

Handicap og funktionshæmning i halvfemserne

Steen Bengtsson

København 1997
Socialforskningsinstituttet
97:1

Handicap og funktionshæmning i halvfemserne

Forskningsleder: cand.jur. Inger Koch-Nielsen

Forskningsgruppen om social indsats og service

ISSN 1396-1810

ISBN 87-7487-552-3

Sats og tilrettelæggelse: Socialforskningsinstituttet efter principlayout af Bysted Design A/S

Oplag: 1.000

Trykkeri: Holbæk Center-Tryk A/S

Socialforskningsinstituttet

Herluf Trolles Gade 11

1052 K

Tlf. 33 48 08 00

Fax 33 48 08 33

Socialforskningsinstituttets publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver Socialforskningsinstituttets publikationer, bedes sendt til instituttet.

Forord

Undersøgelsen af *Handicap og funktionshæmning i halvfemserne* er til dels en gentagelse af Socialforskningsinstituttets undersøgelse af *Fysisk handicappede i Danmark* fra begyndelsen af tresserne. På flere måder adskiller den sig imidlertid fra den gamle undersøgelse. Først og fremmest er den ikke afgrænset til fysisk handicappede, og afgrænsningen af gruppen funktionshæmmede og handicappede er sket uden inddragelse af lægelig ekspertise – udelukkende på grundlag af folks egne oplysninger.

Hovedformålet med undersøgelsen har, ligesom tilfældet var med den første undersøgelse, været at belyse forholdet til arbejdsmarkedet samt levevilkårene i bred almindelighed. I den ny undersøgelse er der blevet inddraget ny temaer som tilfredshed med den offentlige service og deltagelsen i frivilligt arbejde.

Muligheden for at iværksætte en omfattende belysning af handicappedes forhold blev første gang drøftet på et seminar arrangeret af Socialministeriet i maj 1994, hvori deltog såvel forskere som administratorer og repræsentanter for handicaporganisationerne og Det centrale Handicapråd.

Undersøgelsen blev forberedt og løbende drøftet i en støttegruppe med deltagelse fra Dansk Hjælpeinstitut, Dansk Blindesamfund, Center for Ligebehandling af Handicappede, Landsforeningen Evnesvages Vel, De Samvirkende Invalideorganisationer, Dansk Handicap Forbund, Undervisningsministeriet (Folkeskoleafdelingen) samt Socialministeriet.

I støttegruppen indgik desuden læge Jens Modvig, Institut for Socialmedicin, der sammen med seniorforsker Mogens Nord-Larsen var inddraget i udformningen af undersøgelsens spørgeskema.

Første del af undersøgelsen, hvor formålet var at finde frem til en gruppe af funktionshæmmede, foregik sidst i 1994, hvor lidt over 10.000 personer blev interviewet. Hovedundersøgelsen – hvor ca. 1.600 af de 10.000 blev opsøgt af instituttets interviewerstab – foregik i marts, april og maj 1995.

Seniorforsker Niels Rasmussen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE), har læst og kommenteret manuskriptet, hvorfor han takkes.

Undersøgelsen er finansieret af Socialministeriet og Vanførefonden.

Stud.polit. Lars Peter Christensen har gennemført undersøgelsens edb-arbejde samt de statistiske analyser. Stud.scient.adm. Christian Hjorth og Zakia Elvang har bistået med udfærdigelsen af kapitel 8. Undersøgelsen er gennemført af seniorforsker Steen Bengtsson.

København, januar 1997

Jørgen Søndergaard

Indhold

Kapitel 1	
Resultater og perspektiver	7
Lidt om undersøgelsens metode	8
Resultater	11
Perspektiver	23
Kapitel 2	
Udbredelse af funktionshæmning i befolkningen	29
Hvor mange er funktionshæmmede?	29
Samliv og ægteskab	34
I arbejde eller i uddannelse	36
Uddannelsesbaggrund	45
Kapitel 3	
Konsekvenserne af en funktionshæmning	49
Funktionshæmning og sygdom nærmere beskrevet	49
Hvordan er funktionshæmningen opstået?	54
Hvad har det betydet for ægteskab eller samliv?	57
Er der forskel på tidligt og sent handicappede personer?	58
Kapitel 4	
Arbejde, uddannelse og forsørgelse	61
Lønnet arbejde	61
Ønsker om job, og benyttelse af særlige tilbud	71
Betydningen af psykiske faktorer	77
Indtægter	83
Kapitel 5	
Bolig og aktionsradius	87
Bolig	87
Aktionsradius	90
Kapitel 6	
Hjælp og service fra det offentlige, organisationer og familien	95
Hjemmehjælp	95
Sagsbehandling og vejledning	97
Hjælp fra netværket	101

Kapitel 7

Deltagelse i aktiviteter og social kontakt	103
Aktiviteter og social kontakt	103
Bliver man passiv af såkaldt "passiv forsørgelse"?	108
Frivilligt arbejde	111

Kapitel 8

Mennesker med handicap	115
Selve handicappet	116
Samlivsforhold	119
Handicappede og arbejdsmarkedet	120
Andre konsekvenser	124
Aktiviteter i øvrigt	127
Kan man udfolde sine evner?	129

Bilag

1. Problemstilling	133
1.1. Tidligere kortlægninger af funktionshæmning	133
1.2. Problemstillingen for denne undersøgelse	141
2. Måling af funktionshæmning	144
2.1. Metoder i tidligere undersøgelser	144
2.2. Måling af funktionshæmning her	148
2.3. Et mål for funktionshæmning	155
2.4. Eksempler på personer med funktionshæmninger	165
2.5. Kan vi bruge det engelske funktionsmål?	169
2.6. Undersøgelsens gennemførelse og analysemetoder	172
2.7. Funktionshæmmede set i forhold til hele befolkningen	184

Litteratur	187
-----------------------------	------------

Socialforskningsinstituttets udgivelser siden 1.1.1996	193
---	------------

Kapitel 1

Resultater og perspektiver

Det er en generel opfattelse blandt mennesker med handicap, at de har muligheder i dagens Danmark. Således mener 92 pct., at der er muligheder for at komme omkring og se familie og venner, 85 pct. mener, at der er mulighed for at deltage i foreningsliv og aktiviteter, og 81 pct. mener, at der er mulighed for at holde ferie og komme til nye steder. Blandt alle mennesker med en funktionshæmning (hvor vi også inkluderer de mindre funktionshæmninger) er de tilsvarende tal endnu højere. Det største problem er relationen til arbejdslivet. Blandt handicappede mener knap 2/3, at der er mulighed for at arbejde i det omfang, deres helbred tillader. Blandt personer med funktionshæmninger som helhed mener 3/4, at der er mulighed for at arbejde i det omfang, deres helbred tillader.

Et par bemærkninger om sprogbrugen: Vi anvender i denne rapport ordet *funktionshæmning* om det forhold, at en funktion, fx at gå, bruge sine arme eller fingre, at høre eller se, at forstå eller blive forstået, at kunne huske eller udvise normal adfærd, er mere eller mindre nedsat. (Funktionshæmning defineres mere nøjagtigt i bilagets kapitel 2).

Vi har opdelt de personer, der lider af en funktionshæmning i 3 kategorier:

- de svært funktionshæmmede
- de lettere funktionshæmmede
- de ubetydeligt funktionshæmmede.

De svært funktionshæmmede er dem, som vi i daglig tale kalder *handicappede*. Der findes ikke nogen måde, hvorpå man objektivt kan afgrænse handicappede. Afgrænsningen er foretaget ud fra pragmatiske overvejelser og på grundlag af diskussioner i undersøgelsens referencegruppe, som bl.a. repræsenterede Det

Centrale Handicapråd og Center for Ligebehandling af Handicappede.

Når vi *beskriver* handicappedes levevilkår, er det således de svært funktionshæmmede, vi fokuserer på (kapitel 8). Når vi undersøger, hvilke *konsekvenser* et handicap har, sker det ved en *sammenligning* af grupper med større eller mindre funktionshæmning. I kapitel 2 kan vi desuden sammenligne med en kontrolgruppe helt uden funktionshæmning.

Resultaterne af undersøgelsen lægger imidlertid ikke op til nogen skarp skelnen mellem funktionshæmning og handicap, idet de sociale konsekvenser af et handicap bredt set er de samme som af en let eller ubetydelig funktionshæmning, blot med den forskel at de indtræffer hyppigere og i nogle tilfælde er mere alvorlige.

Lidt om undersøgelsens metode

Der findes i Danmark ikke noget register over "handicappede". Ligesom tilfældet var, da Socialforskningsinstituttet for omkring 30 år siden belyste handicappedes vilkår, måtte vi tage udgangspunkt i hele befolkningen. Undersøgelsen var opbygget i to etaper:

- 1) I første etape blev *et tilfældigt udvalg* på over 10.000 personer mellem 18 og 60 år spurgt, om de havde *et handicap eller en kronisk sygdom*. 1/4 svarede bekræftende herpå.
- 2) Denne fjerdedel fik i et efterfølgende interview stillet meget detaljerede spørgsmål om funktionshæmningernes forekomst, karakter og sværhedsgrad samt om deres levevilkår. På grundlag af dette interview blev svarpersonerne opdelt i de ovenfor omtalte tre grupper af nogenlunde samme størrelse (svært, lettere og ubetydeligt funktionshæmmede).

Det er 33 år siden, Socialforskningsinstituttet sidst foretog en undersøgelse af lignende art. Dengang omfattede den dog kun fysisk handicappede (Andersen, 1964a og b). Først i 70'erne

suppleredes den imidlertid med undersøgelser om psykisk handicappede, og senere i 70'erne belystes forholdene for en årgang ansøgere til invalidepension (Körmendi, 1975; Hübbe, 1976, 1978, 1979). I de senere år har denne forskning imidlertid ligget stille. Siden 1962-undersøgelsen er der sket en betydelig udvikling såvel i begrebsdannelsen som med hensyn til måling. Begrebsmæssigt er vi nået til en klarere adskillelse af begreber relateret til sygdom og diagnoser, fra begreber der har at gøre med funktionshæmning. Samtidig er der udviklet måleinstrumenter, der gør det muligt i praksis at nå frem til et udtryk for funktionshæmning gennem besvarelse af en række spørgsmål uden lægelig medvirken.

I dag knytter man en definition af handicap til *de gennem WHO kendte begreber* "impairment", "disability" og "handicap" (hvor det sidstnævnte ord betyder noget helt andet end handicap på dansk!). De tre begreber dækker henholdsvis over fysisk skade, funktionshæmning og afskæring fra konkrete aktivitetsområder. Det er vigtigt at kunne skelne mellem funktionshæmning og aktivitetsbegrænsning og måle disse størrelser uafhængigt af hinanden. Det er nemlig forudsætningen for at undersøge, om en funktionshæmning fører til en aktivitetsbegrænsning. Funktionshæmning (disability) er det begreb, som denne undersøgelse arbejder med. Ved funktionshæmning forstår vi *en nedsat evne til at udføre en lang række enkeltfunktioner, som vores eksistens som mennesker i et samfund i almindelighed er mere eller mindre afhængig af.*

I undersøgelsen har vi brugt en oversættelse af en gennemtestet britisk skala til måling af funktionshæmning. Vi finder i den danske undersøgelse en del flere personer med funktionshæmninger, end man gjorde i samme aldersgrupper i Storbritannien. Når det drejer sig om de alvorlige funktionshæmninger er andelen ret ens, men når man bevæger sig ned på skalaen stiger andelen af funktionshæmmede i Danmark, således at vi finder næsten dobbelt så mange som i Storbritannien med de helt små funktionshæmninger. Det er imidlertid ikke usædvanligt, at selv

mindre forskelle i spørgsmåls ordlyd eller omstændigheder ved undersøgelser fører til forskellige resultater. Det højere tal i den danske undersøgelse tyder på en større sikkerhed for, at vi har fået alle med en større eller mindre funktionshæmning med.

Der er siden 1962-undersøgelsen sket en betydelig udvikling af de analysemetoder, vi har til rådighed i survey-undersøgelser. Før i tiden tog det lang tid at fremstille hver enkelt tabel, og der kunne kun i enkelte tilfælde blive tale om at kontrollere for tredjevariabel. I dag har vi rådighed over edb-programmer, der systematisk gennemfører kontroller over, hvordan en række størrelser samvarierer, og tester hypoteser derom. Dette er gjort i stort omfang, for at der kan skelnes mellem, hvornår der er tale om en rent statistisk sammenhæng, og hvornår der også kan være tale om en kausal. Begge typer sammenhænge har interesse, men i forskellig forbindelse. Til gengæld har vi anvendt en brøkdel af den arbejdskraft, der gik til en tilsvarende undersøgelse i 60'erne.

Man kan stille spørgsmålstegn ved denne måde at måle og afgrænse funktionshæmning og handicap på. De basale oplysninger stammer fra interviewpersonerne selv og ikke fra en "objektiv" lægelig vurdering. I interviewpersonernes besvarelser vil der altid være et subjektivt element, som hidrører fra en fortolkning af spørgsmålene (hvad vil det sige at "have svært ved" forskellige aktiviteter, " ofte" at ...?), men lægelige vurderinger må også støtte sig til patienters subjektive udsagn.

Undersøgelsens pålidelighed viser sig for det første ved, at funktionshæmning er et meningsfuldt mål at anvende, fordi der så at sige altid viser sig såkaldt monotone sammenhænge. Det vil populært sagt sige, at tallene i tabeller med funktionshæmningsgrader bliver "trip-trap-træsko", enten jævnt stigende eller jævnt faldende. Dette styrker fornemmelsen af, at det er en bestemt egenskab, vi måler, og at der er en realitet bag ved resultaterne. Det betyder også, at de resultater, vi angiver for gruppen af

stærkt funktionshæmmede, i en lidt afsvækket form vil være gældende for gruppen af lettere funktionshæmmede.

Vi har dernæst kontrolleret undersøgelsens pålidelighed ved at sammenligne udbredelsen af hjemmehjælp og invaliditetsydelse i undersøgelsen og i hele befolkningen. Den første af disse sociale foranstaltninger forudsætter i praksis en funktionshæmning, den sidste gør det formentlig også. Undersøgelsen finder – når der ganges op – at der skulle være ca. 24.000 personer mellem 18 og 60 år, der får hjemmehjælp, og ca. 6.800, der modtager invaliditetsydelse. Begge disse tal passer meget fint med tal fra Danmarks Statistik (Danmarks Statistik, 1995), hvorefter 29.093 personer i alderen 18-67 år modtager varig hjemmehjælp, og 3.049 i perioder har modtaget midlertidig hjælp, mens 5.861 personer mellem 18 og 59 år modtager invaliditetsydelse.

Resultater

Mange stiller spørgsmålet: "Hvor mange handicappede er der?" Men svaret afhænger af, hvor stor funktionshæmning vi synes, der skal til, for at bruge betegnelsen "handicappet". Det er der ikke noget videnskabeligt kriterium for, så grænsen må sættes ud fra pragmatiske vurderinger. Undersøgelsen viser imidlertid, at der ikke er forskel på *arten* af de problemer, der følger af mindre eller større funktionshæmning. Den eneste forskel er, at med større funktionshæmning følger der hyppigere problemer, og de er ofte større. Det er således udelukkende en gradsforskel, der er tale om.

Hvis vi holder os til den omtalte britiske målestok, finder vi, at *8 pct. af de 18-60-årige må betegnes som stærkt funktionshæmmede og 9 pct. som let funktionshæmmede, i alt 17 pct. med en målelig funktionshæmning*. Ud over det er der i udvalget repræsenteret 7 pct. af de 18-60-årige, som ganske vist har oplyst, at de har et handicap eller en kronisk sygdom, men hvor der ikke er tale om nogen målelig funktionshæmning. Det er denne gruppe, der i undersøgelsen omtales som havende ubetydelige funktionshæmninger. I nogle tilfælde er oplysningen om sygdom eller handi-

cap formentlig noget overdrevet. Men resultaterne af undersøgelsen tyder på, at en del af disse mennesker har et handicap i WHO's betydning af ordet, det vil sige på en eller anden måde ringere forudsætninger for at gøre sig gældende i samfundet.

Medfødt eller erhvervet?

For 10 pct. af alle funktionshæmmede er funktionshæmningen medfødt, og for 5 pct.'s vedkommende er den opstået før 8-årsalderen. Langt de fleste med funktionshæmninger har erhvervet disse som voksne, og med stigende alder er risikoen for, at der opstår funktionshæmninger, stigende. Når man spørger de pågældende selv, hvordan den er opstået, siger de i godt 2/5 af tilfældene, at den er opstået ved nedslidning, 1/3 nævner sygdom og 1/6 en ulykke. På et spørgsmål om, *hvor* handicapet er opstået, svarer 2/3, at det er opstået på arbejdet. Man må dog i den forbindelse huske, at det kan være vanskeligt for den enkelte at vurdere, i hvilket omfang sygdom kan have været medvirkende til, at de ikke har kunnet tåle belastningerne.

Ægteskab og samliv

Personer med funktionshæmninger er *lige så ofte gift og samlevende*, som andre er. For dem, der var gift eller samlevende, da funktionshæmningen opstod, betød det for over to tredjedele vedkommende ikke noget, hverken hvis det drejer sig om en sværere eller om en lettere funktionshæmning. Men for godt 1/5 af dem, der var gift (samlevende), da handicapet opstod, betød dette en belastning for ægteskabet (samlivet), og for 5 pct. har det betydet, at de gik fra hinanden. I de øvrige tilfælde er det kommet til at betyde noget positivt for et forhold. Størrelsen af en funktionshæmning gør bemærkelsesværdig lille forskel, når det drejer sig om konsekvenserne for et samliv.

Arbejde

Erhvervsmæssig beskæftigelse har været et hovedpunkt for denne undersøgelse. Vi finder, nøjagtig som man gjorde i 1962-undersøgelsen, at *funktionshæmmede overraskende ofte er i arbejde*. Det kan også siges på den måde, at funktionshæmning ikke er det

samme som erhvervsudygtighed, og at funktionshæmning ikke nødvendigvis indebærer erhvervsudygtighed. Erhvervsfrekvensen er dog lidt mindre for mennesker med funktionshæmning end for andre. Blandt de handicappede er lidt over 40 pct. alligevel erhvervmæssigt aktive op til en alder over 50 år.

Der er flere i arbejde, blandt dem der har uddannelse end blandt dem uden. Såvel skoleuddannelse som erhvervsuddannelse har en betydning for, om man er i arbejde. For de personer, der er i arbejde, er der ingen sammenhæng mellem funktionshæmning og den ugentlige arbejdstid. Der er heller ingen sammenhæng mellem funktionshæmning og stilling (målt ved antal underordnede), eller mellem funktionshæmning og, om der er tale om offentlig eller privat ansættelse. Det sidste kan undre, idet det offentlige jo har en forpligtelse til at tage *handicappede* ansøgere i betragtning ved stillingsbesættelser efter det såkaldte fortrinsadgangscirkulære.

Arbejdsformidlingen har i varierende omfang søgt at gøre noget for at bringe handicappede i arbejde, og de senere år har kommunerne også. Alligevel er det generelle mønster, at personer med funktionshæmninger skaffer sig arbejde på andre måder, det vil sige gennem annoncer, gennem venner og bekendte eller ved selv at opsøge arbejdsgiver, mens de særlige kanaler gennem kommunen og AF betyder mindre.

Holdningen til arbejdet er som regel meget positiv, og i forhold til resultaterne fra undersøgelsen af fysisk handicappede i 1962 finder vi, at holdningen blandt handicappede er mere positiv i dag. Den positive holdning findes ligeledes hos personer med lettere funktionshæmninger.

For de fleste *handicappede* – nemlig knap 3/5 – er der sket ændringer i deres arbejdsforhold i forbindelse med, at deres *handicap* er opstået. Tilsvarende gælder for 1/3 af dem med lettere eller ubetydelig funktionshæmning. Omkring 1/4 oplyser, at virksomheden har gjort noget for at hjælpe dem over virkninger-

ne af deres funktionshæmning, og den samme andel oplyser, at kollegerne har gjort noget for at hjælpe dem. Denne støtte gælder først og fremmest de under 50-årige.

Men har den *handicappede*, som er i et job, så også rimelige muligheder på linie med andre? Vi har undersøgt, om man mener, at mulighederne er begrænsede for at få et bedre arbejde, for at avancere og for at få et mere selvstændigt arbejde. Langt det største tal – nemlig 2/3 – af de handicappede siger hertil, at de ikke er hæmmede i deres muligheder. De tilsvarende tal for de let og ubetydeligt funktionshæmmede er henholdsvis 85 pct. og 90 pct. Som man kunne vente, er der især tale om begrænsning i mulighederne for at få et bedre arbejde. Det hænger formentlig sammen med, at man jo ofte finder et bedre arbejde i en anden virksomhed, og der vil det formentlig være sværere for den handicappede at komme ind. Det er lidt lettere at avancere på den arbejdsplads, hvor man allerede er inde, og mindst hæmmet føler man sig med hensyn til mulighederne for at få et mere selvstændigt arbejde.

Omfanget af funktionshæmning har betydning for, hvor hæmmet den enkelte føler sig med hensyn til arbejdet. I 1962-undersøgelsen medtog man en lang række psykologiske størrelser (Kühl, 1967). Man fandt ved at inddrage disse, at trods en høj grad af funktionshæmning var mange alligevel i arbejde, hvis de blot havde en høj grad af selvtillid – et resultat man gang på gang hører fra den gamle undersøgelse. Vi finder stadig en stærk sammenhæng mellem de psykologiske mål og en lang række forhold, derunder erhvervsdeltagelse. Men hypotesetest (se kapitel 4) viser, at det er funktionshæmningen, der er den afgørende faktor, mens hypotesen om en direkte virkning af den psykologiske faktor ikke kan opretholdes.

Trods den meget positive holdning til arbejde og lyst til at blive i en almindelig tilværelse vil mange, der rammes af funktionshæmning, alligevel blive nødt til at høre op med at arbejde. Jo højere grad af funktionshæmning, der er tale om, des oftere

skyldes arbejdsophøret funktionshæmningen, men selve beslutningen om at holde op tages lige så ofte af personen selv, som den tages af arbejdsgiveren. Det gælder i lige stort omfang, hvis det handler om en lettere funktionshæmning, som hvis det handler om et handicap. Ca. en fjerdedel er blevet hjulpet i deres arbejdssituation af virksomhed og af kolleger – og denne andel er den samme, hvad enten det drejer sig om en ubetydelig, en let eller en svær funktionshæmning (handicap).

I overensstemmelse med de foregående resultater finder vi hos en stor del af dem, der ikke er i arbejde, et *ønske om at få et arbejde*. Det finder vi hos 1/3 af de handicappede, (der ikke er i arbejde), hos halvdelen af de lettere funktionshæmmede og hos 2/3 af dem med ubetydelig funktionshæmning, (som ikke er i arbejde). Når vi så spørger om, hvilke forudsætninger de kunne ønske sig opfyldt for at komme i arbejde, nævner op til 1/6 af de handicappede forhold som særlig arbejdspladsindretning, hjælpemidler og personlig assistent. Disse forhold nævnes af meget få af dem med lettere eller ubetydelig funktionshæmning. Men langt større tal, mellem 1/3 og knap halvdelen af de handicappede, nævner forhold som: muligheder for hvile, kortere arbejdstid og flere sygefraværsperioder. Op til 1/5 af dem med lettere grader af funktionshæmning nævner ligeledes disse forhold.

Der kan drages to slutninger heraf. For det første er der stadig et antal handicappede, som vil have gavn af, hvis kendskabet til lovgivningen om arbejdspladstilpasning, hjælpemidler og personlig assistent bliver mere kendt. For det andet er der et betydeligt større antal handicappede plus et ret stort antal personer med lettere grader af funktionsnedsættelser, som ville kunne drage nytte af en type ansættelse, som der måske ikke skal ofres nær så store investeringer på, men som forudsætter en accept af, at der er tale om en arbejdskraft, der ikke kan belastes så meget, og som ikke er helt så stabil i helbredet som andre.

Endelig er der grund til at komme ind på, at arbejde i almindelighed er langt mere end en beskæftigelse for mennesker, det er i almindelighed grundlaget for hele integrationen i samfundet, og dermed en fundamental værdi for den enkelte. Som udgangspunkt må man antage, at det forholder sig ligesådan for den let funktionshæmmede eller handicappede, medmindre selve funktionshæmningen skulle betyde, at arbejdet blev en ubehagelig byrde.

Undersøgelsen giver et ganske klart svar på dette punkt: Såvel når vi sammenligner ubetydeligt funktionshæmmede, let funktionshæmmede og handicappede, som når vi deler op på sværhedsgrader af handicap, finder vi, at handicappede så vel som ikke handicappede for så godt som alles vedkommende kan lide deres arbejde, og et stort flertal føler de er kommet på rette hylde. Kun i den sværest ramte del af handicapgruppen finder vi en større gruppe, nemlig en fjerdedel, der føler arbejdet som en ubehagelig byrde.

Et handicap i sig selv synes således ikke at betyde noget for, hvordan arbejdet opleves, medmindre der er tale om et af de allersværeste handicap. Der kan således ikke på baggrund af nærværende undersøgelse argumenteres for, at handicappede af velfærds-mæssige årsager skal forsørges gennem kontantydelse snarere end gennem arbejde.

Uddannelse

Der er gennem årene gjort meget for at give handicappede de samme muligheder for uddannelse som andre i det omfang, dette kan lade sig gøre. Vi finder da også langt flere handicappede i gang med en uddannelse i dag, end man gjorde i 1962-undersøgelsen. Det er især personer med ubetydelige funktionsnedsættelser og en studentereksamen, der er uddannelsesaktive. Imidlertid er uddannelseseksplosionen et generelt fænomen i tiden. Set i forhold til samfundet i øvrigt finder vi samme forhold mellem andel handicappede og andel af ikke-handicappede i uddannelse i dag, som man gjorde i 1962. De flere muligheder

i dag betyder altså ikke, at relativt flere uddannes, men de betyder uden tvivl, at den handicappede, der vil uddanne sig i dag, i højere grad selv kan vælge, og i meget mindre grad end i 1962 bliver henvist til en af de ganske få muligheder, der dengang var åbnet, (den blinde kunne blive børstenbinder eller klaverstemmer, den mobilitetshandicappede håndværker).

Revalidering og aktivering

Siden 1960'erne er revalidering og senest aktivering udbygget meget. En del personer med funktionshæmninger har da også deltaget i disse foranstaltninger. Den største andel har deltaget i en aktiveringsforanstaltning. Det gælder for næsten 1/5 af de handicappede og af dem med lettere funktionshæmning og for 1/7 af dem med ubetydelig funktionshæmning. I de fleste tilfælde drejer det sig om arbejdstilbud for langtidslidende, som for mange er en station på vejen *ud af* arbejdslivet.

Revalidering er derimod en aktivitet, der er mere specifik for handicappede. Selv om lovgivningen giver mulighed for at benytte revalideringsforanstaltninger såsom revalideringsinstitution, anden oplæring eller beskyttet beskæftigelse til andre end personer med funktionshæmning, er der tre gange så mange handicappede, der har deltaget i disse aktiviteter, som der er i gruppen af personer med ubetydelige funktionshæmninger.

Uafhængighed

De fleste med funktionshæmninger klarer sig selv i hverdagen. Kun få har problemer med deres bolig, og i de tilfælde hvor sådanne problemer i det hele taget kan løses, er de så godt som altid blevet løst. Ca. 1/8 af de handicappede har fået foretaget boligændringer, det gælder tre gange så ofte for kvinder som for mænd. 1/7 af de handicappede siger, de har brug for en handicapegnet bolig, men tilsyneladende bor de alligevel for godt og billigt nu til at være interesseret i en realistisk mulighed for en handicapegnet bolig såsom en to værelses til 5.000 kr./måneden – kun 1/5 af dem, der synes, de har brug for en handicapegnet bolig, er nemlig interesseret heri.

Lidt flere har problemer med at bevæge sig udendørs. Det gælder for 1/4 af de handicappede, men kun 1/3 af disse bruger dog hjælpemidler. Langt de fleste kan benytte kollektive trafikmidler. I den forbindelse bemærker man, at de nye trafikmidler, som er indrettet med henblik på handicap – lavgulvsbusser og IC3-tog – kun løser problemet for henholdsvis 10 og 15 pct. af de funktionshæmmede, der ikke kan benytte almindelig bus og tog.

Omkring 2/3 af dem, der har funktionshæmninger, har bil, og denne andel gælder ligeledes fra de letteste til de sværeste grader af handicap. Det er værd at bemærke, at i langt de fleste tilfælde drejer det sig om almindelige biler, som mennesker med handicap selv køber. Af hver 100 biler, som ejes af handicappede, er de 90 almindelige biler købt uden tilskud, 1 er særlig handicapindrettet, men betalt helt af den handicappede selv, og kun 9 er handicapindrettede biler, der er købt med tilskud efter gældende regler. Vi skal benytte den fine inddeling i ti sværhedsgrader af funktionshæmning og helt op i sværhedsgrad 10 for at finde en gruppe handicappede, som har flere tilskudsbiler end biler købt på almindelige vilkår.

Behov for hjælp

Det er kun 8 pct. af de handicappede, der har søgt og fået hjemmehjælp – det tilsvarende tal for de lettere funktionshæmmede er helt nede på 2 pct. Yderligere 3 pct. af de handicappede og 1 pct. af de let funktionshæmmede har søgt hjemmehjælp, men ikke fået det. Næsten halvdelen af de handicappede får derimod regelmæssigt gratis hjælp af familie eller andre (over 1/4 i grupperne af lettere funktionshæmmede og personer med ubetydelig funktionshæmning), og 6 pct. betaler regelmæssigt for hjælp (10 pct. af de handicappede). Gruppen, der selv betaler hjælp regelmæssigt, er altså noget større end gruppen, der får kommunal hjemmehjælp, og omfanget af gratis hjælp fra familie og andre er også betydeligt. Der er imidlertid ikke tale om, at denne gratis hjælp erstatter den almindelige hjemmehjælp. Der er nemlig stor forskel på indholdet. Mens den hjem-

mehjælp, man har ret til efter Bistandsloven, udvikler sig i retning af at blive hovedsagelig personlig pleje, handler den gratis hjælp som regel om rengøring og indkøb. Kun 1/10 af de handicappede får en gratis hjælp, der består i personlig pleje, og så godt som ingen i grupperne af personer med lettere funktionshæmninger får dette. Den gratis hjælp erstatter således ikke de typer af hjælp, som det offentlige tilbyder, men der er alligevel ingen tvivl om, at den gratis hjælp er meget væsentlig for at give den enkelte en følelse af støtte, og den vedligeholder selvhjulpenheden. Der er en klar sammenhæng mellem funktionshæmning og den hjælp, man får af kommunen, såvel som den hjælp, man selv betaler. Derimod er der ingen tilsvarende sammenhæng til den hjælp, man får gratis – den hænger kun sammen med personens køn og alder. Kvinder får således betydelig mere hjælp end mænd.

Udviklingen af den kommunale hjemmehjælp afspejles i de klagepunkter som brugerne har til denne. 1/4 af brugerne i den undersøgte gruppe har klaget, og halvdelen af disse synes, der er blevet lyttet til deres klager. Kvinderne føler betydelig oftere, at der er lyttet til deres klager, end mændene gør. Det er først og fremmest rengøringen, der klages over. Desuden er der klager over, at hjælpen udebliver om sommeren, og at der kommer en anden, end man ventede, uden at det er blevet varslet.

Forvaltning af rettigheder

Der er betydelig utilfredshed med sagsbehandlingen i kommunen. Halvdelen af de handicappede og en fjerdedel af dem med lettere funktionshæmning har haft sager med kommunen. Et flertal af dem mener, at de ikke bliver tilstrækkelig informeret, en stor del mener endvidere, at kommunen ikke er villig til at betale, at instanserne ikke er godt nok koordineret, at sagsbehandlingstiden er for lang, og at kommunen mangler ekspertise. Alt i alt er 28 pct. (af dem som har haft en sag) som regel utilfredse med sagsbehandlingen. Blandt de handicappede bruges handicaporganisationerne og deres rådgivere samt private sociale råd-

givninger mere end de forskellige offentlige konsulent- og vejledningstilbud.

Der kan være grund til at hæfte sig ved dette forhold og gøre sig overvejelser over, hvad der ligger bag. Er det udtryk for, at sagsbehandlingen er uigennemskuelig eller for at kommuner ligefrem benytter sig af bureaukratisk trækken i langdrag for at udskyde udgifter? Er der tale om usmidighed, eller er regelsætterne så komplekse og mulighederne for uafhængig oplysning og rådgivning for små til, at borgeren kan vurdere sine rettigheder realistisk? Det afhænger af forklaringen, hvordan dette problem eventuelt kan løses.

Vi har fundet, at handicappede kvinder tre gange så ofte har fået boligændringer som deres lige så handicappede medbrødre, og de føler dobbelt så tit, at der bliver lyttet til deres klager over hjemmehjælp. Er det, fordi personalet er kvinder og derfor bedre forstår dem? De får imidlertid også mere gratis hjælp end mænd. De får desuden dobbelt så ofte hjælp af ægtefælle og tre gange så ofte af børn. Selv søskende hjælper dem oftere.

De stærke har mange muligheder

Personer med funktionshæmninger har mange muligheder for aktiviteter, som også synes at blive benyttet meget. Men ligesom tilfældet er for den øvrige befolkning, kræves der ofte nogle forudsætninger for, at man kan fatte interesse for forskellige aktiviteter. Der er derfor ofte en sammenhæng mellem uddannelse og dyrkningen af aktiviteter. De, der mangler uddannelse, ser til gengæld mere tv.

Brug af computer hænger ikke alene sammen med skole- og erhvervsuddannelse, men også sammen med funktionshæmning, således at personer med funktionshæmning i mindre omfang end andre bruger computer. Dette virker som et helt uforklarligt efterslæb. Netop computeren har en række muligheder for mange personer med funktionshæmning. Man kunne synes, der var

behov for, at disse muligheder blev mere udviklet og for, at en særlig indsats blev gjort for at udbrede dem.

En del handicappede lever af førtidspension, og man kunne med baggrund i andre undersøgelser forestille sig, at dette ville medføre passivitet også på andre livsområder. Det ser imidlertid ikke ud til, at handicappede generelt set bliver passive af at modtage såkaldt "passiv forsørgelse". Tværtimod er der meget, der peger på, at en stor gruppe søger de værdier, der normalt følger med arbejdslivet, i fritidsaktiviteter og sociale aktiviteter.

Frivilligt arbejde

Personer med funktionshæmninger deltager i frivilligt arbejde i langt større omfang end den øvrige befolkning. Dette og de foregående resultater viser handicappede som en aktiv gruppe, hvilket understreges, hvis man sammenligner med resultaterne fra Socialforskningsinstituttets undersøgelse af yngre førtidspensionister (Juil, 1992). Mens disse arbejdshandicappede personer i mange tilfælde manglede strukturerende aktiviteter, tegnes der her et billede af handicappede som en gruppe, der vel har en svær grad af funktionshæmning, men hvor dette ikke i almindelighed betyder nogen tilsvarende aktivitetsbegrænsning.

En af de sammenhænge, hvor handicappede kan være aktive, er naturligvis handicaporganisationerne. I alt er 1/5 af de handicappede med i en handicaporganisation eller flere, men andelen er meget forskellig for forskellige handicapgrupper, fra omkring 1/3 for grupperne med synshandicap og handicap med hensyn til gang, til godt 1/10 i grupperne med handicap hvad angår kontinens eller adfærd.

Det bemærkes desuden, at mens aktivitet og frivilligt arbejde i andre sammenhænge fordeler sig jævnt i forhold til forsørgelsesgrundlag, er der en stærk tendens til, at deltagelsen i sammenhæng med handicaporganisationer er koncentreret omkring gruppen, der forsørges ved sociale ydelser, og omkring pargruppen, hvor begge ægtefæller modtager sociale ydelser.

Sociale kontakter

I ikke så få tilfælde kan vi dog konstatere, at den, der er ramt af funktionshæmning, mere eller mindre giver op. Knap 1/4 af de handicappede tilkendegiver i undersøgelsen, at de finder hverdagen tom og indholdsløs, en følelse, der hænger sammen med, at de ikke er så meget sammen med andre og ikke synes, de får brugt deres evner. I grupperne af personer med lettere eller ubetydelig funktionsnedsættelse er det tilsvarende tal 1/10. Denne forskel tyder på, at selve handicapet er en væsentlig grund til at give op for den enkelte, men hele forskellen kan ikke uden videre tilskrives handicapet: Der er nemlig også en sammenhæng med uddannelse og alder, som må tages i betragtning.

Handicap har betydning for omfanget af sociale kontakter, især til det lidt fjernere netværk. Handicappede ser deres børn eller forældre næsten lige så meget, som andre gør. Næsten halvdelen har således set deres børn eller forældre i går eller i dag. Når vi spørger til andre familiemedlemmer, er forskellen større. Venner og sociale aktiviteter vælger man til gengæld selv, og vi får indtryk af, at det lykkes for den største del af de handicappede at etablere en tilværelse rig på sociale aktiviteter og kontakter.

Det samlede billede

Det er næsten umuligt med få ord at karakterisere en så kompliceret og sammensat virkelighed, som denne undersøgelse har ladet os se lidt af. Ligesom det gjorde i 1960'erne, vil det givetvis overraske mange, at så stor en del af de handicappede klarer sig selv med arbejde på fuld tid eller endog mere, og det bør også bemærkes, at behovet for de forskellige hjælpeforanstaltninger er relativt beskedent set i forholdet til antallet af personer med handicap.

Endvidere er der tegnet et billede af den socialpolitiske indsats, som på mange måder kan betegnes som en succes. En række af de problemer, der er tale om her, kan ikke løses, men hovedindtrykket er, at når de foranstaltninger, der er til rådighed, vil

kunne løse problemerne, så er det i reglen allerede sket. En undtagelse fra dette succesbillede – dog på et lidt andet plan – er imidlertid den lave tilfredshed med den kommunale sagsbehandling.

Perspektiver

Undersøgelsens resultater kan sættes ind i nogle bredere sammenhænge og ses i forhold til den politik, der føres på området, ligesom man kan gøre sig overvejelser om, hvordan handicapområdet set som politikområde adskiller sig fra andre politiske områder.

Handicap som problemfelt

Handicap er et mangesidet fænomen, og en af siderne er, at det kan blive til et socialt problem i det omfang, samfundet ikke er indrettet til også at kunne rumme handicappede, hvad der i et vist omfang altid vil være tilfældet. Set i forhold til de socialpolitiske områder som alderdom og barndom fylder handicapområdet mindre. Det er endvidere vigtigt for forståelsen af handicap som socialt problemområde, at der kan skelnes mellem funktionsnedsættelse på den ene side og de problemer, der kan være ved at fungere i samfundet, på den anden. Denne skelnen ligger også i hele undersøgelsens tilrettelæggelse, hvor der måles funktionsnedsættelse i en række retninger og udregnes et samlet mål for denne, og helt uafhængigt af dette spørges om en række aktiviteter og problemer.

