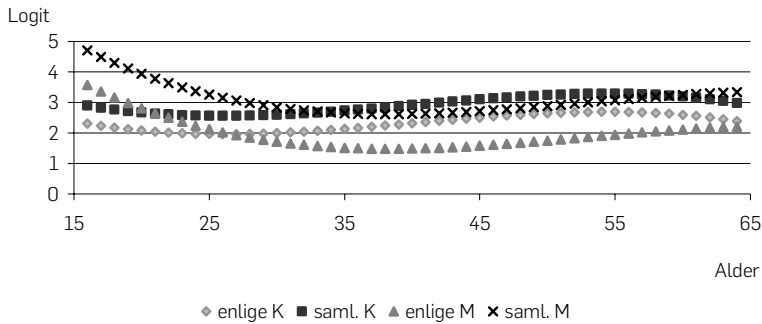
Andel af de 16-64-årige, som ikke mener, at dagligdagen er tom og indholdsløs, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



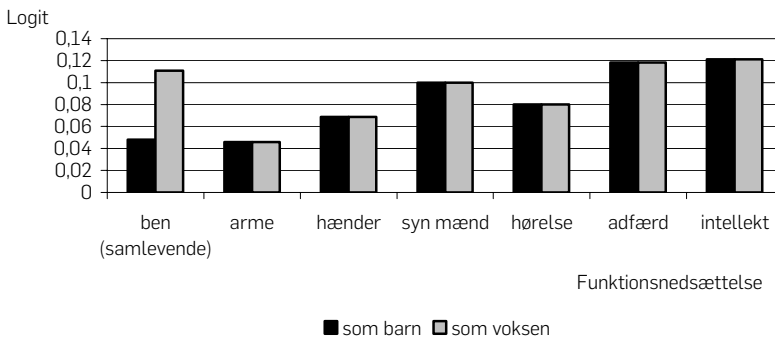
Med højere grad af funktionsnedsættelse bliver dagligdagen i højere grad tom og indholdsløs.

Køn, alder og samlivsforhold spiller naturligvis også en betydelig rolle for, hvad det er dagligdagen indeholder. For unge mænd indeholder dagligdagen en masse, især når de er samlevende, og i det hele taget indeholder dagligdagen meget for samlevende af begge køn i alle aldre. Fra 30-årsalderen og frem indeholder dagligdagen betydeligt mindre for enlige mænd end for de øvrige grupper. En erhvervsuddannelse bidrager med 0,504 til logit.

FIGUR 6.29  
Dagligdagen ikke tom og indholdsløs, efter alder. 2006.



FIGUR 6.30  
Dagligdagen er tom og indholdsløs, efter hvornår handicap er erhvervet. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.

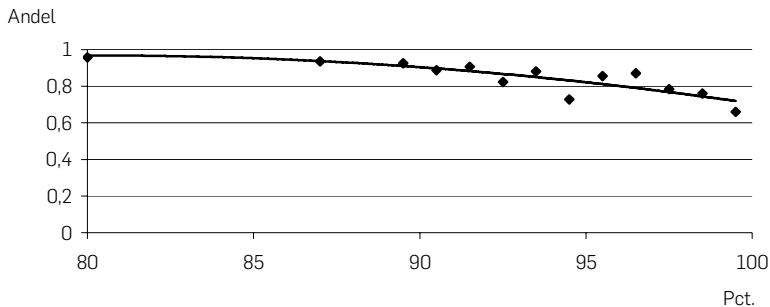


Alle former for funktionsnedsættelse bidrager til at gøre dagligdagen tom og indholdsløs, nedsat syn gør det dog kun for mænd og funktionsnedsættelse på ben kun for samlevende, og i særlig grad i tilfælde af, at handicappet er erhvervet som voksen. Psykisk sårbarhed bidrager til logit med 0,139 pr. point. For adfærd gør en interaktion med erhvervsuddannelse tomheden større for dem, der har en sådan uddannelse.

Sammenligner vi betydningen af synsnedsættelse med betydningen af samliv for mænd fra 35-40 år og op, ser vi, at det skal være så galt med synet, at man ikke kan genkende en ven på en armslængdes afstand, før det gør dagen lige så tom og indholdsløs for den gennemsnitlige mand, som manglen på et samlivsforhold i almindelighed gør.

FIGUR 6.31

Andelen af de 16-64-årige, som er lykkelige, efter percentiler af funktionsnedsættelse. 2006.



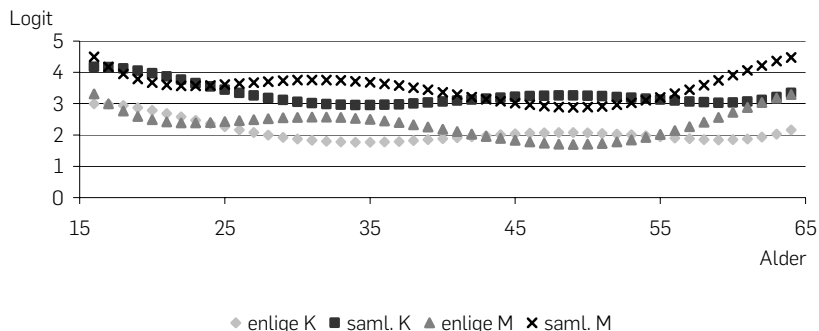
Mennesker med mere funktionsnedsættelse er i mindre grad lykkelige, når vi spørger begge grupper. Det har tidligere vist sig i en undersøgelse af over 24.000 mennesker i Canada (Uppal, 2006), at folk med handicap var mindre lykkelige end dem uden. Det var tilfældet, uanset hvilken form for handicap der var tale om. Graden af lykke aftog med grad af handicap, men de med medfødt handicap var lykkeligere end dem med erhvervet.

En forsker i USA har rejst spørgsmålet, om der med handicap finder en såkaldt hedonistisk tilpasning sted (Lucas, 2007). Derved forstås, om man med tiden efter erhvervelse af handicap justerer sine forventninger til tilværelsen til den nye situation og derved bliver lykkelige-

re. Det viser sig ved analyse af paneler på 40.000 og 27.000 personer kun i ringe grad at ske.

FIGUR 6.32

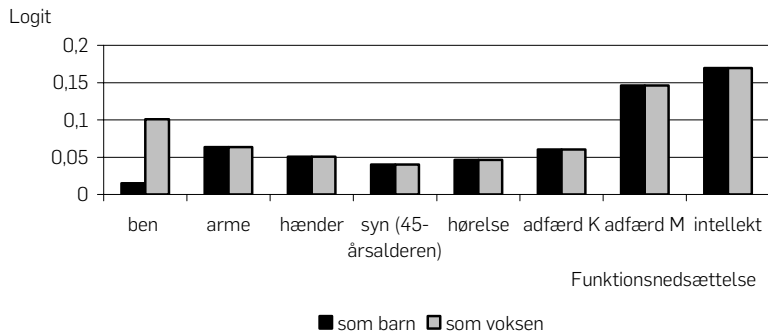
Lykke, efter alder. 2006.



I nærværende undersøgelse finder vi ligeledes, at alle dimensioner af funktionsnedsættelse bidrager til barrieren for lykke. For én af dimensionerne finder vi tillige som i Canada, at barrieren bliver større, når det drejer sig om et erhvervet handicap, end når det er medfødt.

FIGUR 6.33

Barrierer for lykke, efter hvornår handicap er erhvervet. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



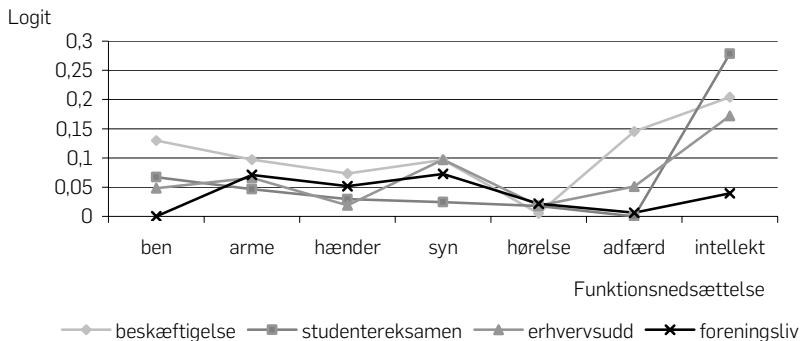
Lykke afhænger desuden af køn og samlivsforhold, således at samlevende er lykkeligere end enlige og mænd en smule lykkeligere end kvinder. De yngste og de ældste er lykkeligst, men i øvrigt er der en meget kompliceret køn/alder-sammenhæng. En erhvervsuddannelse bidrager med en logit på 0,539 til lykken (jf. figur 6.32).

Alle dimensioner af funktionsnedsættelse er med til at begrænse menneskers oplevelse af lykke. De psykiske dimensioner er det i særlig høj grad. Desuden giver psykisk sårbarhed et bidrag på - 0,145 pr. point til logit. Synsnedsættelse betyder mere for lykken med højere alder, således 0,061 pr. point i 50-årsalderen og 0,103 pr. point i 60-årsalderen, mens det ikke betyder noget for yngre menneskers lykke. Et interaktionsled i regressionen gør, at barrieren for lykke bliver betydeligt større for mennesker med adfærdshandicap, der har en erhvervsuddannelse. Ledet fjerner over en tredjedel (0,127) af den positive virkning, vi ovenfor så, at erhvervsuddannelse generelt havde.