Det, at man således kan skelne mellem en årsag og en virkning, gør, at der er en for alle åbenlys årsag til de problemer, der kan være for handicappede. Der er næppe tvivl om, at det har betydning for holdningen og for den almindelige tilslutning i befolkningen til foranstaltninger med henblik på at afhjælpe disse problemer. Man ser i andre lande mange bitre kampe mellem handicaporganisationer, velgørende organisationer og offentlige myndigheder om, hvilken politik der skal føres, og hvilken rolle de forskellige aktører skal spille. I Danmark har der imidlertid siden 1960'erne været enighed mellem det offentlige

og handicaporganisationerne om, at der skulle føres en integrationspolitik.

Integrationspolitikken har omfattet barndommen, med mulighed for at have handicappede børn hjemme og integration i almindelig skole i det omfang, dette er muligt. Endvidere har den omfattet en lang række livsområder: Indkomstsikring, bolig, transport etc. Med hensyn til arbejde har man i Danmark først og fremmest satset på at udvikle et revalideringstilbud, der kunne gøre den handicappede konkurrencedygtig, samt på en række ordninger, der direkte kompenserer for handicapet (ombygning, tilpasning af maskiner, personlig assistent).

Vurderinger

Der tegnes i undersøgelsen et billede, som på mange måder må kaldes en succes for handicappolitikken hvad angår integrationen på de fleste områder. Dette kan måske fortolkes som et af tegnene på, at vi er ved at komme ud af den fase, hvor den gængse politik kan føre os videre. På den anden side skal det dog understreges, at der ikke er tale om, at de forskellige foranstaltninger skulle være svulmet voldsomt op. Ordningerne er stadig for nogle mindretal, som har særlige behov. Vi så, at trods tilskud og lån til biler har 9/10 af de bilende handicappede klaret sig uden, ligesom det er et mindretal, der benytter handicapbefordring, for at minde om eksemplerne fra dette område. De fleste klarer disse problemer nøjagtig, som ikke handicappede gør.

Det er vigtigt, at offentlige transportmidler, fortove og huse indrettes, så handicappede ikke er udelukkede, og der ikke dermed skabes unødige problemer. Denne udvikling af omgivelserne er til gavn for mange andre end handicappede fx ældre med almindeligt gangbesvær. Det betyder, at et handicapråd, der fx medvirker i en kommune til at gøre omgivelserne tilgængelige, hjælper andre borgere i kommunen og ikke blot deres egen gruppe. Her er et eksempel på, at handicappedes arbejde for egne interesser kan have et bredere perspektiv. Heller ikke omfanget af hjemmehjælp til handicappede virker stort, idet de

fleste som nævnt klarer sig uden, selv betaler lidt hjælp eller får gratis hjælp, når det ikke drejer sig om personlig pleje. "Det civile samfund", som man siger i samfundsvidenskaben, klarer meget.

Til gengæld kan der ikke herske megen tvivl om, at det tilbageværende problem for personer med funktionshæmning handler om *muligheden for beskæftigelse*. Hvorfor er netop dette problem blevet stående tilbage?

I 1962-undersøgelsen konkluderede man, at de psykologiske faktorer måtte være årsagen, når funktionshæmmede ikke var i arbejde. Disse psykologiske faktorer hang stærkt sammen, men man valgte at betegne denne faktor "manglende selvtillid". Vi ser stadig en kraftig sammenhæng mellem disse størrelser, men med de analysemetoder vi råder over i dag, fremtræder det ikke længere som en årsagssammenhæng. Der er næppe tvivl om, at funktionshæmmede med stor selvtillid har betydelig lettere ved at få og fastholde et job. Men hvordan opstår og udvikles selvtillid? Det sker formentlig netop, når man har lejlighed til at fungere i sammenhænge, hvor der stilles krav, og hvor indsats belønnes socialt, således som det fx er tilfældet i en arbejdssammenhæng. 1962-undersøgelsen blev foretaget netop som en ny fase af handicappolitikken var ved at blive indledt, og de politiske konsekvenser, den drog, var i overensstemmelse hermed. Man måtte styrke den handicappedes selvtillid gennem uddannelse og derved skabe en situation, hvor den handicappede konkurrerede på lige vilkår med andre på arbejdsmarkedet. Det måtte ske gennem en revalideringsindsats, og en sådan har vi da også set udviklet gennem årene siden da.

Indsatsen for at beskæftige personer med handicap har hidtil koncentreret sig om at skabe ordninger til at integrere flest muligt funktionshæmmede på det almindelige arbejdsmarked under almindelige vilkår. Men det ser ud til at være lidt vanskeligere i dag, hvor 70 pct af de let funktionshæmmede og knap halvdelen af de handicappede mænd er beskæftiget mod

ca. 80 pct. for 30 år siden. For kvindernes vedkommende ser det anderledes ud, men det skyldes naturligvis den generelle udvikling i den kvindelige erhvervsdeltagelse. Alt peger på at vi har fået beskæftiget den største del af dem, der er i stand til at arbejde på almindelige vilkår, og som kan motiveres for det under de nuværende betingelser. Det er ikke kompensation i almindelig forstand, der mangler, for at mennesker med funktionshæmninger kan arbejde, så vidt vi får oplyst i denne undersøgelse. Det store antal ønsker derimod muligheder for at hvile og kunne have længere sygdomsperioder – altså netop ikke det, vi forstår ved almindelige, men derimod særlige vilkår. Hvis tilbudet om en aktiv tilværelse skal ud til flere med funktionshæmning, er der nok ikke andet at gøre end at satse på, ved siden af området med beskæftigelse på almindelige vilkår og foranstaltninger til at fremme dette, at skabe en anden type muligheder for alle dem, som ikke kan klare disse vilkår.

Hvis vi på tilsvarende måde, som man gjorde i 1962-undersøgelsen (Andersen, 1964b), skulle tolke den her foreliggende undersøgelse i lyset af den udvikling, vi nu venter på det sociale område, skulle man pege på, at en mere fleksibel og individuel indsats muligvis kunne klare nogle af de tilbageværende problemer, ligesom der kunne være muligheder i en større rolle for handicaporganisationer og evt. en type organisationer eller foretagender, der ikke samtidig skulle varetage medlemmernes interesser.

Forvaltningsperspektiver

Administrativt har udviklingen gennem perioden siden 1960 været planlægningen og gennemførelsen af en decentralisering af den konkrete opgavevaretagelse. Til at imødegå det deraf følgende udgiftspres er der også sket en opstramning og centralisering af den finansielle side. Den yderste konsekvens af denne proces af decentralisering – centralisering er, at hver selv beslutter hvilke sociale løsninger, de vil have, ligesom når man handler på et marked, med begrænsninger der er lige så klare som de begrænsninger, en indtægt sætter for at handle på et almindeligt mar-

ked. På det trin er foranstaltningerne således helt den enkeltes ansvar. Vi er imidlertid stadig et stykke fra dette yderpunkt, og på det stadi at de forskellige hjælpeforanstaltninger søges ved kommunen, som så optræder som sagsbehandler, og tager de primære beslutninger med hensyn til hvilke hjælpeforanstaltninger, man er berettiget til.

Hvordan skal den udbredte utilfredshed med den kommunale sagsbehandling forstås? Er den en naturlig ting, som vi bare må vænne os til, eller er den en effekt af, at der mangler en uvildig rådgivning, som kan give ansøgeren et troværdigt og uafhængigt indtryk af, hvor meget det er realistisk at opnå, så ansøgeren af denne grund altid har en usikkerhed, om der mon ikke i virkeligheden var ret til mere, eller er den en effekt af, at man mangler magt, således at vi må ind på en højere grad af selvforvaltning, hvor organisationer og grupper af handicappede får en større rolle i forvaltningen af ordningerne? En fjerde mulighed er, at utilfredsheden er en virkning af, at den enkelte mangler muligheder for egentlig vækst, fordi indsatsen standser ved en overfladisk integration. Det er næppe kun en enkelt af disse grunde, der ligger bag den store utilfredshed, men det er værd at beskæftige sig med, hvordan systemet udvikles i en retning, så forventninger og realiteter kommer til at stemme bedre overens.

Handicap og funktionshæmning

Som indledningsvis forklaret har vi i denne publikation benyttet udtrykket "funktionshæmning" eller "funktionsnedsættelse" generelt, mens vi har benyttet udtrykkene "let funktionshæmning" (eller -nedsættelse) og "handicap" (= svær funktionsnedsættelse), når der skulle skelnes mellem forskellige grader. Når de generelle udtryk er benyttet, er der derfor tale om resultater, som gælder generelt, og hvor forskellen mellem gruppen med lettere funktionsnedsættelse og gruppen af handicappede er en gradsforskel. Vi har dog ofte i ovenstående referat anført resultater for handicappede og lettere funktionshæmmede hver for sig, også i mange tilfælde, hvor der blot er tale om gradsforskel. Det er gjort, fordi

det ofte har en særlig interesse at kende tallene for den mest belastede gruppe.

Der er således rent praktiske grunde til, at ordene "funktionshæmning" og "handicap" her er blevet brugt, som de er. Dette bør imidlertid ikke tilsløre, at det generelle billede, der tegnes af undersøgelsens resultater, er, at der så at sige hele vejen igennem er tale om gradforskelle. De belastninger og problemer, vi finder i forbindelse med handicap, genfindes i gruppen af lettere funktionshæmmede med den forskel, at det her er i færre tilfælde og i lettere form. Der kan ikke i denne undersøgelses resultater findes nogen støtte for en opfattelse af handicap som noget principielt andet end funktionshæmning af lettere grad, der er intet, der tyder på, at denne kvantitative forskel i socialpolitisk sammenhæng bliver kvalitativ.

Dansk lovgivning adskiller sig fra de fleste andre landes ved, at man ikke definerer noget begreb om handicap, men stiller de forskellige foranstaltninger til rådighed for dem, der konkret har behov for dem. Undersøgelsens generelle resultat kan siges at støtte denne linie. Det fremgår, at i gruppen af lettere funktionshæmmede, ja selv i gruppen med helt ubetydelige funktionshæmninger vil der være tilfælde, hvor der er behov for en indsats på mange af de samme områder som over for handicappede, blot vil det være tilfældet i en meget mindre del af tilfældene end det vil i gruppen af handicappede. Der kan således ikke på grundlag af undersøgelsen argumenteres for, at lovgivningen bør definere, hvad der skal forstås ved "handicap".

Udbredelse af funktionshæmning i befolkningen

Hvor mange er funktionshæmmede?

Når vi vægter undersøgelsesresultatet i forhold til bortfaldet i undersøgelsen, finder vi, at der i aldersgruppen 18-60 år skulle være 520.829 personer med målelig funktionshæmning ud af i alt 3.139.071 personer i aldersintervallet (1.1.95). (Der henvises til bilagets afsnit 2.4 for en nærmere beskrivelse af, hvilke grader af funktionshæmning der svarer til de forskellige sværhedsgrader).

Ud over de her nævnte har en stor gruppe, svarende til 7,0 pct. af befolkningen i aldersintervallet 18-60 år, nævnt en kronisk sygdom eller et handicap, som dog ved den nærmere udspørgen viste sig at være af så beskednen størrelse, at det ikke fik point efter vores skala.

Tabel 2.1.
Antal personer med forskellige grader af funktionshæmning.
Estimeret. 1995.

192.075	personer i sværhedsgrad 1	6,1 pct.
81.404	personer i sværhedsgrad 2	2,6 pct.
57.642	personer i sværhedsgrad 3	1,8 pct.
56.999	personer i sværhedsgrad 4	1,8 pct.
43.666	personer i sværhedsgrad 5	1,4 pct.
36.322	personer i sværhedsgrad 6	1,2 pct.
31.193	personer i sværhedsgrad 7	1,0 pct.
9.753	personer i sværhedsgrad 8	0,3 pct.
7.153	personer i sværhedsgrad 9	0,2 pct.
4.622	personer i sværhedsgrad 10	0,1 pct.

Sammenlignes med de fordelinger, der blev fundet i Storbritannien i OPCS surveys of disability in Great Britain (Martin et al., 1988, OPCS = Office of Population Censuses and Surveys), har vi fundet *fordelinger*, der minder om de britiske, med ganske få i sværhedsgrad 10 og et stadig voksende tal, når man går til lavere kategorier. Der er imidlertid en forskel i *niveauet*. Disability Survey fandt i alt 14 pct. i den voksne befolkning med mindst en funktionshæmning, hvor de forstår begrebet således, at det omfatter medlemmer af samtlige 10 kategorier. Dette tal omfatter imidlertid hele den voksne befolkning, også de over 60-årige. Ser man nøjere på aldersgrupperne (tabel 2.2), viser det sig, at forekomsten af funktionshæmninger i nærværende undersøgelse nogenlunde svarer til den, som det britiske Disability Survey finder for omkring 60-årige, men skal vi sammenligne med de engelske resultater for den samme aldersgruppe, som vi her har set på, er billedet et andet. I sværhedsgrad 8, 9 og 10 finder vi næsten det samme som i Disability Survey, mens vi i lavere kategorier ser en stadig større merforekomst af funktionshæmning i nærværende undersøgelse, og i sværhedsgrad 1 må registrere mere end den dobbelte hyppighed her.

Heraf må man dog ikke slutte, at der er flere personer med lettere funktionshæmninger i Danmark. Resultatet af undersøgelser af denne type vil altid være meget afhængigt af meto-
dikken. Det britiske General Household Survey finder, med en anden metode, en forekomst af funktionshæmninger, som er

Tabel 2.2.
Kumuleret fordeling på forskellige grader af funktionshæmning i befolkningen. OPCS's Disability Survey, 16-59 år. og i denne undersøgelse. 1995. Promille.

	Sværhedsgrad									
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Disability Survey	1	3	6	10	16	23	30	38	45	59
Denne undersøgelse	1	4	7	17	28	42	60	79	105	166

over dobbelt så stor som Disability Survey (Martin et al., 1988). I denne undersøgelse har vi dog benyttet spørgsmålene fra Disability Survey, så forskellen må forklares med andre forhold. Trods denne forskel tyder alt imidlertid på, at vi faktisk måler funktionshæmning på samme måde, som man gør i OPCS's survey, blot med den forskel, at tærsklerne i Danmark er sat lidt lavere. Dette er diskuteret nærmere i bilagets afsnit 2.5.

Fordelingsformen, med en lang hale og den største tæthed, netop hvor vi sætter grænsen mellem betydelig og ubetydelig funktionshæmning, betyder, at antallet er meget afhængigt af selv mindre grænseflytninger. Det ses således af tabel 2.1, at de 8 sværhedsgrader 3-10 omfatter 7,8 pct. af de 18-60-årige, men inkluderer man sværhedsgrad 1-2, mere end fordobles gruppen til 16,5 pct. Selv om det er vilkårligt, hvor man sætter grænsen, betyder dette imidlertid ikke nogen tilsvarende uklarhed med hensyn til, hvad en større eller mindre funktionshæmning vil sige.

Det er værd at mærke sig, at den sproglig-kulturelle usikkerhed, som muligvis kan give nogle forskelle i målingen af funktionshæmnings sværhedsgrad i Danmark sammenlignet med Storbritannien, ikke spiller nogen rolle for de slutninger, der i øvrigt drages i denne undersøgelse. Når vi i det følgende studerer sammenhængen mellem funktionshæmning og deltagelse i arbejdslivet og en række andre forhold, er vi jo inden for denne undersøgelses rammer. Dermed er sprog, kultur, udformning af spørgsmål og undersøgelsesmetode den samme. Der er ingen variationer, der kan skabe usikkerhed af den type, som findes i sammenligninger på tværs af undersøgelser og lande.

Hvis man sammenligner med beskrivelserne i bilagets kapitel 2.4, vil de fleste nok finde, at grænsen mellem en mindre betydelig funktionshæmning og en mere betydelig (også betegnet "handicap") går omkring sværhedsgrad 3 eller i hvert fald ved sværhedsgrad 4. Hvis vi regner sværhedsgrad 3-10 som handicap, har næsten 8 pct. af befolkningen i aldersgrupperne 18-60

år sådanne. Sætter vi grænsen lidt højere, således at sværhedsgrad 4-10 bliver gruppen med handicap, drejer det sig om 6 pct.

I denne undersøgelse har vi som nævnt valgt at dele de 24 pct., der selv har angivet at have et handicap eller en kronisk sygdom, i tre kategorier: Den første kategori omfatter dem, der ikke har nogen målelig funktionshæmning, den anden kategori personer med funktionshæmning af sværhedsgrad 1-2, og den tredje kategori personer med funktionshæmning af sværhedsgrad 3-10, også betegnet handicappede.

Dermed falder befolkningen i fire dele: først 78 pct., som i første interview angiver slet ikke at have handicap eller kronisk sygdom. De 24 pct., som interviewes i anden omgang, består af:

- 7 pct. uden eller med ikke målelig funktionshæmning
= kategori 1
- 9 pct. med en lettere grad af funktionshæmning
= kategori 2
- 8 pct. med handicap
= kategori 3

Andersen (1964 b) fandt på grundlag af lægelige bedømmelser, at 6,5 pct. af de 15-61-årige, som blev interviewet i 1962, var

Tabel 2.3.

Forekomsten af fysisk handicappede blandt 15-61-årige (1962) og af fysisk funktionshæmmede blandt 18-60-årige (1995). Procent.

<i>Fysisk handicappede 1962:</i>	6,5
<i>Fysisk funktionshæmmede 1995:</i>	
Hvis sværhedsgrad 1-10	8,9
Hvis sværhedsgrad 2-10	5,7
Hvis sværhedsgrad 3-10	4,5

fysisk handicappede (s. 18). I dette begreb indgik ikke vores dimensioner "forståelse", "adfærd" og "hukommelse". Personer i fælleshusholdninger indgik ikke i populationen. I dag er der betydelig færre, der lever i fælleshusholdninger, end der var i 1962, og vi er ikke i stand til at skille dem ud. Hvis vi kun tager hensyn til de fysiske dimensioner af funktionshæmning i udregningen af funktionshæmningsmålet, får vi da også i nærværende undersøgelse en noget mindre andel personer i grupperne (tabel 2.3).

Vi har således sat grænsen for at tale om handicap lidt højere, end man gjorde i 1962-undersøgelsen. Man kan derfor lige så godt sammenligne den gruppe, vi her har kaldt kategori 3, som kategorierne 2 og 3 tilsammen, med de fysisk handicappede fra den tidligere undersøgelse. Sagt på en anden måde, omkring 1/3 af dem, der var medtaget i 1962-undersøgelsen, er formentlig personer, som vi her vil betegne som lettere funktionshæmmede.

Vi kan sammenligne nogle af oplysningerne fra undersøgelsen med tilsvarende oplysninger fra Danmarks Statistik. Fra undersøgelsen kan vi estimere, at ca. 24.000 modtager *hjemmehjælp* blandt de 18-60-årige. For befolkningen som helhed oplyser Danmarks Statistik, at 29.093 personer i alderen 18-67 år modtager varig hjemmehjælp, mens 3.409 i en eller flere perioder har modtaget midlertidig hjemmehjælp (uge 3, 1995). Disse tal passer fint sammen.

Spørger vi til *invaliditetsydelse*, er der umiddelbart et stort antal, der svarer, at de er modtagere heraf. En del må imidlertid blande ydelserne sammen, idet de ikke er i arbejde eller uddannelse, hvilket jo i almindelighed er en forudsætning for invaliditetsydelse. Døve kan dog få invaliditetsydelse i alle tilfælde. Tages der hensyn til disse forhold, kan vi ud fra undersøgelsen estimere, at der er ca. 6.800 personer mellem 18 og 60 år, der har invaliditetsydelse. Danmarks Statistik oplyser, at der er 5.861 mellem 18 og 59 år, der har invaliditetsydelse pr. 1. januar 1995. Igen tal, der passer udmærket sammen.

Der er større forskel, når vi ser på antallet af *førtidspensionister*. På baggrund af undersøgelsen kan det skønnes, at der er ca. 89.000 personer mellem 18 og 60 år, som har *højeste eller mellemste førtidspension* og samtidig har funktionshæmninger. Danmarks Statistik oplyser imidlertid, at der pr. januar 1995 var 142.738 personer mellem 18 og 59, der modtog højeste eller mellemste førtidspension. Vi har således kun 62 pct. af dem med i undersøgelsen, dvs. at 38 pct. af dem med højeste eller mellemste førtidspension ikke har funktionshæmninger som her defineret.

Endvidere kan vi på baggrund af undersøgelsen skønne, at der er ca. 38.000 personer mellem 18 og 60 år, som har *almindelig eller almindelig forhøjet førtidspension* og samtidig har funktionshæmninger. Danmarks Statistik oplyser imidlertid, at der pr. januar 1995 var 95.450 personer mellem 18 og 59, der modtog almindelig eller almindelig forhøjet førtidspension. Vi har således kun 40 pct. af dem med i undersøgelsen. På tilsvarende vis kan det altså sluttet, at 60 pct. af dem, der modtager almindelig eller almindelig forhøjet førtidspension i disse aldersgrupper, ikke mener, de har funktionshæmning.

Disse skøn over antal førtidspensionister er foretaget på baggrund af spørgsmål om, hvilke indtægtskilder undersøgelsens respondenter har. Besvarelsesprocenten på spørgsmålet tyder på, at det har været nemt at misforstå, hvilket må tages i betragtning ved bedømmelsen af de nævnte tal. Det skal bemærkes, at funktionshæmning som sådan ikke indgår i kriterierne for at få tilkendt en førtidspension.

Samliv og ægteskab

Umiddelbart er der ikke noget der tyder på, at personer med funktionshæmninger er mere eller mindre samlevende og gifte end andre. De forskelle, vi finder, er meget små og kunne sagtens hænge sammen med forskelle i aldersfordelingen. Der er nemlig lidt flere gifte og lidt færre samlevende i gruppen med

funktionshæmninger, således som det fremgår af tabel 2.4. Bemærk at denne tabel ligesom de følgende tabeller og hypotesetest (figurer) i dette kapitel er beregnet på grundlag af hele det tilfældige udvalg af 18-60-årige.

Modeller for sammenhængen mellem samliv eller ægteskab som afhængig variabel, og funktionshæmning, køn og alder som uafhængige variable størrelser bekræfter det umiddelbare indtryk fra tabellen og viser ingen direkte effekter af funktionshæmning (figur 2.1). *Der er således intet i undersøgelsen, der tyder på, at funktionshæmning som sådan, eller arten af denne, i almindelighed har indflydelse på ægteskabs- og samlivsmønstre.* Dette udelukker dog ikke, at funktionshæmning eller sygdom i det enkelte tilfælde kan have betydning for et ægteskab, eller at specielle funktionshæmninger kan have en betydning. (Se bilagets afsnit 2.6 om forklaringen af hypotesetesten)

Tabel 2.4.
Samlivsforhold, opgjort særskilt for forskellige grader af funktionshæmning, derunder personer helt uden kronisk sygdom eller funktionshæmning. Tilfældigt udvalg af alle 18-60-årige. 1995. Procent.

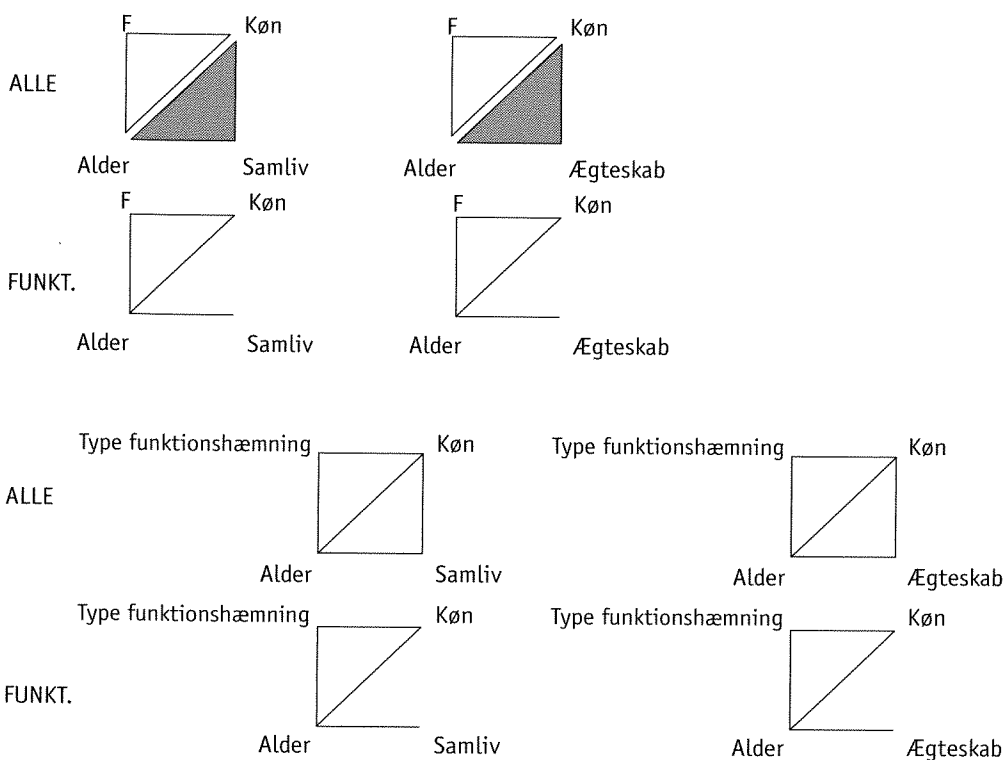
	Ingen sygdom/ funktionshæmning	Hovedundersøgelsen: kategori			I alt
		1	2	3	
Bor med ægtefælle	53	54	58	56	54
Bor med samlever	19	21	16	15	18
Bor alene	28	25	27	29	27
I alt	100	100	101	100	99
Antal	1.776	497	603	553	3.429

Kategori 1: Ikke målelig funktionshæmning

Kategori 2: Funktionshæmning af sværhedsgrad 1-2

Kategori 3: Funktionshæmning af sværhedsgrad 3-10, dvs. handicap.

Figur 2.1.
Faktorer som er af betydning for samliv og ægteskab.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

I arbejde eller i uddannelse

I det tilfældige udvalg af 18-60-årige, der var udgangspunkt for screeningsundersøgelsen (se bilagsafsnit 2.6), anførte 74 pct., at de havde arbejde, andre 9 pct., at de var under uddannelse og dermed i alt 84 pct., at de var aktive med en af disse ting (tabel 2.5). Det betyder, at 16 pct. af dette tilfældige udvalg ikke var aktive i arbejde eller uddannelse.

Tabel 2.5.

Andel i arbejde, under uddannelse, samt summen af de to, betegnet aktive i alt. Opgjort særlig for forskellige grader af funktionshæmning, derunder personer helt uden kronisk sygdom eller funktionshæmning. Tilfældigt udvalg af alle 18-60-årige. 1995. Procent.

	Ingen sygdom/ funktionshæmning	Hovedundersøgelsen: kategori			I alt
		1	2	3	
I arbejde	79	67	61	42	74
Under uddannelse	10	12	6	4	9
Aktive i alt	89	79	67	45	84
Antal	6.636	302	470	518	7.926

Kategori 1: Ikke målelig funktionshæmning

Kategori 2: Funktionshæmning af sværhedsgrad 1-2

Kategori 3: Funktionshæmning af sværhedsgrad 3-10, dvs. handicap.

Hvis vi definerer aktive som dem, der enten er i arbejde eller studerer, finder vi, at 89 pct. af dem, der ikke har kroniske sygdomme eller funktionshæmninger i første undersøgelsesomgang, er aktive, mens de tilsvarende tal for dem, der deltog i hovedundersøgelsen, er lavere og falder med funktionshæmningsgrad til 45 pct. i kategori 3.

I betragtning af at personerne i kategori 1 ikke har fået point i funktionshæmningsskalaen, og altså kan gå 350 m uden at standse op, kan samle en sikkerhedsnål op med såvel den ene som den anden hånd, kan læse almindeligt avistryk uden vanskelighed, kan følge en samtale trods baggrundsstøj og ikke engang har svært ved at "mande sig op", er det bemærkelsesværdigt, at 10 procentpoint færre af dem er i arbejde - over 50 år endda 20 procentpoint! (Tabel 2.6).

En opdeling på køn viser, at ligesom der blandt de helt raske er omkring 10 procentpoint færre kvinder i arbejde end mænd, så er det også tilfældet i hver enkelt kategori af personer med funk-

tionshæmninger. Samtidig er beskæftigelsen lavere med større grad af funktionshæmning. En opdeling på alder viser, at uddannelsesaktiviteter stort set er koncentreret i den yngre gruppe, også for personer med funktionshæmninger. Det er værd at bemærke, at *op til 50-års-alderen er et flertal, selv af de egentlig handicappede, aktive i arbejde eller uddannelse*. Over 50-års-alderen kan der for hele befolkningen ses en nedgang i erhvervsaktivitet, idet kun 70 pct. af gruppen 50-60-årige er i arbejde eller uddannelse mod 87-88 pct. af de yngre. Op mod halvdelen af denne nedgang hænger sammen med funktionshæmning. Selv en ubetydelig grad af funktionshæmning giver udslag i form af nedsat erhvervsdeltagelse.

I undersøgelsen af *Fysisk Handicappede i Danmark* (Andersen, 1964b) fandt man, at 81 pct. af mændene og 37 pct. af kvinderne var erhvervsmæssigt beskæftigede. Disse tal bør som ovenfor begrundet sammenlignes med de grupper, der i denne undersøgelse er kaldt kategori 3 og til dels kategori 2. Hvis der sammenlignes med kategori 3, er der lige så mange kvinder beskæftiget i dag som dengang, og en del flere aktive (i 1962 uddannede man sig ikke i større omfang), men en del færre mænd. Hvis der sammenlignes med kategori 2 og 3, er den samlede andel aktive nogenlunde den samme som dengang, men med en mere lige kønsfordeling.

I 1962 var 92 pct. af alle mænd i alderen 15-61 år beskæftiget og 56 pct. af alle kvinder i alderen 15-61 år, (det var den aldersafgrænsning, man benyttede i undersøgelsen af fysisk handicappede i Danmark). De tilsvarende tal er i dag i hele det tilfældige udvalg, der dannede grundlag for denne undersøgelse, at 80 pct. af mændene i alderen 18-60 år og 68 pct. af kvinderne i alderen 18-60 år er erhvervsmæssigt beskæftigede (tabel 2.6).

I undersøgelsen *Fysisk Handicappede i Danmark* (Andersen, 1964), var 5 pct. af samtlige mænd og ligeledes 5 pct. af samtlige kvinder under uddannelse, men de tilsvarende tal for fysisk handicappede var 3 pct. af mændene og 1 pct. af kvinderne. I dag er

Tabel 2.6.

Andel i arbejde, under uddannelse, samt summen af de to, betegnet aktive i alt, inden for køns- og aldersgrupper. Opgjort særskilt for forskellige grader af funktionshæmning, derunder personer helt uden kronisk sygdom eller funktionshæmning. Tilfældigt udvalg af alle 18-60-årige. 1995. Procent.

	Ingen sygdom/ funktionshæmning	Hovedundersøgelsen: kategori			I alt
		1	2	3	
<i>Mænd:</i>					
I arbejde	84	72	69	47	80
Under uddannelse	9	9	4	3	8
Aktive i alt	92	80	74	50	88
<i>Kvinder:</i>					
I arbejde	74	62	54	39	68
Under uddannelse	12	15	8	4	11
Aktive i alt	86	78	62	43	79
<i>Alder 18-34:</i>					
I arbejde	68	57	60	40	66
Under uddannelse	21	28	16	13	21
Aktive i alt	89	86	76	53	87
<i>Alder 35-49:</i>					
I arbejde	91	81	70	54	86
Under uddannelse	1	2	3	2	2
Aktive i alt	93	83	73	55	88
<i>Alder 50-60:</i>					
I arbejde	82	62	53	33	70
Under uddannelse	0	0	0	1	0
Aktive i alt	82	62	53	33	70
Antal	6.636	302	470	518	7.926

Kategori 1: Ikke målelig funktionshæmning

Kategori 2: Funktionshæmning af sværhedsgrad 1-2

Kategori 3: Funktionshæmning af sværhedsgrad 3-10, dvs. handicap.

8 pct. af mændene og 11 pct. af kvinderne i aldersgruppen 18-60 under uddannelse, men det samme gælder for 3 pct. af mændene og 4 pct. af kvinderne i kategori 3, de egentlig handicappede. Der er således nogenlunde samme forhold mellem uddannelseshyppighed blandt handicappede og i normalbefolkningen, som der var i 1962, men på et højere niveau og med mere lighed mellem kønnene (tabel 2.7).

Tabel 2.7.
Uddannelsesaktivitet i den voksne befolkning, 1962 (15-61 år)¹⁾
og 1995 (18-60 år). Procent.

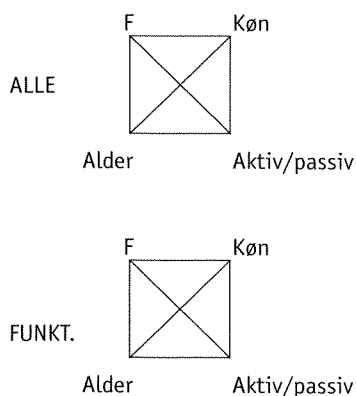
	Mænd		Kvinder	
	1962	1995	1962	1995
Alle voksne	5	8	5	11
Fysisk handicappede, kategori 3	3	3	1	4

1) 1962-data er fra Andersen (1964b).

Gennem årene er der gjort en kolossal indsats for at forbedre handicappedes muligheder for at deltage på lige fod med andre i en lang række uddannelser, og der uddannes nu langt flere handicappede end i 60'erne. Men denne uddannelseseksplosion har fundet sted i hele befolkningen. Det er værd at bemærke, at de mange bestræbelser, der siden 1962 er gjort for at sikre handicappede uddannelse på lige fod med ikke-handicappede, ikke har betydet nogen *relativ* forbedring af handicappedes forhold, men kun lige har kunnet bevare den relative position, som den var for 30 år siden. For mænd finder vi samme andel, der er under uddannelse, som man fandt i 1962-undersøgelsen, skønt andre mænd i dag uddanner sig langt mere end dengang. For kvinder finder vi til gengæld en vækst i uddannelsesaktivitet, der langt overgår den vækst, der har været for kvinder som helhed over de 33 år 1962-95.

Tabel 2.6 viser, at funktionshæmning hænger sammen med arbejds- eller uddannelsesaktivitet, også når vi ser på den enkelte aldersgruppe, samt når vi ser på mænd for sig og kvinder for sig. En hypotesetest (figur 2.2) viser da også, at funktionshæmning hænger sammen med arbejds- eller uddannelsesaktivitet, også når der kontrolleres for køn og alder. Når en hypotesetest fortæller mere end tabellen, er det, dels fordi der er testet, dels fordi køn og alder i testen er holdt konstant samtidig.

Figur 2.2.
Faktorer som er af betydning for arbejds- og uddannelsesaktivitet.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

Da det drejer sig om en af de første hypotesetest i denne publikation, skal vi uddybe de foregående bemærkninger lidt: Opdelingerne på køn og alder giver et indtryk af, at sammenhængen mellem arbejdsaktivitet og funktionshæmning findes, også når vi betragter personer med samme køn og alder. Noget tilsvarende, får man indtryk af, gælder for sammenhængen mellem samlet aktivitet og funktionshæmning. For at teste, om disse sammenhænge går ud over det, som en skæv alders- og køns-

sammensætning kunne betinge, plus det, som med rimelighed kunne tilskrives tilfældigheder ved udvalget, har vi afprøvet en serie hypoteser om sammenhængene. Vi har forudsat, at aktivitet er den afhængige variabel, og funktionshæmning, køn og alder er uafhængige variable størrelser. Det viser sig, at modellerne i alle tilfælde kan reduceres til, at alle tre uafhængige variable størrelser har betydning for aktiviteten. Det vil sige, at sammenhængen mellem funktionshæmning og aktivitet ikke kan forklares ved de andre størrelser (køn og alder).

Endvidere har vi - for dem der er i arbejde - set på hvor mange timer, de arbejder. Det viser sig, at der er en del, der arbejder deltids, men også mange, der arbejder heltids eller endog mere end heltids (tabel 2.8).

Tabellen synes at vise, at handicappede (= kategori 3), som er i arbejde, meget oftere har deltid, og forskellen mellem andelen på deltid her og i grupperne uden funktionshæmning eller med

Tabel 2.8.
Arbejdstid. Opgjort særskilt for forskellige grader af funktionshæmning, derunder personer helt uden kronisk sygdom eller funktionshæmning. Tilfældigt udvalg af alle 18-60-årige som er i arbejde. 1995. Procent.

	Ingen sygdom/ funktionshæmning	Hovedundersøgelsen: kategori			I alt
		1	2	3	
<i>Arbejdstid:</i>					
1-34 timer/uge	16	17	19	36	17
35-40 timer/uge	63	70	61	51	62
41 timer/uge og derover	22	14	20	13	21
I alt	101	101	100	100	100
Antal	1.432	292	456	495	2.675

Kategori 1: Ikke målelig funktionshæmning

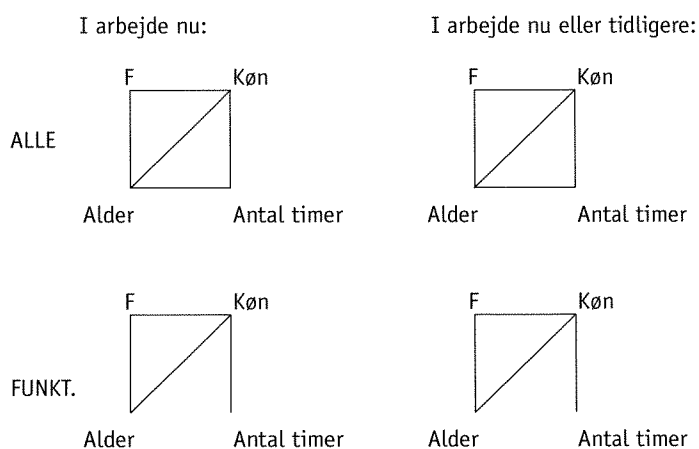
Kategori 2: Funktionshæmning af sværhedsgrad 1-2

Kategori 3: Funktionshæmning af sværhedsgrad 3-10, dvs. handicap.

en vis grad af funktionshæmning synes umiddelbart at være betydelig. Det er dog bemærkelsesværdigt, at en ikke ringe del af de handicappede arbejder over 40 timer om ugen. Vi har imidlertid undersøgt gennem en hypotesetest, om forskellen mellem ikke-handicappede og handicappede først og fremmest beror på, at denne sidstnævnte gruppe er sammensat af ældre personer og relativt flere kvinder end de øvrige grupper. Testen viser, at vi kun kan fastholde en sammenhæng med køn og alder. Sammenhængen med funktionshæmning er altså alligevel ikke større, end at den kunne tænkes at være fuldt forklaret af disse sammenhænge plus af den usikkerhed, der er ved at undersøge et udvalg. *Trods den betydelige samvariation, der fremgår af tabel 2.8, kan vi altså ikke påvise nogen sammenhæng mellem funktionshæmning og arbejdstid for dem, der er i arbejde.*

Denne hypotesetest (figur 2.3) sammenholdt med den sidste (figur 2.2) illustrerer styrken i at bruge hypotesetest i stedet for blot at støtte sig til tabeller. I begge tilfælde virkede en sammen-

Figur 2.3.
Faktorer som er af betydning for arbejdstid.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

hæng umiddelbart at være betydelig. Men hypotesetesten kan på en gang vurdere, hvor stor sammenhængen er, og tage i betragtning, om udvalget er stort nok til, at vi tør tage tallene som udtryk for en tendens i den bagvedliggende befolkning.

Endvidere har vi set på, om der var tale om offentlig eller privat ansættelse. Det store udvalg i screeningsundersøgelsen fik stillet dette spørgsmål. 40 pct. af dette helt tilfældige udvalg af 18-60-årige, som var i arbejde, var offentligt ansatte, og 60 pct. var privat ansatte. De samme tal gælder for det flertal, som tilkendegav, at de ikke havde nogen handicap eller kroniske sygdomme (tabel 2.9). For hele det tilfældige udvalg er der således ikke stærk sammenhæng mellem ansættelsesform og funktionshæmning. For den fjerdedel, der kom med i hovedundersøgelsen, ses der derimod en sammenhæng: personer med ubetydelige funktionshæmninger er oftere ansat i private virksomheder, personer med egentligt handicap oftere i det offentlige.

Funktionshæmning har forskellig betydning for ansættelsesformen for mænd og for kvinder. For mænd gælder det, at de med

Tabel 2.9.

Offentlig/privat ansættelse. Opgjort særskilt for forskellige grader af funktionshæmning, samt personer helt uden kronisk sygdom eller funktionshæmning. Tilfældigt udvalg af alle 18-60-årige. 1995. Procent.

	Ingen sygdom/ funktionshæmning	Hovedundersøgelsen: kategori			I alt
		1	2	3	
Offentligt ansat	40	35	41	48	40
Privat ansat	60	65	59	52	60
I alt	100	100	100	100	100
Antal	1.294	74	89	51	1.508

Kategori 1: Ikke målelig funktionshæmning

Kategori 2: Funktionshæmning af sværhedsgrad 1-2

Kategori 3: Funktionshæmning af sværhedsgrad 3-10, dvs. handicap.

funktionshæmninger en smule oftere er offentligt ansatte, for kvinder gælder det omvendt, at de med funktionshæmninger i lidt mindre omfang er offentligt ansatte. Specielt ses denne virkning ved en vis grad af funktionshæmning. Dette skyldes muligvis, at kvinder i det offentlige i høj grad er ansat i social- og sundhedssektoren med fysisk belastende arbejde, hvor det ofte anses for vanskeligt at indpasse handicappede. I den private sektor er der nok snarere mange mænd ansat i job med fysisk belastende arbejde.

Tester man imidlertid sammenhængen mellem funktionshæmning og offentligt/privat arbejde, får man, at det er kun ansættelsesformens sammenhæng med køn og alder, der bliver stående, mens sammenhængen med funktionshæmning ikke er tilstrækkelig bredt til stede til at kunne anses for sikker. Endelig har vi set på antal underordnede som et mål på den stilling, den enkelte har i arbejdet, men ikke fundet nogen sammenhæng med forekomsten af funktionshæmning eller graden heraf.

Uddannelsesbaggrund

I det tilfældige udvalg af 18-60-årige, som undersøgelsen tog udgangspunkt i, har 73 pct. en folkeskoleuddannelse, mens 27 pct. har studentereksamen eller lignende (tabel 2.10). Der er en betydelig sammenhæng med funktionshæmning, idet andelen af studenter varierer fra 31 pct. blandt dem, der anfører, at de ikke har nogen handicap eller kroniske sygdomme, til 12 pct. blandt dem med handicap.

I det tilfældige udvalg af 18-60-årige, som undersøgelsen tog udgangspunkt i, har 70 pct. en erhvervsuddannelse, mens 30 pct. ikke har en sådan (tabel 2.11). For erhvervsuddannelse finder vi slet ikke samme voldsomme sammenhæng med funktionshæmning. Der ses derimod en vis sammenhæng i retning af, at grupperne med mindre funktionshæmninger i større grad har erhvervsuddannelser, end det er tilfældet såvel med gruppen helt uden sygdom/handicap som med gruppen med handicap.

Tabel 2.10.

Skoleuddannelse. Opgjort særskilt for forskellige grader af funktionshæmning, derunder personer helt uden kronisk sygdom eller funktionshæmning. Tilfældigt udvalg af alle 18-60-årige. 1995. Procent.

	Ingen sygdom/ funktionshæmning	Hovedundersøgelsen: kategori			I alt
		1	2	3	
Folkeskoleuddannelse	69	75	83	88	73
Studentereksamen o.l.	31	25	17	12	27
I alt	100	100	100	100	100
Antal	6.644	496	603	552	8.295

Kategori 1: Ikke målelig funktionshæmning

Kategori 2: Funktionshæmning af sværhedsgrad 1-2

Kategori 3: Funktionshæmning af sværhedsgrad 3-10, dvs. handicap.

Tabel 2.11.

Erhvervsuddannelse. Opgjort særskilt for forskellige grader af funktionshæmning, derunder personer helt uden kronisk sygdom eller funktionshæmning. Tilfældigt udvalg af alle 18-60-årige. 1995. Procent.

	Ingen sygdom/ funktionshæmning	Hovedundersøgelsen: kategori			I alt
		1	2	3	
Ingen erhvervsuddannelse	29	34	34	41	30
Erhvervsuddannelse	71	66	66	59	70
I alt	100	100	100	100	100
Antal	6.650	497	602	551	8.300

Kategori 1: Ikke målelig funktionshæmning

Kategori 2: Funktionshæmning af sværhedsgrad 1-2

Kategori 3: Funktionshæmning af sværhedsgrad 3-10, dvs. handicap.

Disse forskelle mellem gruppen helt uden handicap og kroniske sygdomme og de tre kategorier med højere eller lavere grad af funktionshæmning er selvfølgelig til dels et udtryk for, at den førstnævnte gruppe har en overvægt af yngre og af mænd, mens de sidstnævnte omvendt har en overvægt af ældre og af kvinder.

For at studere sammenhængen mellem uddannelsesbaggrund og funktionshæmning nærmere må vi imidlertid gøre os klart, at der er tale om to helt forskellige sammenhænge. Når vi stiller spørgsmålet om uddannelse, er det nemlig ikke blot uddannelsesbaggrunden, der belyses, (således som afsnittets overskrift peger på). Dette er kun tilfældet for dem, der først får uddannelsen og derpå pådrager sig handicappet. Men der er også et mindretal af undersøgelsens respondenter, der allerede har haft en funktionshæmning, mens de uddannede sig.

Det udvalg af personer med funktionshæmninger, som vi ser på, består kun for 10 pct.'s vedkommende af personer med medfødt funktionshæmning. Det er også ret få, der erhverver funktionshæmning i de første 20 år af deres liv. For denne gruppe er der ganske vist en sammenhæng med skoleuddannelse såvel som erhvervsuddannelse, men denne sammenhæng kan ikke påvises, hvis man ser bort fra de personer, hvis største funktionshæmning er på dimensionen intelligens/hukommelse.

Den største del har fået deres uddannelse, før deres eventuelle funktionshæmning eller kroniske sygdom viste sig. Her kan man tænke sig den mulighed, at funktionshæmningen er betinget af uddannelsesbaggrunden: Nogle uddannelser fører til job med større risiko for skader eller nedslidning og dermed større mulighed for at komme med i gruppen af personer med funktionshæmning. Det viser sig imidlertid ikke at være tilfældet. Når det drejer sig om funktionshæmning, som er opstået, efter at ungdomstiden er slut, er der ingen klar sammenhæng med uddannelse.

Konsekvenserne af en funktionshæmning

Funktionshæmning og sygdom nærmere beskrevet

I dette og de følgende kapitler skal vi se nærmere på de 24 pct. af de 18-60-årige, som i screeningsundersøgelsen (se nærmere i bilagsafsnit 2.5) oplyste, at de havde et handicap eller en kronisk sygdom, og som derfor gik videre til hovedundersøgelsen. De fordeler sig som nævnt således, at 23 pct. har funktionshæmninger, som er for små til at registreres, 36 pct. har mindre funktionshæmninger og 40 pct. større funktionshæmninger i forskellig grad. Den sidstnævnte del svarer nogenlunde til, hvad man officielt i Danmark betegner "handicappede". Vil man vide noget om forholdene for personer med handicap, må man altså se på dem.

Imidlertid har det stor betydning for undersøgelsen, at vi også har de førstnævnte to grupper med. Ved at have forskellige grader af funktionshæmning repræsenteret kan vi få illustreret betydningen af handicap for andre forhold. Da en stor del af de spørgsmål, vi har stillet, forudsætter, at respondenter har et handicap eller en kronisk sygdom, kunne de ikke stilles til de personer i den indledende runde, der svarede, at de ikke havde noget handicap eller nogen kronisk sygdom. Gruppen med ikke-målelig funktionshæmning adskiller sig dog fra disse, det viser tabellerne i kapitel 2, og den kan derfor ikke betragtes som kontrolgruppe. Men skalaen med tre grader af funktionsnedsættelse giver os et godt værktøj for at studere virkninger af handicap.

Hvor mange sygdomme/handicap har den enkelte? Knap 60 pct. nævner en/et, men mange har to eller flere, således at vi kommer op på et gennemsnit på 1,64 sygdom eller handicap (tabel 3.1). Kvinderne nævner lidt flere, nemlig i gennemsnit 1,68, mens mændene gennemsnitligt nævner 1,58. Ældre responden-

ter nævner flere sygdomme end yngre, fra 1,40 for de under 30-årige til 1,83 for de over 50-årige. Respondenter med en folkeskoleuddannelse og uden erhvervsuddannelse nævner flere sygdomme end de andre uddannelsesgrupper. Det siger næsten sig selv, at personer med handicap nævner flere sygdomme end personer med lettere grader af funktionshæmning.

Vi benytter i det følgende undertiden den opdeling i typer af funktionshæmning, som er præsenteret i bilagsafsnit 2.3. Men da opdelingen i mobilitetshandicappede, personer med plejebehov, sansehandicappede og hjernemæssigt handicappede er meget heterogen, benyttes i tabellerne kun den første af disse grupper suppleret med oplysninger om to særligt udvalgte grupper, som er mere entydige, nemlig personer, hvor den største funktionshæmning angår hørelsen, og personer, hvor den angår intellektuel funktion, (i daglig tale vil man bruge udtrykket psykisk udviklingshæmning om et handicap af denne type).

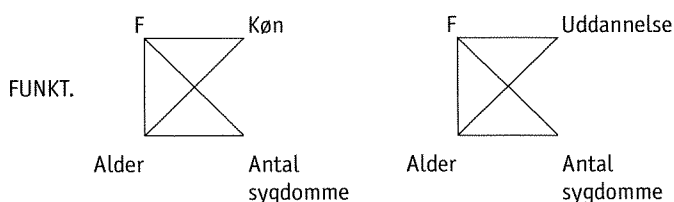
En hypotesetest viser, at når der kontrolleres for funktionshæmning og alder, forsvinder sammenhængen med køn. Selv om

Tabel 3.1.

Antal sygdomme. Procent for køns- og aldersgrupper. Hovedundersøgelsen (dvs. de 24 pct. af de 18-60-årige som har funktionshæmning eller kronisk sygdom). 1995.

Har:	Køn		Alder				Alle
	Mænd	Kvinder	18-29	30-39	40-49	50-60	
En sygdom	61	57	68	66	58	52	59
To sygdomme	25	25	25	24	27	24	25
Tre sygdomme	10	11	5	7	9	16	11
Fire sygdomme	4	5	1	3	4	6	4
Fem-> sygdomme	1	1	0	0	1	2	1
I alt pct.	101	99	99	100	99	100	100
Gennemsnit	1,58	1,68	1,40	1,46	1,65	1,83	1,64
Antal	575	717	219	241	370	462	1.292

Figur 3.1.
Faktorer som er af betydning for antal sygdomme.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

kvinder har flere sygdomme end mænd, giver variabelen køn på figur 3.1 ikke noget selvstændigt bidrag til sammenhængen, fordi disse sygdomme viser sig i nedsat funktionsevne. Derimod ser det ud til, at man med alderen får nogle sygdomme, som ikke giver sig udslag i nedsat funktionsevne.

Af alle, der selv mener, de har handicap eller kronisk sygdom, mener halvdelen, at tilstanden er stationær, en tredjedel, at den vil blive dårligere, 1/7, at deres tilstand vil blive bedre (tabel 3.2). I handicapgrupperne er der især mange blandt mobilitets-handicappede, der mener, de får det dårligere. Forventningerne til, hvordan tilstanden vil udvikle sig, hænger sammen med køn og alder på samme måde som antal sygdomme.

En funktionshæmning kan være ledsaget af *smertes*, som kan formodes at bidrage til den generelle funktionsnedsættelse. Næsten halvdelen har ofte smerter, 1/5 har undertiden smerter; i alt har således knap 2/3 smerter. Kvinder føler oftere smerter end mænd. Blandt de over 40-årige har over halvdelen ofte smerter, blandt de under 30-årige drejer det sig om godt en fjerdedel. Ikke overraskende stiger andelen med smerter, med graden af funktionshæmning, og ser vi på funktionshæmningens art, er det især de mobilitetshandicappede, der klager over smerter.

Tabel 3.2.

Hvordan forventes tilstanden at udvikle sig. Opgjort for grader af funktionshæmninger, samt for typer af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Tilstanden vil:							
- blive bedre	16	16	12	12	7	17	15
- være stationær	63	68	42	44	59	51	53
- blive dårligere	20	26	46	44	30	28	33
I alt	99	110	100	100	96	96	101
Antal	288	453	485	311	135	292	1.226

Tager man funktionshæmning som uafhængig variabel sammen med køn og alder og tester sammenhængen med personens rapporterede smerter som afhængig variabel, bliver billedet lidt mere kompliceret. Her viser det sig, at alle sammenhænge bliver stående. Sammenhængen mellem funktionshæmning og oplevede smerter er mest sikker.

Hvor meget betyder funktionshæmninger i forhold til smerter? Hvad hæmmes man mest af? For at belyse dette spørgsmål deler vi materialet op både efter funktionshæmning og efter smerter. Det giver fire grupper: handicappede med smerter, handicappede uden smerter, mindre funktionshæmmede med smerter, og endelig mindre funktionshæmmede uden smerter. Gruppen betegnet handicappede med smerter er den mest belastede, og det er at forvente, at den også vil vise sig at være stærkere hæmmet i sin udfoldelse på forskellige måder. Dette viser sig også at holde stik. Det bedste indtryk af, hvad smerte betyder, får vi ved at sammenligne grupperne handicappede uden smerter og mindre funktionshæmmede med hyppige smerter (tabel 3.3). Vi skal se lidt nærmere på disse to grupper for at få et indtryk af betydningen af de subjektive belastninger set i forhold til de objektive. I den forbindelse kommer vi ind på nogle forhold,

som i øvrigt først introduceres i de følgende kapitler. Der er for det første forskel på, hvordan de to grupper er blevet funktionshæmmede; handicappede uden smerter er oftere medfødt handicappede, mens smertebelastede med kun lettere funktionshæmning oftere har erhvervet denne gennem nedslidning. For det andet er konsekvenserne forskellige. Handicappede får oftere erstatning, og handicap betyder en større belastning for ægteskabet i de tilfælde, hvor man er gift, når det opstår.

Som man kunne vente har gruppen af handicappede uden smerter desuden flere mobilitetsproblemer, både indendørs og udendørs. Den har i det hele taget sværere ved at komme omkring og har mere behov for handicapbefordring. Gruppen af ubetydeligt funktionshæmmede med hyppige smerter har derimod oftere arbejde, men er også oftere blevet fyret. Den føler sig mindre hæmmet i forhold til muligheden for at få et arbejde og ønsker sig oftere arbejde. Både virksomhed og kolleger gør mere for dem. Samtidig lægger de dog større vægt på, at de får de lettelser i arbejdet, som de fleste peger på: Mulighed for hvile, kortere arbejdstid, mulighed for at tage flere sygeperioder.

Hyppige smerter er uden tvivl en belastning for den, de rammer, og hyppige smerter er muligvis i en vis forstand en større belastning af livskvaliteten end fx handicap. Om dette spørgsmål kan vi ikke udtale os på baggrund af undersøgelsen her. Men med hensyn til de her betragtede forhold, som er lidt mere konkrete end et begreb som livskvalitet, får man konsekvent det billede, at et handicap er værst. Tabel 3.3 og de øvrige nævnte sammenhænge tegner et billede af den handicappede uden smerter som en person, der konsekvent opnår og fastholder mindre af det, de fleste ønsker, end den ubetydeligt funktionshæmmede med hyppige smerter.

Endelig har vi spurgt om risikoen for pludselige anfald. Denne risiko mener 16 pct., de har, lidt flere kvinder end mænd. Efter handicaptyper er der flest i gruppen med hjernehandicap, færrest i gruppen af sansehandicappede.

Tabel 3.3.**Personer med handicap og uden smerter sammenlignet med personer med smerter og uden målelig funktionshæmning. 1995. Procent.**

	Handicappede uden smerter	Ubetydeligt funktionshæmmede med smerter
Handicap medfødt	15	9
Handicap opstået ved nedslidning	35	51
Handicap opstået på arbejdet	57	66
Føler sig hæmmet mht. arbejde	15	10
Virksomheden har gjort noget	17	32
Kolleger har hjulpet	19	32
Antal	337	156
Ønsker at komme i job (af personer der ikke er i job)	46	64
Antal	126	53

Hvordan er funktionshæmningen opstået?

De fleste funktionshæmninger opstår i løbet af tilværelsen. I undersøgelsen afspejler det sig i, at kun 10 pct. af respondenterne angiver, at deres funktionshæmning er medfødt, for 19 pct. er den opstået i alderen 0-19, for 20 pct. mens de var i tyverne, for 20 pct. mens de var i trediverne, 20 pct. var i fyrrerne og 10 pct. var i halvtredserne. En medfødt funktionshæmning er nogenlunde lige almindelig blandt kvinder og mænd. De medfødt funktionshæmmede hører oftest til handicapgrupperne: hjernemæssigt handicappede og sansehandicappede. Kun 2 pct. har været på nogen form for institution som børn, drenge lidt oftere end piger, (og tilsvarende gælder andre former for ophold uden for hjemmet), og det drejer sig mest om gruppen med hjernemæssigt handicap.

Hvordan opstår funktionshæmning? (tabel 3.4). Som regel er der nok flere årsager. Arbejdet kan være belastende, men vi må

Tabel 3.4.
Hvordan er funktionshæmningen opstået? Procent for mænd og kvinder. 1995.

	Mænd	Kvinder	I alt
Opstået ved nedslidning	40	42	41
Opstået ved en ulykke	24	12	17
Opstået ved psykisk belastning	3	5	4
Opstået ved ikke-arvelig sygdom	21	26	24
Opstået ved arvelig sygdom	5	10	8
Opstået ved fejlbehandling, misbrug, andet	7	5	6
I alt	100	100	100
Antal	516	641	1.157

vente, at de, der desuden har en sygdom, er langt mere udsat for nedslidning. En ulykke kunne virke som en klar årsag, men den, der er psykisk belastet, er langt mere udsat for den end den afbalancerede. Alligevel har folk som regel en mening om, hvad der er årsagen til deres handicap, når man stiller et ganske simpelt spørgsmål. Ifølge de funktionshæmmedes egne opfattelser er den almindeligste grund nedslidning, dernæst kommer sygdom, der oftest er ikke-arvelig, og endelig ulykker. Derimod er det kun omkring en procent, der angiver årsager som fejlbehandling og alkoholmisbrug. Der er en forskel mellem mænd og kvinder, mænd oplever flere ulykker og kvinder flere sygdomme. Lige mange mænd og kvinder nævner nedslidning. Da ulykkerne ofte opleves tidligere i tilværelsen end nedslidningen, nævnes ulykker ofte af de yngre og nedslidning ofte af de ældre.

Nedslidning opleves mere i nogle erhverv end i andre, og det kan derfor næppe undre, at den især fremtræder blandt personer med folkeskoleuddannelse. Ulykker fremhæves hyppigt af personer med et mobilitetshandicap. Der er imidlertid ikke større sammenhæng mellem, hvordan funktionshæmningen menes opstået og den grad af funktionshæmning, der er blevet følgen.

Den forskel, der er, peger – måske lidt overraskende – på, at psykisk belastning menes at have ført til lidt større funktionshæmninger, dvs. handicap. Nedslidning fører ofte til en tilstand, der også er præget af smerter. En række hypotesetest viser dog, at sammenhængen mellem køn, og hvordan funktionshæmningen er opstået, er den eneste, der er signifikant, når andre faktorer holdes konstant.

For at præcisere baggrunden for funktionshæmningen har vi for de første tre valgmuligheder i tabel 3.4 spurgt, hvor handicappet er opstået. I deres svar peger 2/3 på arbejdet og 1/3 på alle øvrige områder: hjemme, i fritiden, i trafikken, ved sport. De ældre respondenter peger meget oftere end de yngre på arbejdet, mens næsten 1/4 af de under 30-årige nævner sport. De personer, der har folkeskoleuddannelse, peger oftere på arbejdet.

De funktionshæmninger, der opstår på arbejdet, i trafikken og hjemme, er alvorligere, de, der opstår i fritiden, lidt mindre alvorlige og de, der opstår under udøvelse af sport, som regel

Tabel 3.5.
Hvor er funktionshæmningen opstået? Særskilt for køn, og for grader af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Køn		Funktionshæmning			I alt
	Mænd	Kvinder	Kategori			
			1	2	3	
På arbejdet	67	64	61	64	69	65
I trafikken	8	6	6	7	7	7
Hjemme	8	15	9	12	13	12
Ved sport eller badning	6	5	10	6	2	5
I fritiden i øvrigt	9	7	10	8	5	7
Ved ikke	3	3	4	3	3	3
I alt	101	100	100	100	99	99
Antal	345	376	172	260	289	721

ubetydelige. Mobilitetshandicap er oftere end andre funktionshæmninger opstået på arbejdet.

En erhvervet funktionshæmning kan give anledning til, at den pågældende får erstatning. Det er tilfældet for 13 pct. af de adspurgte, mænd lidt oftere end kvinder. Procenten hænger ikke sammen med graden af funktionshæmning, men der er flere erstatninger, når det gælder mobilitetshandicappede end blandt de øvrige former for funktionshæmning.

Hvad har det betydet for ægteskab eller samliv?

3/4 af dem, hvis funktionshæmning opstod, efter at de blev 18 år, var gift eller samlevende på det tidspunkt. De blev spurgt, hvad det betød for ægteskabet eller forholdet, at funktionshæmningen opstod. Der kan således være tale om meget forskellige typer forhold, fra relativt nye samlivsforhold til veletablerede ægteskaber med mange år bag sig.

Tabel 3.6.

Funktionshæmningens betydning for ægteskabet? Besvaret af dem, der var gift da deres funktionshæmning eller kroniske sygdom opstod. Opgjort efter grad af funktionshæmning og arten af den primære funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobilitet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Gik fra hinanden	3	3	5	2	3	5	4
Var en belastning	10	18	17	16	13	21	16
Betød ikke noget	81	75	68	72	83	69	73
Kom tættere på hinanden	5	4	10	9	1	6	7
I alt	100	100	100	99	100	101	100
Antal	150	257	308	203	69	173	715

I knap 3/4 af alle disse tilfælde havde det ikke nogen betydning for forholdet (ægteskabet), at funktionshæmningen opstod, mens det i 7 pct. af tilfældene ligefrem betød, at man kom tættere på hinanden. Det betyder, at der i 4/5 af tilfældene ikke var tale om en belastning af forholdet. Der er ingen væsentlig forskel på mænds og kvinders reaktion på, at en ægtefælle/samlever erhverver funktionshæmning (Tabel 3.6).

Såvel et handicap som en mindre funktionshæmning er en belastning for forholdet i 1/5 af tilfældene, men er der tale om handicap, er der flere, der svarer, at parterne kom tættere på hinanden. Når det er alvorligt, kan man ikke lige så tit være uberørt. For de typer funktionshæmning, der er illustreret i tabellen, får hørehandicap oftest ikke nogen betydning, mens psykisk udviklingshæmning oftest giver belastninger.

Er der forskel på tidligt og sent handicappede personer?

I dette afsnit skal vi se, hvilken forskel det gør, om funktionshæmningen (handicappet) er opstået tidligt eller senere. I den forbindelse vil vi komme ind på en række forhold, som i øvrigt først introduceres i de følgende kapitler. Her skal de blot ses som tegn på status eller "etablerethed". Det kan vises, at sent handicappede er mere etablerede end tidligt handicappede.

Der er tale om en anden sammensætning af funktionshæmninger i gruppen med medfødt funktionshæmning på den ene side og gruppen med sent erhvervede på den anden. Årsagerne er selvfølgelig forskellige. De sent erhvervede funktionshæmninger skyldes meget ofte nedslidning, og de er ofte smertefulde, hvilket ikke lige så tit er tilfældet med de tidligt erhvervede.

Man ser også på en række forhold, at de sent funktionshæmmede er blevet mere veletablerede, før de har erhvervet deres funktionshæmning (Tabel 3.7). De er oftere gift og bor i større boliger. Til gengæld har de også flere problemer med at anvende disse boliger, som jo næppe er anskaffet med viden om, at deres funktionshæmning ville komme. De sent funktionshæmmede

har oftere motorkøretøj, end de tidligt funktionshæmmede har. Når de sent funktionshæmmede har flere problemer med boligen, skyldes det nok, at den ikke er hensigtsmæssig. For når det drejer sig om at benytte bus eller tog og om at komme omkring, svarer respondenterne ret ens uafhængigt af, hvornår funktionshæmningen opstod. Der er således ikke noget, der tyder på, at de tidligere opståede funktionshæmninger skulle være mere eller mindre alvorlige end de senere opståede. En sammenstilling af, hvornår funktionshæmningen er opstået og funktionshæmnin- gens grad, viser dog, at gruppen, hvis funktionshæmning er opstået i alderen 8-29 år, er mindre funktionshæmmet end de andre grupper og på en række måder bedst stillet: de er oftest i arbejde og (sammen med dem, der har erhvervet det i alderen 0-7 år) oftest i heltidsarbejde. De er også oftest i uddannelse og udfører mest frivilligt arbejde.

Kan en hypotese om, at sent funktionshæmmede har erhvervet sig en højere status i samfundet, holde for en hypotesetest? Vi tester tre forhold, der alle kan siges at repræsentere forskellige former for "etablerethed", nemlig ægteskabelig status, boligens størrelse og ejerskab af motorkøretøj. Det viser sig, at der kan påvises en sammenhæng mellem, hvornår funktionshæmningen er opstået og den ægteskabelige status, selv når alder og køn

Tabel 3.7.
Tidligt og sent funktionshæmmede personer sammenlignet med hensyn til forhold af betydning for dagliglivet. 1995. Procent.

	<i>Funktionshæmningen er opstået i alderen:</i>				I alt
	Medfødt	1-7	8-29	30-60	
Faktisk samlevende	60	65	68	78	72
Har ofte smerter	34	26	41	51	45
Har bolig over 110 m ²	45	39	48	59	53
Har arbejde	52	54	60	49	53
Har motorkøretøj	54	65	64	74	68
Antal	132	57	442	659	1.290

holdes konstant, og der kan ligeledes påvises en sammenhæng mellem, hvornår funktionshæmningen er opstået, og ejerskab af motorkøretøj. Disse hypoteser holder altså. Derimod er der ingen sammenhæng med størrelsen af boligen. En mulig forklaring på det sidste kunne være, at en del af de senere funktionshæmmede flytter til handicapegnede boliger, som vel ofte er mindre end dem, de flytter fra.

Arbejde, uddannelse og forsørgelse

Lønnet arbejde

I kapitel 2 så vi, at der med stigende funktionshæmning er færre i arbejde og færre arbejds- eller uddannelsesaktive i alt. Denne sammenhæng mellem funktionshæmning og aktivitet findes ved siden af og uafhængigt af sammenhængen med køn og med alder. Det vil sige, at kvinder, såvel med som uden funktionshæmninger, er mindre hyppigt i arbejde og lidt mindre hyppigt arbejds- eller uddannelsesaktive end mænd, og personer over 50 er – ligeledes uden hensyn til, om de har funktionshæmninger eller ej – mindre hyppigt i arbejde eller uddannelse. Ved arbejde forstår vi i denne sammenhæng et lønnet arbejde, ikke fx frivilligt ulønnet arbejde eller et revalideringsforløb. Funktionshæmning fører altså til mindre erhvervsdeltagelse. Men når dette er sagt, skal det samtidig fremhæves, at et stort antal personer med funktionshæmninger er i arbejde. Dette gælder endog for gruppen af egentligt handicappede, hvor over halvdelen af de under 50-årige viser sig at være aktive – for den yngre del i arbejde eller uddannelse, for gruppen 35-49 år helt overvejende i arbejde. Det er således en betydelig del af dem med funktionshæmninger – også i gruppen af handicappede – der er i arbejde. Og når de er i arbejde, er det ofte fuld arbejdstid eller mere.

I dette kapitel skal vi gå videre og se hvad hovedundersøgelsen med dens mange spørgsmål, som forudsætter, at respondenten har et handicap eller en sygdom, kan fortælle os om forholdene med hensyn til arbejde¹⁾. Det fremgår (tabel 4.1), at lidt over

1) Som nævnt, bliver procenterne af flere grunde lidt anderledes for det tilfældige udvalg i hovedundersøgelsen, end når vi i screeningsundersøgelsen ser på dem, der har anført at have handicap eller kronisk sygdom. Disse forskelle hænger sammen med forskelligt bortfald, men de påvirker ikke de sammenhænge mellem forskellige forhold, som kan belyses i undersøgelsen, og dermed ikke de konklusioner der drages.

halvdelen er i arbejde, mens noget under halvdelen tidligere har været det. Kun ganske få procent har aldrig været i berøring med arbejdsmarkedet. 61 pct. af mændene og 47 pct. af kvinderne er i arbejde. Der er en sammenhæng med alder, således at de ældste over 50 år sjældnere er i arbejde (det er 39 pct. af dem), mens det for grupperne under 50 er tilfældet for omkring 60 pct., blandt dem i 30'erne er det endda 67 pct., der er i arbejde. Andelen i beskæftigelse falder med stigende funktionshæmning. Ser vi på typer af funktionshæmning, er sansehandicappede mest aktive med hele 71 pct. i arbejde.

Tabel 4.1.

Andelen af forskellige grupper der er i arbejde, set i forhold til grad af funktionshæmning. Procent med forskellig basis i de enkelte rubrikker. 1995.

	Andel i arbejde i kategori			I alt
	1	2	3	
Med folkeskole	67	56	39	51
Med studentereksamen	67	69	58	65
Folkeskole, ikke erhvervsuddannelse	53	39	25	36
Folkeskole, erhvervsuddannelse	75	65	49	61
Studentereksamen, ikke erhvervsuddannelse	56	41	53	50
Studentereksamen, erhvervsudd.	73	81	60	72
I alt	67	58	41	53

Uddannelse har en vis betydning: En studentereksamen øger generelt set andelen af beskæftigede med 11-14 procentpoint, en erhvervsuddannelse med 22-25 procentpoint. Det fremgår således af tabel 4.1, at en erhvervsuddannelse betyder langt mere end en skoleuddannelse for chancen for at være i beskæftigelse. Der er imidlertid nogle bemærkelsesværdige nuancer i betydningen af de to typer uddannelse.

For dem med ikke-målelig funktionshæmning (kategori 1) er det kun erhvervsuddannelse, der betyder noget for chancen for at være i beskæftigelse. For handicappede (kategori 3) betyder erhvervsuddannelsen især meget for dem, der har folkeskoleuddannelse, det kan også siges på den måde, at det vigtigste er at have enten studentereksamen eller erhvervsuddannelse. Erhvervsuddannelse betyder dog også noget for dem med studentereksamen.

De fleste fik deres arbejde på samme måde som andre, gennem annoncer eller bekendte. De mere specielle måder, hvor funktionshæmmede kan få en særlig behandling, dvs. anvisning af AF, kommunen eller gennem revalidering, blev tilsammen kun benyttet af 13 pct.

Holdningen til arbejde er belyst gennem en skala, som blev udviklet i Socialforskningsinstituttets første handicapundersøgelse: Fysisk Handicappede i Danmark (Andersen, 1964b). Der blev stillet fire spørgsmål om trivsel i erhverv, og en test viste, at de tre dannede en skala. Det drejer sig om spørgsmålene:

- Kan De lide Deres arbejde?
- Føler De, at De er kommet på Deres rette hylde?
- Føler De Deres arbejde som en ubehagelig byrde?

En test i nærværende undersøgelse – ved faktoranalyse – viser, at disse tre spørgsmål stadig kan beskrives ved en enkelt dimension. 96 pct. af personerne i arbejdsmæssig beskæftigelse oplyser som svar på det første af disse spørgsmål, at de kan lide deres arbejde, mens 78 pct. får maksimalt point på trivselsskalaen. I kategori 3 er det 72 pct., der får maksimalt point, det tilsvarende tal var i 1962-undersøgelsen 62 pct. Det betyder åbenbart, at handicappede i dag har en betydelig mere positiv holdning til deres arbejde, end det var tilfældet i 1962. Dette skal måske ses i sammenhæng med, at realværdien af invalidepensionen blev næsten fordoblet sidst i 1960'erne til omkring det nuværende niveau. Den handicappede, der arbejder i dag, har i højere grad fore-

Tabel 4.2.

Andel med maksimal positiv holdning til nuværende arbejde blandt personer i arbejdsmæssig beskæftigelse. Opgjort efter uddannelse og alder. Procent med forskellig basis i de enkelte rubrikker. 1995.

	Aldersgrupper			I alt
	18-34	35-49	50-60	
Folkeskole, uden erhvervsuddannelse	63	71	80	71
Folkeskole, med erhvervsuddannelse	79	82	90	83
Studentereksamen, uden erhvervsuddannelse	42	50	100	47
Studentereksamen, med erhvervsuddannelse	74	78	75	77
I alt	70	79	86	78

taget et valg mellem to forsørgelsesformer, og er ikke i samme grad tvunget til det for at opretholde en rimelig levestandard.

Til trods for den positive udvikling der er sket i holdningen til arbejde fra 1962 til i dag, finder vi alligevel, at de yngre respondenter ytrer sig betydelig mere kritisk om deres arbejde, end de ældre gør. Paradokset er dog kun tilsyneladende. Det kan jo udmærket tænkes, at yngre altid har været mere kritiske end ældre, idet der jo er den mulighed, at holdningen udvikler sig positivt med alderen. De, der har folkeskoleuddannelse og erhvervsuddannelse, kan – hvad der måske kan overraske – lidt oftere lide deres arbejde end de med studentereksamen (tabel 4.2).

I 1962-undersøgelsen viste der sig den sammenhæng, at trivselsindekset for mænd var voksende med arbejdshæmningsgrad, mens det for kvinder var aftagende. I nærværende undersøgelse er sammenhængen for begge køn aftagende med funktionshæmningsgrad. (tabel 4.3)

I en *beskrivelse* af forholdene i en gruppe vil interessen samles om de konkrete forhold, som de beskrives gennem simple tabeller. Er man derimod interesseret i, hvordan tingene *hænger sam-*

Tabel 4.3.

Andel med maksimal positiv holdning til nuværende arbejde blandt personer i arbejdsmæssig beskæftigelse. Opgjort efter køn og funktionshæmning. Procent med forskellig basis i de enkelte rubrikker. 1995.

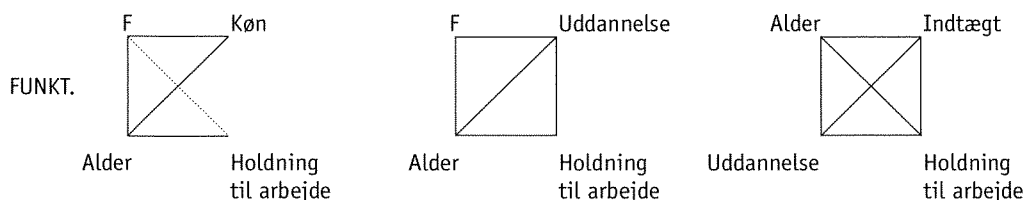
	Funktionshæmning kategori			I alt
	1	2	3	
Mænd	79	77	70	76
Kvinder	88	80	74	80
I alt	83	78	72	78

men, må man mere hæfte sig ved resultatet af hypotesetest. Når det drejer sig om holdninger til arbejdet, kan en serie hypotesetest have en ganske særlig interesse. De kan give nogle ideer om, hvad det er for forhold, der har indflydelse på, om arbejdet opleves som noget mere eller mindre positivt. Hypotesetest udført på det foreliggende materiale viser det meget interessante, at funktionshæmning ikke er et af de forhold, der påvirker holdningen til arbejdet. *Et handicap i sig selv betyder således ikke noget for, om man oplever arbejdet som noget positivt eller negativt.* Køn betyder heller ikke noget, men de afgørende faktorer er alder, uddannelse og indtægt. Der kan således ikke på baggrund af denne undersøgelse argumenteres for, at handicappede af velfærdsmæssige årsager skal forsørges gennem kontantydelse snarere end gennem arbejde. Det er dog muligt, dette resultat er kommet, fordi der er et favorabelt alternativ til arbejde, og ville se anderledes ud, hvis handicappede var tvunget til at arbejde i samme grad som andre.

42 pct. af dem, som på et tidspunkt har været i arbejde, siger, at der er sket *ændringer i deres arbejdsforhold* som følge af funktionshæmningen. Dette er oftere tilfældet for kvinder end for mænd, meget oftere for de ældre end for de yngre og oftere for dem med en folkeskoleuddannelse end for studenter (Tabel 4.4). Det er især kategori 3 (handicappede), der har været ude for

ændringer, og oftere mobilitetshandicappede, sjældnere sansehandicappede.

Figur 4.1.
Faktorer som er af betydning for holdningen til arbejde.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

Tabel 4.4.
Ændringer i arbejdet som følge af funktionshæmning opgjort for forskellige grader af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Mænd	Kvinder	Funktionshæmning			I alt
			Kategori			
			1	2	3	
Sket ændringer	36	46	30	34	57	42
Antal	564	691	293	460	502	1.255
<i>Hvilke ændringer (angivet som procenter af dem der er sket ændringer for):</i>						
Gået ned i arbejdstid	15	11	11	9	14	12
Nye arbejdsfunktioner	29	20	35	27	18	24
Kun andre ændringer	56	69	54	64	68	64
I alt	100	100	100	100	100	100
Antal	213	316	89	156	284	529

Tabellen viser, at kvinder, der er blevet funktionshæmmede, oftere end mænd har oplevet, at der er blevet foretaget ændringer i arbejdet. Skønt den ser betydelig ud, er denne sammenhæng dog kun tilsyneladende – en hypotesetest viser nemlig, at køn ikke spiller nogen rolle som uafhængig faktor, når blot funktionshæmning og alder inddrages.