For det gennemsnitlige mobilitets- eller sansehandicap betyder selv et meget omfattende handicap således ikke meget mere for persons følelse af lykke, end et eventuelt manglende samlivsforhold gør. Omvendt kan man sige, at hvis mange mennesker med handicap mangler samlivsforhold, giver dette et ekstra bidrag til den barriere for lykke, som søjlerne på figur 6.33 udtrykker.

## BESKÆFTIGELSE, UDDANNELSE OG FORENINGSLIV

FIGUR 6.34  
Barrierer, de samfundsrettede områder. 2006.



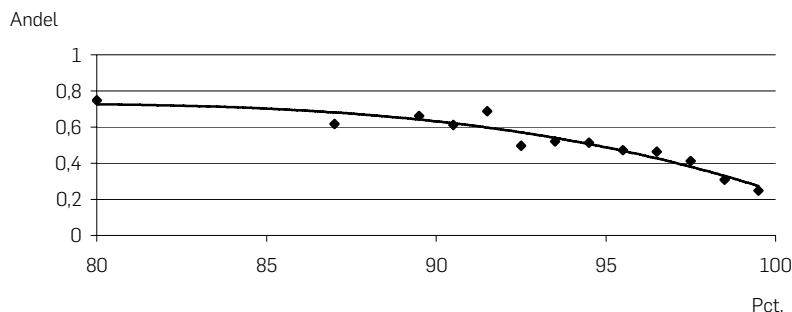
Profilerne i figur 6.34 for barrierer mod at have beskæftigelse og mod at have erhvervsuddannelse minder en del om hinanden. Alle dimensioner af funktionsnedsættelse bidrager til dem, hørelse dog kun ganske lidt. For mobilitets- og psykiske handicap er barriererne for beskæftigelse større end for erhvervsuddannelse. Profilen for barrierer mod studentereksamen minder også om profilen for erhvervsuddannelse. For syn og adfærd er der væsentligt mindre barriere for boglig uddannelse, mens der for intellektuelt handicappede er væsentligt større. Det sidstnævnte er der vel indlysende grunde til.

De meget høje barrierer, som personer med intellektuel funktionsnedsættelse har i forhold til at få en studentereksamen eller en erhvervsuddannelse, gælder kun for handicap, som er erhvervet som barn. Hvis den intellektuelle funktionsnedsættelse er erhvervet i voksenalderen, er barrieren på et langt lavere niveau.

Sammenlignet med de fleste andre sammenhænge, vi har vist, er den direkte sammenhæng mellem beskæftigelse og den samlede grad af funktionsnedsættelse usædvanlig klar og kraftig. Blandt dem med størst grad af funktionsnedsættelse er beskæftigelsen nede på 1/3 af det niveau, vi finder for personer uden funktionsnedsættelse.

FIGUR 6.35

Andel af de 16-64-årige, som er i beskæftigelse, set i forhold til percentil af funktionsnedsættelse. 2006.



Sammenhængen mellem beskæftigelse og handicap kan imidlertid gå to veje. Gannon & Nolan (2007) finder ved analyse af *Living in Ireland Survey* på den ene side, at mennesker med handicap i ringere grad end andre er

beskæftiget. Men på den anden side finder de også, at forudgående lav indtægt er med til at øge sandsynligheden for, at handicap erhverves. Selv om meget taler for, at den førstnævnte sammenhæng er den vigtigste, gør tilstedeværelsen af den anden det vanskeligt at bedømme styrken. Bri-cout & Bentley (2000) finder i en undersøgelse af arbejdsgiveres holdninger, hvor beskrivelser af ansøgere sammenlignes, at mennesker med handicap findes mindre velegnede end ansøgere, som på grund af børn kræver de samme hensyn af arbejdsgiveren.

Barnes & Mercer (2005) anvender den sociale model på beskæftigelsesområdet. De beskæftiger sig blandt andet med barrierer for betalt arbejde. Her benytter de data fra undersøgelser i stil med nærværende, uden ringeste kritik af, at de bygger på et individuelt mål for funktionsnedsættelse. Programmer, der går ud på at få flere handicappede i arbejde, kritiseres for ikke at være tilstrækkeligt finansierede, styrede og håndhævede. Barnes gør derefter sin kritik bredere, ved at pege på, at:

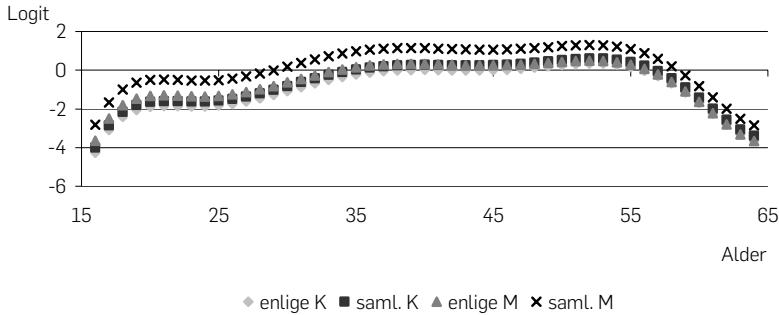
- eksklusionen af handicappede fra arbejdsmarkedet er knyttet til den kapitalistiske måde, dette er opbygget på
- handicappedes stilling på arbejdsmarkedet er en del af et bredere mønster af barrierer i uddannelse, information, transport, bygninger
- af disse grunde vil en indsats på beskæftigelsesområdet højst få marginal effekt.

Her er det, som om Barnes & Mercers kritik kammer over, og det, at man ikke kan løse alle problemer på én gang, bliver argument for, at man ikke skal gå i gang med at løse nogen af dem. Barnes & Mercer hæfter sig ved, at programmernes vægt på beskæftigelse marginaliserer mange mennesker med handicap. De vil derfor hellere filosofere sig ud af problemet ved at 'reformulere arbejdsbegrebet'. Men hvem siger, at man ikke kan finansiere, styre og håndhæve en indsats for at få flere mennesker med handicap i arbejde, samtidig med at man sætter ind over for alle de andre barrierer, som Barnes & Mercer nævner. Det er netop dette, undersøgelser som nærværende skal ses som led i. Lad os derfor se nærmere på de barrierer, der er for beskæftigelse i Danmark i 2006.

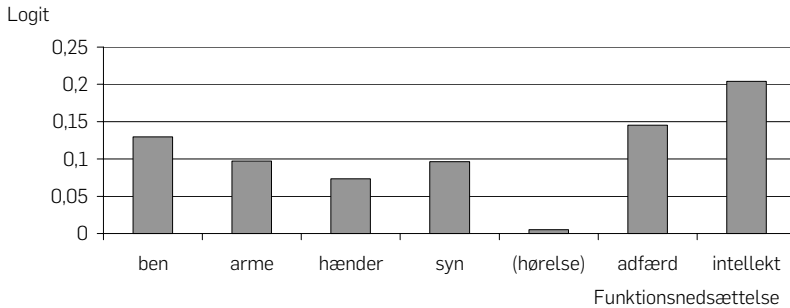
Hvis vi ser på sandsynligheden for at være i beskæftigelse i forhold til en række enkeltfaktorer, får vi en meget detaljeret bestemt variation med alder. Mellem 20 og 25 år er knap hver anden i job, derefter stiger beskæftigelsen jævnt til sidst i 30'erne, hvor omkring 80 pct. er

beskæftiget. Tallet er en smule større først i 50'erne, hvorpå det falder jævnt fra 55 år og frem. Mænd er lidt oftere i beskæftigelse end kvinder og samlevende lidt oftere end enlige, men især er samlevende mænd meget oftere beskæftiget, end de andre grupper er.

FIGUR 6.36  
Beskæftigelse, efter alder. 2006.



FIGUR 6.37  
Barrierer for beskæftigelse. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



En erhvervsuddannelse giver et bidrag til logit for beskæftigelse på hele 1,27, hvilket bringer sandsynligheden for beskæftigelse for en samlevende mand på 35-55 år med erhvervsuddannelse helt op over 95 pct. Det er værd at bemærke, at der ikke er interaktionsled mellem erhvervsud-

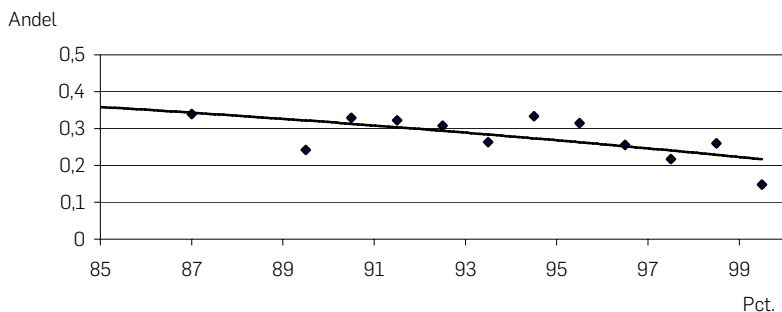


dannelse og funktionsnedsættelser. Det betyder, at en eksamen er lige så meget værd med hensyn til at forbedre muligheden for beskæftigelse for et menneske med handicap, som den er for andre.