Ændringen kan fx bestå i at være gået ned i arbejdstid. Køn, uddannelse eller funktionshæmning spiller her ingen rolle, men det er betydelig flere af de ældre end af de yngre, der er gået ned i tid. Flere sansehandicappede end i de andre handicapgrupper er gået ned i arbejdstid. En mere almindelig ændring er at have fået nye arbejdsfunktioner. Det gælder især dem med ubetydelige eller små funktionshæmninger.

En ting er, at en betydelig del af de handicappede – ligesom i undersøgelsen for 35 år siden – er i arbejde, og en anden del er i uddannelse. Men giver arbejdet *den handicappede de samme muligheder som andre*, der er i arbejde, eller er de fastlåst i en situation med ringe, uselvstændigt arbejde uden muligheder? Er der tale om et arbejde på almindelige vilkår, eller er der tale om et arbejde med løntilskud for personer, der er begrænset arbejdsføre?

For at starte med det sidste spørgsmål ses det allerede af tallene, at de specielle skånejob ikke kan spille den store rolle i denne sammenhæng. Vi har oplysninger, som betyder, at estimeret 96.000 handicappede (kategori 3) er i arbejde, og dertil kommer 122.000 med en lettere funktionshæmning (kategori 2) og 91.000, som hører til det, vi her har betegnet kategori 1. Disse tal skal stilles op over for ca. 3.000 skånejob i alt (Amtsrådsforeningen). For at belyse om sygdom eller handicap har hæmmet den enkelte med hensyn til advancementer og opnåelse af bedre eller mere selvstændigt arbejde, har vi direkte spurgt om dette (tabel 4.5). Som man kunne vente, er det især gruppen af handicappede, der giver udtryk for, at de har været hæmmet. Men selv i denne gruppe mener et stort flertal, at deres handicap *ikke*

har hæmmet dem. Funktionshæmningen har især betydet noget for muligheden for at få et bedre arbejde. Det er således først og fremmest de handicappede, der føler sig låst fast i et bestemt arbejde og begrænset i mulighederne for at få et bedre. Det gælder 16 pct. blandt mobilitetshandicappede, men kun 8 pct. i gruppen af sansehandicappede. Lidt færre peger på, at de er blevet hæmmet i at avancere. Det er især dem med både studentereksamen og erhvervsuddannelse, der mener således. Det opleves som lidt lettere at avancere på den arbejdsplads, man allerede er på, end at få et bedre arbejde, og dette gælder først og fremmest for handicappede. Blandt mobilitetshandicappede drejer det sig om 14 pct., blandt sansehandicappede om 7 pct. Endelig mener 7 pct., at det har hæmmet dem i at få et mere selvstændigt arbejde, fra 11 pct. for hjernemæssigt handicappede til 6 pct. for gruppen af sansehandicappede. En hypotesetest viser, at sammenhængen mellem funktionshæmning, og hvor meget funktionshæmningen har hæmmet med hensyn til arbejde, bliver stående, selv om andre faktorer inddrages ved siden af.

I 24 pct. af de tilfælde, hvor spørgsmålet har været relevant at stille, har *virksomheden gjort noget* for at hjælpe personen over virkningerne af funktionshæmningen, og i 27 pct. af tilfældene har kollegerne hjulpet. Disse former for hjælp angives lidt oftere af kvinder end mænd og oftere af dem med erhvervsuddannelse end af dem uden. Virksomheden har lidt oftere gjort noget for dem, der aldersmæssigt er i 30'erne og 40'erne, og kollegerne lidt oftere for dem i 30'erne end for andre aldersgrupper. I de aldersgrupper er man etableret på en arbejdsplads, men stadig så ung, at arbejdsophør er en meget usædvanlig foreteelse. Der bliver hjulpet fra omgivelserne, både når der er tale om mindre funktionshæmninger, og når der er tale om handicap (tabel 4.5).

På forhånd er det svært at gætte, om virksomheder og kolleger oftere vil gøre noget for at fastholde personer med en lille funktionsnedsættelse – hvor man måske ikke behøver gøre så meget – eller for personer med et egentligt handicap – hvor man til gengæld må formode, at den person, der ikke foretrækker at

Tabel 4.5.
Funktionshæmningens betydning i arbejdslivet. Opgjort efter
funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			I alt
	kategori			
	1	2	3	
Har ikke hæmmet mulighederne i arbejdet	90	85	69	81
Har hæmmet muligheder i arbejdet	10	15	31	19
I alt	100	100	100	100
<i>Hæmmet:</i>				
Mht. at opnå avancementer	5	7	16	9
Mht. at kunne få bedre arbejde	6	8	22	12
Mht. at få et mere selvstændigt arbejde	2	6	12	7
Virksomheden har hjulpet	24	21	26	24
Kollegerne har hjulpet	28	23	31	27
Antal	202	271	214	687

søge en førtidspension, er velmotiveret. Det viser sig i undersøgelsen, at virksomhed og kolleger hjælper i 1/4 – 1/3 af tilfældene helt uafhængigt af, om der er tale om handicap, let funktionsnedsættelse eller en helt ubetydelig.

For dem, der er *ophørt med at arbejde*, er dette i 65 pct. af tilfældene sket som følge af funktionshæmningen, nogenlunde lige ofte ved fyring og ved at personen selv har sagt op (tabel 4.6). Mænd mener lidt oftere, at der er tale om en fyring, som ikke har at gøre med funktionshæmningen.

Sammenhængen med funktionshæmningens grad og type er udpræget. Ophør hænger også sammen med uddannelse: Folkeskoleuddannedes ophør har oftere forbindelse med funktionshæmningen, personer med studentereksamen siger oftere, at de selv har sagt op, og at det har andre grunde.

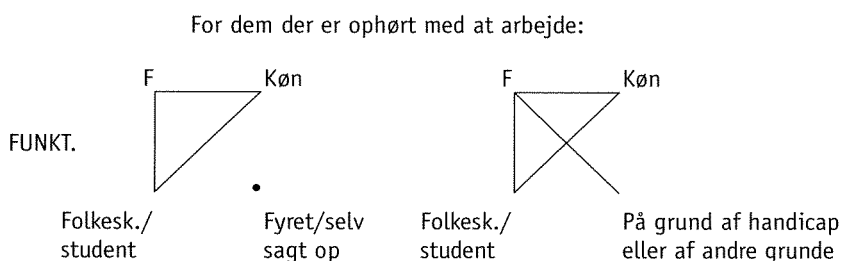
Tabel 4.6.

Årsager til arbejdsophør. Opgjort efter grad af funktionshæmning og typen af den primære funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Høreelse	Intellekt. funktion	
<i>Ophør på grund af funktionshæmningen:</i>							
Sagde selv op	23	31	37	41	23	32	33
Blev fyret	31	28	36	37	30	31	33
<i>Ophør af andre grunde:</i>							
Sagde selv op	19	19	11	9	13	13	15
Blev fyret	27	22	13	12	27	22	18
Andet	0	0	3	1	7	1	2
I alt	100	100	100	100	100	99	101
Antal	90	188	288	174	30	144	566

Figur 4.2.

Faktorer som er af betydning for, om eventuelt arbejdsophør er sket på egen foranledning eller på arbejdsgivers, og på grund af handicap eller af andre grunde.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

En hypotesetest viser, at kun en del af de omtalte sammenhænge bliver stående ved en kontrol. Dimensionen om man er fyret, eller selv har sagt op, hænger ikke påviseligt sammen med nogen af baggrundsfaktorerne, men der var jo heller ingen udpræget sammenhæng at se umiddelbart i tabellen. Der er således ingen tendens til, at handicappede oftere fyres end personer med mindre eller ubetydelig funktionshæmning. Dimensionen, om op-høret havde sin årsag i funktionshæmningen eller ej, hænger derimod påviseligt sammen med graden af funktionshæmning, et handicap er altså i sig selv årsag til arbejdsophør.

Ønsker om job, og benyttelse af særlige tilbud

Noget under halvdelen af dem, der ikke er i arbejde, udtrykker ønske om at komme det, mænd lidt oftere end kvinder (tabel 4.7). Her er sammenhængen med alder stærk: Det er hele 85 pct. af de under 30-årige, der ønsker at komme i arbejde, 73 pct. af dem i 30'erne, 51 pct. af dem i 40'erne, men kun 18 pct. af dem i 50'erne, 65 pct. af dem med studentereksamen, som ikke er i job, ønsker at komme det. Erhvervsuddannelse har ikke nogen tilsvarende betydning for omfanget af jobønsker. Af handicapgrupperne er det i gruppen af sansehandicappede, der er flest, der ønsker arbejde. Der er både ønsker om heltid og deltidsarbejde. En hypotesetest viser, at de sammenhænge med funktionshæmning og alder, som ses i en beskrivelse af materialet, begge dækker over direkte sammenhænge.

Mange mener ikke, helbredet tillader, at de arbejder heltid. Kvinder har flere af disse betænkkeligheder end mænd, og de ældre ønsker oftere end de yngre deltid. Der er stillet spørgsmål om en række forhold, der kunne gøre det muligt at komme i arbejde, nemlig om arbejdspladsindretning, hjælpemidler, personlig assistent, at kunne udføre arbejdet alene, at kunne hvile ind imellem, kortere arbejdstid, mulighed for mange sygeperioder, transport til og fra arbejde og andet. I gruppen af handicappede er det især muligheden for kortere arbejdstid, for mange sygeperioder og for at kunne hvile sig, der nævnes. Disse forhold nævnes to-tre gange oftere end forhold som hjælpemidler

Tabel 4.7.

Andelen af dem, der ikke er i arbejde, som udtrykker ønske om at komme i arbejde og forudsætninger herfor. Angivet for forskellige niveauer af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Mænd	Kvinder	Funktionshæmning			I alt
			Kategori			
			1	2	3	
Ønsker at komme i arbejde	48	41	64	51	32	44
Heraf ønsker heltid	83	51	80	68	51	65
Antal der ønsker at komme i arbejde	223	379	100	198	304	602
<i>Nødvendige forudsætninger for at komme i arbejde:</i>						
<i>Ønsker:</i>						
Arbejdspladsindretning	4	7	2	4	10	4
Hjælpe midler	8	6	2	1	16	7
Personlig assistent	1	4	0	1	6	3
<i>Ønsker mulighed for:</i>						
At komme til og fra	5	8	2	3	13	6
Udføre arbejdet alene	6	5	3	3	9	5
Hvile ind imellem	13	23	6	15	31	19
Kortere arbejdstid	26	28	13	20	44	27
Mere sygefravær	17	20	6	12	34	19
Andet	22	24	11	17	22	18
Antal	108	154	64	100	98	262

og arbejdspladsindretning (tabel 4.7). Ser man på alle grader af funktionshæmning, er der nogenlunde samme forhold mellem svarene. Flest peger på kortere arbejdstid, nemlig 27 pct. (flere af de ældre end af de yngre), mulighed for mange sygeperioder nævnes af 19 pct. (men det er ret uafhængigt af alder), og mulighed for at kunne hvile ind imellem anføres også af 19 pct. Disse forhold har der ikke været så megen opmærksomhed omkring, når integration på arbejdsmarkedet har været drøftet.

Der er et spring ned til de få procent, der anfører hjælpemidler, transportforhold til og fra arbejdet, arbejdspladsindretning og personlig assistent – de forhold, der på forskellig vis søges taget højde for. 5 pct. nævner muligheden for at kunne udføre arbejdet alene. Hele 18 pct. peger på andet.

Disse resultater kan læses på to måder, der dog ikke behøver at udelukke hinanden. På den ene side kunne man lægge vægt på, at de socialpolitiske midler, man især satser på i integrationen af handicappede i arbejdslivet, ikke synes at svare til de problemer, som det største antal af handicappede uden arbejde har, og noget tilsvarende gælder personer med lettere funktionsnedsættelse. På den anden side kunne man imidlertid drage den slutning, at de samme midler har været en succes, idet de synes at have løst problemerne for en stor gruppe, om end der stadig er nogle få procent der mangler at komme med. De fleste af de nævnte forhold nævnes især af dem med folkeskoleuddannelse – ja, arbejdspladsindretning, hjælpemidler og personlig assistent nævnes udelukkende af dem. Fordelt på handicapgrupper er det bemærkelsesværdigt, at de almindeligst nævnte forhold, der har med belastning at gøre, især nævnes af mobilitetshandicappede.

11 pct. af dem uden arbejde har *forsøgt at få et*, mænd lidt oftere end kvinder. Det gælder imidlertid 20 pct. af dem med studentereksamen. Hvorfor fik de så ikke jobbet? Det var i en tredjedel af tilfældene, fordi de selv sagde fra, og oftest på grund af funktionshæmningen, at de ikke syntes, de kunne klare jobbet. I to tredjedele af tilfældene var det på grund af afslag, men i disse tilfælde var det oftest af andre grunde end funktionshæmningen.

1/3 mener, at mulighederne for at få arbejde er stærkt begrænsede, kvinder noget oftere end mænd. Der er stor forskel efter alder her, fra 11 pct. af dem under 30 til 51 pct. af dem der er 50-50 år gamle. Det er især dem med folkeskole og uden erhvervsuddannelse, der mener, at mulighederne for at få arbejde er stærkt begrænsede. Denne opfattelse varierer stærkt med funktionshæmning, som det fremgår af tabel 4.8.

Alt dette virker som en realistisk opfattelse af situationen, som den er, især når det kombineres med, at 78 pct. – uafhængigt af kategori – benægter, at tilskyndelsen til at søge arbejde skulle være lille.

Det fremgår af tabel 4.9, at det er ret få, der benytter sig af Arbejdsformidlingen, kommunen, handicaporganisationer eller søger hjælp andre steder, når de søger job.

Tabel 4.8.

Andelen, som oplever muligheder for job som stærkt begrænsede samt tilskyndelse som ringe. Opdelt på køn, funktionshæmning, alder. 1995. Procent.

	Køn		Funktionshæmning			Aldersgrupper				I alt
	Mænd	Kvinder	Kategori			18-29	30-39	40-49	50-60	
	1	2	3							
Muligheder stærkt begrænsede	30	38	16	25	53	11	23	36	51	34
Tilskyndelsen ringe	19	22	20	22	20	24	28	19	17	21
Antal	573	716	301	470	518	219	240	369	461	1.289

Tabel 4.9.

Hvor søger man hjælp, når man vil finde job. Opgjort efter funktionshæmning og type funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	Kategori			Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
	1	2	3				
Arbejdsformidlingen	15	15	12	9	8	19	14
Kommunen	7	7	12	10	4	12	9
Handicaporganisation	0	0	1	1	0	0	0
Andre steder	6	5	5	4	4	5	5
Antal	302	470	518	311	135	293	1.290

Et flertal på over 80 pct. har *ikke deltaget i nogen aktiveringsforanstaltninger* (tabel 4.10). Flest, 10 pct., har deltaget i arbejdstilbud for langtidsledige. Tallene for kategori 3 er ikke meget anderledes end for den samlede gruppe. De yngre i udvalget har deltaget betydelig oftere i disse typer foranstaltninger end de ældre. Med hensyn til uddannelse finder man et særligt mønster for de fleste af disse aktiveringer. I gruppen uden erhvervsuddannelse, men med studentereksamen, har aktivering været prøvet af flest, og i gruppen med både erhvervsuddannelse og studentereksamen har den været prøvet af færrest.

Det er også få, der har deltaget i forskellige former for optræning (tabel 4.11). Det har i alt 9 pct., 6 pct. på revalidationsinstitution, 2 pct. på en offentlig arbejdsplads og 1 pct. på en privat arbejdsplads. Tallene for kategori 3 er en smule større. 3 pct. har haft beskyttet beskæftigelse, mænd lidt oftere end kvinder.

Tabel 4.10.
Har deltaget i aktiveringsforanstaltninger. Opgjort efter funktionshæmning og type funktionshæmning samt køn og uddannelse. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobilitet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Beskæftigelsesprojekt for unge	4	5	5	2	3	6	5
Arbejdstilbud for langtidsledige	7	11	12	10	8	13	10
Andet løntilskudsjob, i det offentlige	3	6	4	4	6	7	5
Andet løntilskudsjob, i privat virksomhed	2	4	2	2	1	6	3
Ingen af delene	87	80	81	85	85	76	82
Antal	301	470	518	311	135	293	1.289

Tabel 4.11.

Har deltaget i forskellige former for optræning. Opgjort efter a) funktionshæmning og type funktionshæmning samt b) køn og uddannelse. 1995. Procent.

a.	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
<i>Optræning:</i>							
På revalideringsinstitution	3	6	8	9	1	7	6
På offentlig arbejdsplads	1	1	3	3	1	2	2
På privat arbejdsplads	0	1	1	1	0	2	1
Har haft beskyttet beskæftigelse	1	2	5	5	1	5	3
Antal	301	470	518	311	135	293	1.289

b.	Køn		Folkeskole		Studentereksamen		I alt
	Mænd	Kvinder	Uden e.u. ¹⁾	Med e.u.	Uden e.u.	Med e.u.	
<i>Optræning:</i>							
På revalideringsinstitution	7	5	10	5	6	1	6
På offentlig arbejdsplads	1	3	1	2	5	4	2
På privat arbejdsplads	1	1	0	1	2	0	1
Har haft beskyttet beskæftigelse	4	3	5	2	2	1	3
Antal	573	716	415	670	64	137	1.289

1) e.u. = erhvervsuddannelse.

En hypotesetest viser, at både funktionshæmningens grad og uddannelse har betydning for, om en person får beskyttet beskæftigelse.

Tabel 4.12 viser, hvor mange af dem, der ikke er i arbejde, som er i gang med *en uddannelse*. Der er en stærk sammenhæng med funktionshæmningsgrad. Sammenhængen med skoleuddannelse

Tabel 4.12.

I gang med en uddannelse. Opgjort efter a) funktionshæmning og type funktionshæmning, samt b) køn og uddannelse. Procent af ikke beskæftigede. 1995.

a.	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	Kategori			Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
	1	2	3				
Er i gang med en uddannelse	30	16	7	10	13	12	14
Antal	100	197	302	178	30	150	599

b.	Køn		Folkeskole		Studentereksamen		I alt
	Mænd	Kvinder	Uden e.u. ¹⁾	Med e.u.	Uden e.u.	Med e.u.	
Antal	221	378	266	261	32	39	599

1) e.u. = *erhvervsuddannelse*.

hænger selvfølgelig sammen med, at en studentereksamen netop lægger op til, at man fortsat uddanner sig. En hypotesetest viser, at sammenhængen mellem funktionshæmning og uddannelsesaktivitet bliver stående, også når der kontrolleres for køn og alder – hvilket jo ellers ikke var åbenlyst. Uddannelsesaktivitet viser sig at være uafhængig af køn, som det også umiddelbart ser ud, men afhængig af alder og af den tidligere skoleuddannelse.

Betydningen af psykiske faktorer

Psykisk sårbarhed blev anvendt i instituttets første undersøgelse af fysisk handicappede i Danmark. Det var dengang almindeligt at opfatte psykologiske variabler som såkaldte "mellemliggende variabler", som man benyttede til at forklare, at der ikke var fuldstændig sammenhæng mellem en årsag og en følge. Når fysisk handicap ikke for alle førte til samme grad af erhvervs-hæmning, forklarede man det ved, at der var tale om forskellige

grader af psykisk sårbarhed eller manglende selvtillid, (som det også blev udtrykt, idet man fandt ud af, at psykisk sårbarhed i praksis var ensbetydende med lav grad af selvtillid). I bilagets afsnit 2.3 er der gjort rede for, hvordan psykisk sårbarhed er målt.

Selv om man næppe vil opfatte forholdet mellem psykiske faktorer og andre størrelser på samme måde i dag, har det stadig interesse at se, hvilke mønstre af psykisk sårbarhed vi finder i grupper af personer med mere eller mindre funktionshæmning, og hvilke sammenhænge der er mellem manglende selvtillid/ psykisk sårbarhed og andre størrelser. Det viser sig, at der også i denne undersøgelse er meget kraftige sammenhænge. Inden vi ser på disse og giver os til at fortolke dem, skal det dog påpeges, at manglende selvtillid hænger stærkt sammen med funktionshæmning, således at personer med mindre funktionshæmning generelt har mere selvtillid. Den psykiske faktor hænger også sammen med, hvor mange smerter den enkelte føler, jo flere smerter des større psykisk sårbarhed (og dermed mindre selvtillid, hvis vi stadig kan sætte lighedstegn mellem disse forhold). Der er også en sammenhæng med køn, idet kvinder er mere psykisk sårbare end mænd. Man kunne måske tolke psykisk sårbarhed som en samlet indikator på en række forhold, der hver for sig kan være belastende. Psykisk sårbarhed hænger faktisk sammen med de fleste af de forhold, vi måler i denne undersøgelse. Til støtte for denne fortolkning kan det endvidere anføres, at hele 16 pct. af den mest psykisk sårbare tiendedel anfører, at de har fået deres funktionshæmning af psykisk belastning, mens noget tilsvarende kun gælder for 1 pct. af den mindst psykisk sårbare halvdel. De psykisk sårbare er også meget ofte personer, for hvem funktionshæmningen har været en belastning for ægteskabet. Med den fortolkning er det ikke så underligt, at den psykiske faktor kan "forudsige" omfanget af belastning. Sammenhængen kan jo gå begge veje.

Den psykiske faktor giver på mange punkter en stærkere effekt på de forskellige dimensioner, vi måler, end nogen af de andre

faktorer, inklusive funktionshæmning og omfanget af smerter. Som nævnt hænger psykisk sårbarhed sammen med næsten alt, hvad vi måler i undersøgelsen. Vi skal derfor ikke referere alle de sammenhænge, der findes, men kun nogle af de mere markante. Vi har delt op i tre grupper, de ikke psykisk sårbare, de let psykisk sårbare og de mere psykisk sårbare (gruppe 0, 1, 2). De første to grupper udgør hver knap halvdelen af dem, der i det hele taget har funktionshæmning og kroniske sygdomme, den sidste gruppe 1/10. Når ikke andet nævnes, sammenlignes i det følgende gruppe 2 med gruppe 0.

Psykisk sårbare (personer med lav selvtillid) føler meget oftere smerter regelmæssigt (tabel 4.13). Deres funktionshæmning er som nævnt oftere opstået ved en psykisk belastning. Det er også sådan, at betydelig færre psykisk sårbare har arbejde: 28 pct. i gruppe 2 mod 66 pct. i gruppe 0. De psykisk sårbare er meget oftere end andre ophørt med deres arbejde på grund af funktionshæmningen, og de har meget oftere fået det anvist af kommunen – det gælder nemlig 15 pct. mod 2 pct. Når de arbejder, er det oftere på deltid, men det bemærkes, at den andel, der arbejder over heltid, er nogenlunde den samme i gruppe 0, 1 og 2 – dvs., den er uafhængig af psykisk sårbarhed. For de psykisk sårbare er der meget oftere sket ændringer i arbejdet som følge af funktionshæmningen, og disse ændringer består som regel i,

Tabel 4.13.
Forskellige niveauer af psykisk sårbarhed (manglende selvtillid), fordelt på forekomsten af smerter. 1995. Procent.

	Psykisk sårbarhed			I alt
	0	1	2	
Føler aldrig smerter	47	16	11	30
Føler sjældent eller undertiden smerter	29	25	15	26
Føler ofte smerter	25	59	74	45
I alt	101	100	100	101
Antal	593	556	140	1.289

at de er gået ned i tid (67 pct. mod 32 pct.), men sjældent i, at de har fået nye arbejdsfunktioner.

De psykisk sårbare føler sig meget oftere hæmmet mht. at få et arbejde, 42 pct. mod 15 pct, både hvad angår advancementer, mulighed for bedre arbejde og mulighed for mere selvstændigt arbejde. Det er psykisk sårbare, der specielt synes, de har behov for at have større mulighed for sygeperioder for at kunne have et arbejde – det mener 44 pct. i gruppe 2 mod 6 pct. i gruppe 0. Alligevel har de forsøgt at få arbejde i samme omfang som andre.

Psykisk sårbare har betydelig større behov for de forskellige sociale foranstaltninger, får ofte hjælp til at kontakte sociale myndigheder og benytter meget oftere private sociale rådgivninger. De har flere sager end andre og er mere utilfredse med behandlingen af dem. De har også selv større udgifter af deres funktionshæmning, gennemsnit 250 kr. om måneden i gruppe 2 mod 85 i gruppe 0. De får desuden mere hjælp af såvel ægtefæller som børn og venner og bekendte end andre.

Tabel 4.14.

Andel i arbejde og ønske om at komme i arbejde for forskellige niveauer af psykisk sårbarhed (manglende selvtillid). 1995.

Procent.

	Psykisk sårbarhed			I alt
	0	1	2	
<i>Andel i arbejde:</i>	66	46	28	53
<i>For dem der ikke er i job:</i>				
Ønske om at komme i arbejde	53	40	34	44
Har ikke ønske om job	47	60	66	56
I alt	100	100	100	100
Antal ikke i job	201	300	101	602

Trods disse sammenhænge kunne vi ikke ved en hypotesetest påvise nogen direkte sammenhæng mellem den psykiske faktor og følelsen af at være hæmmet mht. arbejde. Den høje grad af samvariation, der ses i tabel 4.14, med ønsket om at komme i arbejde er nok først og fremmest et udtryk for, at vort mål for den psykiske faktor (psykisk sårbarhed) samvarierer stærkt med funktionshæmning.

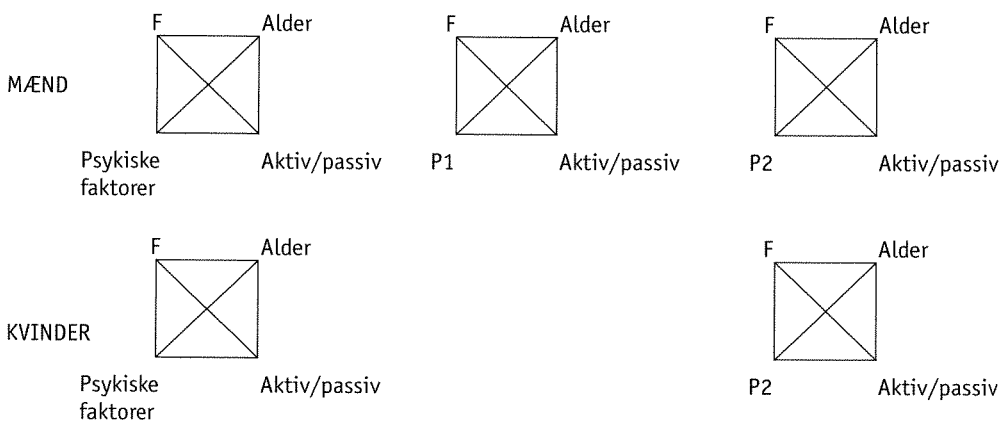
Den egenskab, vi her har kaldt psykisk sårbarhed eller manglende selvtillid, er målt ved ni spørgsmål, og en kontrol har vist, at der er høj indbyrdes sammenhæng i svarmønstrene mellem disse. En nøjere analyse viser imidlertid, at tre af spørgsmålene indbyrdes har en særlig nær sammenhæng, mens tre andre ligeledes indbyrdes har en meget nær sammenhæng. Der kan altså udskilles to komponenter af denne sårbarhed eller manglende selvtillid, den ene indebærer en vis *usikkerhed over for andre mennesker* (svært at få venner, småting går på nerverne, føler sig misforstået), mens den anden dækker over en mere *sygdomsagtig reaktion* (tager piller, har ondt, har hjertebanken).

Man hører ofte resultatet af handicapundersøgelsen 1962 sammenfattet med ordene, at handicappede har samme muligheder for at arbejde som andre, hvis de blot har tilstrækkelig selvtillid. Selv om det selvfølgelig er en grov og summarisk måde at gengive resultaterne på, må man indrømme, at specielt en række figurer og tilhørende tekst i Andersen (1966, s. 114) godt kan give læseren et indtryk i den retning. Samme publikation anfører i sit sammendrag med kursiv, at medmindre arbejdshæmningsgraden er 100 pct., er "*den fysiske lidelse i almindelighed kun erhvervsomtøgt invaliderende, såfremt den støder sammen med manglende uddannelse og med manglende positiv vurdering af egne muligheder*". Heraf konkluderes, at "*revaliderende myndigheder og institutioner ved at sætte ind overfor den handicappedes vurdering af egne evner og kræfter har et betydningsfuldt instrument at spille på*".

Umiddelbart tyder resultaterne i nærværende undersøgelse ikke på, at vi kan konkludere lige så stærkt, om end vi også her har fundet belæg for, at de psykiske faktorer spiller en rolle. Testene viser samstemmende, at den psykiske faktor har en betydning for, om personen er erhvervs- eller uddannelsesaktiv, også selv om der kontrolleres for køn og alder. Men samtidig har funktionshæmningen stadigvæk en selvstændig betydning ved siden af den psykiske faktor. Funktionshæmningen har altså ikke *kun* betydning i de tilfælde, hvor det kniber med uddannelse eller selvtillid.

Med de statistiske modeller, vi er i besiddelse af i dag, kan vi teste disse sammenhænge mere præcist, og det er formentlig baggrunden for, at vi bedømmer forholdet mellem den psykiske faktor og funktionshæmning anderledes i nærværende undersøgelse, end man gjorde i 1962, så vi kan konkludere, at funktionshæmningen i alle tilfælde har en selvstændig betydning for den enkeltes arbejdsmuligheder. Vi får nøjagtig samme billede,

Figur 4.3.
Psykiske faktors betydning for om man er arbejds- eller uddannelsesaktiv.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

enten vi tester for den psykiske faktor generelt, eller vi tager de to enkeltkomponenter, usikkerhed over for andre mennesker (p1) og sygdomsagtige reaktioner (p2). Af tekniske grunde er vi dog ikke i stand til at gennemføre testen for p1 for kvinder.

Indtægter

Indtægtsforholdene er belyst ved den samlede husstandsindkomst og arten af indtægtskilder. Det viser sig, at der er en sammenhæng mellem husstandsindkomst og funktionshæmning, således at indkomsten er mindre med større funktionshæmning (tabel 4.15). Husstandsindkomsten hænger også sammen med type funktionshæmning. Der er ikke nogen nævneværdig sammenhæng med køn, men med alder, således at indkomsten er størst i mellemgruppen. Sammenhængen med uddannelse fremtræder som lidt mere kompliceret, muligvis fordi en del studenter stadig er i gang med studierne. Med erhvervsuddannelse følger dog en højere indkomst. Derimod er der ingen indtægtsmæssig fordel forbundet med en studentereksamen, som ikke er suppleret med erhvervsuddannelse.

Hypotesetest viser, at disse forskelle bliver stående ved siden af hinanden, således at funktionshæmning, alder og uddannelse alle har en betydning for husstandsindtægten, ligesom type funktionshæmning, alder og uddannelse også spiller en rolle uafhængigt af hinanden.

Halvdelen af de undersøgte lever af lønindtægter, idet godt 1/3 er samlevende med lønindtægter for begge ægtefæller, og 1/7 er enlige med lønindtægter. En fjerdedel har en forsørgelse, hvor der ikke forekommer lønindtægter, og denne gruppe er sammensat af nogenlunde lige mange par, hvor begge udelukkende har sociale ydelser, og enlige der udelukkende lever af sociale ydelser. Den sidste fjerdedel af gruppen består af par, hvor kun den ene af parterne har lønindtægter, mens den anden modtager sociale ydelser. Det er kun nogle få, der lever af ikke-sociale pensioner eller egne midler, som ikke har kunnet klassificeres i nogen af disse grupper.

Tabel 4.15.

Bruttohusstandsindkomst. Opgjort for a) grader af funktionshæmninger, samt for typer af funktionshæmning, b) aldersgrupper og uddannelsesgrupper. 1995. Procent.

a.	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobilitet	Hørelse	Intellekt. funktion	
0-199.999 kr.	26	27	35	30	21	32	30
200-349.999 kr.	29	35	35	34	36	38	34
350.000 kr. og derover	45	38	30	36	43	31	36
I alt	100	100	100	100	100	101	100
Antal	268	409	431	258	123	250	1.108

b.	Alder			Folkeskolen		Studentereks.		I alt
	18-34	35-49	50-60	Med e.u. ¹⁾	Uden e.u.	Med e.u.	Uden e.u.	
0-199.999 kr.	37	24	32	40	24	47	25	30
200-349.999 kr.	34	28	40	37	33	37	24	34
350.000 kr. og derover	29	49	28	22	43	16	52	36
I alt	100	101	100	99	100	100	101	100
Antal	283	439	386	337	586	57	126	1.106

1) e.u. = erhvervsuddannelse.

Vi skal benytte denne opdeling i parhusstande med to lønindtægter, en lønindtægt og udelukkende sociale ydelser, samt enlige husstande med lønindtægter henholdsvis sociale ydelser i forbindelse med aktiviteter, for at belyse spørgsmålet, om der med modtagelsen af sociale ydelser følger en passiv tilværelse eller isolation. (Se kapitel 7)

Hvis man ser bort fra opdelingen i sociale indkomster og lønindkomster og sammenligner handicappedes indtægter med indtægterne i den almindelige befolkning, finder man, at handicappede gennemsnitligt har lidt større indkomster end befolk-

Tabel 4.16.

Indtægtsfordelinger set i forhold til funktionsevne, og med sammenligning med Statistisk Årbog 1995 - tal for hele befolkningen. 1995. Percentiler¹⁾ og gennemsnit.

i 1.000 kr.	Funktionsevne			Hele befolkningen
	1	2	Kategori 3	
<i>Alle:</i>				
25 pct. percentil	188	187	160	95
50 pct. percentil	320	300	240	176
75 pct. percentil	400	400	360	305
Gennemsnit	322	316	285	215
<i>Enlige:</i>				
25 pct. percentil	106	120	105	78
50 pct. percentil	147	150	135	120
75 pct. percentil	200	210	180	179
Gennemsnit	187	239	149	137
<i>Par:</i>				
25 pct. percentil	300	250	216	215
50 pct. percentil	360	341	300	311
75 pct. percentil	450	408	400	395
Gennemsnit	374	345	342	323

1) Percentiler dannes ud fra den kumulerede indkomstfordeling.
x pct. percentilen er det kronebeløb, der skiller mellem de x pct., der tjener mindst, og de 100-x pct., der tjener mest.

ningen som helhed (tabel 4.16). Enlige handicappede tjener i gennemsnit 12.000 kr. mere end enlige i det hele taget, og par tjener i gennemsnit 19.000 kr. mere. Der er imidlertid tale om oplysninger fra forskellige kilder.

Ser man på de enkelte percentiler, vil man lægge mærke til en forskel i fordelingen for enlige og for par. Enlige handicappede

har en 25 pct. percentil på 27.000 kr. over enlige i befolkningen, og en 50 pct. percentil på 15.000 kr. over befolkningen, mens 75 pct. percentilen kun er 1.000 kr. over befolkningen. Her fremkommer det højere gennemsnit altså ved, at de små indtægter er højere, end de i almindelighed er. For par forholder det sig lige omvendt: Der er 25 pct. percentilen 1.000 kr. over befolkningens, 50 pct. percentilen 11.000 kr. under, mens 75 pct. percentilen igen er 5.000 kr. over. Forklaringen på det noget højere gennemsnit kan således kun ligge i, at de højeste indtægter her er højere. De to modsatrettede tendenser tilsammen får tallene for alle handicappede til at ligge jævnt over tallene for befolkningen.

Søger man at belyse, hvad handicap betyder for indtægt, ved at sammenligne kategori 1, 2 og 3, får man alt i alt et modsat billede frem, idet det her viser sig, at handicap betyder lidt lavere indtægt. Da der her er tale om oplysninger fra samme kilde, er der grund til at lægge større vægt på dette end på den tidligere nævnte sammenligning med Danmarks Statistiks tal. Der er dog en forskel på billedet for enlige og for par, som kommer af, at vi tilfældigvis har fået et par enlige med meget høje indtægter med i kategori 2.

Bolig og aktionsradius

Bolig

Et handicap eller en mindre funktionshæmning kan på mange måder forhindre en person i at bevæge sig rundt på samme måde som andre, det gælder både indendørs i boligen, i det nærområde, hvor man færdes til daglig, og i en bredere radius. Tabel 5.1 viser, hvor mange der til dels eller i høj grad har de forskellige problemer. Tilsammen betyder disse forhold, at 14 pct. af de handicappede har et eller flere problemer med boligen, mens dette kun gælder 3-4 pct. af grupperne med mindre grad af funktionshæmning.

Alle disse problemer hænger sammen med funktionshæmning, således at de optræder hyppigere i kategori 3 end i kategori 2 og 1, men de optræder dog også her. Som man kunne vente, har personer med mobilitetshandicap betydelig flere problemer med boligen end de øvrige grupper.

Tabel 5.1.
Andelen, der har problemer med boligen, til dels eller i høj grad. Opgjort for grader af funktionshæmninger, samt for typer af funktionshæmning. 1995. Procent.

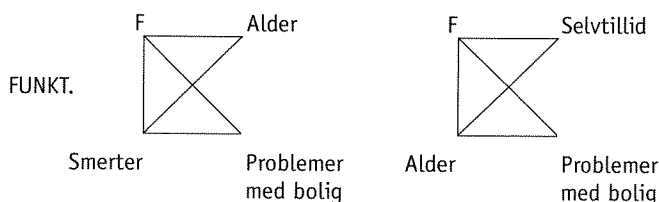
	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
<i>Problemer med at:</i>							
Komme ud og ind	0	2	6	5	1	2	3
Lave mad	0	0	2	2	1	1	1
Gå i bad	0	0	3	1	1	1	1
Andre problemer	2	1	8	7	2	1	4
I alt et eller flere problemer	3	4	14	13	4	5	8
Antal	302	469	518	311	135	284	1.289

Problemer med at komme omkring indendørs angiver godt 2 pct. at have, varierende fra 0 til 6 pct. fra kategori 1 – 3. 2/3 af dem, der har problemer, angiver bevægelsesproblemer, 1/6 balanceproblemer, og resten fordeler sig over forskellige andre forhold. I lidt over halvdelen af disse tilfælde mener folk ikke, problemerne kan afhjælpes. *Men i de tilfælde, hvor man mener, de kan afhjælpes, er de så godt som altid blevet afhjulpet.*

En hypotesetest viser, at problemer i boligen hænger sammen med funktionshæmning. Hvis der inddrages subjektive forhold som smerter og psykisk sårbarhed, viser det sig, at der er en sammenhæng med smerter, men ikke med den psykiske faktor. Dette gælder såvel det samlede indeks som de to enkelte indeks for udadvendt henholdsvis indadvendt psykisk sårbarhed.

Handicappede bor i boliger af ganske almindelig størrelse, og der er ingen systematisk sammenhæng med funktionshæmning (tabel 5.2). Cirka lige mange bor i lejligheder under 80 m², mellem 80 og 110 m², mellem 110 og 150 m², og over 150 m². Mænd har oftere de helt små lejligheder og oftere de store, kvinder oftere lejligheder mellem 80 og 150 m². De under 30-årige har meget ofte de helt små lejligheder. Handicappede har

Figur 5.1.
Faktorer som er af betydning for, om der er problemer med bolig.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

Tabel 5.2.**Boligens størrelse. Opgjort for grader af funktionshæmning, samt for typer af funktionshæmning. 1995. Procent.**

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	Kategori			Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
	1	2	3				
Bolig på 0-79 m ²	24	21	22	17	18	25	22
Bolig på 80-109 m ²	22	24	29	27	21	28	26
Bolig på 110-149 m ²	24	27	27	27	34	24	27
Bolig på 150 m ² ->	29	28	22	29	27	24	26
I alt	99	100	100	100	100	101	101
Antal	299	460	508	305	135	284	1.267

flere af de mellemstore boliger, og personer med mobilitets- eller sansehæmning har en smule oftere lidt større lejligheder, mens psykisk udviklingshæmmede lidt oftere har de mindste, men disse sammenhænge er kun små.

Hypotesetest viser, at sammenhængen med funktionshæmning og uddannelse forsvinder, hvis alder trækkes ind som uafhængig variabel.

En funktionshæmning kan nødvendiggøre, at man foretager en ændring af boligens indretning. 4 pct. har fået udført ændringer i køkkenet, 7 gange så mange kvinder som mænd. 3 pct. har fået udført ændringer på toilettet, tre gange så mange kvinder som mænd. 4 pct. har fået udført ændringer i øvrigt, her drejer det sig om dobbelt så mange kvinder som mænd. I alt har 6 pct. fået udført boligændringer af forskellig slags, men det er 3 pct. af mændene og 9 pct. af kvinderne. Der er betydelig flere af de ældre, der har fået udført boligændringer end af de yngre (tabel 5.3). Der er – naturligt nok – flere i kategori 3 end i kategori 2 og 1, der har fået ændret deres bolig. Det er oftest gruppen af mobilitetshandicappede, der får udført boligændringer.

Tabel 5.3.

Andelen, som har fået foretaget boligændringer. Opgjort for grader af funktionshæmninger, samt for typer af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
<i>Har fået boligændringer:</i>	1	3	12	13	0	4	6
Heraf i køkken	0	1	8	9	0	2	4
Heraf i toilet	0	1	7	8	0	1	3
Heraf i øvrigt	1	2	8	9	0	3	4
Antal	302	470	518	311	135	293	1.290

8 pct. mener, at de har brug for en mere handicapegnet bolig, men under 1/10 af dem er interesseret, hvis det konkretiseres i form af en toværelses lejlighed til 5.000 kr. om måneden. Der er naturligt nok mere interesse for en handicapegnet bolig i kategori 3 end i kategori 1, hhv. 14 pct. og 3 pct. Interessen for to værelser til 5.000 kr./mdl. er koncentreret til kategori 3.

Aktionsradius

Problemer med at komme omkring udendørs er der lidt flere, der har, nemlig 13 pct., 15 pct. af kvinderne og 10 pct. af mændene. Her er der en betydelig sammenhæng med alder, således at de ældre respondenter i en del flere tilfælde end de yngre giver udtryk for problemer udendørs. Der er stor forskel efter funktionshæmning, fra kategori 1 – 3 er det fra 3 pct. til 24 pct. der har problemer udendørs. Det er især i gruppen mobilitetshandicappede, man finder dem, der har problemer med at bevæge sig rundt udendørs, mest bevægelsesproblemer og dernæst balanceproblemer. Udendørs dukker der dog også nogle problemtyper op, som ikke havde større betydning indendørs: I 5 pct. af tilfældene er det angst og usikkerhed og i 4 pct. synsproblemer (tabel 5.4).

Tabel 5.4.

Type problemer udendørs. Antal. De 167, der i alt har problemer ved at komme omkring udendørs svarer til 13 pct. af alle med handicap eller kronisk sygdom. 1995.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Bevægelsesproblemer	7	24	82	64	2	11	113
Balanceproblemer	0	2	16	8	1	6	18
Synsproblemer	0	1	5	0	0	1	6
Orienteringsproblemer	0	1	0	1	0	0	1
Angst, usikkerhed	1	2	5	2	0	3	8
Andre problemer	1	3	17	8	4	5	21
I alt	9	33	125	83	7	26	167

Det er kun 1/3 af dem, der har problemer med at komme omkring udendørs, der benytter hjælpemidler dertil. De hjælpemidler, der benyttes udendørs, er oftest almindelig stok – det nævner næsten halvdelen af dem, der bruger noget – eller almindelig kørestol. Andre hjælpemidler, der nævnes, er nævnt efter forekomst, angstdæmpende medicin, el-kørestol, gangstativ og blindestok.

Ligesom mange andre har de fleste personer med funktionshæmninger en bil til at bevæge sig rundt i (tabel 5.5). Det har 67 pct., og det er kun de 2 heraf, der har handicapbiler med tilskud. 70 pct. i kategori 1, mod 50 pct. i kategori 3. Der er ikke forskel mellem mænd og kvinder, men der er en kraftig sammenhæng med alder: kun 40 pct. af de under 30-årige har bil, mod over 70 pct. i hver af aldersgrupperne over 30. Handicapbil med tilskud finder man oftest hos mobilitetshandicappede.

Det er bemærkelsesværdigt, at af 100 biler, som handicappede har, er de 90 almindelige biler købt uden tilskud eller særlige

Tabel 5.5.
Ejerskab af motorkøretøj. 1995. Procent.

	Køn		Funktionshæmning			I alt
	Mænd	Kvinder	Kategori			
			1	2	3	
Ejer ikke motorkøretøj	32	32	29	32	33	32
Alm. motorcykel, scooter	2	1	0	2	1	1
Speciel handicapmotorcykel	1	0	0	0	1	0
Almindelig bil	64	65	70	66	59	64
Handicapbil med tilskud	2	2	0	0	6	2
Handicapbil uden tilskud	0	0	0	0	1	0
Antal	573	714	302	468	517	1287

lån af nogen art, 1 er særlig handicapindrettet, men alligevel købt helt på almindelige vilkår for brugerens regning, mens 9 er handicapbiler, hvor brugeren har benyttet sig af reglerne for tilskud og lån.

Kollektive transportmidler betyder lige så meget for aktionsradius, som individuelle gør. (tabel 5.6 og 5.7).

93 pct. kan benytte bus, en smule flere mænd end kvinder, og mange flere i den yngre gruppe end i den ældre. Andelen falder med stigende funktionshæmning fra 100 pct. i kategori 1, til 85 pct. i kategori 3. Problemer med at benytte bus er dermed så godt som koncentreret til de egentlig handicappede i kategori 3. Det er især mobilitetshandicappede, der har problemerne. Det er kun ca. 1/10 af dem, der ikke kan benytte almindelig bus, som hjælpes af en lavgulvsbus. Og det er bemærkelsesværdigt, at lavgulvsbus især er en hjælp for dem, som ikke er så dårligt gående: kategori 2 mere end 3, hørehandicappede langt mere end mobilitetshandicappede.

Tabel 5.6.

Muligheder for at benytte bus og tog trods funktionshæmninger. Opgjort for grader af funktionshæmninger, samt for typer af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Kan benytte alm. bus	100	98	85	85	99	96	93
Kan kun benytte lavgulvsbus	0	0	1	1	1	0	1
Kan slet ikke benytte bus	0	1	14	14	0	4	6
I alt	100	99	100	100	100	100	100
Kan benytte alm. tog	99	98	85	85	100	96	93
Kan kun benytte IC3 tog	1	0	2	2	0	0	1
Kan slet ikke benytte tog	1	1	13	13	0	4	6
I alt	101	99	100	100	100	100	100
Antal	302	470	518	311	135	293	1.290

Tabel 5.7.

Muligheder for at benytte tog trods funktionshæmninger, selv når der er mange passagerer med. Opgjort for grader af funktionshæmninger, samt for typer af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Kan udmærket	97	93	80	86	94	87	89
Kan til nød	3	3	7	4	2	6	4
Gør det meget nødig	1	4	11	6	4	7	6
Nej, det er udelukket	0	1	3	3	0	0	1
I alt	101	101	101	99	100	100	100
Antal	300	462	455	273	134	282	1.217

Der er ligeledes 93 pct., der kan benytte *tog*, også her en smule flere mænd end kvinder og mange flere yngre end ældre. Også her er problemet koncentreret til kategori 3 og til mobilitetshandicappede. Ca 1/7 af dem, der ikke kan benytte almindeligt tog, hjælpes, hvis der indsættes et IC3 tog, men igen ser man, at IC3 er en hjælp i relativt flere tilfælde, når der er tale om mindre funktionshæmning. For en mindre gruppe på 11 pct., spiller det en rolle, at der er mange passagerer med (tabel 5.7). Der er betydelig flere kvinder end mænd, der holder sig tilbage fra de fulde tog. Forekomsten af passagerer betyder mere jo mindre funktionshæmningen er.

Ovenpå alle disse spørgsmål er den enkelte respondent bedt om at vurdere, om hun eller han *alt i alt kan komme omkring*. Det mener 98 pct., at de kan. For at konkretisere dette lidt abstrakte udsagn har vi stillet spørgsmålet, hvordan man får købt ind. Det gør de fleste selv, nemlig 86 pct., men i kategori 3 kun 75 pct. Når man ikke selv køber ind, er det i langt de fleste tilfælde familien, der gør det. Hjemmehjælp benyttes af under en procent, og det antal, der får købt ind af naboer eller af en hjælp, de selv betaler, er større end det antal, der får købt ind af en hjemmehjælper. Som en anden konkretisering af det at komme omkring har vi spurgt, hvordan man kommer til lægen. 68 pct. går selv, mens 6 pct. benytter offentlige transportmidler. I de tilfælde, hvor man ikke selv går, er det mest familien, der hjælper med at køre. 3 pct. af de adspurgte, og 4 pct. i kategori 3, benytter normalt handicapbefordring. Ikke overraskende er det mest mobilitetshandicappede, der benytter handicapbefordring.

Hjælp og service fra det offentlige, organisationer og familien

Der er en række hjælpeforanstaltninger til rådighed for bl.a. funktionshæmmede efter Bistandsloven. Da begrebet handicap imidlertid ikke defineres i det danske socialsystem, og der ikke stilles bestemte krav om funktionshæmninger for at være berettiget til hjemmehjælp og andre foranstaltninger, ved vi ikke, i hvor høj grad disse benyttes af personer med funktionshæmninger, og i hvor høj grad det er andre grupper, der skønnes at have behov herfor. Vi kan få et indtryk af dette forhold gennem denne undersøgelse.

Hjemmehjælp

4 pct. modtager hjemmehjælp, fra 1 pct. i den yngste gruppe til 7 pct. i den ældste (tabel 6.1). Der er naturligt nok mere behov for hjemmehjælp, jo større funktionshæmningen er. Set i forhold til typen af funktionshæmning er det mobilitetshandicappede, der oftest får hjemmehjælp. Mere end 2 timers hjemmehjælp om ugen gives kun i kategori 3 og kun til 3 pct. 1/4 af dem, der får hjemmehjælp, mener ikke, de får hjælp nok til personlig pleje og 1/3 ikke, at de får gjort tilstrækkelig rent, men de fleste er altså tilfredse med omfanget.

2 pct. yderligere har søgt hjemmehjælp, men ikke fået det. Hvis alle, der søgte hjemmehjælp, skulle have det, ville der blive 40 pct. flere, der fik hjemmehjælp, men fordelingen mellem kategori 1, 2, 3 ville forblive nogenlunde den samme. Ved at lukke op for at flere funktionshæmmede kunne få hjemmehjælp, ville man altså ikke begynde at give hjælpen til personer med mindre funktionshæmninger.

Da ca. 24.000 personer under 60 år modtager hjemmehjælp, vil hjemmehjælp til alle funktionshæmmede, der nu søger, altså betyde knap 10.000 flere hjemmehjælpsmodtagere. Det ville dog ikke betyde en tilsvarende forøgelse af arbejdsmængden, da vi må gå ud fra, at det er dem med mindre behov, der i dag ikke tilkendes hjælp, når de søger. Heraf kan det dog ikke slutes, at en åbning for hjemmehjælp til alle under 60 år, der søger, vil føre til netop 10.000 nye modtagere. Det kunne jo være, at der viste sig flere ansøgere, hvis det blev kendt, at det nu var lettere at blive visiteret.

Der er stillet en række spørgsmål, som giver respondenterne lejlighed til at udtrykke deres mening om hjemmehjælpen. Det er i alle tilfælde et flertal, der er helt eller delvis tilfredse, men andelen af helt tilfredse er dog nede på 25 pct., når der spørges, om der gøres rent tilstrækkelig ofte, og 39 pct., når der spørges, om man kan regne med hjælpen i sommerperioder. Det er omkring 1/4 af dem, der får hjemmehjælp, der har klaget over den, men det er kun i lidt under halvdelen af disse tilfælde, man mener, at der er lyttet til klagerne. Mænd og kvinder klager lige meget, men mens flertallet af kvinder, der har klaget, føler, der er lyttet til dem, er det et mindretal af mændene.

Tabel 6.1.
Andelen der har søgt og fået hjemmehjælp. Opgjort for grader af funktionshæmning, samt for typer af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Har ikke søgt hjemmehjælp	99	97	89	90	99	93	94
Har søgt, men ikke fået hjælp	0	1	3	3	0	2	2
Har søgt og fået hjælp	0	2	8	7	1	4	4
I alt	99	100	100	100	100	99	100
Antal	301	470	518	311	135	293	1.289

Vi har desuden spurgt, om hjemmehjælpen har svigtet på en række punkter, som har været meget omtalt i debatten. Et flertal svarer nej til disse spørgsmål, idet 77 pct. oplyser, at hjemmehjælperen ikke er udeblevet uden afbud, 73 pct. har ikke oplevet afbud, uden der er sendt en anden, 63 pct. har ikke oplevet, at der uden varsel kom en anden hjemmehjælper, mens 54 pct. ikke har oplevet, at den planlagte hjemmehjælper er erstattet af en anden med varsel.

Endelig har vi tal på, hvor mange i vores respondentgruppe, der har nødkald og får måltider bragt ud – begge disse services benyttes af en lille procent.

Sagsbehandling og vejledning

Trods alle disse foranstaltninger vil der ofte være udgifter forbundet med en funktionshæmning. Vi har spurgt, hvor store disse er, og får til svar, at de i gennemsnit er omkring 150 kr. om måneden (tabel 6.2).

Godt 60 pct. af de handicappede har selv udgifter af deres handicap, og godt 40 pct. af dem med mindre funktionshæmning

Tabel 6.2.

Egne udgifter i forbindelse med funktionshæmning. Opgjort for grader af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
<i>Egne udgifter:</i>							
Ingen	58	58	38	41	70	49	50
1-199 kr./md.	19	22	22	21	20	23	21
200-499 kr./md.	16	13	23	21	7	18	18
500 kr./md. ->	6	8	16	17	3	10	11
I alt	99	101	99	100	100	100	100
Antal	294	461	495	305	132	367	1.250

har det. Blandt de pensionsmodtagere, der modtager bistands- eller plejetillæg, finder vi ikke flere, der selv har udgifter.

Der er stillet en række spørgsmål om tilfredshed med den kommunale sagsbehandling til dem, der har (haft) en sag i kommunen (tabel 6.3). Det er ret store procentdele heraf, der udtrykker utilfredshed med sagsbehandlingen. Et pænt flertal mener, at de får utilstrækkelig information af kommunen. I betragtning af at næsten halvdelen mener, at kommunen ikke er villig til at betale, kan det også anes, hvori utilstrækkeligheden af informationen består. Selv om de øvrige problemer føles af færre, er det dog stadig meget, at over 1/3 mener, at sagsbehandlingstiden er for lang og ekspertisen i kommunen for ringe. Det er bemærkelsesværdigt, at disse punkter nævnes af så mange flere end det ofte omtalte problem med for mange forskellige sagsbehandlere.

Set i forhold til funktionshæmning er der et særligt problem. Med funktionshæmninger følger ganske naturligt, at man har flere sager med kommunen: 24 pct. i kategori 1, 26 pct. i kate-

Tabel 6.3.

Andelen, som udtrykker utilfredshed med forskellige aspekter af kommunal sagsbehandling, blandt dem der har (haft) en sag. Opgjort for grader af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Køn		Funktionshæmning			I alt
	Mænd	Kvinder	Kategori			
			1	2	3	
Sagsbehandlingstiden var for lang	38	39	35	34	42	37
Kommunen var ikke villig til at betale	43	45	36	46	44	44
Kommunen manglede ekspertise	36	36	33	31	38	36
Man blev ikke informeret om sine rettigheder	56	61	51	55	60	59
Der var for mange forskellige sagsbehandlere	28	24	21	26	26	25
Instanserne var ikke godt koordineret	50	45	38	41	47	43
Antal	175	266	71	120	250	441

gori 2, men 49 pct. i kategori 3. Men det er også sådan, at utilfredsheden vokser med funktionshæmninger. Der er konsekvent en større del utilfredse af dem, der har haft sager i kategori 3 end i kategori 1.

På et spørgsmål om sagsbehandlingen alt i alt mener 37 pct., at den har været tilfredsstillende i alle sager, mens der i den anden ende af skalaen er 28 pct., *der mener, den som regel har været utilfredsstillende.*

Kun 16 pct. af vores udvalg har søgt et *hjælpemiddel*. Af disse har 3/5 fået det, de søgte, mens 1/5 har oplevet afslag med den begrundelse, at det drejer sig om et almindeligt forbrugsgode, og 1/7 har fået afslag med begrundelse i prisen. De øvrige har fået afslag af andre grunde eller endnu ikke fået svar.

Hvis man ikke er tilfreds med den oplysning og vejledning, man kan få i kommunen, er der en række andre muligheder (tabel 6.4). 5 pct. har benyttet amtets vejledningsfunktion. Ligeledes har 5 pct. benyttet statens specialkonsulenter. Handicaporganisationernes konsulenter benyttes af en smule færre, nemlig af 4 pct., men vi finder et noget højere tal, 7 pct., hvis vi ser på, hvor meget de benyttes af deres målgruppe i kategori 3. Alle disse vejledningsfunktioner benyttes oftere af personer med studentereksamen, og der er også en tendens til, at de bruges mere af folk med erhvervsuddannelse end af dem uden.

3 pct. oplyser, at de har søgt oplysning om deres rettigheder i en handicaporganisation, men i kategori 3 er det 6 pct. I alt 20 pct. af de handicappede er medlemmer af en handicaporganisation, det gælder noget oftere for kvinder end for mænd, og en del oftere for respondenter over 40 år end for dem under. I hele den interviewede gruppe er 11 pct. medlemmer af en handicaporganisation. Hvis kategori 3 kan regnes for handicaporganisationernes egentlige målgruppe, kan det altså konstateres, at de har 1/5 af denne som medlemmer. De med tidligt erhvervet eller medfødt funktionshæmning er oftere medlemmer af handi-

Tabel 6.4.**Benyttelse af forskellige konsulenter, vejledning og rådgivninger. Opgjort for grader af funktionshæmning og typer af funktionshæmning. 1995. Procent.**

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobi- litet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Har benyttet amtets vejledning	2	2	6	7	5	5	5
Har benyttet statens specialkonsulenter	4	5	6	4	14	4	5
Har benyttet handicap- organisationernes konsulenter	3	2	7	7	2	1	4
Har søgt vejledning i en handicaporganisation	1	1	6	7	1	1	3
Har benyttet privat social rådgivning	4	4	8	8	1	6	6
Er medlem af handicap- organisation	5	6	20	20	7	9	11
Antal	300	469	518	311	135	293	1.287

caporganisationer end dem med senere erhvervet funktionshæmning. De, der har handicap i mere end en dimension, er oftere medlemmer end de, der har det i en enkelt dimension. Der er stor forskel på medlemskab i de forskellige handicapgrupper: Der er størst andel medlemmer blandt synshandicappede, hvor vi finder 36 pct., dernæst handicap med hensyn til gang, 33 pct., behændighed, 21 pct., handicap med hensyn til personlig pleje, 20 pct., intelligenshandicap, 16 pct., handicap med hensyn til hørelse, 15 pct., med hensyn til forståelse, 13 pct., med hensyn til brug af arme, 12 pct., med hensyn til kontinens, 11 pct. og med hensyn til adfærd, 11 pct.

Ca. 1/10 af dem, der er medlemmer af en handicaporganisation oplyser, at de har en tillidspost – mænd lidt oftere end kvinder. I gruppen med studentereksamen og erhvervsuddannelse er der

flere, der er medlemmer af handicaporganisationer end i de andre grupper, og der er mange flere, der har tillidsposter.

Hjælp fra netværket

Ud over den hjælp, der kan fås gennem det sociale system, spiller den hjælp, man kan betale sig til eller kan få af forskellige nærtstående personer, naturligvis også en rolle (tabel 6.5). 7 pct. betaler for at få hjælp i det daglige, personer med studentereksamen og erhvervsuddannelse oftere end de øvrige. Fordelt efter funktionshæmning er det 4 pct. i kategori 1, 5 pct. i kategori 2 og 10 pct. i kategori 3.

Desuden er der 10 pct. af de øvrige, der betaler for hjælp ved særlige lejligheder, fordelt med 7 pct. af dem i kategori 1, 9 pct. af dem i kategori 2 og 13 pct. af dem i kategori 3. I knap halvdelen af disse tilfælde benyttes en, der er kontaktet specielt med dette formål for øje, i resten af tilfældene en man i forvejen kender eller et familiemedlem. 10 pct. af de resterende har desuden overvejet at betale for hjælp, fordelt med 6 pct. af resten i kategori 1, 8 pct. i kategori 2 og 13 pct. i kategori 3.

Hvem er det, der betaler for hjælp? Er det dem, der har søgt hjemmehjælp og ikke fået det? Det er det til dels, idet 1/3 af denne gruppe betaler for hjælp, mens det kun er knap 1/6 af dem, der får hjemmehjælp, som desuden betaler for hjælp, og endnu færre af dem, der slet ikke har søgt hjemmehjælp. Men selv om denne sammenhæng kan ses, har de, som benytter betalt hjælp, i mere end 4/5 af tilfældene hverken søgt eller fået hjemmehjælp. Det er således kun en ubetydelig del af den betalte hjælp, der kan betragtes som substitut for hjemmehjælp, der ikke er tilkendt.

Over halvdelen af de handicappede oplyser, at de får gratis hjælp, især af ægtefællen, men også mange af børnene (tabel 6.5). Personer med en vis funktionshæmning eller med en ubetydelig funktionshæmning får imidlertid også ofte hjælp, nemlig i godt en tredjedel af tilfældene. Igen er det oftest af

Tabel 6.5.**Andelen, som får gratis hjælp af familie og venner. 1995. Procent.**

	Køn		Funktionshæmning			I alt
	Mænd	Kvinder	Kategori			
			1	2	3	
Af ægtefælle	17	36	20	22	38	28
Af forældre	7	10	9	8	9	9
Af børn	10	27	10	15	29	19
Af søskende	6	9	6	7	10	8
Af andet familiemedlem	5	6	3	6	6	6
Af ven/bekendt	12	12	9	10	16	12
Af en eller flere af ovenstående personer	32	54	33	35	59	44
Antal	573	716	302	469	518	1.289

ægtefælle og også i mange tilfælde af børn. Forældrene hjælper imidlertid deres børn i omkring en tiendedel af tilfældene, uanset om der er tale om handicappede, eller der er tale om personer med let eller ubetydelig funktionshæmning.

Det gælder for alle former for hjælp fra familiemedlemmer, at kvinder får disse typer hjælp betydelig oftere end mænd, mens mænd får hjælp af venner og bekendte i samme omfang, som kvinder får. Der er også spurgt om, hvad familien hjælper med. Det viser sig, at familien især hjælper med rengøring (2/3) og med indkøb (1/2), sjældent med personlig pleje, mens 1/4 (af dem, der får hjælp) bliver kørt af familien. Der er her næsten ingen forskel på handicappede og personer med let eller ubetydelig funktionshæmning.

Deltagelse i aktiviteter og social kontakt

Aktiviteter og social kontakt

Det fortæller meget om mennesker, hvordan de anvender tiden, og ved at se på dette i forhold til funktionshæmning får vi belyst en side af handicaps betydning for den enkelte i dag. Vi har belyst dette gennem spørgsmål om deltagelse i en række aktiviteter i den sidste uge. En række af spørgsmålene er kopieret fra en undersøgelse af yngre førtidspensionister (Juil, 1992) for at give mulighed for sammenligning med denne gruppe.

For det første bemærker man, at aktivitetsniveauet i en del aktiviteter falder med stigende grad af funktionshæmning. Dette er vel at forvente. Mere bemærkelsesværdigt er det derimod, at alle grupperne, selv gruppen af handicappede, i langt de fleste henseender har et højere aktivitetsniveau end gruppen af yngre førtidspensionister. Dette stemmer i øvrigt fint sammen med, at de yngre førtidspensionister konsekvent har et lavere aktivitetsniveau, jo mindre de fejler rent helbredsmæssigt. De eneste områder, hvor yngre førtidspensionister udviser en højere grad af aktivitet end handicappede, er revalidering, udflugter og ferieture, samt faste fritidsinteresser.

Specielt bemærkes, at handicappede har et højt aktivitetsniveau for foreningsliv. I sidste uge har 4 pct. af de handicappede været til møde i en handicaporganisation og andre 14 pct. i en anden forening. Dette tal er dobbelt så højt som tallet for førtidspensionister. Formentlig er der også tale om en højere aktivitet end for befolkningen som helhed, idet 36 pct. af en gruppe med samme aldersfordeling som vort udvalg af handicappede har været til foreningsmøde *i løbet af den sidste måned* (beregnet på grundlag af Fridberg, 1994).

Tabel 7.1.

Andelen, som har deltaget i en række aktiviteter i løbet af den sidste uge i funktionshæmningskategorierne (1995), sammenlignet med undersøgelsen af yngre førtidspensionister (Juil, 1992) for forskellige pensionsformer. Procent.

	<i>Denne undersøgelse</i>				<i>Yngre Førtidspensionister</i>			
	Funktionshæmning			I alt	Højeste eller mellemste førtids-pension	Alm. helbreds-betinget førtids-pension	Behovs-bestemt førtids-pension	I alt
	1	2	3					
Arbejde (inkl. sort og frivilligt)	71	61	42	56	23	22	15	21
Motion, idræt	38	36	31	34	24	22	19	23
Faste fritidsinteresser	37	36	28	33	35	30	22	32
Fritidsundervisning	12	14	11	12	9	7	6	8
Udflugter, ferieture	13	13	14	13	18	13	12	16
Foreninger og klubber	16	14	14	14	8	8	6	8
Bio, teater, koncert, udstilling	18	16	11	14	9	6	6	8
Handicaporganisation, patientgruppe	1	1	4	2	3	1	1	2
Revalidering	1	1	3	1	7	4	2	6

I dag tilbringer de fleste mere eller mindre tid foran et tv hver dag, så der er ikke noget overraskende i, at 72 pct. af vore respondenter så tv i længere eller kortere tid dagen før, de blev interviewet, uafhængigt af deres funktionshæmning (tabel 7.2). Ser man på storforbrugerne af tv, får man dog øje på, at nogle af dem, der ikke dyrker så mange af de udadvendte aktiviteter, i stedet bruger tiden her. 31 pct. har set mere end 2 timer tv går, og denne procent varierer fra 26 pct. af dem i kategori 1 til 36 pct. af dem i kategori 3. Respondenter med folkeskole har i højere grad end de med studentereksamen set mere end to ti-

Tabel 7.2.**Tid anvendt på tv i går. Opgjort for grader af funktionshæmning, samt for uddannelsesgrupper. 1995. Procent.**

	Funktionshæmning			Folkeskolen		Studentereksamen		I alt
	Kategori			Uden	Med	Uden	Med	
	1	2	3	e.u. ¹⁾	e.u.	e.u.	e.u.	
Så tv op til 1 time i går	29	28	29	23	28	42	37	28
Så tv op til 2 timer	45	45	35	40	41	31	47	41
Så tv i 2 timer eller mere	26	28	36	37	30	27	16	31
Antal	302	470	518	416	670	64	137	1.290

1) e.u. = *erhvervsuddannelse*.

mers tv i går. Der er naturligt nok også en sammenhæng med handicapgruppe, idet sansehandicappede ikke ser så meget tv som de andre grupper. For hørehæmmede har dette bl.a. sammenhæng med, at der stadig er mange ikke-tekstede programmer.

Undersøgelser af befolkningens tv-brug i almindelighed finder væsentlig højere tal, således Fridberg (1994), hvor det fremgår, at i de pågældende aldersgrupper ser 51 pct. almindeligvis fjernsyn mere end to timer på en dag.

En hypotesetest viser, at det kun er sammenhængen med skoleuddannelse, der holder.

Der tales i dag meget om, hvad *computeren* kan give mennesker med funktionshæmninger. Det er derfor ikke uden interesse, hvor meget den egentlig benyttes. 35 pct. oplyser, at de brugte computer dagen før interviewet (tabel 7.3). Der er flere mænd end kvinder, der bruger computer, og flere af dem med studentereksamen end af dem med folkeskole. Der er imidlertid en utrolig stor forskel, som følger funktionshæmning: Det er fra 54 pct. af dem i kategori 1, der brugte computer i går, og ned til

Tabel 7.3.**Andelen, der brugte computer i går. Opgjort for grader af funktionshæmning, samt for uddannelsesgrupper. 1995. Procent.**

	Funktionshæmning			Folkeskolen		Studentereksamen		I alt
	Kategori			Uden	Med	Uden	Med	
	1	2	3	e.u. ¹⁾	e.u.	e.u.	e.u.	
Brugte computer i går	25	18	10	9	17	28	33	17
Antal	302	470	517	416	669	64	137	1.289

1) e.u. = *erhvervsuddannelse*.

16 pct. af dem i kategori 3. Der er en bemærkelsesværdig forskel mellem handicapgrupper: sansehandicappede og hjernemæssigt handicappede bruger computer mere end de andre grupper. Det er netop de områder, hvor man er ved at udvikle computerens muligheder som decideret hjælpemiddel. Det er imidlertid meget tænkeligt, at computeren, som jo er ved at blive almindeligt i danske hjem, kan byde på mange beskæftigelsesmæssige og underholdende kvaliteter som vil have særlig betydning for mennesker med funktionshæmning.

Alle aktiviteter har en social side, så de foregående spørgsmål siger også meget om sociale kontakter. Imidlertid er der også medtaget en række spørgsmål, som specielt sigter på at belyse de sociale mønstre.

50 pct. har set deres børn eller forældre i dag eller i går (set i forhold til den dag de blev interviewet). Kvinder har i højere grad end mænd set disse nære slægtninge. Der er en vis sammenhæng med funktionshæmning, idet det er 58 pct. i kategori 1, 49 pct. i kategori 2 og 43 pct. i kategori 3, der har set børn eller forældre i går eller i dag.

40 pct. har set andre familiemedlemmer i går eller i dag, og her er sammenhængen med funktionshæmning klarere: fra 53 pct. i

kategori 1 til 29 pct. i kategori 3. 53 pct. har set venner i går eller i dag, varierende fra 64 pct. i kategori 1 til 41 pct. i kategori 3. Mænd har i højere grad end kvinder set deres venner. 58 pct. har været sammen med deres bekendte eller naboer i går eller i dag, fra 70 pct. i kategori 1 til 48 pct. i kategori 3.

15 pct. går til fritidsundervisning, uafhængigt af funktionshæmning. De fleste foretrækker den almindelige fritidsundervisning, mens der er 4 pct. af dem i kategori 1, 4 pct. af dem i kategori 2 og 7 pct. af dem i kategori 3, der foretrækker fritidsundervisning specielt tilrettelagt med hensyntagen til funktionsnedsættelse.

35 pct. går ugentlig i forening, varierende fra 37 pct. i kategori 1 til 29 pct. i kategori 3. Mulighederne for at deltage kan begrænses af forskellige forhold, som vi har søgt beskrevet med et spørgsmål. Vi spørger, om det er, fordi der mangler handicapbefordring, mangler interessante tilbud, eller man mangler nogen at gøre det sammen med. Det viser sig, at den største gruppe ikke synes, de kan konkretisere begrænsningerne for at deltage på nogen af disse måder. Af de tre nævnte forhold er det for alle – uanset funktionshæmning – først og fremmest begrænset af, at man mangler nogen at gøre det sammen med.

De fleste føler alt i alt, at de er *tilstrækkelig meget sammen med andre* – det er 86 pct., jævnt fordelt på køn og uddannelser. Dette varierer dog fra 95 pct. i kategori 1 til 79 pct. i kategori 3. Selv om man er tilstrækkelig meget sammen med andre, kan man dog godt ind imellem være *ufrivilligt alene*. Det mener 30 pct., at de er, varierende fra 24 pct. i kategori 1 til 35 pct. i kategori 3.

Nogle spørgsmål søger at samle op på, hvordan hverdagslivet former sig. Et spørgsmål går på, om den enkelte får *brugt sine evner i dagligdagen*? Det mener 76 pct., at de gør, og dette udtrykkes i nogenlunde samme omfang af kvinder og mænd og af personer med forskellige uddannelser. Funktionshæmningen spil-

Tabel 7.4.

Andelen, der får brugt evner i hverdagen og finder hverdagen tom og indholdsløs. Opgjort for grader af funktionshæmning, samt for typer af funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobilitet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Får brugt evner i hverdagen	84	79	68	74	86	75	76
Hverdagen tom og indholdsløs	7	11	23	12	7	19	15
Antal	302	468	518	310	135	293	1.288

ler imidlertid en stor rolle herfor. Flere nuancer viser sig imidlertid, hvis spørgsmålet stilles modsat (og lidt anderledes), og der spørges, om man synes, *dagligdagen er noget tom og indholdsløs* (tabel 7.4). Det synes 15 pct., og her finder man en forskel, der hænger sammen med uddannelse, især erhvervsuddannelse spiller en rolle for at undgå denne følelse, men også en studentereksamen hjælper på det. I handicapgrupperne er det især handicappede med hensyn til intellektuel funktion, der finder dagligdagen noget tom og indholdsløs.

Bliver man passiv af såkaldt "passiv forsørgelse"?

I de senere år har vi set en ny sprogbrug i den sociale debat, idet man ofte hører sociale ydelser omtalt som "passiv forsørgelse", hvis de ikke indeholder krav om arbejdsydelser eller lignende fra modtagerens side eller i det mindste uddanner eller på anden måde forbereder til erhvervsarbejde. Udtrykket "passiv forsørgelse" kunne nemt lede én til at tro, at modtagere af sociale ydelser på en eller anden måde blev gjort passive gennem deres forsørgelsesmetode.

For at belyse dette spørgsmål har vi delt de undersøgte personer op efter, om de lever af løn eller af sociale ydelser. Da indtægter

Tabel 7.5.
Forekomst af lønindtægter i husstanden. 1995. Procent

		Par	Enlige
	Ægtefælle har udelukkende lønindtægter	Ægtefælle har (også) sociale ydelser	
<i>Respondent har:</i>			
Udelukkende lønindtægter	36	6	13
(Også) sociale ydelser	17	12	16

knytter sig til husstanden og ikke til den enkelte, har vi konkret først delt op i enlige og par. Enlige fordeles ganske enkelt efter, om de har lønindtægter eller ikke. Par fordeles efter, om de består af to med lønindtægter, om respondenter selv har lønindtægt og partneren sociale ydelser, respondenter selv udelukkende sociale ydelser, men partneren lønindtægt, og endelig en gruppe, hvor begge udelukkende modtager sociale ydelser (tabel 7.5). Næsten halvdelen befinder sig i en husstand, der lever udelukkende af egen lønindtægt, mens 28 pct. bor i en husstand, hvor – hvis de er to voksne – begge modtager sociale ydelser, men hvor der dog også kan være lønindtægter.

Hvis vi ser nærmere på, hvor aktive disse seks grupper er, finder vi på nogle områder forskelle, som kan støtte forestillingen om, at de såkaldt "passivt forsørgede" også er passive med hensyn til aktiviteter ud over det erhvervsmæssige. Personer i par, hvor begge partnere har sociale ydelser, er dem, der dyrker mindst motion, og som i færrest tilfælde har fritidsinteresser. Til gengæld er der ikke større forskelle, når vi ser på flere af de andre aktivitetsformer.

Nogle aktiviteter dyrkes mere af enlige end af personer, der er gift eller samlevende. Det gælder først og fremmest cafe og værtshuslivet. Enlige går også mere i biograf og teater og tager mere på udflugter og ferie end gifte og samlevende. I alle disse

aktiviteter ser man desuden, at de enlige med lønindtægter går noget oftere ud end de enlige, der udelukkende modtager sociale ydelser. Den tilsvarende forskel er ubetydelig for de gifte og samlevende.

En enkelt aktivitet dyrkes mange gange oftere af gifte eller samlevende, hvor begge parter udelukkende modtager sociale ydelser. Det drejer sig om aktiviteter i handicaporganisationer. Forskellen her er så stor, at selv om den nævnte gruppe kun udgør en niendedel af alle de udsurgte, så vil næsten halvdelen af dem, man ser til et møde i en handicaporganisation, komme fra denne gruppe.

Personer, der lever af sociale ydelser, ser mere tv end de, der lever af lønindtægter, gør. Det gælder dog kun, når de er gifte eller samlevende, og dette mønster forstærkes, når ægtefællen eller samleveren også lever af sociale ydelser. Derimod er personer med lønindtægter, hvor ægtefællen også har lønindtægter, de der oftest bruger computer.

Med hensyn til sociale aktiviteter er det ikke sådan, at de såkaldt "passivt forsørgede" er passive – her er de tværtimod mere aktive end de erhvervmæssigt aktive. De har lidt oftere set deres forældre og børn for nylig, og de ser også lidt mere til andre familiemedlemmer. De gifte eller samlevende, som lever af sociale ydelser, ser også mere til venner, men her er situationen omvendt, når det gælder enlige: Blandt dem er det de erhvervsaktive, der ser mest til venner og bekendte.

Alt i alt tegner der sig det billede, at med hensyn til udadvendte aktiviteter – undtagen dem i handicapforeninger – er personer med lønindkomster mere aktive, men med hensyn til tv-brug og samvær med det sociale netværk er de, der lever af sociale ydelser, noget mere aktive. Hvis de søger at finde en kompensation for det, som andre finder på arbejdet, leder de altså ikke så meget på aktivitetssiden, men mere efter det sociale indhold.