Figur 6.37 viser, at alle dimensioner af funktionsnedsættelser, bortset fra hørelse, bidrager til barriererne for beskæftigelse, de psykiske i størst grad. Det betyder fx, at hvis den netop nævnte samlevende mand på 35-45 år har et adfærdshandicap, der gør, at han godt kan finde på at slå ting i stykker i hidsighed, falder sandsynligheden for beskæftigelse fra de nævnte over 95 pct. til omkring 50 pct. Foruden de viste bidrag betyder psykisk sårbarhed også en barriere, som kan måle sig med de psykiske dimensioner af funktionsnedsættelse, idet det er på  $-0,163$  pr. point til logit.

FIGUR 6.38

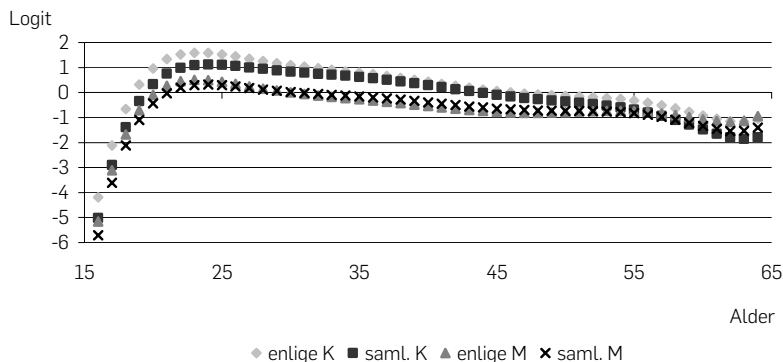
Andel af de 16-64-årige, der har studentereksamen, efter fraktiler af funktionsnedsættelse. 2006.



Den direkte sammenhæng mellem studentereksamen og grad af funktionsnedsættelse er klar.

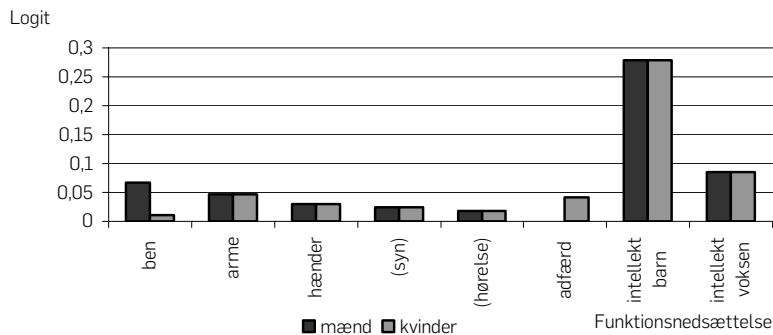
En logistisk regression viser, at studentereksamen hænger stærkt sammen med alder. Omkring 23-årsalderen er sandsynligheden højest, idet det ikke er alle, der får den lige med det samme. Derefter ser vi et fald med alder, som svarer til, at frekvensen ikke har været lige så høj tidligere, som den er i dag. Figur 6.39 giver ret høje frekvenser af studentereksamen, men det er fordi tallene gælder personer uden handicap, der vurderer deres helbred og arbejdsevne højt.

FIGUR 6.39  
 Studentereksamen, efter alder. 2006.



Figur 6.39 viser, at kvinder meget oftere end mænd får studentereksamen, og for yngre kvinder er der desuden flere enlige end samlevende med studentereksamen.

FIGUR 6.40  
 Barrierer for studentereksamen. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.

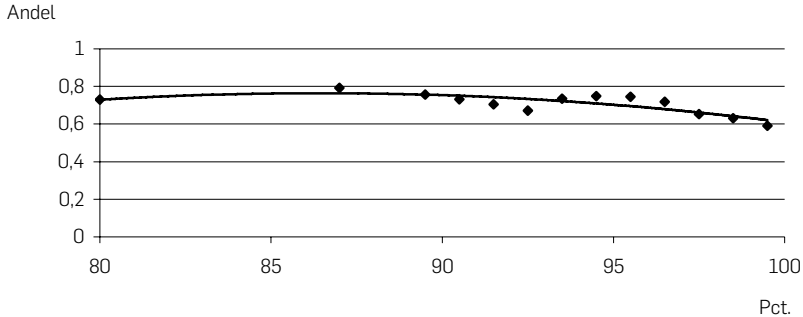


Mobilitetshandicap betyder noget som barriere for studentereksamen, og også sansehandicap giver positive bidrag, selv om disse ikke er signifikante (jf. figur 6.40). Adfærdshandicap betyder tilsyneladende kun noget for, om kvinder får en studentereksamen. Langt den største barriere ser vi dog for personer, der har et medfødt eller tidligt erhvervet intellektuelt

handicap. Men også et intellektuelt handicap erhvervet som voksen giver et ikke ubetydeligt bidrag.

FIGUR 6.41

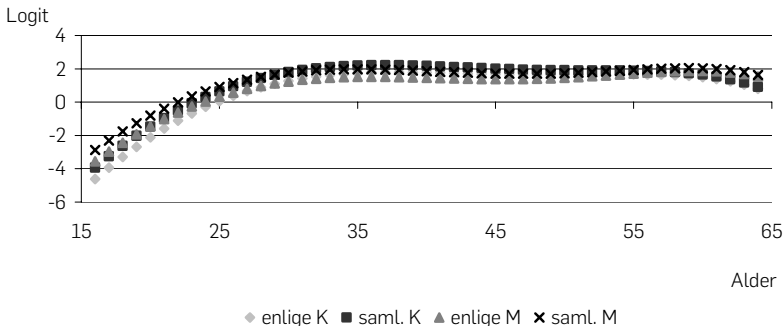
Erhvervsuddannelse, efter fraktiler af funktionsnedsættelse.



Der er en vis direkte sammenhæng mellem grader af funktionsnedsættelse og erhvervsuddannelse.

FIGUR 6.42

Erhvervsuddannelse, efter alder. 2006.



Med logistisk regression ser vi et klart mønster med køn, alder og samlevsforhold. Op til 35 år bliver der flere med erhvervsuddannelse, derefter er tallet kun svagt dalende svarende til, at lidt færre fik erhvervsuddannelse tidligere. Kvinder har oftere end mænd en erhvervsuddannelse, og samlevende har det lidt oftere end enlige. For de under 25-årige og

for de over 55-årige er der dog flere mænd end kvinder, der har erhvervsuddannelse.

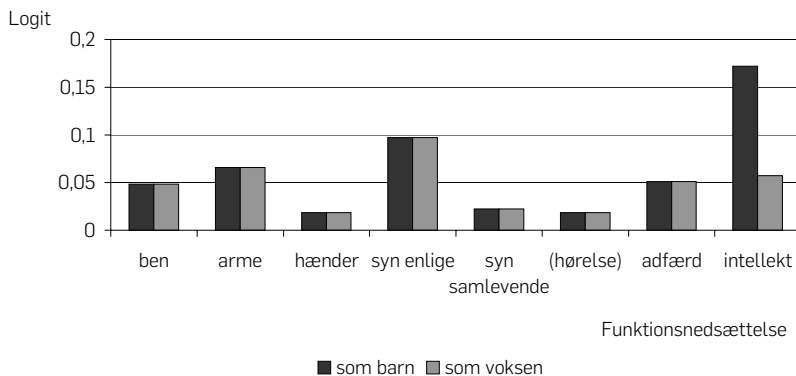
Med en studentereksamen lægges der hele 0,484 til logit for at få en erhvervsuddannelse. Det er i den forbindelse værd at bemærke, at der ikke er nogen interaktionsled mellem studentereksamen og dimensionerne af funktionsnedsættelse. Det vil sige, at mennesker med handicap, som tager en studentereksamen, dermed forbedrer deres muligheder for senere at få en erhvervsuddannelse lige så meget, som andre mennesker gør.

Figur 6.43 viser, at alle dimensioner af funktionsnedsættelse giver positive bidrag til barrieren for erhvervsuddannelse, hørenedsættelse dog ikke signifikant. Mange af disse bidrag er dog ikke så store.

Figur 6.44 illustrerer, at der er en vis sammenhæng mellem samlet grad af funktionsnedsættelse og deltagelse i foreninger.

FIGUR 6.43

Barrierer for erhvervsuddannelse, efter hvornår handicap er erhvervet. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.

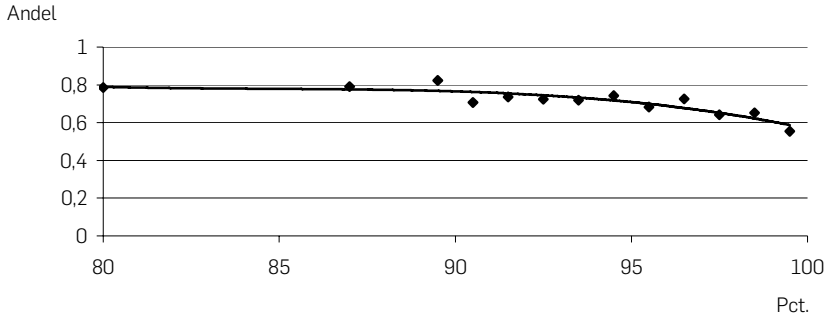


Sammenhængen mellem deltagelse i foreningsliv og køn, alder og samliv er kompliceret. Blandt de yngste deltager alle grupper, enlige mænd dog mindst. Fra 20-25 år er enlige mænds deltagelse omkring halvdanden gange lavere end enlige kvinders, og fra 40-45-årsalderen begynder enliges deltagelse i det hele taget at blive mindre, mens samlevendes deltagelse i foreningsliv holder sig på et nogenlunde uforandret, ret højt niveau. En

erhvervsuddannelse giver et bidrag på 0,466 til logit for deltagelse i foreningsliv.

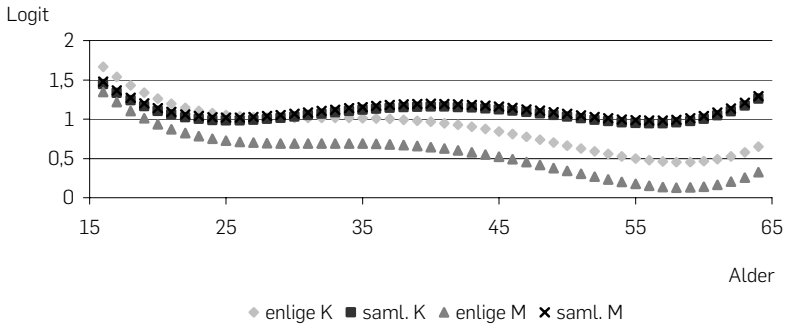
FIGUR 6.44

Andel af de 16-64-årige, som deltager i foreningsliv, efter percentil af funktionsnedsættelse. 2006.



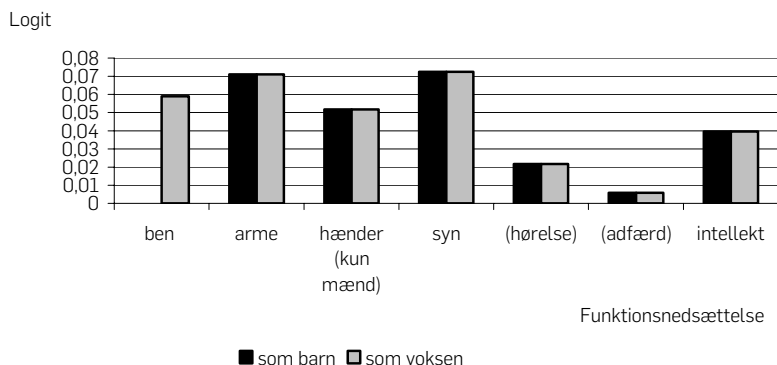
FIGUR 6.45

Deltager i foreningsliv, efter alder. 2006.



FIGUR 6.46

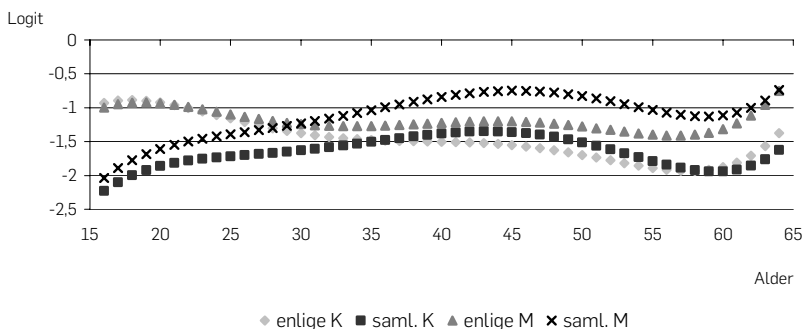
Barrierer for foreningsliv, efter hvornår handicap er erhvervet. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



Alle dimensioner af funktionsnedsættelse giver positive bidrag til barriererne for deltagelse i foreningsliv, i et par tilfælde er disse bidrag dog ikke signifikante. Her giver psykisk funktionsnedsættelse de mindste barrierer. Regressionen i figur 6.46 giver interaktionsled mellem erhvervsuddannelse og dimensioner af funktionsnedsættelse, som fjerner barriererne for arme og synsnedsættelser, men til gengæld giver en barriere for adfærd.

FIGUR 6.47

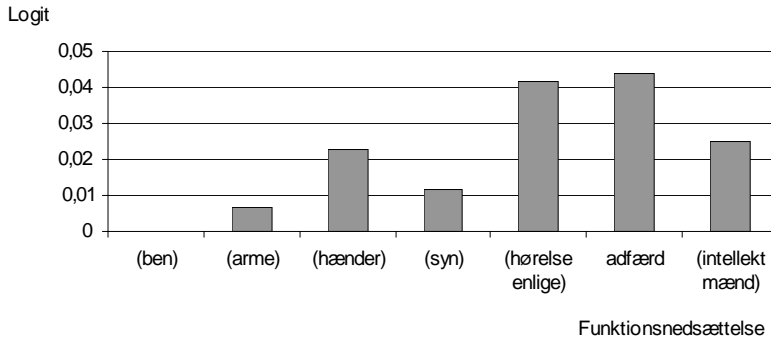
Udfører eller har inden for seneste år udført frivilligt arbejde, efter alder. 2006.



Frivilligt arbejde passer godt ind i det samlede billede, nemlig at funktionsnedsættelse betyder en reduceret samfundsdeltagelse. Der er en kompliceret sammenhæng mellem hyppigheden af frivilligt arbejde og køn, alder og samliv. I den helt unge alder er det mest enlige, der laver frivilligt arbejde. Omkring 30-årsalderen er det lidt flere mænd end kvinder, men forskellen mellem grupperne er ikke så stor. I 40'erne og op til 60 år laver samlevende mænd meget mere frivilligt arbejde end de andre grupper. Fra 60 år kommer enlige mænd dog også med, mens kvinder omkring denne alder laver meget lidt frivilligt arbejde.

FIGUR 6.48

Barrierer for frivilligt arbejde. Logit pr. point funktionsnedsættelse. 2006.



Næsten alle former for funktionsnedsættelser bidrager til barriererne for frivilligt arbejde, men effekten er lille og i et par tilfælde specifik for undergrupper, og kun adfærd gør det i signifikant grad.

## SAMMENFATNING

Hvad betyder funktionsnedsættelser for personens liv? Det er klart, at de betyder en belastning, og at der ikke bliver så mange kræfter til overs til de ting, mennesker i almindelighed lever for. Det, vi kan bruge en undersøgelse til, er at se, hvor stor denne virkning er.

Undersøgelsen viser, at funktionsnedsættelser betyder, at man er mere uønsket alene og – måske derfor – ser mere tv og video end andre

mennesker. Det er dog kun adfærdsproblemer, som vi kan vise, der udgør en barriere for, at man i det hele taget ser andre mennesker.

Funktionsnedsættelser betyder også barrierer for nærmere sociale relationer, dvs. relationer til børn og forældre, familie i øvrigt og venner. Det gælder især, når det er adfærdsproblemer og hørelse. En intellektuel funktionsnedsættelse, som går tilbage til barndommen, er en stor barriere specielt for kontakten mellem børn og forældre. Mobilitetshandicap ser også ud til at betyde lidt for de nærmere relationer, selv om det ikke er signifikante bidrag, vi får.

Funktionsnedsættelser betyder endvidere barrierer for respondenternes oplevelse af meningsfuldhed. Spørgsmålet, om dagligdagen er tom og indholdsløs, som vi har haft med siden 1962-undersøgelsen, viser sammenhæng med alle typer af funktionsnedsættelse. Specielt adfærdsproblemer og intellektuelt handicap erhvervet som voksen blokerer for udfoldelse og fordybelse, og alle funktionsnedsættelser, men specielt de psykiske, reducerer lykken.

På den baggrund kan det ikke undre, at funktionsnedsættelser også betyder barrierer for udadrettede aktiviteter som beskæftigelse, skoleuddannelse, erhvervsuddannelse, foreningsaktivitet og frivilligt arbejde. Et lyspunkt er dog, at en studentereksamen eller en erhvervsuddannelse ser ud til at være lige så meget værd for en person med handicap som for en person uden med hensyn til at øge chancen for beskæftigelse.



# HVAD SIGER UNDERSØGELSEN OM EN KONKRET SITUATION?

## RESULTATER AF LOGISTISKE REGRESSIONER

Ved logistiske regressionsanalyser fremkommer nogle størrelser, som man kalder logit. Man kan ikke umiddelbart se, hvad en logit-størrelse svarer til i sandsynlighed. Fordelen ved logit er imidlertid, at de kan lægges sammen. Hvis man giver logit for en basisperson og fortæller, hvad der skal lægges til for at nå til personer med andre egenskaber, kan alle udregne logit for lige præcis de personer, de ønsker.

Præsentationer af et resultat starter i reglen med en figur, der viser, hvordan logit varierer med køn, alder og samlivsforhold. Her kan man direkte finde logit for en samlevende mand på 32 år eller en enlig kvinde på 48 år.

Undertiden skal der lægges et bidrag til for studentereksamen og et for erhvervsuddannelse.

Her regnes med en person, der har haft sit handicap i 10 år. Hvis der er en sammenhæng med tid, man har haft handicap, skal der korrigeres for det.

Det er lidt mere kompliceret at tage funktionsnedsættelser med i beregningen. For at gøre det, skal man se på listen med handicappoint. For hver af de syv funktionsnedsættelser, som vi analyserer, skal man placere sin person, så man får et point. Af disse syv point erstatter man

de fem mindste med 0, det næststørste halverer man, og det største lader man stå. Man har nu de point, man skal regne med.