Frivilligt arbejde

Enten man har et lønnet arbejde eller ej, er det jo også muligt at engagere sig i at udføre frivilligt arbejde (tabel 7.6). På spørgsmål herom oplyser 22 pct., at de for tiden udfører frivilligt arbejde, 10 pct. af de øvrige har gjort det inden for det sidste år, og 21 pct. af dem, der derefter er til rest, kunne godt tænke sig at udføre frivilligt arbejde.

De med længere skole- eller erhvervsuddannelser udfører mere frivilligt arbejde end dem uden, og mænd er mere aktive end kvinder – i overensstemmelse med de almindelige resultater om frivilligt arbejde (tabel 7.7). Desuden har de under 50-årige i udvalget hyppigere end de over 50-årige udført frivilligt arbejde. Lige så bemærkelsesværdigt er det selvfølgelig, at disse forskelle ikke er større, end at der er frivillige i alle grupper. Der er for-

Tabel 7.6.
Andelen, af aktive og potentielt aktive i frivilligt arbejde. Opgjort efter funktionshæmning og type funktionshæmning. 1995. Procent.

	Funktionshæmning			Type funktionshæmning			I alt
	1	2	3	Mobilitet	Hørelse	Intellekt. funktion	
Udfører frivilligt arbejde nu	27	22	18	21	27	17	22
Har inden for det sidste år udført frivilligt arbejde, men gør det ikke nu	10	12	8	7	14	11	10
Kunne tænke sig at udføre frivilligt arbejde, men har ikke gjort det i det sidste år	20	20	22	20	17	21	21
Samlede del som nu udfører eller gerne ville udføre frivilligt arbejde	57	54	48	48	58	49	52
Antal	301	470	518	308	133	292	1.289

Tabel 7.7.**Andelen, som er aktive og potentielt aktive med frivilligt arbejde. Opgjort efter køn og uddannelse. 1995. Procent.**

	Køn		Folkeskole		Studentereksamen		I alt
	Mænd	Kvinder	Uden e.u. ¹⁾	Med e.u.	Uden e.u.	Med e.u.	
<i>Frivilligt arbejde:</i>							
Udfører frivilligt arbejde nu	27	17	15	24	16	33	22
Har inden for sidste år udført frivilligt arbejde, men gør det ikke nu	11	9	8	10	8	15	10
Kunne tænke sig at udføre frivilligt arbejde, men har ikke gjort det i det sidste år	16	24	22	19	31	20	21
Samlede del som nu udfører eller gerne ville udføre frivilligt arbejde	54	51	45	54	55	68	52
Antal	573	716	415	670	64	137	1.289

skelle på interesser. Kvinder vælger oftere humanitære organisationer og handicaporganisationer, mænd oftere fritids- og politiske foreninger. Kvinder laver oftere besøgstjeneste og praktisk arbejde, mænd oftere administration og bestyrelsesarbejde. En hypotesetest viser, at udførelse af frivilligt arbejde hænger sammen med alder og med uddannelse, mens sammenhængen med funktionshæmning forsvinder ved kontrol. Sammenlignet med hele befolkningen (28 pct.) er der en lidt større andel blandt personer med funktionshæmninger, der udfører frivilligt arbejde. Inden for gruppen af handicappede er det næsten den samme del, der udfører frivilligt arbejde, som i befolkningen som helhed. Til gengæld siger lidt flere i befolkningsundersøgelsen, at de kunne tænke sig at gøre frivilligt arbejde – nemlig 40 pct. mod 30 her (Anker & Koch-Nielsen, 1995).

Der er også en anden forskel mellem resultaterne her og resultaterne for hele befolkningen i 1993. Her finder vi et tal på 38 pct. for mænd og 26 pct. for kvinder, mens 1993-undersøgelsen for hele befolkningen kun fandt en forskel på et par procent. I andre undersøgelser er forskellen mellem mænds og kvinders frivillige arbejde dog langt større (Watt Boolsen, 1988; Anker & Koch-Nielsen, 1995).

Mennesker med handicap

De foregående kapitler har omhandlet alle, der i undersøgelsens første del tilkendegav, at de havde et handicap eller en kronisk sygdom, svarende til 24 pct. af befolkningen mellem 18 og 60 år. I dette afsluttende kapitel koncentrerer vi os om personer med en betydelig funktionshæmning. Handicappede svarer til kategori 3, der dækker over de personer, der har sværhedsgrad 3-10, en gruppe, der svarer nogenlunde til, hvad vi i daglig tale ville kalde "handicap", og, hvad der i denne sammenhæng er nok så væsentligt, til den gruppe, som handicaporganisationerne og Centret for Ligebehandling af Handicappede vil kalde således. En sammenligning med 1962-undersøgelsen bestyrker os i, at det er en rimelig afgrænsning af gruppen, som vi har valgt. En direkte sammenligning er dog vanskelig, idet 1962-undersøgelsen begrænsede sig til at dække fysisk handicap. Ud over de nævnte grunde, er der ingen saglige grunde til at trække en grænse netop her. Tværtimod viser alle rapportens resultater, at forskellige grader af funktionshæmning har de samme konsekvenser, blot er risikoen for, at de indtræffer, større med større grad af funktionshæmning.

Gruppen af *handicappede* omfatter skønsmæssigt ca. 8 pct. af Danmarks befolkning – i denne undersøgelse repræsenteret ved 553 personer. Med henblik på at undersøge variationer inden for gruppen har vi opdelt den i tre efter graden af handicapet: Sværhedsgraderne 3-4 omfattende ca. 250 personer; sværhedsgrad 5-6 omfattende ca. 180 personer; og sværhedsgrad 7-10, der dækker ca. 120 personer. Fremover benævner vi disse tre kategorier som de *mindst, mere og mest* handicappede. Disse betegnelser retter sig *kun* mod gruppen af handicappede – den hidtidige kategori 3. Når vi fremover skriver "de mindst handicappede", refererer vi altså *ikke* til de grupper, der i de foregående kapitler er kaldt kategori 1 og 2.

Gruppen af handicappede mellem 18 og 60 år er skævt fordelt med hensyn til alder, idet den består af ca. 18 pct. 18-34-årige, 39 pct. 35-49-årige og 43 pct. 50-60-årige. Der er en tendens til sværere handicap med stigende alder. Således er kun 13 pct. i mest handicap-gruppen mellem 18 og 34 år, mens 54 pct. her er mellem 50 og 60 år. Tilsvarende er mere handicap-gruppen ældre end mindst handicap-gruppen. Gruppen er ligeledes skævt fordelt med hensyn til køn, idet den indeholder 35 pct. mænd og 65 pct. kvinder. Derimod er der ikke nogen tilsvarende tendens *inden for* gruppen, hvad angår køn: Kvinder og mænd fordeles sig inden for gruppen af handicappede forholdsmæssigt ens over de tre grupper. På tilsvarende måde forholder det sig med uddannelse. Da vi så på alle grader af funktionshæmning, fandt vi en klar negativ sammenhæng mellem uddannelse og funktionshæmning, såvel hvad angår skoleuddannelse som erhvervsuddannelse. Ser vi derimod på gruppen af handicappede og deler op på handicappets sværhedsgrad inden for denne, er der ikke længere nogen sammenhæng. Er egentligt handicap først givet, gør det altså rent uddannelsesmæssigt ingen forskel, om dette er større eller mindre.

Selve handicappet

Som redegjort for i bilaget har vi for at belyse funktionsevner spurgt om funktionsnedsættelser på en lang række specifikke områder: Problemer med at gå og holde balancen, med at række og strække, med behændigheden, med at klare personlig pleje, med ufrivillig vandladning m.m., med synet, med hørelsen, med at forstå eller blive forstået, med samvær med andre mennesker samt med hukommelse eller intelligens. I formlen, der benyttes, for funktionsnedsættelsens sværhedsgrad indgår de tre områder, hvor der er størst funktionsnedsættelse. Det viser sig i praksis, at de fleste har funktionshæmninger i mere end en dimension. Dette indebærer, at funktionshæmning bliver et yderst kompliceret fænomen, idet der er utallige kombinationsmuligheder allerede med hensyn til, hvilke dimensioner der indgår.

Nogle af områderne sættes imidlertid ofte i dagligsproget under samme hat. Gang, brug af arme og behændighed kan sammenfattes under betegnelsen mobilitet. Problemer med personlige gøremål og med vandladning m.m. har vi i bilagets afsnit 2.3 sammenfattet under betegnelsen plejebehov. Problemer med syn, hørelse og forståelighed sammenfattes under betegnelsen sansehandicap. Endelig sammenfatter vi problemer med adfærd, hukommelse og bevidsthed under betegnelsen hjernemæssige handicap. Selv om disse grupperinger på mange måder er heterogene, finder vi stadig efter en sådan gruppering, at de fleste i praksis har funktionshæmninger inden for mere end en af disse grupper.

En inddeling af personer efter typen af handicap er derfor i høj grad en forenkling, der ikke må lægges for meget i. Inddelingen er foretaget i overensstemmelse med, hvilken dimension der er opnået højst point på. En del af de i en gruppe medtagne personer har imidlertid opnået næsten lige så høje point på andre dimensioner som den, de er kategoriseret efter. Funktionshæmningsmålet er da også konstrueret således, at det – til trods for at der er tale om forskellige funktionshæmninger – skulle vurdere, hvor omfattende konsekvenserne i et samfund som vores vil være. Dvs. funktionshæmningsmålet bør overflødigsgøre en opdeling efter typer af handicap. Vi finder da også i undersøgelsen, at en sådan inddeling sjældent giver nogen sammenhænge.

Gruppen af handicappede fordeler sig på de fire forskellige typer af handicap som vist i Tabel 8.1. Flest har mobilitetsproblemer – knap 40 pct. af hele gruppen. Det er dog først og fremmest de mindst handicappede, der har disse vanskeligheder; for de to andre grupper er hjernemæssige handicap hyppigst.

Som beskrevet i Kapitel 3 opstår de fleste funktionshæmninger på arbejdet, og i kategori 3 har relativt flere handicap denne baggrund. Tendensen med en stigende andel arbejdsbetingede funktionshæmninger med stigende funktionshæmningsgrad gælder også inden for gruppen af handicappede, hvor 66 pct. af

Tabel 8.1.
Fordeling af handicappede efter type og grad af handicap. 1995.
Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
<i>Type handicap:</i>				
Mobilitet	47	32	31	39
Plejebehov	15	20	20	17
Sanser	18	13	8	15
Hjerne	20	35	41	29
I alt	100	100	100	100
Antal	256	179	118	553

mindst handicap-gruppen angiver denne grund mod henholdsvis 70 og 72 procent for mere handicap- og mest handicap-grupperne.

Hvad angår fremtidsudsigterne for handicapet så vi i tabel 3.2, at de handicappede vurderer udviklingen af deres tilstand markant mere negativt end de to andre kategorier, personer med lettere eller ubetydelig funktionshæmning. Også denne tendens går igen inden for gruppen af handicappede, hvor især mest handicap-gruppen skiller sig ud (tabel 8.2). Over halvdelen af denne gruppe mener, at deres tilstand vil blive forværret fremover.

Et lignende billede tegner sig med hensyn til, om man har smerter i dagligdagen. Her svarer hele 89 pct. af personerne fra mest handicap-gruppen, at de jævnligt har smerter – heraf har 9 ud af 10 tilmed "ofte" smerter. For de lettere grupper er tallene hhv. 72 og 73 procent – altså ikke den store forskel mellem disse grupper. Andelen heraf, der ofte har smerter, er dog også ganske stor: Ca. 8 ud af 10.

Tabel 8.2.
Vurdering af hvordan tilstanden vil udvikle sig. Opgjort for
grader af handicap blandt handicappede. 1995. Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
<i>Tilstanden vil:</i>				
Blive bedre	13	12	11	12
Være stationær	45	43	34	42
Blive dårligere	42	45	55	46
I alt	100	100	100	100
Antal	212	164	109	485

Samlivsforhold

Der er ikke nogen nævneværdig forskel på de tre grupper af handicappede, hvad angår samlivsforhold. Alle grupper ligger nær gennemsnittet for hele gruppen: Lige knap 30 pct. bor alene. Færre boede alene, da handicappet opstod, nemlig ca. 24 pct. Der er derimod forskel på, hvilken betydning det har haft for forholdet, at handicappet opstod, alt efter hvor alvorligt det er. De fleste i gruppen – to tredjedele – angiver, at det ingen betydning har haft for deres parforhold (tabel 8.3). Det er dog særlig gruppen med de letteste handicap, der svarer sådan – andelen for de andre grupper ligger på omkring 60 procent. I det hele taget ligner den mellemste og den tungeste gruppe hinanden mest, idet næsten lige store andele angiver negative hhv. positive konsekvenser for samlivet. Tilsyneladende får det dog de mest drastiske konsekvenser i sidstnævnte gruppe, idet 10 procent her gik fra hinanden, mens der til gengæld også var flere, som kom tættere på hinanden.

Sværere handicap kan således ikke siges at have entydigt negative konsekvenser for samlivet – dog tyder det naturligt nok på, at handicappet alt i alt får større betydning, jo alvorligere det er.

Tabel 8.3.**Handicappets betydning for samliv. Opgjort for egentlig handicappede efter grad af handicap. 1995. Procent.**

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
<i>Betydning for samliv:</i>				
Gik fra hinanden	2	5	10	5
Var en belastning	13	24	15	17
Betød ikke noget	78	60	62	68
Kom tættere på hinanden	7	11	13	10
I alt	100	100	100	100
Antal	132	93	81	306

Handicappede og arbejdsmarkedet

Vi så i kapitel 4, at personer med funktionshæmning har lavere erhvervsfrekvens end befolkningen i øvrigt, men på den anden side, at selv i gruppen af handicappede (kategori 3), er næsten halvdelen af mændene og 2/5 af kvinderne i arbejde. Inden for gruppen af handicappede finder vi en tilsvarende sammenhæng, men man må i den forbindelse huske på, at hjernemæssige handicap udgør en større del af gruppen jo sværere handicap, der er tale om.

Sammenlignet med engelske forhold viser det sig, at danskerne er lidt mere aktive end englænderne. Hvor ca. 45 pct. af den danske gruppe enten har arbejde eller er i uddannelse, gælder dette kun for ca. 37 pct. af den tilsvarende engelske gruppe. Denne omfatter alle handicappede under pensionsalderen, hvilket svarer nogenlunde til den danske undersøgelses udsnit. Medregnet i de 37 pct. er endda også de, der søger arbejde, de der vil søge, men midlertidigt er for syge, samt de, der er under uddannelse på revaliderings-lignende centre (Martin et al., 1989: 69). Disse grupper er ikke medregnet i de danske tal, hvorved

Tabel 8.4.
Andel i arbejde blandt handicappede kvinder og mænd. 1995.
Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
Kvinder	44	32	29	37
Mænd	68	44	25	49
I alt	52	36	28	41
Antal	229	173	116	518

den reelle forskel måske er større. I den modsatte retning trækker dog det faktum, vi har været inde på før, at de engelske respondenter må forventes at være stærkere handicappede end danskerne i de tilsvarende kategorier. Forskellen ligger især med hensyn til arbejde; ca. lige mange danskere og englændere er under uddannelse, hvis de engelske "revalidender" tælles med.

Godt tre fjerdedele af de handicappede bedømmer egne muligheder for at få arbejde som værende begrænsede som følge af deres handicap (tabel 8.5). Vurderingerne varierer dog meget inden for gruppen – således er det kun 3 pct. i den tungeste handicapgruppe, der siger, at de ikke er hæmmet på arbejdsmarkedet. Næsten 8 ud af 10 i denne gruppe mener endda, de er stærkt begrænsede på dette punkt. Der er også stor forskel på den mellemste og den letteste gruppe, hvor andelen, der føler sig stærkt begrænsede, er hhv. 58 og 37 procent.

De personer, der er i arbejde, er for handicapgruppens vedkommende oftere på deltid end de andre grupper i undersøgelsen. Dog angiver 62 pct. af de handicappede, at arbejde på fuld tid eller derover, i mest handicap-gruppen dog noget færre (tabel 8.6). Der er derimod ikke den store forskel med hensyn til, om man kan lide arbejdet. Næsten alle – uanset handicap – var eller

Tabel 8.5.

Andelen blandt de handicappede (med og uden arbejde), der oplever muligheder for job stærkt begrænsede. Opdelt efter handicap. 1995. Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
<i>Med hensyn til at få arbejde:</i>				
Ikke begrænset	32	20	3	21
Noget begrænset	31	22	19	25
Stærkt begrænset	37	58	78	54
Antal	227	172	116	515

Tabel 8.6.

Arbejdstid og tilfredshed med nuværende arbejde blandt handicappede i arbejdsmæssig beskæftigelse. Opgjort efter handicap. 1995. Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
Arbejder deltid	36	37	48	38
Arbejder på fuld tid eller mere	64	63	52	62
Kan lide arbejdet	97	95	94	96
Fundet rette hylde	80	71	66	75
Er en ubehagelig byrde	8	10	25	11
Antal	119	63	32	214

er glade for deres job. Desuden angiver tre fjerdedele at være kommet på rette hylde i forbindelse med arbejdet. Kun hver syvende finder deres arbejde ubehageligt, dog i den tungeste handicapgruppe er vi oppe på en fjerdedel.

For over halvdelen – 57 pct. – af de handicappede har deres situation medført ændringer med hensyn til selve arbejdet, for eksempel kortere arbejdstid eller nye arbejdsfunktioner. Igen er det dog mest udpræget for mest handicap-gruppen, hvor to ud af tre har været gennem arbejdsmæssige ændringer.

De, der aktuelt er i job, er blevet spurgt om, hvorvidt handicapet hæmmer de arbejdsmæssige muligheder med hensyn til advancement, bedre arbejde og mere selvstændigt arbejde (tabel 8.7). Samlet set angiver 69 procent, at de *ikke* føler sig hæmmet af deres handicap på disse punkter. Det er altså kun godt hver tredje, for hvem dette er et problem, hvilket dog skal ses på baggrund af, at kun personer i arbejde har svaret. Der er betydelig variation inden for gruppen, således at mest handicap-gruppen er hæmmet i størst udstrækning og mindst handicap-gruppen i mindst. Flest problemer er der generelt i forhold til at få et bedre arbejde: 38 pct. i den tungeste gruppe føler sig på denne måde "fastlåst". Går vi videre til dem, *der ikke er i job*, viser det sig, at kun ca. hver tredje ønsker at få et arbejde. Igen er der dog tale om forskelle inden for gruppen – andelen svin-

Tabel 8.7.
Andelen, der er hæmmet af sygdom eller handicap i forskellige forhold blandt handicappede i beskæftigelse på arbejdsmarkedet. Opgjort efter grad af handicap. 1995. Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
<i>Hæmmet i forhold til:</i>				
Avancementer	14	16	22	16
Bedre arbejde	14	29	38	22
Mere selvstændigt arbejde	8	16	16	12
Ikke hæmmet	75	63	56	69
Antal	119	63	32	214

ger fra 42 pct. af de mindst handicappede, over 34 pct. for mellemgruppen og kun 20 pct. af de mest handicappede. Til gengæld ønsker næsten halvdelen af dem, der gerne vil i arbejde, at arbejde på fuld tid.

Der er desuden spurgt om, hvilke forudsætninger der vil lette mulighederne for at kunne arbejde. Som nævnt i kapitel 4 peges der især på kortere arbejdstid (54 pct.), mulighed for mange sygeperioder (42 pct.) og mulighed for hvile (38 pct.). Eftersom ret få har fået stillet dette spørgsmål, er det ikke muligt at opgøre andelen mere detaljeret inden for gruppen.

Andre konsekvenser

Handicap har konsekvenser for alle sider af dagliglivet: Huslige gøremål, familie, mulighed for deltagelse i aktiviteter uden for hjemmet, tilknytning til arbejdsmarkedet m.v. På mange punkter betyder handicap et behov for hjælp eller kompensation.

Hvordan ser det ud med de handicappedes muligheder for at færdes uden for hjemmet? Igen er tendensen, at relativt flere får problemer i takt med sværere handicap. Cirka en fjerdedel af hele gruppen (24 pct.) har problemer med at færdes udendørs.

Tabel 8.8.
Transportmuligheder for handicappede. Opgjort efter grad af handicap. 1995. Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
<i>Transportmiddel:</i>				
Har eget motorkøretøj	66	66	71	67
Kan benytte bus	97	84	66	86
Kan benytte tog	98	86	68	87
Kan alt i alt komme omkring	100	98	86	96
Antal	229	173	116	518

Ser vi på transportmuligheder, er der ligeledes forskelle (tabel 8.8). En lidt større andel af den mest handicappede gruppe har motorkøretøj (i reglen bil), til gengæld har mange i denne gruppe svært ved at benytte offentlig transport. I gruppen med de mindste (egentlige) handicap kan næsten alle komme med bus og tog, hvilket afspejles i, at alle i denne gruppe føler, at de alt i alt er i stand til at komme omkring. Tilsvarende føler meget få fra mellemgruppen, at de er forhindret heri, selvom cirka hver syvende ikke kan benytte offentlig transport, mens 14 pct. af de sværest handicappede ikke kan komme omkring.

Der går således et skel mellem "mere handicap"- og "mest handicap"-grupperne på dette område, hvilket tyder på, at muligheden for at kunne komme omkring først for alvor mindskes for den tungeste del af handicapgruppen.

Af personerne med egen bil har knap hver tiende en handicapbil med tilskud, varierende med handicapgrad fra 3, over 10 til 16 procent.

Gruppen af egentlig handicappede adskiller sig markant fra dem med mindre eller slet ingen funktionshæmninger med hensyn til at kunne klare *huslige aktiviteter*. Som beskrevet i Kapitel 5 er det relativt få, der angiver at have problemer af denne karakter. Således svarer fra 89 pct. til 96 pct. af gruppen, at de slet ikke har problemer med hensyn til forskellige daglige aktiviteter som at komme ind og ud af boligen, lave mad, gå i bad og på toiletet m.v. (tabel 8.9)

Samme billede gør sig gældende med hensyn til indretningsmæssige ændringer med henblik på at gøre *boligen* mere handicapvenlig. Gruppen med det sværeste handicap har mest hyppigt fået foretaget ændringer, mens det gør sig gældende for meget få i mindst handicap-gruppen. Denne lette handicap-gruppe adskiller sig næsten ikke fra dem, der kun scorede meget få eller slet ingen point i hovedundersøgelsen – det er grupperne "mere handicap" og "mest handicap", der trækker det samlede gen-

Tabel 8.9.

Andel af handicappede der *slet ikke* har problemer med forskellige huslige gøremål. Opgjort efter grader af handicap. 1995. Procenter.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
<i>Aktivitet:</i>				
Komme ud/ind af bolig	93	95	78	91
Foretage madlavning	98	97	91	96
Gå i bad/på toilet	92	90	82	89
Andre problemer	98	97	87	95
Antal	229	173	116	518

nemsnit op. Således er andelene, der har fået ændringer i hhv. "mindst handicap-, mere handicap- og mest handicapgrupperne 3, 7 og 16 procent, når det drejer sig om ændringer i køkkener, 1, 6 og 21 procent, når det drejer sig om ændringer på toilettet, og 2, 6 og 21 procent, for så vidt angår ændringer i øvrigt.

Hvad angår den gratis hjælp så vi i kapitel 6, at relativt flere i gruppen af handicappede modtager *gratis hjælp*, hvilket dog skal forklares med forskellige alders- og kønssammensætninger og ikke med funktionshæmningen. Tendensen går igen her: Jo sværere handicap des mere gratis hjælp, hvilket dog igen kan hænge sammen med, at aldersgennemsnittet samtidig stiger. Der er imidlertid en pæn variation: Lige under halvdelen i mindst handicap-gruppen modtager gratis hjælp, mens dette gør sig gældende for mere end tre fjerdedele i "mest handicap" (tabel 8.10). Gruppen med de sværeste handicap modtager også mere *betalt hjælp* end de to lettere grupper. Ydermere er der her en større andel af førstnævnte gruppe, der har overvejet at betale for at få hjælp – 20 pct., mod hhv. 13 og 11 procent for grupperne med lettere handicap. Hvad angår *hjemmehjælp* er situa-

Tabel 8.10.
Andel af handicappede der modtager forskellige former for hjælp. Opgjort for grader af handicap. 1995. Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
<i>Type af hjælp:</i>				
Gratis	49	61	77	59
Betalt	15	13	35	18
Hjemmehjælp	5	3	21	8
Antal	229	173	116	518

tionen den samme: Mest handicap-gruppen modtager markant mere hjemmehjælp end grupperne "mindst handicap" og "mere handicap". For sidstnævnte grupper er der næsten ingen forskel med hensyn til betalt hjælp og hjemmehjælp.

Aktiviteter i øvrigt

Når det drejer sig om andre aktiviteter end arbejde og uddannelse, er billedet noget broget; bortset fra medvirken i handicapforeninger, hvor andelen stiger med handicapet, er der ingen klare tendenser i materialet. At flere af de mest handicappede, på trods af hæmningen, er aktive i handicapforeninger, kunne tyde på, at man først identificerer sig med en bestemt handicapgruppe, når man selv er en del påvirket af et givet handicap (tabel 8.11).

Det er bemærkelsesværdigt, at så stor en andel af de mest handicappede trods alt er i gang med en eller anden form for arbejde eller med faste fritidsinteresser – omkring hver fjerde har beskæftiget sig med dette inden for den sidste uge. Næsten lige så mange i denne gruppe har dyrket idræt eller motion. Samtidig er der relativt lille forskel inden for gruppen med hensyn til aktiviteter som udflugter, ferie, forlystelser (biograf/teater) og

Tabel 8.11.

Deltagelse i aktiviteter inden for den sidste uge. Andelen blandt handicappede, som deltager i en række aktiviteter. Opgjort efter grad af handicap. 1995. Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
Arbejde/sort arbejde/				
frivilligt arbejde	51	40	28	42
Motion/idræt	37	28	23	31
Fritidsundervisning	15	9	7	11
Faste fritidsinteresser	33	24	26	28
Udflugt, ferie	14	13	16	14
Forlystelser	14	8	12	11
Café, værtshus	18	20	16	18
Handicapforening	2	5	8	4
Andre klubaktiviteter	18	10	13	14
Antal	229	173	116	518

værtshusbesøg, hvilket tyder på, at handicap ikke har så stor indflydelse på mulighederne for at gøre disse ting. Billedet underbygges af en række hypotesetest. Nogle af de ovenstående variabler er testet for sammenhæng med handicapgrad, alder og køn. Testene viser, at der ingen statistisk sammenhæng er mellem handicap og: Faste fritidsinteresser/klubaktiviteter (testet sammen), fritidsundervisning/udflugter m.v, samt forlystelser/ cafe- og værtshusbesøg. Derimod er der en sammenhæng mellem handicap og deltagelse i handicapforeninger, hvilket også varierer entydigt med køn.

En test, hvor alder, køn og type af handicap betragtes som uafhængige og arbejde som afhængig variabel, viser en sammenhæng med køn og alder igen, men ikke med typen af handicap. Om man er på arbejdsmarkedet eller ej, afhænger altså af handicappets sværhedsgrad frem for dets type.

Kan man udfolde sine evner?

Hvordan påvirker handicap følelsen af at have indhold i tilværelsen? Dette blev belyst gennem forskellige spørgsmål om ensomhed og udfoldelse af evner (tabel 8.12). Tendensen er den samme med hensyn til alle spørgsmål: Gruppen af mest handicappede føler i højere grad, at dagligdagen er tom, at de ikke er nok sammen med andre, at de af og til føler sig alene, og at de ikke får brugt deres evner. Mellemgruppen ligger tæt op ad gennemsnittet for gruppen som helhed på dette punkt, mens de mindst handicappede adskiller sig klart herfra med undtagelse af spørgsmålet om ensomhed. Det betyder således tilsyneladende en hel del, hvor alvorligt handicapet er, når det drejer sig om at have en indholdsrig hverdag. Næsten halvdelen af de mest handicappede føler ensomhed eller får ikke brugt deres evner tilstrækkeligt. Tallene underbygges af en test, der samler ovennævnte faktorer i et samlet deltagelsesmål. Betragtes handicap, alder og køn som uafhængige og "livsindholds-faktoren" som afhængig variabel, viser det sig, at manglende livsindhold kan forklares med graden af handicap. Derimod er der kun svag sammenhæng med alder og køn.

Tabel 8.12.
Følelse af indhold i tilværelsen m.m. Opgjort efter grad af handicap. 1995. Procent.

	Grad af handicap			I alt
	Mindst handicap	Mere handicap	Mest handicap	
Føler at dagligdagen er tom	17	26	33	23
Er ikke nok sammen med andre mennesker	16	22	30	21
Er til tider ufrivilligt alene	32	33	45	35
Får ikke brugt evner	24	34	45	32
Antal	229	173	116	518

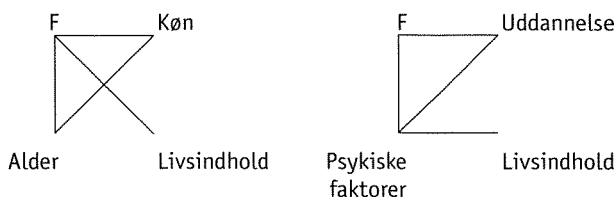
En anden test peger dog på, at den psykiske faktor er en vigtig forklaringsfaktor på dette punkt, idet der afsløres en sammenhæng med livsindhold, hvis psykisk sårbarhed, handicap og uddannelse betragtes som uafhængige og livsindhold som afhængig variabel. Samtidig sker der det, at sammenhængen med handicap falder væk, ligesom der heller ikke ligger forklaringskraft i uddannelsesniveau. Det vil med andre ord sige, at den psykiske faktor spiller en mere væsentlig rolle end handicap i spørgsmål, der drejer sig om livsindhold og fællesskab.

Hvad er så det samlede billede af gruppen af egentlig handicappede? I forhold til hvilke aspekter af livet betyder øget handicap mest? Overordnet kan vi sige, at graden af handicap har betydning for udfoldelsesmulighederne på de fleste områder. Det gælder eksempelvis huslige aktiviteter, job, det at kunne komme omkring og – som vi lige så – følelsen af at have livsindhold og fællesskab.

Mens sammenhængen mellem handicap og arbejde er signifikant, er dette ikke tilfældet, når man tester seks forskellige deltagelsesmål under ét. Disse omfatter ikke arbejde, men andre deltagelsesfaktorer meget bredt: Foruden livsindhold drejer det sig om, hvorvidt man kan komme omkring – holde ferie m.v., om man deltager i fritidsinteresser og klubliv, om man får fritidsundervisning og deltager i udflugter, om man bruger biograf/teater eller går på cafe, og endelig om man er medlem af handicaporganisationer og deltager i foreningslivet i forbindelse hermed. Denne samlede deltagelsesfaktor er testet i forhold til handicap, køn og alder, og det viser sig, at ingen af disse størrelser kan forklare, hvorvidt man er integreret i denne brede forstand.

En tilsvarende test, hvor forskellen i handicap anskues som i de øvrige kapitler – altså "Ingen målelig funktionsnedsættelse" (kategori 1), "lettere funktionsnedsættelse" (kategori 2) og "handicappede" (kategori 3) falder anderledes ud. Her viser sig nemlig en sammenhæng mellem handicap anskuet i disse tre trin og

Figur 8.1.
Faktorer som er af betydning for egen vurdering af livsindhold.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

det samlede deltagelsesmål. Det vil sige, at der er forskel på deltagelsen mellem ikke- eller kun lidt funktionshæmmede og handicappede, men når der skelnes mellem de forskellige grader af handicap, kan vi ikke påvise en tilsvarende sammenhæng. Vi kan her finde et holdepunkt for, at det giver mening at betragte handicapgruppen som ret homogen med hensyn til deltagelse i aktiviteter, mens vi jo ellers i denne rapport har set mange eksempler på, at de eventuelle problemer kun med en gradsforskel adskilte sig fra de let funktionshæmmedes.

Tester vi, hvordan det samlede deltagelsesmål afhænger af uddannelse og psykisk sårbarhed (se figur 8.1), viser det sig, at den psykiske faktor har en signifikant betydning for deltagelsen, hvorimod uddannelsesniveau ikke kan forklare, hvorfor man er integreret på dette område eller ej. Spørgsmålet om tilstedeværelse af "selvtillid" eller ej synes derfor at have større indflydelse på deltagelse i bred forstand end graden af handicap.

Som nævnt har metoden til at kategorisere respondenterne sigtet på at tage højde for de forskellige dimensioner, et handicap kan beskrives i forhold til, ved at finde en fælles skala som kan betegne det samlede handicap. Med andre ord skulle det være ligegyldigt, hvilken type handicap den enkelte har, hvis blot

man har målet for handicap. At metoden har været frugtbar i den forstand, at funktionshæmningsmålene har haft forklaringskraft i mange tilfælde, bestyrkes af, at der ikke viser sig nogen sammenhæng mellem typen af handicap og nogen af de ting, vi har testet for. Det gælder for deltagelse såvel som for beskæftigelse og indkomst. Det er således ikke typen af handicap, det kommer an på, men i hvilken grad der er tale om handicap.

Bilag

1. Problemstilling

1.1. Tidligere kortlægninger af funktionshæmning

Allerede i de drøftelser, der gik forud for etableringen af Socialforskningsinstituttet, var det med i billedet, at en af de første opgaver skulle være en kortlægning, der bestemte antallet af funktionshæmmede, beskrev en række af deres sociale forhold, og som kunne danne udgangspunkt for analyser af sammenhænge og årsagsforhold.

Undersøgelsen af fysisk handicappede tog sit udgangspunkt i interview med 10.000 tilfældigt udvalgte husstande. På grundlag af svarene fandt man frem til et antal personer, der måtte anses for at være fysisk handicappede, og interviewede disse efter et mere omfattende skema – en procedure, man i dag ville kalde screening.

Om baggrunden for denne undersøgelse redegøres der ret udførligt i Andersen (1964). Det fremgår, at mens socialpolitikken før krigen i væsentlig grad tog sigte på at løse forsørgelsesproblemet, har videregående målsætninger præget udviklingen siden da. Disse videregående målsætninger blev sammenfattet under overskrifterne forebyggelse og revalidering, som det senere blev gjort i Socialreformkommissionens betænkninger. Det var derfor i høj grad begrebet "erhvervshæmning", der stod i centrum for interessen.

Faktorer, der hæmmer personers erhvervsdeltagelse, deles op i fysiske, psykiske og sociale – en kategorisering der er slået igennem i dansk socialpolitisk tænkning, således at der stadig tales om fysisk, psykisk og socialt handicap. Alle typer faktorer blev anset for betydningsfulde, og det var rent praktiske grunde, der gjorde, at undersøgelsen "*Fysisk handicappede i Danmark*" – som overskriften viser – begrænsede sig til den førstnævnte af grupperne.

Der blev refereret til en svensk sammenfatning af undersøgelser, der viste, at gruppen af fysisk handicappede i arbejde udgør en mindst lige så god arbejdskraft som den øvrige arbejdsstyrke. De kan konkurrere på lige fod, har ikke mere fravær og har endda en lidt højere produktivitet. Disse resultater om funktionshæmmede, der faktisk arbejder, benyttes af undersøgelsen som grundlag for en forestilling om funktionshæmmedes integration i arbejde generelt. Der er dog grund til at diskutere, i hvilken udstrækning denne tolkning af resultaterne er rimelig – en diskussion som bør tages op i forbindelse med denne undersøgelses resultater.

Undersøgelsen fra 60'erne satte sig for at tegne et samlet billede af de funktionshæmmedes situation her i landet. Man belyste de funktionshæmmedes køn, alder og funktionshæmningens art og deres integration, hvad angår erhverv, økonomi, bolig, transport, men også sociale relationer til familie og andre. Gennem analyser af hvilke faktorer, der øver indflydelse på funktionshæmmedes evne til at klare sig i tilværelsen, ville man give et bidrag til udformningen af en hensigtsmæssig revalideringsteknik.

Den socialvidenskabelige model for disse analyser var almindeligt anvendt i den del af tidens sociologi, der var kvantitativt orienteret. Man forestillede sig årsagssammenhænge bygget op på den måde, at der var nogle store bagvedliggende faktorer, her kan man tænke på erhvervshæmning, som har en tendens til at frembringe et bestemt resultat – her fx manglende erhvervsdeltagelse. Det viser sig ved en statistisk sammenhæng. Men en sådan er jo kun tendentiell, den er ikke deterministisk: Der er folk med høj grad af erhvervshæmning, der alligevel deltager i arbejdslivet.

Det betyder, at der er plads til flere forklarende faktorer, og der bliver lejlighed til at trække forhold ind, der har med den enkeltes tilpasning til situationen og forsøg på at tackle situationen (undertiden kaldet "coping") at gøre. Vi ved jo, at psykologiske forhold også spiller en rolle. De bliver tildelt en plads som mel-

lemkommende variabler. Det bliver væsentligt at se, om den enkelte er i besiddelse af den psykiske konstitution, som betegnes "selvtillid", så det kan kompensere for det fysiske handicap. Den omtalte psykiske konstitution svarer nøje til en ringe grad af "psykisk sårbarhed", en egenskab, der måles ved et antal spørgsmål i undersøgelsen. Dette begreb kommer til at spille en stor rolle i de følgende undersøgelser, og vi skal se, at det stadig kan finde anvendelse.

Egentlig søgte man at måle en række forskellige psykologiske størrelser. Andersen (1964) nævner bl.a. positiv egenforventning, negativ egenforventning, selvtillid, angst og selvusikkerhed, depression, aggression, isolation, selvhævdnen og nervøsitet. Det viste sig imidlertid i analysen, Kühl (1967), at disse størrelser hang så stærkt sammen, at det ikke var muligt at skille dem fra hinanden. Nogle af disse størrelser dækkes af et psykisk sygdomsbegreb, og de indgår i form af adfærdsmål i det funktionshæmningsmål, som skitseres i næste kapitel, og som anvendes i nærværende undersøgelse. Det gælder passivitet, depression, isolation, aggression, selvhævdnen. Andre dækkes i nærværende undersøgelse af et udvalg af spørgsmål fra undersøgelsen *Fysisk Handicappede i Danmark*. Den størrelse, som beskrives, kaldes "psykisk sårbarhed", en størrelse som de i praksis finder hænger nøje sammen med manglende "selvtillid".

Det er anført, at man betragtede afgrænsningen til "*Fysisk Handicappede i Danmark*" som foretaget af rent praktiske grunde. Det var derfor naturligt at fortsætte med at studere forholdene for andre grupper af funktionshæmmede. Først i 70'erne blev der da også arbejdet med et materiale, der fremkom ved, at man i 1972 interviewede psykisk funktionshæmmede personer, der var flyttet ud fra institutioner i 1966/67. Også i dette tilfælde var afgrænsningen foretaget af praktiske grunde, som helt svarer til begrundelserne for at udelukke psykisk funktionshæmmede fra den første undersøgelse: Forholdene for den bedre del, der er i stand til at flytte ud, er så fundamentalt forskellige fra forhold-

dene for den "tungere" del, at det ikke giver mening at stille de samme spørgsmål (Körmeni, 1975).