Hvis der er opgivet en logit-værdi pr. point for en dimension, og personen har point her, ganger man antal point med logit pr. point og lægger tallet til. Vi har nu fået personens samlede logit. Med det kan man finde odds og sandsynlighed for det, som sagen drejer sig om, med tabellen på næste side. Odds betyder forholdet mellem sandsynligheden for, at noget er tilfældet, og sandsynligheden for, at det ikke er tilfældet.

Vil man vurdere det enkelte logit-bidrag, skal man bruge odds. Det enkelte logit-bidrag giver det tal, som den pågældende egenskab gør, at odds skal ganges med. Hvis fx logit for mand er 0,7, ser vi i tabellen, at det betyder odds på 2,01. Det vil sige, at mænd har dobbelt så store odds for det pågældende som kvinder. Hvis man vil finde effekten af et betydeligt synshandicap, hvor man kan læse avisoverskrifter, men ikke en bog med stort tryk, finder man først i handicappoint, at det giver 10 point. Hvis der for syn er angivet en logit på -0,16 pr. point, giver det 1,6. Tabellen viser, at logit -1,6 giver odds 0,20, dvs. 1/5. Personen med betydeligt synshandicap har således en odds på 1/5 af en tilsvarende anden person for at deltage i pågældende aktivitet.

Dernæst finder man odds og sandsynlighed ud fra følgende tabel. Odds vil sige sandsynligheden for, at det er tilfældet i forhold til sandsynligheden for, at det ikke er tilfældet. Odds kan ganges med hinanden. Sandsynligheder har ikke på samme måde noget simpelt forhold til hinanden.

TABEL 7.1

Logit	Odds	Sand- synlig- hed	Logit	Odds	Sand- synlig- hedt	Logit	Odds	Sand- synlig- hed
-4,50	0,01	0,01	-0,85	0,43	0,30	0,85	2,34	0,70
-4,25	0,01	0,01	-0,80	0,45	0,31	0,90	2,46	0,71
-4,00	0,02	0,02	-0,75	0,47	0,32	0,95	2,59	0,72
-3,60	0,03	0,03	-0,70	0,50	0,33	1,00	2,72	0,73
-3,20	0,04	0,04	-0,65	0,52	0,34	1,05	2,86	0,74
-3,00	0,05	0,05	-0,60	0,55	0,35	1,10	3,00	0,75
-2,80	0,06	0,06	-0,55	0,58	0,37	1,15	3,16	0,76
-2,60	0,07	0,07	-0,50	0,61	0,38	1,20	3,32	0,77
-2,40	0,09	0,08	-0,40	0,67	0,40	1,25	3,49	0,78
-2,20	0,11	0,10	-0,35	0,70	0,41	1,30	3,67	0,79
-2,00	0,14	0,12	-0,30	0,74	0,43	1,35	3,86	0,79
-1,95	0,14	0,12	-0,25	0,78	0,44	1,40	4,06	0,80
-1,90	0,15	0,13	-0,20	0,82	0,45	1,45	4,26	0,81
-1,85	0,16	0,14	-0,15	0,86	0,46	1,50	4,48	0,82
-1,80	0,17	0,14	-0,10	0,90	0,48	1,55	4,71	0,82
-1,75	0,17	0,15	-0,05	0,95	0,49	1,60	4,95	0,83
-1,70	0,18	0,15	0,00	1,00	0,50	1,65	5,21	0,84
-1,65	0,19	0,16	0,05	1,05	0,51	1,70	5,47	0,85
-1,60	0,20	0,17	0,10	1,11	0,52	1,75	5,75	0,85
-1,55	0,21	0,18	0,15	1,16	0,54	1,80	6,05	0,86
-1,50	0,22	0,18	0,20	1,22	0,55	1,85	6,36	0,86
-1,45	0,23	0,19	0,25	1,28	0,56	1,90	6,69	0,87
-1,40	0,25	0,20	0,30	1,35	0,57	1,95	7,03	0,88
-1,35	0,26	0,21	0,35	1,42	0,59	2,00	7,39	0,88
-1,30	0,27	0,21	0,40	1,49	0,60	2,20	9,03	0,90
-1,25	0,29	0,22	0,45	1,57	0,61	2,40	11,02	0,92
-1,20	0,30	0,23	0,50	1,65	0,62	2,60	13,46	0,93
-1,15	0,32	0,24	0,55	1,73	0,63	2,80	16,44	0,94
-1,10	0,33	0,25	0,60	1,82	0,65	3,00	20,09	0,95
-1,05	0,35	0,26	0,65	1,92	0,66	3,20	24,53	0,96
-1,00	0,37	0,27	0,70	2,01	0,67	3,60	36,60	0,97
-0,95	0,39	0,28	0,75	2,12	0,68	4,00	54,60	0,98
-0,90	0,41	0,29	0,80	2,23	0,69	4,25	70,11	0,99



# BILAG

## SPØRGESKEMAET

POINT FOR SYV DIMENSIONER AF FUNKTIONSNEDSÆTTELSE:

*Følg forklaringen i det enkelte spørgsmål for at finde point.*

1. BEN: HAR DU PROBLEMER MED AT GÅ OG AT HOLDE BALANCEN, NÅR DU IKKE BRUGER HJÆLPEMIDLER?

*\* Sæt ring om tal, så du svarer ja til alle spørgsmål i blokken over tallet og nej til alle spørgsmål under tallet.*

- 23 Kan du gå?
- 19 Kan du gå mere end få skridt uden at standse eller få stærkt ubehag?
- 19 Kan du gå op og ned ad ét trin på en trappe?
- 15 Er du faldet mindre end 12 gange det sidste år?
- 14 Sker det, du kan gå uden støtte og alligevel holde balancen?
- 13 Kan du gå op og ned ad en trappe med 12 trin, hvis der er gelænder, og du kan hvile undervejs?
- 11 Kan du gå 50 meter uden at standse op eller føle stærkt ubehag?
- 9 Kan du bøje dig ned og røre knæene og så rette dig op igen?
- 8 Kan du bøje dig ned og samle noget op fra gulvet og så rette dig op igen?

- 6 Har du kun sjældent brug for et støttepunkt for at holde balancen?
- 6 Kan du gå 200 meter uden at standse op eller føle stærkt ubehag?
- 6 Kan du med gelænder gå 12 trappetrin uden at standse op?
- 6 Er du faldet mindre end tre gange det sidste år?
- 4 Kan du bøje dig ned og røre noget på gulvet og så rette dig op igen?
- 3 Kan du gå mere end ét trin ad gangen, når du går op ad en trappe?
- 1 Kan du gå 350 meter uden at standse eller føle stærkt ubehag?
- 0

**2. ARME: HAR DU PROBLEMER MED DINE ARME, NÅR DU SKAL RÆKKE, STRÆKKE ELLER BØJE DEM?**

*\* Sæt ring om tal, så du svarer ja til alle spørgsmål i blokken over tallet og nej til alle spørgsmål under tallet.*

- 19 Kan du bruge mindst én af dine arme til at række hånden frem og trykke en person i hånden?
- 18 Kan du bruge mindst én af armene til at tage en hat eller hue på?
- 16 Kan du bruge mindst én af dine arme til at tage en jakke på og finde ærmet bag ryggen?
- 16 Kan du bruge mindst én af dine arme til at stoppe en skjorte ned i bukserne?
- 14 Kan du række mindst én af armene op over hovedet for at række efter noget?
- 13 Er det let for dig at række en arm frem og trykke en person i hånden?
- 11 Er det let for dig at bruge mindst én af armene til at tage en hat eller hue på?
- 9 Er det let for dig at bruge mindst én af armene til at tage en jakke på og finde ærmet bag ryggen?
- 7 Er det let for dig at række såvel højre som venstre arm op over hovedet for at nå noget?
- 5 Er det let for dig at række begge dine arme frem eller op over hovedet?
- 2 Er det let for dig at bruge begge dine arme til at tage en jakke på?
- 2 Er det let for dig at bruge begge dine arme til at stoppe skjorten ned i bukserne?
- 0

### 3. HÆNDER: HAR DU PROBLEMER MED DIN BEHÆNDIGHED ELLER FIN- GERFÆRDIGHED?

*\* Sæt ring om tal, så du svarer ja til alle spørgsmål i blokken over tallet og nej til alle spørgsmål under tallet.*

- 21 Kan du tage og holde et krus te eller kaffe med mindst én af hænderne?
- 19 Kan du dreje på en vandhane eller kontrolknap med mindst én af hænderne?
- 16 Kan du bære en halv liter mælk eller trykke vand ud af en svamp med mindst én af hænderne?
- 14 Kan du med mindst én af hænderne samle en lille ting, fx en sikkerhedsnål, op?
- 13 Kan du tage en fuld kedel og hælde af den eller servere mad fra en pande?
- 11 Kan du skrue låget af en kaffedåse eller bruge en pen eller blyant?
- 8 Kan du bære en pose med 2 kilo kartofler med mindst én af hænderne?
- 6 Kan du let vride en klud eller bruge en saks?
- 4 Kan du tage og holde et krus te eller kaffe med både højre og venstre hånd?
- 3 Kan du trykke vandet ud af en svamp med både højre og venstre hånd?
- 3 Kan du dreje på en vandhane eller en kontrolknap med både højre og venstre hånd?
- 1 Kan du samle en lille ting, fx en sikkerhedsnål, op med både højre og venstre hånd?
- 1 Kan du tage og bære en halv liter mælkekarton med både højre og venstre hånd?
- 1 Kan du let binde en sløjfe, fx på et snørebånd eller et stykke sejl-garn?
- 0

#### 4. SYN: HAR DU PROBLEMER MED DIT SYN?

(Hvis du bruger briller/kontaktlinser, skal du tænke på, hvordan du ser med disse.)