Undersøgelsen af "Psykisk handicappede" præsenterede sig selv som et supplement til den første handicapundersøgelse og belyste da også mange af de samme forhold. Den gav et billede af, hvem de psykisk funktionshæmmede er, og af deres sociale vilkår i almindelighed. Problematikken var alligevel lidt anderledes. Hvor undersøgelsen af fysisk handicappede havde begrebet "revalidering" som udgangspunkt og gik ud fra, at fysisk handicappede var en gruppe, der kunne konkurrere på lige fod, tog undersøgelsen af psykisk funktionshæmmede et mere beskedent udgangspunkt. Her er grundbegrebet "integration". Det undersøges, i hvor høj grad den psykisk funktionshæmmede kom ud i en position og i forhold, som andre mennesker også lever i. At gruppen som helhed havnede i den lavere ende af den sociale skala, betegnedes som naturligt, så længe vi har sociale forskelle i samfundet baseret på præstation.

En forskel mellem undersøgelsen af fysisk handicappede og den af psykisk handicappede var, at mens den første tog udgangspunkt i et tilfældigt udvalg i et bredt interval af aldersgrupper, tog den sidste sit udgangspunkt i en gruppe personer, der var brugere af en bestemt social service. (Dette metodeproblem skal behandles mere udførligt nedenfor). For imidlertid også at have en viden om psykiske forhold med udgangspunkt i et tilfældigt udvalg af et bredt interval af aldersklasser, foretog Socialforskningsinstituttet i 1972-78 en undersøgelse af denne art (Kühl et al., 1981).

Her var udgangspunktet omkring 10.000 interview, der indgik i nogle af instituttets såkaldte "omnibus"-undersøgelser i 1972-74. Der blev stillet 22 spørgsmål, som blev udformet på grundlag af en test fra Militærpsykologisk Tjeneste, som igen byggede på amerikanske undersøgelser. Det lykkedes at konstruere en skala for psykisk sårbarhed.

Begrebet "psykisk sårbarhed" minder om begrebet fysisk handicap (i betydningen funktionshæmning) i den forstand, at det søger at indkredse personens *forudsætninger*, snarere end de resultater personen har opnået ved at benytte disse. Ligesom man kan overvinde et fysisk handicap, finde metoder til at udføre et arbejde selv om man er blind eller sidder i kørestol, kan man også overvinde en psykisk sårbarhed.

Man finder da også i undersøgelsen, at et betydeligt antal sårbare klarer sig socialt godt. Undersøgelsen antager, at dette skyldes kompenserende faktorer bl.a. i miljøet, men den er ikke i stand til at vise dette. Der er sårbare i alle samfundsgrupper, men der er alligevel nogle statistiske tendenser. De sårbare kommer hyppigere fra belastede opvækstmiljøer med dårlig økonomi og sygdom, og de havner selv hyppigere i de lavere socialgrupper. De er hyppigere syge og trækker mere på såvel sundhedsvæsenet som de sociale hjælpeapparater. I øvrigt finder man også, at ældre er mere sårbare end yngre og kvinder mere sårbare end mænd.

I 1980 foretog Socialforskningsinstituttet endvidere en undersøgelse af familier med psykisk handicappede børn. Hovedinteressen var her at kortlægge omfanget af belastning og behovet for aflastning. Her gik man ud fra samtlige psykisk handicappede børn – som man gik ud fra måtte være kendt af de sociale myndigheder – i nogle bestemte amter og interviewede forældrene. Undersøgelsen finder, at familierne er stærkt belastet. Mødrene er trætte, fordi de ofte er søvnløse, og de har dårlige nerver. Familierne har lavere indtægter end andre, fordi der er stærke begrænsninger på, hvor meget mødrene kan arbejde, og de er bundet til hjemmet om aftenen. I øvrigt deler undersøgelsen de psykisk handicappede børn op i fire belastningsgrader og ser nærmere på forskellige former for aflastning (Pruzan et al., 1981).

Med disse undersøgelser er billedet tegnet videre fra den første undersøgelse af fysisk handicappede, idet der er suppleret med et billede af psykisk handicap og – ikke mindst vigtigt – psykisk

sårbarhed, hvor udgangspunktet igen er den enkeltes egentlige handicap (funktionshæmning) og mulighederne for at overvinde dette. Endvidere er den særlige problematik om forældre til psykisk handicappede børn taget op. For at afslutte billedet af funktionshæmmede – fysisk, psykisk og socialt – mangler nu kun den sidste gruppe. Men paralleliseringen af de tre ord, som kommer fra de tre mulige årsager til erhvervshæmning, kan næppe trækkes så langt, at der kan defineres en "social sårbarhed". Derved adskiller begrebet "socialt handicap" sig principielt fra begreberne fysisk og psykisk handicap.

Forholdene for personer med handicap belyses også til en vis grad i "Invaliddepensionistundersøgelserne", der blev sat i gang i 1975. Baggrunden for undersøgelserne var den store stigning i antallet af tilkendte invalidepensioner i årene omkring 1970 – en stigning, som dog ophørte, inden man nåede at gennemføre undersøgelserne. Spørgsmålet, om det er rimeligt at tilkende alle disse pensioner, spøjte dog stadig bag undersøgelsens problematik.

Invaliddepensionistundersøgelserne fandt en meget ringe forskel på helbredet (subjektivt bedømt) hos dem, der fik den pension, som de søgte, og hos dem, der fik afslag. Derimod fandt man en stor forskel på omfanget af de objektive symptomer. En stor del af dem, der fik afslag, kom da heller ikke i arbejde. Disse forhold kunne pege på, at en gruppe får afslag på pension, selv om de egentlig burde have den tilkendt – men der er ikke objektive forhold at hænge den op på.

Et vigtigt resultat af undersøgelsen var, at den graduering i laveste, mellemste og højeste invalidepension, der var blevet gennemført i 1965, ikke virkede som tilsigtet. Baggrunden for at arbejde med tre satser var, at man forestillede sig en såkaldt "resterhvervsevne" på henholdsvis 50 pct. og 33 pct. hos de personer, der fik tilkendt laveste og mellemste pension. De havde derfor lov til at arbejde i et omfang, så de udnyttede denne resterhvervsevne. Men det viste sig, at ikke mange gjorde

det, især var der næsten ingen med mellemste invalidepension i arbejde (Hübbe, 1979).

Et andet bemærkelsesværdigt resultat af invalidepensionistundersøgelserne var, at folk selv mente, at årsagen til, at de måtte søge invalidepension, var at finde i arbejdet. Kun få procent skønnedes at lide af de arbejdsbetingede sygdomme, der måske ville kunne blive anerkendt og give erstatning, men for en stor gruppe invalidepensionsansøgere med diagnoser, der havde med lunge og bevægeapparat at gøre, mente undersøgelsen alligevel, at der var tale om, at hovedårsagen var nedslidning gennem fysisk belastende arbejde (Koch-Nielsen, 1980).

Fra 1984 ændredes lov om social pension således, at den tidligere invalidepension sammen med førtidig folkepension og enkepension afløstes af det, der stadig kaldes førtidspension. Sidst i 80'erne gennemførte Socialforskningsinstituttet en række undersøgelser af denne. Baggrunden for disse var en række spørgsmål om den administrative struktur. I første omgang var spørgsmålet om de femten nævn, der siden 1976 havde afgjort sagerne (for det var der to centrale organer til henholdsvis invalidepension og de øvrige sociale pensioner), holdt de samme standarder – en meget stor forskel i afslagsprocenter kunne nemlig tyde på, at der blev anvendt forskellig målestok. Senere udvidedes problematikken til at inddrage, om der også var forhold i den kommunale sagsbehandling, der fik indflydelse på afslagsprocenten.

Det viste sig, at de forskelle, der var mellem vurderingerne i de femten nævn, ikke på nogen måde, ikke engang delvis, kunne forklares ved sociale forskelle mellem de geografiske områder. De sociale forhold havde indflydelse på tilkendelse af førtidspension, konkret fandtes ledighed, erhvervsfrekvens, et mål for erhvervsstruktur, og omfanget af sygedagpenge at have indflydelse, således som det også skulle forventes ud fra de betingelser, der opstilles i loven. Men en kontrol af denne indflydelse reducerede ikke de fundne forskelle mellem nævnene. I øvrigt fandtes ikke nær samme forskel mellem amter, når man betragtede

kommunernes indstillinger, hvilket gav anledning til den konklusion, at forskellen mellem amter formentlig ville forsvinde, hvis tilkendelseskompetencen overgik til kommunen (Bengtsson, 1987).

Der var dog også forhold ved den kommunale sagsbehandling, som allerede dengang – hvor et nævn tog den endelige afgørelse i sagen, og kommunen blot indstillede – viste sig at have en indflydelse på, hvordan det gik sagerne, om de førte til pension eller afslag. Nogle af disse forhold kan tolkes som udtryk for en holdning i kommunens administration: går man ind for førtidspension eller ej. Andre kan tolkes som udtryk for, hvor seriøst man tager sagsbehandlingen. Jo grundigere og bedre sagerne behandles, jo mere sagkundskab – des flere pensioneres. Det bliver tilsyneladende resultatet, selv hvis man prøver at revalidere.

Et par mindre undersøgelser drejede sig om specielle sider af førtidspensionen. En undersøgelse af "Husmodervurderingen" førte til en drastisk omvurdering af de omkostninger, der ville være ved at afskaffe denne særregel – det var tidligere blevet vurderet som flere gange dyrere (Bengtsson, 1990). "*Førtidspension til unge*" knyttede an til den aktuelle debat, hvor det blev påstået, at et stort antal personer af rent sociale årsager blev udstødt og endte som førtidspensionister. En vurdering foretaget af sagsbehandlere i nævnsekretariatene i en periode gav til resultat, at det højst drejede sig om 2 pct. af tilkendelserne (Bengtsson 1991).

Endelig gennemførtes en interviewundersøgelse af "*Yngre førtidspensionister*", hvor man interviewede små 1.000 personer, der havde fået førtidspension nogle bestemte år som under 45-årige (Juil, 1992). De fleste havde fået helbredsbedingede pensioner, oftest med psykiatriske diagnoser, og mange havde et misbrugsproblem. De fleste havde været i arbejde på et tidspunkt, og 40 pct. ytrede ønske om igen at få en beskæftigelse. Uddannelses-

mæssigt stod de imidlertid ringe, og revalideringssystemet så heller ikke ud til at have nået mange af dem.

Andre undersøgelser, der er kommet ind på funktionshæmmede og deres forhold, er en undersøgelse fra 1968 om beskyttet beskæftigelse (Hornemann Møller, 1968), en fra 1981-83 om handicapbistandshjælperens udbredelse, formidling og effektive anvendelse (Jeppesen, 1981;1983), og en fra 1984 om særforsorgens udlægning (Andersen, 1984). Endelig skal det nævnes, at Merete Platz har belyst ældres mobilitet og førlighed i en række undersøgelser (Platz, 1992 giver en god sammenfatning).

1.2. Problemstillingen for denne undersøgelse

Sigtet med nærværende undersøgelse har været at etablere en viden om, hvordan betingelserne er for mennesker med handicap i dagens Danmark på tilsvarende vis som Socialforskningsinstituttets undersøgelse først i 1960'erne. Formålet er således i høj grad beskrivende, men samtidig benyttes materialet også til analyser, der kan sige noget om, i hvilken grad de fundne forhold hænger direkte sammen med handicap eller funktionshæmning.

For at måle funktionshæmning benyttes erfaringer fra den forskning, der specielt har beskæftiget sig med dette problem. Det har derimod ikke været sigtet i denne undersøgelse at gå nærmere ind på denne forskning eller at benytte materialet til at bidrage til denne. Det har ligeledes ligget helt uden for rammerne af denne undersøgelse at relatere resultaterne til undersøgelser i andre lande. En seriøs sammenligning ville formentlig kræve en samtidig undersøgelse i de pågældende lande.

Da undersøgelsen blev planlagt, lagde man vægt på, at handicap ikke kunne forstås udelukkende som en egenskab ved den enkelte. Begrebsdannelsens vægt på samspillet mellem person og samfund afspejles i den mere præcise problemstilling, som omtales nedenfor, hvor de kompensatoriske mekanismer og barrierer for integration ikke alene vil blive undersøgt på individniveau, men

også ved at se på det omgivende samfund gennem de interviewedes udtalelser.

Undersøgelsen skal for det første belyse:

- *hvor mange* personer, der er fysisk funktionshæmmede eller psykisk udviklingshæmmede samt
- hvilke handicapgrupper, det drejer sig om, og
- hvad deres forsørgelsesgrundlag er.

Desuden skal *integrationens omfang* beskrives, målt ved

- relationen til arbejdsmarkedet,
- sociale kontakter,
- deltagelse i samfundslivet og
- vurdering af indflydelse på egen situation.

Som forklarende faktorer inddrages:

- 1) Kompensationsfaktorer hos individet såsom uddannelse, psykisk sårbarhed og graden af funktionshæmning, holdninger til arbejde,
- 2) Kompensationsfaktorer i de nærmeste omgivelser såsom boligens indretning, herunder adgangsforhold, forsyning med og brug af tekniske hjælpemidler og sociale netværk,
- 3) Kompensationsfaktorer i relation til arbejdsmarkedet såsom revalidering, arbejdspladsens indretning, holdninger på arbejdspladsen blandt arbejdsgivere og kollegaer,
- 4) Kompensationsfaktorer på samfundsniveau, såsom mulighed for revalidering og ordninger der skal lette adgang til arbejdslivet.

Det har således været sigtet, at undersøgelsen skulle belyse, hvor mange af de funktionshæmmede der er *i arbejde*, hvilken form for arbejde det drejer sig om, hvordan arbejdsvilkårene er, samt hvilke erfaringer der er fra arbejdslivet. For dem, der ikke er i arbejde, skal det undersøges, om de har søgt at komme det, og

hvad der efter deres vurdering er årsagen til, at de står uden for arbejdslivet. Hvilke barrierer er de stødt ind i på arbejdsmarkedet? Er de på et tidspunkt gået ind i en revalidering, og hvordan har erfaringerne været hermed? Eksisterer der hos funktionshæmmede, der ikke er i arbejde, et ikke-opfyldt ønske om at komme det?

Et andet vigtigt område er *indtægter og forsørgelse*. Hvor mange arbejder heltids og til hvilken løn, hvor mange har indtægter ved at arbejde deltids eller mere sporadisk, og hvor mange funktionshæmmede lever udelukkende af pensioner? Hvilken rolle spiller arbejdsmarkedspensioner og private pensioner i forhold til de sociale? Hvor godt klarer forskellige grupper af funktionshæmmede sig alt i alt indtægtsmæssigt set i forhold til den øvrige befolkning?

De *uddannelsesmæssige forhold* har givetvis en nær sammenhæng med såvel arbejde som indtægt. Det er en nærliggende tanke – både for den enkelte og for omgivelserne, derunder myndigheder – at man kan søge at kompensere nogle af de ulemper, der kan følge med en funktionshæmning med en særlig uddannelsesmæssig indsats. Samtidig er der dog grupper af funktionshæmmede, som vil have meget vanskeligt ved at gennemføre en uddannelse, hvilket kan medvirke til at gøre gruppen svagere uddannelsesmæssigt. Men er der så en sammenhæng mellem uddannelse og jobmuligheder for den funktionshæmmede? Eller uddannes de unge funktionshæmmede til arbejdsløshed og pension?

Et vigtigt felt at få dækket er det, der med en bred overskrift kunne kaldes "*den enkeltes tilpasning i tilværelsen og i samfundet*", hvordan det lykkes eller ikke lykkes at indrette sig på de givne præmisser og med de muligheder, man har haft for at påvirke omgivelserne. Hvordan er evnen til at klare dagligdagen? Her tænkes både på det praktiske, bolig, adgangsforhold og transport mv., og på hvor godt man overlever på det menneskelige plan. Hvordan er de sociale netværk, kontakten med familien m.m.

Endvidere lagdes vægt på at få belyst på hvilken måde og i hvilket omfang, den enkelte lever med i samfundet og interesserer sig for at deltage i beslutningerne. Hvordan orienterer man sig om forhold af betydning for funktionshæmmede og politiske forhold i det hele taget, er man medlem af en handicaporganisation eller andre organisationer, der har til formål at deltage og øve indflydelse i samfundet?

Undersøgelsen vil også kunne anvendes som en generel *brugerundersøgelse*, idet mange funktionshæmmede har mange erfaringer som brugere i den sociale sektor. Hvad er der af gode erfaringer, og hvad er der af kritik? I hvilket omfang mener de at få dækket udgifterne, der er forbundet med funktionshæmningen? Mange funktioner er i de senere år blevet decentraliseret. Hvilke fordele og ulemper er der herved set fra brugersynsvinkel? Er der tilstrækkelig ekspertise på lokalt plan, eller oplever man et behov for, at den lokale ekspertise i højere grad støttes gennem oprettelse af en eller anden form for centre?

Det må tilstræbes, at undersøgelsen indeholder flest mulige aspekter af en beskrivelse af situationen. Vi vil med en sådan undersøgelse få et materiale, der i mange år vil komme til at stå som det nyeste billede af funktionshæmmedes situation, og som samtidig vil være en *referenceramme* og inspiration til mere specifikke undersøgelser af undergrupper.

2. Måling af funktionshæmning

2.1. Metoder i tidligere undersøgelser

De hidtidige undersøgelser giver mange eksempler på de metodeproblemer, der er i forbindelse med kortlægning af funktionshæmning. Der er for det første problemerne med at finde frem til det udvalg, der skal interviewes, og dernæst er der problemet med at måle de forhold, vi er interesseret i. Bagved problemerne med at måle står naturligvis det problem, der består i at definere de benyttede begreber tilstrækkelig klart.

Nogle af de omtalte undersøgelser er gået ud fra et stort tilfældigt udvalg af et bredt interval af aldersgrupper. Det gælder "*Fysisk Handicappede i Danmark*" (Andersen, 1964) og "*Psykisk Sårbare*" (Kühl et al., 1981). I denne fremgangsmåde er der indbygget en garanti for, at resultatet bliver et repræsentativt udvalg. I undersøgelsen "*Fysisk Handicappede*" gik man ud fra et udvalg af husstande. Det betyder, at det er ikke et simpelt tilfældigt udvalg. Men den afvigelse, der ligger heri, er formentlig af ringe betydning.

Andre af undersøgelserne vælger personer, når de er mål for en social service. Det gælder mest udpræget for invalidepensionistundersøgelserne, hvor de personer, der er interviewet, i det mindste har søgt en pension. Disse personer har ikke alene en funktionshæmning, de har også taget en beslutning om at søge pension. Interview af dem kan fortælle os noget om pensionsansøgere, men ikke om funktionshæmmede. Vi får nemlig ikke alle dem med, som kompenserer for deres funktionshæmning eller sygdom og altså er i arbejde alligevel.

Hvis vi bruger et udvalg blandt folk, som er målgruppe for en social service eller ansøgere til en sådan, smugler vi faktisk en ekstra betingelse ind i vores definition af handicap. Med et sådant udvalg kan definitionen nemlig ikke længere være et rent udtryk for omfanget af funktionshæmninger, men den kommer også til at omfatte nogle af dennes mulige *konsekvenser*. Det betyder, at vi ikke længere kan stille spørgsmålet, om den enkelte kan kompensere for sin funktionshæmning, og under hvilke betingelser dette kan ske.

I nogle tilfælde kan det dog retfærdiggøres, at vi tager udvalget i den "forkerte ende" – nemlig hvis der er tale om en så alvorlig funktionshæmning, at vi må gå ud fra, at alle de personer, der falder ind under den pågældende klassifikation, er kendt af det sociale system. Det er netop tilfældet, når vi taler om mentalt funktionshæmmede børn. Hvis ikke forældrene selv kan eller vil se noget, bliver de opdaget af sundhedsplejersken eller i det

mindste af skolen. Udvalget i "Psykisk handicappede" kan retfærdiggøres på lignende vis.

Når man på grundlag af det oprindelige store udvalg skal identificere den gruppe, man vil gå videre med i en speciel undersøgelse, må det være på grundlag af en *måling* af den egenskab, det handler om, i de nævnte undersøgelser henholdsvis fysisk handicap og psykisk sårbarhed. Undersøgelsen af fysisk handicappede benyttede i den forbindelse et omfattende spørgeskema, hvor der blev spurgt om en lang række diagnoser og symptomer, som også blev vurderet af læger. Denne type måling er ikke helt tilfredsstillende, idet symptomer kan opfattes forskelligt, og brug af diagnoser er afhængig af, om der har været læger inde i billedet. Der er heldigvis et bedre alternativ til rådighed i dag.

Psykisk sårbarhed benyttede en bedre metode, idet man havde et antal spørgsmål, som skulle sigte mod at måle den samme egenskab og var i stand til ud fra en analyse af svarmønstrene at finde frem til et antal spørgsmål, der faktisk dannede en skala. Målingen af den egenskab, der udtrykkes gennem indholdet af disse spørgsmål, må derfor siges at hvile på et ganske sikkert grundlag. Vi har da også taget disse spørgsmål med i herværende undersøgelse, hvor vi også har et mål for psykisk sårbarhed.

Andersen (1964) opstillede en hel model for forholdet mellem arbejde og handicap. Udgangspunktet var, at der er en negativ sammenhæng mellem graden af fysisk handicap og social tilpasning: Jo større handicap, des mindre tilpasning må vi vente. Men denne sammenhæng gælder ikke uden videre for den enkelte person: hun eller han kan være bedre socialt tilpasset, end det betinges af vedkommendes handicap. I det tilfælde er det lykkedes at *kompensere* for funktionshæmningen.

Hvis der skal sættes tal på alt dette, skal en lang række forhold kunne måles. Det forsøgte man på i Andersen (1964), men uden dog at gå så langt ad denne vej, at der udvikles matematiske modeller, hvor disse mål indgår. De tjener således ingen

egentlig funktion i sammenhængen. Den erhvervsmæssige tilpasning "måles" fx ved erhvervsindkomsten, men ud over i selve definitionen ser vi ikke mere til dette mål. Andre mål er dog mere anvendelige. Der opstilles et mål på husholdningsaktivitet og et mål på trivsel på arbejdspladsen. Det sidste af disse har vi medtaget i nærværende undersøgelse.

Desuden udvikledes der også et mål for mulighederne på arbejdsmarkedet. Det drejer sig om den såkaldte *arbejdshæmningsgrad*. Denne skulle ideelt set udregnes således, at man for den enkelte person finder det antal stillinger, han kan klare med sin funktionshæmning, og dividerer med det samlede antal stillinger, der ligger inden for hans uddannelsesområde. I praksis opgiver undersøgelsen *Fysisk Handicappede i Danmark* dog at operationalisere denne definition og anvender i stedet en lægeligt skønnet størrelse.

Begrebet arbejdshæmningsgrad har aldrig fået den praktiske betydning, som det måske havde haft, hvis det var opfundet i starten af århundredet. Udviklingen siden først i 60'erne har gjort arbejdsmarkedet så foranderligt og kvalifikationerne så komplicerede, at et begreb af denne type ikke længere kommer på tale.

Kirsten Avlunds måling af funktionsevne (Avlund, 1992) skal endelig nævnes som eksempel på et funktionsevнемål, som er udviklet til et helt andet formål end det, vi har haft i nærværende undersøgelse, og til en helt anden målgruppe, og hvor teknik og metode i mange henseender derfor er nærmest modsat af det, vi her benytter. Når vi alligevel går ind på Kirsten Avlunds funktionsevнемåling, er det fordi, den er kendt af mange i Danmark, og de følgende overvejelser kan måske være en hjælp for disse til at forstå mere præcist, hvad vi vil med funktionsevнемålingen her.

Kirsten Avlund har undersøgt medlemmer af en ældre-årgang i Glostrup som 70- og 75-årige og har i den forbindelse inter-

esseret sig for henholdsvis fysiske og instrumentelle daglige aktiviteter – det er jo en alder, hvor det ikke handler om at klare sig ude i samfundet, men om at klare det daglige hjemme så vidt muligt selv. Hun har i den forbindelse været interesseret i at belyse tre forhold: 1) træthed, 2) nedsat tempo og 3) behov for hjælp.

Da interessen drejer sig om aldringsprocessen og dens konsekvenser, har det betydning, hvilke forhold der hænger sammen, og hvilke der ikke nødvendigvis gør det. Analysen af de mange forhold, der er belyst, foregår derfor ved en itemanalyse, hvor det handler om at gruppere spørgsmålene efter den dimension, de belyser. Det viser sig, at der er otte dimensioner. Disse kan grupperes således, at der skelnes mellem mobilitet, underkroppens funktionsevne og overkroppens funktionsevne.

2.2. Måling af funktionshæmning her

En række af de egenskaber ved mennesker, som vi interesserer os for i en social kortlægning, lader sig umiddelbart måle på enkel vis. Det gælder en variabel som alder, der kan angives som antal år, eller indtægt, der kan udtrykkes som et antal kr., blot må man beslutte sig for, om det skal være netto eller brutto. Der er her tale om kvantitative variabler. Andre egenskaber, som køn, lader sig udtrykke som naturgivne kategorier.

Der er ikke nogen tilsvarende enkel måde at måle det, vi i daglig tale betegner "handicap", på. Selv om de fleste af os måske ikke er så meget i tvivl om, hvordan vi skal bruge ordet i det daglige, er der ikke nogen naturgiven måde at kategorisere personer i grupper som "funktionshæmmede" og "ikke-funktionshæmmede" på. De fleste vil nok mene, at man er funktionshæmmedet, hvis man ikke kan gå, eller hvis man kun kan gå 10 meter, før man må give op. Men er man også funktionshæmmedet, hvis man kun kan gå 50 meter, 100 meter, 200, 500, 1.000? Der er ikke noget naturgivet sted at sætte en grænse, og antallet af funktionshæmmede vil være stærkt afhængigt af, hvor man sætter grænsen.

Det nævnte eksempel kan give en idé om, hvordan man kunne måle den egenskab, vi er interesseret i: Man kan simpelthen måle, hvor langt folk kan gå, inden de må give op – og man har et tal i meter. Jo lavere tal, des større funktionshæmning. Problemet med dette mål er, at det kun dækker en lille del af det, vi i daglig tale forstår ved "handicap". Den mentalt handicappede, den døve eller mange andre, som vi ikke et øjeblik vil tøve med at betegne "handicappede", kan som regel gå adskillige kilometer. Begrebet indeholder med andre ord flere *dimensioner*: Mobilitet – som ikke kun er, hvor langt man kan gå, men også fx bevægelser med arme og fingre, brug af sanser og af andre menneskelige organer som fx hjernen.

Men når der gemmer sig så forskellige forhold bag et begreb som "handicap", er der da overhovedet en meningsfuld enhed? Ja, det er jo baggrunden for, at man benytter et enkelt ord. Det fælles ved disse forhold er netop det, der gør begrebet interessant som emne for en social kortlægning, nemlig at de *alle er potentielle forhindringer for, at folk kan leve en tilværelse, som de fleste gør det*. Problemerne i forbindelse med måling af ikke umiddelbart observerbare egenskaber er behandlet udførligt i metodelitteraturen. Når det drejer sig om at måle helbred, møder man dem alle.

Disse metodeproblemer blev behandlet udførligt i et tidligere studie (Nord-Larsen, 1979). På baggrund af metodelitteraturen og erfaringerne med at tillempe de forskellige metoder på helbredsområdet blev der opstillet en række krav til målemetoder. Der er tale om generelle krav, som kan stilles uanset det emne, der studeres. Disse krav er:

- 1) Formålet med målemetoderne skal være klarlagt.
- 2) Sundhedsdefinitionen bag de enkelte målemetoder må være klargjort.
- 3) Målemetoderne må være beskrevet m.h.t. positiv-orientering.
- 4) Målemetoderne må være beskrevet m.h.t. fleksibilitet.

- 5) Målemetoderne må være beskrevet m.h.t. antallet af dimensioner.
- 6) Krav til indeksskonstruktioner.
- 7) Dataindsamlingsomfanget ved målemetoderne må være klarlagt.
- 8) Målemetoderne må være valide, reliable, følsomme og acceptable.

Disse krav, og måden vi opfylder dem på, skal uddybes lidt i det følgende.

1) Formålet med målemetoderne skal være klarlagt

Hermed sigtes der til, at man ikke kan tale om "helbred" som en generel egenskab, der kan måles. Der er tale om en række forskellige forhold, som vi i daglig tale sammenfatter under dette begreb. Derfor må man klargøre formålet med at måle i denne sammenhæng, så det fremgår, hvilke af disse egenskaber der skal dækkes.

Giver det da mening at tale om "handicap" som en generel egenskab, opløser dette begreb sig ikke på lignende vis i en række enkeltbegreber? Jo, det gør det, men netop formålet med at måle dem er det, der forener: Vi er jo interesseret i at kortlægge, i hvilket omfang funktionshæmninger betyder, at de pågældende personer hindres i at foretage sig de samme ting og udfylde de samme roller som andre. Så selv om det er mange forskellige forhold, vi går efter med begrebet, *har de det til fælles, at de kan få virkninger af samme art*. Det ses således, at interessen for at måle funktionsevne her leder os i en helt modsat retning, end den Kirsten Avlund valgte på baggrund af sin forskningsinteresse (se slutningen af sidste afsnit).

2) Sundhedsdefinitionen bag de enkelte målemetoder må være klargjort

Med hensyn til definition af begreber knyttet der i dag altid an til WHO's meget udførlige arbejde med at udrede de forskellige

begreber bag det dagligdags udtryk "handicap" (Martin et al., 1988).

WHO's begrebsanalyse fastslår, at der bag de tilsyneladende enkle begreber gemmer sig ikke blot forskelle, men også forskellige meningssammenhænge. Når man omtaler "handicap" i daglig tale, benytter man undertiden udtryk, der dækker organskader (fx han er lam i benene). Undertiden benyttes udtryk, der dækker funktionshæmninger eller manglende funktioner (fx blind – her kunne et tilsvarende organorienteret udtryk fx være "beskadiget synsnerve"). Enkelte gange benyttes udtryk, der går på de konsekvenser, det får i hverdagen, som hvis man fx betegner en person som "afhængig af 24 timers pleje".

WHO plæderer for, at disse tre niveauer adskilles, således at der skelnes mellem et *medicinsk* niveau, hvor vi taler om legemlige skader o.l., et *funktionelt* niveau, hvor det handler om, hvilke funktioner der virker (hvilke bevægelser man er i stand til at udføre, eller hvilke sansefunktioner der er i orden), og endelig et *rolleniveau*, hvor det drejer sig om hvilke roller og funktioner i samfundet, man er i stand til at indtage. De tre niveauer betegnes "*impairment*", "*disability*" og "*handicap*". I en videreudvikling af disse begreber tales der om "the disablement process", og begrebet funktionsbegrænsninger bliver præciseret (Verbrugge & Jette, 1994).

Det første af disse niveauer er mest interessant fra et behandlerniveau, men det kommer dog også ind i nærværende problemstilling, fx når vi ser på de funktionshæmmedes egen vurdering af, hvor og hvordan funktionshæmningen er opstået. Det andet vil vi – når det er nødvendigt at være helt præcis i sprogbbruken – betegne "funktionshæmning" med et norsk udtryk. Det er den konkrete funktionshæmning, der er udgangspunktet, når der skal dannes foreninger og organisationer af funktionshæmmede. Der er således en tradition i alle lande for at danne betydningsfulde foreninger omkring funktionshæmninger som blindhed, døvhed, mobilitetsnedsættelser m.m., mens der ikke

tilsvarende findes ret mange foreninger for fx invalidepensionister. Det tredje niveau vil vi her betegne "rolletab" – det er et letforståeligt dansk ord, og vi holder ikke til at skulle bruge et almindeligt ord som "handicap" en hel bog igennem i en helt anden betydning, end man normalt gør.

Det er på WHO's niveauer to og tre, den sociale problemstilling i forbindelse med handicap bevæger sig. Nogle personer har en eller anden grad af "disability", og som følge deraf får de en eller anden grad af "handicap" i WHO's forstand, dvs. rolletab. Det drejer sig altså om at måle disse to størrelser. Rolletab er ikke så problematisk. Det kan belyses ved en række forhold, fx hvor mange i gruppen der er i arbejde i forhold til i den almindelige befolkning, hvor meget man deltager i forskellige aktiviteter m.m. Det er i øvrigt et antal rent sociale mål, til trods for WHO's betegnelse "handicap" har det intet med helbred at gøre.

Det er altså omkring målingen af "disability" problemerne koncentrerer. Og definitionen på dette begreb var *altså nedsat evne til at udføre en lang række enkeltfunktioner, som vores eksistens som mennesker i et samfund i almindelighed er mere eller mindre afhængig af.*

3) Målemetoderne må være beskrevet m.h.t. positiv-orientering

Ordet positiv-orienteret anvendes om et mål, hvis det har den egenskab, at det kan anvendes til at skelne såvel inden for grupper af personer med godt helbred som inden for grupper af personer med dårligt helbred. Når vi interesserer os for funktionsmål, er det med andre ord nødvendigt at gøre rede for, i hvilke dele af skalaen vi vil kunne måle.

Det er næppe nødvendigt at spille mange ord på at sige, at det er personer med lav funktionshæmning, vi gerne vil skille ud og skelne mellem grader af. Når det alligevel nævnes, er det for at gøre opmærksom på, at de mål for funktionshæmning, vi anvender i forbindelse med handicapundersøgelser, kan betragtes som en generalisering af en mere generel funktionsevnedimen-

sion. Fordelingen på den er noget, der minder om en normalfordeling, med store grupper i midten, samt relativt få med lav funktionsevne og ligeledes få med exceptionelt høj.

4) *Målemetoderne må være beskrevet m.h.t. fleksibilitet*

Herved forstås, at metoderne er anvendelige i relation til forskellige befolkningsgrupper og forskellige formål. Fleksibiliteten opnås i nærværende undersøgelse ved, at det anvendte funktionshæmningsmål bygger på meget elementære og generelle funktioner, der vil være af betydning i så godt som al menneskelig aktivitet.

5) *Målemetoderne må være beskrevet m.h.t. antallet af dimensioner*

Når vi taler om funktionshæmning i denne undersøgelse, taler vi om en egenskab, som er flerdimensionel i relation til begrebet "disability", idet der er tale om helt forskellige funktioner, der intet har at gøre med hinanden. Hvor meget, man kan gå, har ikke nødvendigvis noget at gøre med, hvor meget man kan række og strække, hvor godt man hører, eller i hvilket omfang de elementære intellektuelle ressourcer er i orden.

Der er dog alligevel tale om en form for endimensionalitet, men det er set i relation til begrebet "handicap", dvs. muligt rolletab. Det, der søges opnået ved at kombinere forskellige typer funktionshæmning, er en endimensionalitet i den forstand, at det fælles element er *størrelsen af den trussel, der er mod evnerne til at udfylde de forskellige almindelige roller i samfundet.*

Endimensionalitet søges opnået på forskellige måder i sociologiske undersøgelser, hvor der søges målt egenskaber, der ikke er helt simple. En almindelig måde i holdningsundersøgelser er at udforme et antal spørgsmål, der alle har til sigte at udtrykke den samme holdning. Efter at spørgsmålene er besvaret, undersøges det med en eller anden teknik, om der er den sammenhæng mellem svarene, som ville forventes, hvis de alle var udtryk for den samme bagvedliggende holdning, samtidig med at tilfældigheder kan spille ind på svarene.

En måde, der ses benyttet i undersøgelser, hvor der er tale om endimensionalitet i betydningen "lignende virkning", er bedømmelser eller vurderinger. Et kendt eksempel er Kåre Svalastogas undersøgelse af social rang i Danmark (Svalastoga (1959)), hvor han lod et stort antal mennesker vurdere status for nogle personer, som på kort var beskrevet med ganske få oplysninger om erhverv, uddannelse og stilling. Således kunne teksten på et kort være "Portner, folkeskole, 0 underordnede". Det viste sig, at der var betydelig enighed i befolkningen om, hvad det var "finere" og "ringere" at være.

Som fremgået af diskussionerne ovenfor er der i denne undersøgelses begreb om funktionshæmning tale om en endimensionalitet af den sidste type, ikke i betydningen "samme egenskab", men i betydningen "lignende virkning". Det mål for funktionshæmning, vi benytter i undersøgelsen, bygger på vurderinger foretaget af et stort antal mennesker, hvor det, der vurderes, netop er den ulempe en funktionshæmning af den enkelte type må forventes i almindelighed at medføre i et samfund som det danske.

6) Krav til indekskonstruktioner

Et indeks vil sige en størrelse, der er fremkommet ved at lægge flere størrelser sammen. Skal funktionshæmninger vurderes med henblik på den risiko, de indebærer for at foranledige rolletab, vil der netop blive tale om sådan en indekسدannelse, idet kombinationer af funktionshæmninger også kan forekomme. Der opstilles i Nord-Larsen (1979) følgende fire krav til en indekskonstruktion: Den må være klart forståelig, komponenterne klart defineret, alle komponenter skal yde et selvstændigt bidrag, og den individuelle effekt af de enkelte komponenter må kunne udskilles. Det viser sig, at således som vi nedenfor konstruerer et mål for funktionshæmning, vil disse krav automatisk være opfyldt.

7) *Dataindsamlingsomfanget ved målemetoderne må være klarlagt*

I den forbindelse tales der om at vurdere omfanget af nødvendig dataindsamling og dermed omkostninger forbundet hermed i forhold til den rolle, målene spiller i den givne sammenhæng.

Forekomsten af dette punkt på en liste over krav til målemetoder er udtryk for en meget realistisk erkendelse af, at det ofte er overordentligt bekosteligt at foretage målinger af disse forhold. I nærværende undersøgelse er funktionshæmning imidlertid hovedtemaet, så måling heraf er det mest centrale element. Selve denne måling kommer til at fylde en betydelig del af det skema, der interviewes efter. Selve målingen af funktionshæmning vil endvidere udgøre en betydelig del af analysearbejdet i undersøgelsen.

8) *Målemetoderne må være valide, reliable, følsomme og acceptable*

Dette vil sige, at man måler det, man ønsker at måle, at man ved gentagne målinger ville få samme resultat, at der er tilstrækkelig mange trin på skalaen, og at der ikke kommer problemer i forhold til respondenterne, når man går ud med de spørgsmål, man når frem til. Her er tale om generelle krav til spørgeundersøgelser.

2.3. Et mål for funktionshæmning

I Socialforskningsinstituttets undersøgelse først i 60'erne blev omfanget af funktionshæmning vurderet af læger. I nærværende undersøgelse var der ikke mulighed for at udvikle et selvstændigt mål for funktionshæmning eller benytte omfattende lægemedvirken. Til gengæld er der siden da gjort erfaringer med måling af funktionshæmning i andre lande, som vi kan trække på. Det mest gennemarbejdede og testede mål, som samtidig også er ret nyt, findes i den britiske OPCS (Office of population censuses and surveys) surveys of disability in Great Britain (Martin et al., 1988). Herfra har vi hentet det her benyttede mål på funktionshæmning.