*\* Sæt ring om tal, så du svarer ja til alle spørgsmål i blokken over tallet og nej til alle spørgsmål under tallet.*

- 24 Kan du se et vindue, der kommer lys ind ad?
- 22 Kan du se omkredsen af møbler i et rum?
- 20 Kan du genkende en ven, som er helt tæt på?
- 16 Kan du genkende en ven på en armlængdes afstand?
- 11 Kan du læse avisoverskrifter?
- 10 Kan du læse en bog med stort tryk?
- 9 Kan du genkende en ven i den anden ende af et værelse?
- 3 Kan du genkende en ven på den anden side af gaden?
- 1 Kan du let læse almindeligt avis-tryk?
- 0

#### 5. HØRELSE: HAR DU PROBLEMER MED DIN HØRELSE?

(Her skal du svare på, hvordan hørelsen er UDEN brug af eventuelt høreapparat.)

*\* Sæt ring om tal, så du svarer ja til alle spørgsmål i blokken over tallet og nej til alle spørgsmål under tallet.*

- 22 Kan du i det hele taget høre lyde?
- 17 Kan du følge et tv-program, når der skruet helt op for lyden?
- 12 Kan du nemt høre nogen, der taler højt i et roligt rum?
- 11 Kan du høre en dørklokke, en telefon, der ringer, eller en alarmklokke?
- 8 Hører du godt nok til at bruge telefon?
- 4 Kan du følge et tv-program med en lydstyrke, som andre finder acceptabel?
- 3 Kan du nemt høre nogen tale med normal stemme i et roligt rum?
- 1 Kan du nemt følge en samtale, når der er baggrundsstøj?
- 0



**6. ADFÆRD: HVORDAN HAR DU DET MED AT VÆRE SAMMEN MED ANDRE MENNESKER?**

(Nogle har problemer med samvær, fx fordi de er deprimerede eller har andre psykiske problemer.)

*\* Sæt ring om tal, så du svarer ja til alle spørgsmål i blokken over tallet og nej til alle spørgsmål under tallet.*

- 21 Er det helt udelukket, at du skader dig selv eller andre i hidsighed?
- 15 Er det helt udelukket, at du slår ting i stykker i hidsighed?
- 14 Kan du godt acceptere, at du ikke altid har andre mennesker omkring dig?
- 12 Kan du nemt klare at være sammen med din familie?
- 8 Er det sjældent, du bliver hidsig, uden der virkelig er grund til det?
- 5 Kan du nemt klare at være sammen med mennesker uden for familien?
- 3 Er det helt udelukket, at du sidder i timer uden at gøre noget?
- 1 Har du let ved at 'mande' dig op til noget, når der er brug for det?
- 1 Føler du dig kun sjældent fjendtlig eller aggressiv over for andre mennesker?
- 0

**7. INTELLEKT: HVORDAN HAR DU DET MED AT HUSKE OG FORSTÅ?**

*\* Hvor mange af disse spørgsmål kan du sige ja til? Point = 2 gange antallet.*

- Glemmer du ofte, hvad du er lige ved at gøre? +2
- Mister du ofte tråden midt i en samtale? +2
- Synes du, at dine tanker er uklare og langsomme? +2
- Bliver du ofte i tvivl om, hvad tid på dagen det er? +2
- Kan du se fjernsyn en halv time uden at kunne fortælle, hvad det handler om? +2
- Har du svært ved at huske en besked og give den videre? +2
- Glemmer du ofte at slukke for vandhaner, gashaner og lignende? +2
- Glemmer du ofte navnet på selv familiemedlemmer og andre, du ser tit? +2
- Har du svært ved at læse og forstå en kort artikel i en avis? +2
- Har du svært ved at skrive et kort brev uden hjælp? +2
- Har du svært ved at give korrekt tilbage på en pengeseddel? +2

POINTS FOR PSYKISK SÅRBARHED:

*\* Hvor mange af disse spørgsmål kan du sige ja til? Point = 5 gange antallet.*

Lider du ofte af dårlig appetit?

Har du svært ved at få venner?

Går småting dig ofte på nerverne?

Har du til stadighed tanker, der plager eller ængster dig?

Føler du dig sædvanligvis misforstået af andre?

# LITTERATUR

- Allen, S., Resnik, L. & Roy, J. (2006): Promoting Independence for Wheelchair Users: The Role of Home Modifications. *The Gerontologist*, Vol 26, No. 1, p. 115-123.
- Andersen, B.R. (1964): *Fysiske handicappede i Danmark I. Teknik og metoder*. København: Socialforskningsinstituttets publikationer 15.
- Arrow, K.J. (1999): Amartya K. Sen's Contribution to the Study of Social Welfare. *Scandinavian Journal of Economics* 101(2), p. 163-172.
- Aspis, S. (2005): Independent Living for disabled people: Making it happen. *Housing, Care and Support*; Vol 8, Issue 4, p. 34-36.
- Bang, HP; Sørensen, E. (1999), 'The everyday maker: a new challenge to democratic governance', *Administrative Theory and Praxis* 21: 325—41.
- Banks, M.E. & Kaschak, E. (2003): *Women with Visible and Invisible Disabilities. Multiple Intersections, Multiple Issues, Multiple Therapies*. New York: Haworth Press.
- Barnes, C. & Merger, B. (eds.) (2004): *Disability Policy and Practice: Applying the Social Model*. Leeds: Disability Press.
- Barnes, C. & Mercer, G. (2005): Disability, Work and Welfare: Challenging the Social Exclusion of Disabled People. *Work, Employment & Society*, 19, p. 527-545.

- Bengtsson, S. (1997). *Handicap og funktionsbæmning i halvfemserne*. København: Socialforskningsinstituttet rapport 97:1.
- Bengtsson, S., Wiene, J. & Bak, C. (2003): *Lyttemode-modellen*. København: SFI rapport 03:16.
- Bickenbach, J. & Cooper, J. (2003): Does a Needs-led Delivery of Services Undermine Disability Discrimination Principles. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 5(3): p. 281-295.
- Boyle, P.A., Buchman, A.S., Wilson, R.S., Bienas, J.L. & Bennett, D.A. (2007): Physical Activity is Associated with Incident Disability in Community-Based Older Persons. *Journal of the American Geriatric Society*, 55, p. 195-201.
- Bricout, J.C. & Bentley, K.J. (2000): Disability Status and Perceptions of Employability by Employers. *Social Work Research*, Vol. 24, no. 2, p. 87-95.
- Burchardt, T. (2004): Capabilities and Disability: the Capabilities Framework and the Social Model of Disability. *Disability & Society*, Vol. 19, No. 7.
- Ebrahim, S., Papacosta, O., Wannamethie, G. & Adamson, J. (2004): Social Inequalities and Disability in Older Men: Prospective Findings from the British Regional Heart Study. *Social Science & Medicine*, 59, p. 2109-2120.
- Fairchild, S.R. (2002): Women with Disabilities. The Long Road to Equality. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 6, 2, p. 13-28.
- Ferraro, K.F., Su, Y.-P., Gretebeck, R.J., Black, D.R. & Badylack, S.F. (2002): Body-Mass Index and Disability in Adulthood: A 20-year Panel Study. *American Journal of Public Health*, Vol 92, No 5, p. 834-840.
- Gannon, B. & Nolan, B. (2006): The Impact of Disability Transitions on Social Inclusion. *Social Science & Medicine*, 64, p. 1425-1437.
- Goffman, E. (1963): *Stigma*. New Jersey: Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Goodwin, J.S., Nguyen-Oghalai, T.U., Kuo, Y.-F. & Ottenbacher, K.J. (2007): Epidemiology of Medicare Abuse: The Example of Power Wheelchairs. *JAGS*, 55, p. 221-226.
- Grönvik, L. (2003): The Fuzzy Buzz Word: Conceptualisations of Disability in Disability Research Classics. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 29, No. 5, p. 750-766.

- Hagen, K.B., Tambs, K. & Bjerkedal, T. (2006): What Mediates the Inverse Association between Education and Occupational Disability From Back Pain? – A prospective cohort study from the Nord-Trøndelag Health Study in Norway. *Social Science & Medicine*, 63, p. 1267-1275.
- Helgøy, I., Ravneberg, B. & Solvang, P. (2003): Service Provision for an Independent Life. *Disability & Society*, Vol. 18, No. 4, p. 471-487.
- Heywood, F. (2004): The Health Outcomes of Housing Adaptations. *Disability & Society*, Vol. 19, No. 2, p. 129-143.
- Hoening, H., Landerman, L.R., Shipp, K.M., Pieper, C., Richardson, M., Pahel, N. & George, L. (2005): A Clinical Trial of a Rehabilitation Expert Clinician Versus Usual Care for Providing Manual Wheelchairs. *JAGS*, 53, p. 1712-1720.
- ICF: [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk)
- Imrie, R. (2004): Demystifying Disability: a Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 26, No. 3, p. 287-305.
- Johansson, K., Lilja, M., Petersson, I. & Borell, L. (2007): Performance of Activities of Daily Living in a Sample of Applicants for Home Modification Services. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2007, 14, p. 44-53.
- Lenney, M. & Sercombe, H. (2002): Did You See That Guy in the Wheelchair Down the Pub?' Interactions across Difference in a Public Place. *Disability & Society*, Vol. 17, No. 1, 1 January 2002, p. 5-18(14).
- LoBianco, A.F. & Sheppard-Jones, K. (2007): Perceptions of Disability as Related to Medical and Social Factors. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 1, p. 1-13.
- Lucas, R.E. (2007): Long-Term Disability is Associated With Lasting Changes in Subjective Well-Being: Evidence From Two Nationally Representative Longitudinal Studies. *Journal of Personality & Social Psychology*, Vol. 92, Issue 4, p. 717-730.
- Mabbitt, D. (2005): The Development of Rights-based Social Policy in the European Union: The Example of Disability Rights. *Journal of Common Market Studies*, Vol. 43, No. 1, p. 97-120.
- Martin, J., Meltzer, H. & Elliot, D. (1988): *The Prevalence of Disability among Adults. OPCS Surveys of Disability in Great Britain, report 1*. London:

Her Majesty's Stationary Office; Office of population censuses and surveys, social survey division.

- Merrill, S.S., Seeman, T.E., Kasl, S.V., Berkman, L.F. (1997): Gender Differences in the Comparison of Self-Reported Disability and Performance Measures. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, Vol. 52, Issue 1, M19-M26.
- Merrick, J. & Carmeli, E. (2003): A Review on the Prevalence of Disabilities in Children. *The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology*. Vol. 3, No. 1.
- Morris, J. (2004): Independent Living and Community Care: a Disempowering Framework. *Disability & Society*, Vol. 19, No. 5, p. 427-442.
- Mpofu, E. & Conyers, L.M. (2004): A Representational Theory Perspective of Minority Status and People with Disabilities: Implications for Rehabilitation Education and Practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 47:3, p. 142-151.
- Nosek, M.A. & Zhu, Y. (1992): The Evolution of Independent Living Programs. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol. 35, Issue 3.
- Olsen, H. (2000): *Holdninger til handicappede. En surveyundersøgelse af generelle og specifikke holdninger*. København: Socialforskningsinstituttet rapport 00:14.
- Priestley, M. (2007): In Search of European Disability Policy: Between National and Global. *European Journal of Disability Research*, Vol. 1, Issue 1, p. 61-74.
- Ravaud, J.-F., Letourmy, A., Ville, I. & Andreyev, Z. (2002): Identifying the Population with Disability: The Approach of an INSEE Survey on daily Life and Health. *Population (English Edition, 2002-)*, Vol. 57, No. 3 (May-Jun., 2002), p. 529-552.
- Robertson, S. (2006): 'I've been like a coiled spring this last week': embodied masculinity and health. *Sociology of Health and illness*, Vol. 28, No. 4, p. 433-356.
- Robeyns, I. (2005): Selecting Capabilities for Quality of Life Measurement. *Social Indicators Research*, 74, p. 191-215.
- Sanford, J.A., Griffiths, P.C., Richardson, P., Hargraves, K., Butterfield, T. & Hoenig, H. (2006): The Effects of In-Home Rehabilitation on Task Self-Efficiency in Mobility-Impaired Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAGS*, 54, p. 1641-1648.

- Schriempf, A. (2001): (Re)fusing the Amputated Body: An Interactionist Bridge for Feminism and Disability. *Hypatia*, Vol. 16, No. 4, p. 53-79.
- Shakespeare, T. (2005): Review Article: Disability Studies Today and Tomorrow. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 27, No. 1, p. 138-148.
- Stenbeck, M. & Hjern, A. (2007): Social Consequences of Illness. *International Journal of Social Welfare*, 16, p. 105-S126.
- Stone, D. (1984): *The Disabled State*. London: Macmillan.
- Stone, E. & Priestley, M. (2001): Parasites, Pawns and Partners: Disability Research and the Role of Non-Disabled Researchers. *British Journal of Sociology*, Vol. 47, Issue 4, p. 699-716.
- Strolovitch, D.Z. (2006): Do Interest Groups Represent the Disadvantaged? Advocacy at the Intersections of Race, Class, and Gender. *The Journal of Politics*, Vol. 68, No. 4, p. 894-910.
- Suurmeijer, T.P.B.M., Doeglas, D.M., Moum, T., Briançon, S., Krol, B., Sanderman, R., Guillemin, F., Bjelle, A. & van den Heuvel, W.J.A. (1994): The Groningen Activity Restriction Scale for Measuring Disability: Its Utility in International Comparisons. *American Journal of Public Health*, Vol. 84, No. 8, p. 1270-1273.
- Tröster, H. (1990): *Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung*. Bern: Huber.
- Tröster, H. & Bambring, M. (1992): Early Social-Emotional Development In Blind Infants. *Child: Care, Health and Development*, 18, p. 207-227.
- Uppal, S. (2006): Impact of the Timing, Type and Severity of Disability on the Subjective Well-Being of Individuals with Disabilities. *Social Science & Medicine*, Vol. 63, Issue 2, p. 525-539.
- Zitzelberger, H. (2005): (In)visibility: Accounts of Embodiment of Women with Physical Disabilities and Differences. *Disability & Society*, Vol. 20, No. 4, p. 389-403.





# SFI-RAPPORTER SIDEN 2007

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk). Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 07:01 Damgaard, B. & Boll, J.: *Opfølgning på sygedagpenge – Del I. Kommuner, lægers, og virksomheders erfaringer med de nye regler*. 2007. 116 s. ISBN 978-87-7487-842-1. Kr. 100,00.
- 07:02 Bach, H.B. & Petersen, K.N.: *Kontanthjælpsmodtagerne i 2006. En surveyundersøgelse af matchkategorier, arbejde og økonomi*. 2007. 146 s. ISBN 978-87-7487-843-8. Kr. 110,00.
- 07:03 Sivertsen, M.: *Hvordan virker indsatsen mod negativ social arv? Gennemgang og analyse af 54 projektevalueringer*. 2007. 55 s. ISBN 978-87-7487-844-5. Kr. 60,00.
- 07:04 Jespersen, S.T., Junge, M., Munk, M.D. & Olsen, P.: *Brain drain eller brain gain? Vandringer af højtuddannede til og fra Danmark*. 2007. 64 s. ISBN 978-87-7487-846-9. Netpublikation.
- 07:05 Benjaminsen, L.: *Storbypuljen – Indsatser for socialt udsatte. Idéer og erfaringer*. 2007. 47 s. ISBN 978-87-7487-847-6. Kr. 60,00. Pjece.
- 07:06 Müller, M.M., Havn, L., Holt, H. & Jensen, S.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2006*. 2007. 178 s. ISBN 978-87-7487-848-3. Kr. 180,00.

- 07:07 Madsen, M.B., Filges T., Hohnen, P., Jensen, S. & Nærvig Petersen, K.: *Vil De gerne have et arbejde?* 2007. 194 s. ISBN 978-87-7487-849-0. Kr. 175,00.
- 07:08 Nielsen, C., Benjaminsen, L., Dinesen P.T. & Bonke, J.: *Effekt-måling*. 2007. 180 s. ISBN 978-87-7487-850-6. Netpublikation.
- 07:09 Boesby, D.: *At oplyse om demens. Idéer og inspiration*. 2007. 18 s. Netpublikation.
- 07:10 Graversen, B.K., Damgaard, B. & Rosdahl, A.: *Hurtigt i gang. Evaluering af et forsøg med en tidlig og intensiv beskæftigelsesindsats for forsikrede ledige*. 2007. 107 s. ISBN 978-87-7487-851-3.
- 07:11 Thorsager, L., Børjesson, E., Christensen, I. & Pihl, V.: *Metoder i socialt arbejde. Begreber og problematikker*. 2007. 128 s. ISBN 978-87-7487-852-0. Kr. 120,00.
- 07:12 Hohnen, P., Mortensen, M.D. & Klitgaard, C.: *Den korteste vej til arbejdsmarkedet. En kvalitativ undersøgelse af indsatsen over for ikke-arbejdsmarkedsparede ledige*. 2007. 145 s. ISBN: 978-87-7487-854-4. Kr. 138,00.
- 07:13 Rostgaard, T.: *Begreber om kvalitet i aldreplejen. Temaer, roller og relationer*. 2007. 225 s. ISBN 978-87-7487-855-1. Kr. 218,00.
- 07:14 Bonke, J.: *Ludomani i Danmark. Faktorer af betydning for spilleproblemer*. 2007. 90 s. ISBN 978-87-7487-853-853-7. Kr. 90,00.
- 07:15 Andersen, D. & Højlund, O.: *Interview med 11-årige. Erfaringer fra et web-baseret pilotprojekt*. 2007. 121 s. ISBN: 978-87-7487-857-5. Kr. 110,00.
- 07:16 Dahl, K.M.: *Udsatte børns fritid – et litteraturstudie*. 2007. 85 s. ISBN: 978-87-7487-858-2. Netpublikation.
- 07:17 Vinther, H.: *Rundt om forebyggelses- og sundhedscentre. Muligheder og barrierer for udvikling af forebyggelses- og sundhedscentre i Danmark*. 2007. 78 s. ISBN: 978-87-7487-860-5. Netpublikation.
- 07:18 Fridberg, T. & Jæger, M.M.: *Frivillige i Hjemmeværnet*. 2007. 97 s. ISBN: 978-87-7487-861-2. Kr. 90,00.
- 07:19 Høgelund, J. & Larsen, B.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2005 og 2006*. 2007. 39 s. ISBN: 978-87-7487-864-3. Netpublikation.
- 07:20 Larsen, B., Müller M.M. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Regionale forskelle*. 2007. 65 s. ISBN: 978-87-7487-865-0. Netpublikation.

- 07:21 Jørgensen, M.: *Danskernes pensionsopsparinger. En deskriptiv analyse.* 2007. 238 s. ISBN: 978-87-7487-866-7. Kr. 198,00.
- 07:22 Benjaminsen, L. & Christensen, I.: *Hjemløshed i Danmark 2007. National kortlægning.* 2007. 159 s. ISBN 978-87-7487-867-4. Kr. 148,00.
- 07:23 Nielsen, V.L. & Ploug, N.: *Når politik bliver til virkelighed. Festskrift til professor Søren Winter.* 2007. 241 s. ISBN: 978-87-7487-868-1. Kr. 229,00.
- 07:24 Egelund, T. & Vitus, K.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Risikofaktorer hos unge, forældre, anbringelsessteder og i sagsbehandlingen.* 2007. 67 s. ISBN: 978-87-7487-869-8. Kr. 75,00.
- 07:25 Ploug, N.: *Socialt udsatte børn. Identifikation, viden og handlemuligheder i daginstitutioner.* 2007. 48 s. ISBN: 978-87-7487-870-4. Kr. 50,00.
- 07:26 Olsen, H.: *Konstruktion og kvalitetssikring af multisurveydata.* 2007. 181 s. ISBN: 978-87-7487-871-1. Netpublikation.
- 07:27 Rostgaard, T. & Thorgaard, C.: *God kvalitet i ældreplejen. Sådan vægter ældre, plejepersonale og visitatorer.* 2007. 130 s. ISBN: 978-87-7487-872-8. Kr. 130,00
- 07:28 Jensen, T.G. & Liversage, A.: *Fædre, sønner, agtemænd. Om maskulinitet og manderoller blandt etniske minoritetsmænd.* 2007. 80 s. ISBN: 978-87-7487-874-2. Netpublikation.
- 07:29 Olsen, B.M. (red.): *Evalueringen af den fleksible barselorlov. Orlovreglerne set fra forældres, kommuners og arbejdspladsers perspektiv.* 2007. 222 s. ISBN: 978-87-7487-875-9. Netpublikation.
- 07:30 Beer, F. & Damgaard, B.: *Kommuner og virksomheders samspil om socialt engagement.* 2007. 84 s. ISBN: 978-87-7487-854-2. Kr. 90,00.
- 07:31 Rosdahl, A.: *Kommunale aktiveringsprojekter med produktion 2007.* 2007. 70 s. ISBN: 978-87-7487-877-3. Kr. 75,00.
- 07:32 Christoffersen, M.N., Hammen, I., Andersen, K.R. & Jeldtoft, N.: *Adoption som indsats. En systematisk gennemgang af udenlandske erfaringer.* 184 s. ISBN: 978-87-7487-881-0. Kr. 190,00.
- 08:01 Amilon, Anna: *Danskernes forventninger til pension.* 151 s. ISBN: 978-87-7487-885-8. Kr. 150,00.
- 08:02 Jæger, Mads M.: *Mere attraktive almene boliger? Effektevaluering af Omprioriteringsloven 2000.* 97 s. ISBN: 978-87-7487-886-5. Kr. 100,00.

- 08:03 Rosenstock, M., Jensen, S., Boll, J., Holt, H. & Wiese, N.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2007*. 202 s. ISBN: 978-87-7487-887-2. Kr. 198,00.
- 08:04 Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B.: *Fokus på demens. Evaluering af en efteruddannelse i forebyggende hjemmebesøg*. 62 s. ISBN: 978-87-7487-888-9. Netpublikation.
- 08:05 Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B.: *Metoder til kvalitet i ældreplejen. Evaluering af et metodendviklingsprojekt*. 76 s. ISBN: 978-87-7487-889-6. Kr. 80,00.
- 08:06 Olsen, B.M. & Dahl, K.M.: *Fritidsliv i børnehøjde. Beretninger fra udsatte børn*. 124 s. ISBN: 978-87-7487-890-2. Kr. 125,00.
- 08:07 Høgelund, J., Boll, J., Skou, M. & Jensen, S.: *Effekter af ændringer i sygedagpengeloven*. 178 s. ISBN: 978-87-7487-891-9. Kr. 175,00.
- 08:08 Bach, H.B.: *Livet efter en ulykke. Arbejdsliv og forsørgelse efter en ulykke, som blev vurderet i arbejdsskadestyrelsen*. 114 s. ISBN: 978-87-7487-892-6. Kr. 100,00.
- 08:09 Christensen, G.: *Hvorfor lejere bliver sat ud af deres boliger. Og konsekvenserne af en udsættelse*. 268 s. ISBN 978-87-7487-894-0. Kr. 238,00.
- 08:10 Larsen, B., Schademan, H.K. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse i 2006. Vilkår og betingelser for handicappede på arbejdsmarkedet*. 180 s. ISBN: 978-87-7487-893-3. Kr. 180,00.
- 08:11 Jørgensen, M.: *Danskerne indbetalinger til pension. Hvordan påvirker tilknytningen til arbejdsmarkedet de fremtidige pensioner?* 222 s. ISBN: 978-87-7487-895-7. Kr. 220,00.
- 08:12 Filges, T.: *Virksomheders rekruttering*. ISBN: 978-87-7487-901-5. 146 s. Kr. 150,00.
- 08:13 Bonfils, I.S., Bengtsson, S. & Olsen, L. (red.): *Handicap og ligebehandling i praksis*. 175 s. ISBN 978-87-7487-897-1. Kr. 180,00.
- 08:14 Andersen, D.: *Anbragte børn i tal. Kvantitative analyser af data om børn, der er anbragt uden for hjemmet med fokus på skolegang. Delrapport 1*. 76 s. ISBN 978-87-7487-899-5. Netpublikation.
- 08:15 Mortensøn, M.D. & Neerbek, M.N.: *Fokus på skolegang ved visitation til anbringelse uden for hjemmet. Delrapport 2*. 126 s. ISBN 978-87-7487-900-8. Kr. 125,00.
- 08:16 Mattsson, C., Hestbæk, A-D. & Andersen, A.R.: *11-årige børns hverdagsliv og trivsel. Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995*. 181 s. ISBN: 978-87-7487-902-2. Kr. 180,00.

- 08:17 Bach, H.B. & Larsen, B.: *300-timers-reglen. Betydningen af 300-timers-reglen for gifte kontanthjælpsmodtagere.* 138 s. ISBN 87-7487-903-9. Kr. 140,00.
- 08:18 Bengtsson, S.: *Handicap og samfundsdeltagelse 2006.* 259 s. ISBN 978-87-7487-904-6. Kr. 260,00.
- 08:19 Beer, F., Winter, S.C., Skou, M.H., Stigaard, M.V., Henriksen, A.C. & Friisberg, N.: *Statslig og kommunal beskæftigelsesindsats. Implementering af "Flere i arbejde" før strukturreformen.* 289 s. ISBN 978-87-7487-905-3. Kr. 278,00
- 08:22 Klitgaard, C. & Damgaard, B.: *Integrations- og oplæringsstillinger i kommunerne.* 97 s. ISBN: 978-87-7487-908-4. Kr. 100,00.

# HANDICAP OG SAMFUNDSDELTAGELSE 2006

Denne rapport giver en basal viden om praktiske, sociale og psykiske følger af handicap, som kan ligge til grund for en vurdering af, om mennesker med handicap har mulighed for at udfolde sig og deltage i samfundet på lige vilkår med mennesker uden handicap.

Rapporten viser, at handicap på alle punkter virker begrænsende for deltagelse i samfundslivet. Det gælder kontakten til andre, også nære venner og familie, arbejdsmarkedet og udadrettede aktiviteter. Handicap virker også negativt på oplevelsen af meningsfuldhed, forståelse og lykkefølelse.

SFI har i 1962 og 1995 gennemført lignende undersøgelser. Men denne er den første, der viser, hvad handicap på ben, arme, hænder, syn, hørelse, adfærd og intellekt, betyder hver for sig. Rapporten belyser også handicappedes boligindretning, deres mulighed for at komme omkring og deres brug af rådgivning og støt-teforanstaltninger.

Rapporten bygger på 9.202 telefoninterview med personer i alderen 16-64 år. Af disse blev 2.235, der arbejdede i fleksjob eller havde et længerevarende helbredsproblem, udtaget til et længere interview. På baggrund af samme undersøgelse udgav SFI tidligere i år 08:10 *Handicap og beskæftigelse – vilkår og betingelser for handicappede på arbejdsmarkedet*.