OPCS diskuterer i deres publikation handicapbegreber som opdelt af WHO og lander af en række grunde på, at det er "dis-

ability", det drejer sig om at måle. Man finder bl.a. gennem en testrunde, at det er lettere for folk at svare på spørgsmål om "disability" end på spørgsmål om "impairment", ligesom det anføres at handicaporganisationerne følger disse linier. Endvidere inddrages nogle definitioner, som benyttes i britiske sociale regelsæt, som betegnes henholdsvis "loss of faculty", "disability" og "disablement". Også disse peger mod, at det er funktionshæmning, man skal måle – og ved en betragtning af dansk social lovgivning ville man nå samme resultat: Her defineres ikke begreber som handicap o.l., men i forskellige forbindelser, fx bevilling af hjælpemidler, benyttes begrebet "efter behov" – dvs. der er tale om personer med bestemte funktionshæmninger og om muligheder for at kompensere herfor.

OPCS inkluderer dog enkelte spørgsmål, der må klassificeres under "impairment", fx spørgsmål om smerter og andre subjektive forhold. Disse drages dog ikke ind i målingen af funktionshæmning. Det samme gælder de mange spørgsmål, der medtages om "handicap" i WHO-forstand, dvs. rolletab.

OPCS vil inddrage et bredt spektrum af funktioner, og man afprøver en række spørgsmål om funktioner på følgende ti felter:

- Gang mv.
- Række og strække
- Behændighed
- Syn
- Hørelse
- Personlig pleje
- Kontinens
- Kommunikation
- Adfærd
- Intellektuel funktion

For at sammenligne de forskellige udtryk for funktionshæmninger benyttede man sig af et panel på knap 100 personer sammensat af personer med funktionshæmning, behandlere af

forskellig slags, folk fra frivillige organisationer på det sociale område samt beskæftigede i selve OPCS-projektet. Der blev foretaget tre typer sammenligninger: En sammenlignende vurdering inden for *det enkelte funktionsområde*, hvor det fx blev vurderet, om det er mest alvorligt, at man er faldet 3 gange inden for det sidste år, eller at man er nødt til at gå et trin ad gangen, når man skal op ad en trappe. Den anden type vurdering består i en sammenligning mellem *forskellige funktionsområder*, hvor det fx vurderes, om det er mest alvorligt, at man ikke kan bøje sig ned og samle noget op fra gulvet og så rette sig op igen, eller om man ser så dårligt, at man ikke kan læse avisoverskrifter. Den tredje type vurderinger drejede sig om, hvordan man skulle vælge mellem kombinationer af funktionshæmninger på flere felter. I alle disse sammenligninger benyttes vurderinger på skalaer.

Uden at gå i detaljer med proceduren kan det nævnes, at man på den måde nåede frem til at udtrykke funktionshæmningen på det enkelte område ved et tal og gøre de ti tal sammenlignelige. Det viste sig, at når der forekom kombinationer af funktionshæmning, var det kun nødvendigt at tage de tre største af de ti tal i betragtning. Anden og tredje dimension af en funktionshæmning tæller ikke lige så meget med til funktionshæmningen som det første. Det viste sig, at hvis man gangede den næststørste funktionshæmning med 0,4 og den tredjestørste med 0,3 og lagde dem til den største funktionshæmning, nåede man frem til et tal, som næsten perfekt afspejlede panelets vurdering af, hvor stor den *samlede* funktionshæmning var, ganske uanset hvor meget der var af eventuelt fjerde, femte osv. funktionshæmning.

OPCS's survey startede med, at 100.000 husstande fik en kort spørgeskemaundersøgelse, hvor folk selv udfyldte skemaet. Man når herved frem til over 185.000 voksne personer. Der blev stillet et mindre antal spørgsmål om en række funktioner, således at også personer med en meget lille grad af funktionshæmning kan identificeres. I alt indgår godt 18.000 personer i en

prøveundersøgelse, hvor sammenhængen mellem spørgsmålene findes.

Til brug for denne undersøgelse har vi oversat kriterierne, der blev benyttet på de ti dimensioner og udformet spørgsmål på grundlag af disse.

Dimensioner:

1. Problemer med at gå og holde balancen?
2. Problemer med at række og strække?
3. Problemer med behændigheden?
4. Problemer med at klare Deres personlige pleje?
5. Problemer med ufrivillig vandladning o.l.?
6. Problemer med synet – selv med brug af briller
7. Problemer med hørelsen – uden brug af høreapparat
8. Har vanskeligt ved at samtale med andre mennesker – at forstå eller blive forstået
9. Problemer med samvær med andre mennesker – (aggression, depression, kontaktproblemer)
10. Problemer med hukommelse eller intelligens?
(Her benyttes summen af point)

Kriterier:

1. Problemer med at gå og holde balancen?

- 0 Kan gå 400 m eller mere uden at standse op
- 1 Kan ikke gå 350 m uden at standse eller uden stærkt ubehag
- 3 Kan kun tage en trappe et trin ad gangen
- 4 Kan ikke bøje sig ned og røre noget på gulvet og så rette sig op igen
- 5 Kan kun klare en trappe med 12 trin ved hjælp af gelænder, behøver ikke standse op
- 6 Kan kun klare en trappe med 12 trin ved hjælp af gelænder og er nødt til at standse op/kan ikke gå 200 m uden at standse eller uden stærkt ubehag/har ofte brug for støttepunkt for at holde balancen/er faldet 3 gange eller mere det sidste år
- 8 Kan ikke bøje sig ned og samle noget op fra gulvet og så rette sig op igen.
- 9 Kan ikke bøje sig ned og røre knæene og så rette sig op
- 11 Kan ikke gå 50 m uden at standse eller uden stærkt ubehag
- 13 Kan ikke gå op og ned ad en trappe med 12 trin
- 14 Må altid have støtte for at holde balancen

- 15 *Er faldet 12 gange eller mere det sidste år*
19 *Kan kun gå få skridt uden at standse eller uden stærkt ubehag/kan ikke gå op og ned ad et trin*
23 *Kan overhovedet ikke gå*

2. Problemer med at række og strække?

- 0 *Kan række og strække på alle måder*
2 *Har svært ved at bruge den ene af armene (men ikke den anden) til:*
 - *at tage jakke på og finde ærmet bag ryggen*
 - *at stoppe skjorten ned i bukserne*
 - *at række armen frem eller op til hovedet*
- 5 *Kan ikke række den ene arm frem eller op til hovedet (men kan med den anden)*
7 *Har svært ved at række nogen af armene over hovedet for at nå noget*
9 *Har svært ved med nogen af armene at tage jakke på og finde ærmet bag ryggen*
11 *Har svært ved at tage hat på (med nogen af armene)*
13 *Har svært ved at række en arm frem og trykke en i hånden*
14 *Kan ikke hæve nogen af armene over hovedet for at række efter noget*
16 *Kan ikke med nogen af armene tage jakke på og finde ærmet bag ryggen eller stoppe skjorten ned i bukserne/nederdelen*
18 *Kan ikke med nogen af armene tage hat på*
19 *Kan ikke række nogen af armene frem og trykke en i hånden*

3. Problemer med behændigheden? (find største tal der giver udslag)

- 0 *Er fuldt ud behændig*
1 *Kan samle en lille ting (fx sikkerhedsnål) op med en hånd, men ikke med den anden/ kan tage og bære 1/2 liter mælkekarton med en hånd, men ikke med den anden/ har svært ved at binde sløjfe på snørebånd eller på sejlgarn*
3 *Kan dreje en vandhane eller kontrolknap med en hånd, men ikke med den anden/ kan trykke vandet ud af en svamp med den ene hånd, men ikke med den anden*
4 *Kan tage og holde et krus te eller kaffe med den ene hånd, men ikke med den anden*
6 *Har svært ved at vride en klud eller bruge en saks*
8 *Kan ikke tage og bære en tokilo pose kartofler med nogen af hænderne*
11 *Har svært ved at skrue låget af en kaffedåse eller bruge en pen eller blyant*

- 13 Har svært ved at tage en fuld kedel og hælde eller ved at servere mad fra en pande
- 14 Kan ikke samle en lille ting (fx sikkerhedsnål) op med nogen af hænderne
- 16 Kan ikke bære 1/2 l mælk eller trykke vand ud af en svamp med nogen af hænderne
- 19 Kan ikke dreje en vandhane eller kontrolknap med nogen af hænderne
- 21 Kan ikke tage og holde et krus te eller kaffe med nogen af hænderne

4. Problemer med at klare Deres personlige pleje?

- 0 Klarer det hele
- 2 Har svært ved at komme i seng og ved at stå op uden hjælp/har svært ved at sætte sig i en stol og ved at komme op af den igen
- 5 Har svært ved at spise selv/har svært ved at komme på toilet og benytte det
- 9 Kan ikke vaske sig over det hele uden hjælp
- 14 Kan ikke vaske hænder og ansigt uden hjælp/kan ikke klæde sig af og på uden hjælp
- 19 Kan ikke komme i seng eller at stå op uden hjælp/kan ikke sætte sig i en stol og komme op af den igen uden hjælp
- 22 Kan ikke spise uden hjælp/kan ikke komme på toilet og benytte det uden hjælp

5. Problemer med ufrivillig vandladning o.l.? (find største tal der giver udslag)

- 0 Fuld kontinens
- 2 Kan miste kontrol med blæren/bruger ble eller kateder til at kontrollere blæren
- 5 Mister kontrol med blæren mindst en gang om måneden
- 8 Mister kontrol med blæren mindst hver 14 dag/kan miste kontrol med afføring
- 10 Mister kontrol med afføring mindst en gang om måneden
- 11 Mister kontrol med blæren mindst en gang om ugen
- 13 Mister kontrol med afføring mindst to gange om måneden
- 16 Mister kontrol med afføring mindst en gang om ugen
- 16 Mister kontrol med blæren mindst en gang i døgnet
- 20 Mister kontrol med afføring mindst en gang i døgnet
- 21 Ingen viljesmæssig kontrol med blæren
- 23 Ingen viljesmæssig kontrol med afføring

6. Problemer med synet – selv med brug af briller*

- 0 *Ser alt*
- 1 *Kan kun med vanskelighed læse almindeligt avistryk*
- 3 *Ser ikke godt nok til at kunne genkende en ven på den anden side af gaden*
- 9 *Ser ikke godt nok til at kunne genkende en ven i den anden ende af et værelse*
- 10 *Ser ikke godt nok til at kunne læse en bog med stort tryk*
- 11 *Ser ikke godt nok til at kunne læse en avisoverskrift*
- 16 *Ser ikke godt nok til at kunne genkende en ven på en armlængdes afstand*
- 20 *Ser ikke godt nok til at kunne genkende en ven helt tæt på ansigtet*
- 22 *Kan ikke se omkreds af møbler i et rum*
- 24 *Kan ikke se hvor vinduet er selv om der kommer lys ind af det*

7. Problemer med hørelsen – uden brug af høreapparat

- 0 *Hører alt*
- 1 *har svært ved at følge en samtale på grund af baggrundsstøjen*
- 3 *Har svært ved at høre nogen tale med normal stemme i et roligt rum*
- 4 *Kan ikke følge et tv-program med en lydstyrke andre finder acceptabel*
- 8 *Hører ikke godt nok til at benytte en telefon*
- 11 *Kan ikke høre en dørklokke, alarmklokke eller når telefonen ringer*
- 12 *Har svært ved at høre selv når man taler højt i et roligt rum*
- 17 *Kan ikke følge et tv-program selv om der er skruet helt op*
- 22 *Kan overhovedet ikke høre lyde*

8. Har vanskeligt ved at samtale med andre mennesker – at forstå eller blive forstået

- 0 *Kommunikerer fint*
- 2 *Kan have lidt svært ved at gøre sig forståelig eller forstå hvad andre siger/mener*
- 4 *Har ret svært ved at forstå eller blive forstået af fremmede*
- 11 *Har meget svært ved at forstå eller blive forstået af fremmede*
- 11 *Har ret svært ved at forstå eller blive forstået af bekendte*
- 17 *Kan slet ikke forstå eller blive forstået af fremmede*
- 17 *Har meget svært ved at forstå eller blive forstået af bekendte*
- 24 *Kan slet ikke forstå eller blive forstået af bekendte*

9. Problemer med samvær med andre mennesker – (aggression, depression, kontaktproblemer)

- 0 *Ingen adfærdsproblemer*

- 1 *Har svært ved at mande sig op til at gøre noget/føler sig ofte aggressiv eller fjendtlig over for andre mennesker*
- 3 *Sidder somme tider i timer uden at gøre noget*
- 5 *Finder relationer til folk uden for familien meget vanskelige*
- 8 *Har ofte udbrud af hidsighed med meget lille årsag*
- 12 *Finder relationer til medlemmer af familien meget vanskelige*
- 14 *Føler behov for at have nogen til stede hele tiden*
- 15 *Smadrer og flår ting i hidsighed*
- 21 *Slår andre mennesker og/føler skader sig selv i hidsighed*

10. Problemer med hukommelse eller intelligens?

(Her benyttes summen af point)

- 0 *Ingen problemer*
- 1 *Glemmer ofte hvad det er, man er lige ved at gøre*
- 1 *Mister ofte tråden midt i en samtale*
- 1 *Tankerne synes at være uklare og gå langsomt*
- 1 *Bliver ofte i tvivl om hvad tid på dagen det egentlig er*
- 1 *Kan ikke se 1/2 times tv og så fortælle hvad det handlede om*
- 1 *Kan ikke huske en besked og give den rigtigt videre*
- 1 *Glemmer ofte at lukke for gashaner, kogeplader eller vandhaner*
- 1 *Glemmer ofte navne selv på familiemedlemmer eller venner man ser tit*
- 1 *Kan ikke læse en kort artikel i en avis*
- 1 *Kan ikke skrive et kort brev til én uden hjælp*
- 1 *Regner ikke godt nok til at kunne give korrekt tilbage på en seddel*

* Brillen er et af de få "tilladte" hjælpemidler, ligesom tandproteser under personlige gøremål (som vi dog ikke fandt det nødvendigt at nævne eksplicit). Grunden er, at vi har anset disse hjælpemidler for sikre og uproblematisk løsning. Hvis alle funktionshæmninger blev kompenseret lige så godt, var der næppe grund til at beskæftige sig med emnet handicap. Det kunne diskuteres, om høreapparat skulle regnes til denne gruppe, men efter at have talt med eksperter og organisationer har vi konkluderet, at det skal det ikke. De kompenserer ikke nær så fuldstændigt, og der er problemer, fx når der benyttes mobiltelefoner.

Foruden de ti dimensioner, der blev testet, tilføjedes der i den engelske undersøgelse tre andre dimensioner. Det drejer sig om bevidsthed (dvs. besvimelse, epilepsi), spiseforstyrrelser og ud-

seende. Det viste sig dog, at disse dimensioner kom til at betyde meget lidt i praksis, især de to sidstnævnte. I denne undersøgelse valgte vi derfor at medtage bevidsthed i en forenklet form og undlade de to sidstnævnte dimensioner.

Spørgsmålene i det skema, vi interviewede efter, er udformet sådan, at man kan finde frem til det point på hver af dimensionerne, som karakteriserer den enkeltes grad af funktionshæmning. Hver dimension indledes med et spørgsmål, om der overhovedet er problemer. Hvis ikke, hvis man fx ser alt, gives der 0 point for synet.

Er der problemer, kan det ses på den foregående liste, hvor mange point de giver. Kan man fx ikke genkende en ven på den anden side af gaden, svarer det til 3 point. Inden for hver dimension registreres det højeste pointtal.

Ud fra de ti tal, der karakteriserer funktionshæmning på hver af de ti dimensioner, udregner vi efter samme formel som i OPCS's undersøgelse en "severity score", som udgøres af det højeste tal + 0,4 gange det næsthøjeste + 0,3 gange det tredje-højeste. Denne severity score inddeles derefter i ti lige store intervaller, kaldet severity category, som her vil betegnes som sværhedsgrad.

Desuden samler vi de ti dimensioner samt det omtalte mål for bevidsthedsproblemer til *fire handicapområder* på følgende måde efter funktionshæmningens *art*:

<i>Angår:</i>	<i>Funktionshæmninger med:</i>
Mobiliteten:	1) Gang mv., 2) Række og strække, 3) Behændighed
Den personlige pleje:	4) Personlig pleje, 5) Kontinens
Sanserne:	6) Syn, 7) Hørelse, 8) Kommunikation
Hjernen:	9) Adfærd, 10) Intellectuel funktion, 11) Bevidsthed

Vi klassificerer på dette grundlag undersøgelsens respondenter efter, om deres største grad af funktionshæmning ligger på et mobilitetsområde, et sanseområde, på et område der har at gøre med personlig pleje eller har noget at gøre med hjernefunktioner i øvrigt. Vi har som kontrol af måleinstrumentets validitet foretaget en lang række analyser af sammenhænge mellem handicap-typer og andre størrelser og fundet, at der er meget få sammenhænge. Dette tyder på, at sværhedsgraden virkelig udtømmer al den (for vort formål) relevante information, der er i funktionsmålet, og således er et validt mål for funktionsevne for så vidt som dette anvendes i en social sammenhæng. Disse sammenhænge er dog ikke gengivet i teksten.

I tabellerne har vi benyttet en opdeling i typer, som svarer til den måde, vi inddeler handicap på i dagligsproget. De steder, hvor vi bringer resultater for enkelte handicapgrupper, har vi begrænset os til nogle af de største, nemlig mobilitetshandicappede, hørehæmmede og hæmmede med hensyn til intellektuel funktion.

Af hensyn til sammenligneligheden med 1962-undersøgelsen måler vi også en egenskab betegnet psykisk sårbarhed med de samme psykologiske spørgsmål som dengang. I 1962-undersøgelsen blev en række forskellige psykologiske forhold målt, men det viste sig, at samvariationen mellem disse var så stor, at de i praksis måtte anses for at måle samme egenskab. I de følgende publikationer blev denne psykologiske faktor ofte betegnet "selvtillid". I denne undersøgelse skal vi dog holde os til betegnelsen psykisk sårbarhed, dels fordi den er mere dækkende for indholdet af de spørgsmål, der benyttes, dels fordi den benyttes af andre i dag (Jουλ, 1992). For at måle denne egenskab anvendes summen af antal ja-svar på følgende spørgsmål:

1. Kommer De let til at ryste på hænderne?
2. Lider De ofte af dårlig appetit?
3. Tager De ofte piller, fx hovedpine-, sove- eller nervepiller?

4. Har De ofte ondt forskellige steder, fx i mave, nakke, ryg eller bryst?
5. Slår Deres hjerte ofte meget hurtigt uden grund?
6. Har De svært ved at få venner?
7. Går småting Dem ofte på nerverne?
8. Har De til stadighed tanker, der plager eller ængster Dem?
9. Føler De Dem sædvanligvis misforstået af andre?

Fordelen ved dette funktionsmål er, at folk kan svare selv på et spørgeskema, uden at der skal medvirke personale, en nødvendig forudsætning for at gennemføre en undersøgelse i større skala, hvor man ikke vil have råd til at sende læger eller sygeplejersker ud. Men der er naturligvis også svagheder ved at bygge på et mål, hvor folk selv vurderer. Dels ved man ikke, om de siger sandheden, dels er der mange svævende begreber. Hvad vil det sige, at man "ofte" mister tråden i en samtale, er det hvert kvarter, eller er det nok til at være "ofte", hvis det er en gang om ugen? Det afhænger ganske af den enkeltes forventninger.

Det gælder særligt nogle dimensioner. Når der er tale om adfærdsproblemer, vil det således ofte være helt forskelligt, hvad personen selv og omgivelserne mener om den sag.

2.4. Eksempler på personer med funktionshæmninger

Først skal der nævnes en række eksempler på, hvad en placering i en bestemt sværhedsgrad kan stå for i tilfælde, hvor respondenter kun har rapporteret funktionshæmning på én af de ti dimensioner. Fx placeres en person, hvis alvorligste problem med *gang* er, at han ikke kan gå op og ned ad en trappe med 12 trin, i sværhedsgrad 6, forudsat at der ikke er problemer på de øvrige dimensioner. Det vil bl.a. sige, at personen skal kunne bruge arme og fingre perfekt.

Sværhedsgrad 1 kan fx være:

- Kan kun tage en trappe et trin ad gangen
- Kan trykke vandet ud af en svamp med den ene hånd, men ikke med den anden

- Har svært ved at komme i seng og ved at stå op uden hjælp
- Ser ikke godt nok til at kunne genkende en ven på den anden side af gaden (m. briller)
- Sidder somme tider i timer uden at gøre noget
- Kan ikke række den ene arm frem eller op til hovedet (men kan med den anden)
- Har svært ved at spise selv/har svært ved at komme på toilet og benytte det
- Kan ikke følge et tv-program med en lydstyrke andre finder acceptabel

Sværhedsgrad 2 kan fx være:

- Kan ikke gå 12 trappetrin (med gelænder) uden at standse op
- Har ofte brug for støttepunkt for at holde balancen
- Har svært ved at række nogen af armene over hovedet for at nå noget
- Har svært ved at vride en klud eller bruge en saks
- Kan ikke bøje sig ned og røre knæene og så rette sig op
- Har svært ved med nogen af armene at tage jakke på og finde ærmet bag ryggen
- Kan ikke vaske sig over det hele uden hjælp
- Mister kontrol med blæren mindst hver 14 dag/kan miste kontrol med afføring
- Hører ikke godt nok til at benytte en telefon

Sværhedsgrad 3 kan fx være:

- Kan ikke gå 50 m uden at standse eller uden stærkt ubehag
- Har svært ved at tage hat på (med nogen af armene)
- Har svært ved at skrue låget af en kaffedåse eller bruge en pen eller blyant
- Ser ikke godt nok til at kunne læse en avisoverskrift
- Kan ikke gå op og ned ad en trappe med 12 trin
- Har svært ved at række en arm frem og trykke en i hånden
- Har svært ved at tage en fuld kedel og hælde eller ved at servere mad fra en pande
- Har svært ved at høre, selv når man taler højt i et roligt rum

Sværhedsgrad 4 kan fx være:

- Er faldet 12 gange eller mere det sidste år
- Kan ikke hæve nogen af armene over hovedet for at række efter noget
- Kan ikke samle en lille ting (fx sikkerhedsnål) op med nogen af hænderne
- Kan ikke vaske hænder og ansigt uden hjælp/kan ikke klæde sig af og på uden hjælp
- Føler behov for at have nogen til stede hele tiden
- Kan ikke med nogen af armene tage jakke på og finde ærmet bag ryggen
- Kan ikke bære 1/2 liter mælk eller trykke vand ud af en svamp med nogen af hænderne
- Mister kontrol med blæren mindst en gang i døgn
- Ser ikke godt nok til at kunne genkende en ven på en armslængdes afstand
- Kan ikke følge et tv-program, selv om der er skruet helt op
- Umuligt at forstå eller gøre sig forståelig over for fremmede

Sværhedsgrad 5 kan fx være:

- Kan ikke gå op og ned ad et trin
- Kan ikke række nogen af armene frem og trykke en i hånden
- Kan ikke dreje en vandhane eller kontrolknap med nogen af hænderne
- Kan ikke komme i seng eller at stå op uden hjælp
- Kan overhovedet ikke gå
- Kan ikke tage og holde et krus te eller kaffe med nogen af hænderne
- Kan ikke spise uden hjælp/kan ikke komme på toilet og benytte det uden hjælp
- Ser ikke godt nok til at kunne genkende en ven helt tæt på ansigtet
- Kan overhovedet ikke høre lyde
- Slår andre mennesker og/eller skader sig selv i hidsighed
- Umuligt at gøre sig forståelig

Så længe der kun er point på en dimension, kan der ikke blive tale om højere sværhedsgrad end 5.

Kombinationer af dimensionerne er som nævnt også blevet vurderet i forbindelse med den engelske undersøgelse, og som nævnt ovenfor som man umiddelbart skulle vente, tæller anden og tredje funktionshæmning mindre end første. Når man deler op på så mange dimensioner, viser det sig, at en betydelig del af de spurgte får point på mere end en dimension. Det gør dem dog ikke til multihandicappede i almindelig forstand, idet det ofte er fx på flere mobilitetsdimensioner, der er point, eller på mobilitetsdimensioner forbundet med plejedimensioner.

Et par eksempler kan illustrere, hvordan personer med point på flere dimensioner anbringes:

En person, der ofte har brug for støttepunkt for at holde balancen (i sig selv sværhedsgrad 2) og kan trykke en svamp med den ene hånd men ikke med den anden (i sig selv sværhedsgrad 1), vil komme i sværhedsgrad 2.

En person, der har svært ved at høre, selv når man taler højt i et roligt rum (i sig selv sværhedsgrad 3) og ikke kan bøje sig ned og røre knæene og rette sig op igen (i sig selv sværhedsgrad 2), vil komme i sværhedsgrad 4.

En person, der ikke ser godt nok til at kunne genkende en person på en armlængdes afstand (i sig selv sværhedsgrad 4) og kun kan tage en trappe et trin ad gangen (i sig selv sværhedsgrad 1), vil komme i sværhedsgrad 4.

En person, der overhovedet ikke kan gå (i sig selv sværhedsgrad 5) og desuden ikke med nogen af armene kan tage jakke på og finde ærmet bag ryggen (i sig selv sværhedsgrad 4), vil komme i sværhedsgrad 7.

En person, der ikke kan komme i seng og stå op uden hjælp (i sig selv sværhedsgrad 5), som ikke kan hæve nogen af armene op over hovedet for at nå noget (i sig selv sværhedsgrad 4) og desuden ikke kan gå op og ned ad en trappe med 12 trin (i sig selv sværhedsgrad 3), vil komme i sværhedsgrad 7.

2.5. Kan vi bruge det engelske funktionsmål?

Ved planlægningen af undersøgelsen var det et udgangspunkt, at der var arbejdet så meget med funktionsmåling, at det måtte være muligt at finde et "færdigt" mål, som kunne anvendes. Der var derfor ikke forudset nogen speciel fase af undersøgelsen til at udvikle eller validere funktionsmål. Alligevel kan der være grund til på dette sted at diskutere det holdbare i dette udgangspunkt samt redegøre for, på hvilke måder funktionsmålet efterfølgende har kunnet valideres.

Det er evident, at det benyttede funktionsmål faktisk måler funktion på en række dimensioner, og at disse dimensioner er væsentlige, hvis der skal konstrueres et samlet mål for funktionsevner. Enkelte andre dimensioner kunne naturligvis tages i betragtning, men vi har ikke nogen konkret mistanke om, at der er glemt nogle dimensioner, som vi kunne gå ud og måle gennem en spørgeskemaundersøgelse, og som ville have betydning i et større antal tilfælde.

Derimod kan man kritisere enhver form for funktionsmåling på baggrund af spørgeskemaer for, at det ikke er muligt på denne vis at dække det psykiatriske område rimeligt godt. Endvidere kan der være dimensioner af funktionsevne, som er væsentlige, men som vi slet ikke er i stand til at definere. Fx kunne man godt på baggrund af undersøgelsens resultater få en mistanke om, at der er en dimension, som måske kunne kaldes "mental energi", som er ganske væsentlig for, hvor godt mennesker fungerer. Men ingen er desværre i stand til at måle den og slet ikke med et spørgeskema.

Det kan måske undre, at vi i første spørgerunde får så stort et antal mennesker, som giver udtryk for, at de har et handicap eller en kronisk sygdom, men som så ved anden runde viser sig ikke at have en målelig funktionsnedsættelse. Hertil skal siges, at vi netop har udformet de første spørgsmål på en måde, så vi fik flest mulige personer med i anden runde med det omfattende funktionsmål, fordi vi ville opnå en høj grad af sikkerhed for at få alle personer med funktionsnedsættelser dækket af denne undersøgelse. Det store antal er altså til dels en virkning af vores metode.

Endvidere er der en del kroniske sygdomme fx med daglig medicinafhængighed, som ikke nødvendigvis fører til funktionsnedsættelse i den her definerede forstand. Resultaterne tyder da også på, at i hvert fald en del af personerne i den nævnte gruppe er belastet af et eller andet.

Som argument for at bruge det engelske funktionsmål uden videre kan det anføres, at samfundsforholdene i Storbritannien og Danmark ligner hinanden meget. Dog er der forskelle med hensyn til handicappolitik, og i betragtning af emnet for undersøgelsen må det naturligvis overvejes, om de ikke spiller en rolle. De største forskelle med hensyn til den handicappedes muligheder ligger imidlertid i mulighederne for at få tilkendt pensioner, og det er oplagt ikke dette, som er blevet vurderet i forbindelse med konstruktionen af det engelske funktionsmål.

En forskel mellem britisk og dansk vurdering viser sig, når funktionsmålet anvendes: Mens vi får nogenlunde lige så stor andel stærkt funktionshæmmede med vores brug af målet i Danmark, som man fandt i Storbritannien, finder vi betydelig flere med små funktionshæmninger. Der kan tænkes flere forklaringer på denne forskel, en nærliggende ligger i den sproglige og kulturelle forskel. Mange af de forhold, vi spørger om, indeholder store subjektive elementer. Hvad er det fx, at man kun "med vanskelighed" kan gå en bestemt strækning eller må hvile sig? Hvor stor skal en vanskelighed være for at "tælle med", og hvor nød-

vendig skal denne hvilepause være? Det er ikke umuligt, at danskeren forstår disse udtryk anderledes end briterne. Vi ser da også betydelig variation mellem britiske regioner indbyrdes.

En anden mulig forklaring på forskellen ligger i, at vi har været ude med personlige interview, mens den britiske undersøgelse har været foretaget som et postspørgeskema. Det betyder, at vi har større svarprocent, og det er ikke utænkeligt, at det især er personer med funktionshæmninger, som jo har skullet svare på mange spørgsmål, der er faldet fra, når formen har været postspørgeskema. Med et personligt interview er det ikke så uoverkommeligt og kedeligt at svare på en række spørgsmål, de fleste synes, de samtidig får noget ud af at sidde over for en person, der lytter til dem.

Fordelingen af personer i den britiske henholdsvis danske undersøgelse, med god overensstemmelse for større funktionshæmninger og større forskel for de mindre, tyder på, at forskellen især beror på de førstnævnte forhold. Det er lettere at definere "kan slet ikke gå" og tilsvarende større funktionshæmninger på en håndfast måde end at definere, om man har "vanskeligheder" med at komme ud af sengen.

Det er således vanskeligt at definere funktionshæmninger af lettere grader på tværs af sproglige og kulturelle forskelle, og dermed også vanskeligt at komme frem til et gyldigt tal for, "hvor mange funktionshæmmede der er". Det behøver imidlertid ikke at genere os så meget. Det beror jo på ren pragmatik, hvor vi sætter grænsen mellem en ubetydelig og en betydelig funktionshæmning, og allerede af den grund har det kun mening at sætte tal på antallet af funktionshæmmede, hvis det forbindes med en ikke-vilkårlig fastlæggelse af en grænse mellem funktionshæmning og ikke funktionshæmning. Det er dog endnu ikke lykkedes nogen at definere en sådan.

Selv om vi finder forskelle i antallet af personer med funktionshæmning mellem Storbritannien og Danmark, er det således

alligevel muligt, at funktionsmålet måler funktionsnedsættelser på den rigtige måde begge steder. For en nærmere kontrol af brugen af funktionsmålet kan man pege på, at der er to aspekter: For det første er det oplagt, når man ser på spørgsmålenes udformning, at der i den enkelte dimension måles funktions-evne, og det er svært at forestille sig nogen forskelle mellem mulige samfund, som skulle kunne få indflydelse på udformningen af den enkelte dimension.

Det andet aspekt er, hvordan dimensionerne tælles sammen, hvor meget den enkelte tæller. Her kunne forskelle mellem samfund spille ind, fx hvor vigtigt er det at kunne se i forhold til at kunne gå. En måde at kontrollere på, om sådanne forhold spiller en rolle for undersøgelsens resultater, er at teste, om det samlede funktionsmål, som det anvendes i undersøgelsen, er robust i forhold til mindre ændringer i de enkelte dimensioners vægte. Hvis vi fx lader en af dimensionerne tælle lidt mindre med, vil det så ændre på de sammenhænge, vi finder i undersøgelsen? En sådan test er gennemført i et begrænset omfang, og vi har ikke set nogen virkninger af sådanne mindre vægtforskydninger.

Et andet udtryk for, at funktionsmålet er hensigtsmæssigt og rigtigt vejet sammen, er, at der kun sjældent er effekter, der hænger sammen med handicaptypen – vurderingerne af, hvor alvorlige de forskellige handicap er, er jo netop foretaget sådan, at en bestemt sværhedsgrad er udtryk for samme omfang af handicap (i WHO's forstand) i vores samfund.

2.6. Undersøgelsens gennemførelse og analysemetoder

Som forberedelse af undersøgelsen foretoges forskellige forsøg på at finde direkte frem til et tilfældigt udvalg af personer med en egentlig funktionshæmning gennem telefoninterview. Det lykkedes ikke at finde en metode hertil, men vi erfarede, at det var muligt at benytte en telefonscreening til at udskille en gruppe på ca. 25 pct. muligvis funktionshæmmede, hvor der ville være

tale om alle grader af funktionshæmning samt et antal ikke funktionshæmmede. Dernæst gik vi videre med denne gruppe i den egentlige undersøgelse, og i den forbindelse anvendte vi et fuldstændigt funktionsskema. På baggrund heraf kunne der opdeles i tre grupper: en gruppe, der var kun ubetydeligt eller slet ikke funktionshæmmede, en gruppe, der var lettere, og en gruppe, der var sværere funktionshæmmede. Her vil den sidste gruppe svare til dem, vi almindeligvis betegner handicappede. Med denne model kunne vi screene 10.800 med sigte på et bruttoudvalg på 2.000 personer, hvoraf en tredjedel kunne forventes at være handicappede.

Resultater af screeningen: Screeningsproceduren omfattede telefoninterview sidst i 1994 suppleret med postspørgeskemaer til de personer, der ikke kunne nås med telefon. To af instituttets almindelige omnibusundersøgelser blev suppleret med screeningsspørgsmålene, og der blev suppleret op, så der i alt blev kontaktet 10.800 personer. (Som følge af denne procedure er enkelte af baggrundsspørgsmålene ikke stillet i hele screeningsundersøgelsen, men kun i en del af den). Dette gav i alt 9.217 besvarelser, som efter afgrænsning til denne undersøgelses aldersinterval blev til 8.062. Heraf meldte 1.871 om funktionshæmninger i højere eller mindre omfang:

- 828 havde funktionshæmninger som gav points i den forkortede skala
- 1.043 havde funktionshæmninger men uden at der var tale om points i den forkortede skala
- 6.191 havde slet ikke funktionshæmninger

Funktionshæmning uden point betyder, enten at personen har reageret på det indledende spørgsmål, "Har De på grund af Deres helbred eller handicap vanskeligheder ved at gøre ting, som de fleste på Deres alder kan?", eller at personen har svaret positivt på et eller flere af de ti indledningsspørgsmål om funktionshæmning i en specifik retning, men så alligevel har scoret 0 point i de to medtagne spørgsmål. Det skal bemærkes, at en del

af dem, der ikke fik point i den forkortede skala, fik det senere i den fuldstændige skala, idet der her blev spurgt om mange flere forskellige forhold.

Hovedundersøgelsen: Der var således 1.871 personer, der kunne spørges i næste omgang, i hovedundersøgelsen. Til denne blev der udarbejdet et omfattende spørgeskema bestående af 8 baggrundsspørgsmål, 121 spørgsmål til belysning af funktionshæmningens art og grad (deraf udgør de 103 den fuldstændige funktionshæmningskala), 11 spørgsmål om funktionshæmnings opståen, 26 spørgsmål om boligforhold og udendørs mobilitet, 50 spørgsmål om beskæftigelse, uddannelse og revalidering, 18 spørgsmål om eventuel hjælp fra kommunen, 10 spørgsmål om kommunernes behandling af sager, 12 spørgsmål om hjælp fra organisationer, familie og andre, 25 spørgsmål om aktiviteter, 5 spørgsmål om dansk handicappolitik og endelig en belysning af indtægtsstørrelse og indtægtstyper.

Hovedundersøgelsen blev gennemført som personligt interview af Socialforskningsinstituttets interviewerkorps i marts, april og maj 1995. Der blev opnået 1.653 interview, hvilket svarer til en opnåelsesprocent på 88. Når totaltallet i de fleste af tabellerne i denne publikation er noget mindre, skyldes det, at der er mange ubesvarede spørgsmål. De fleste af disse skyldes et spørgsmål midt i skemaet som lød: Har De nogen som helst form for sygdom, handicap eller nedsættelse af Deres funktionsevner? Blev der her svaret nej, afsluttedes interviewet. Det viser sig imidlertid, at en stor del af de her frasorterede personer havde anført en større eller mindre grad af funktionshæmning i skemaets første del. Det gælder ikke alene 195 personer, som besvarede første del af skemaet således, at de må betegnes som ubetydeligt funktionshæmmede (kategori 1), men også 133 personer, der hører til de lettere funktionshæmmede (kategori 2), og endog 35 personer, der må betegnes som handicappede (kategori 3).

Analysen af datamaterialet har formet sig således, at der først er udpeget et antal baggrundsfaktorer. Det drejede sig i første omgang om:

1. Funktionshæmningens alvor målt ved sværhedsgrad.
2. Handicapgruppe, idet der deles op efter, om det største point er opnået inden for områderne mobilitet, plejebehov, sansehandicap eller hjernemæssige funktionshæmninger.
3. Psykisk sårbarhed (svarende til manglende selvtillid), målt ved de ni spørgsmål som også benyttedes i 1962-undersøgelsen.
4. Tidspunkt for funktionshæmningens opståen målt ved respondentens alder.
5. Årsagen til funktionshæmningen subjektivt evalueret.
6. Funktionshæmningens oprindelsessted (fx arbejdet, trafikken, hjemmet).
7. Omfanget af smerter.
8. Uddannelse. Det drejer sig i virkeligheden om to størrelser, idet der deles op efter, om skoleuddannelsen er folkeskole eller studentereksamen, samt om respondenterne har erhvervsuddannelse eller ej.
9. Køn.

Hertil er senere føjet 10. Indtægt, og 11. Bopæl i større by, mindre by, på landet.

Disse størrelser er ikke uafhængige af hinanden, tværtimod er der en lang række sammenhænge mellem baggrundsfaktorer. De mest iøjnefaldende er, at personer med funktionshæmninger er ældre, jo større funktionshæmningerne er, og med større funktionshæmning er der en større andel kvinder i gruppen.

Men der er mange andre sammenhænge: Handicapgrupperne har ikke alle samme sammensætning efter køn. I gruppen med plejebehov er 6/7 kvinder, blandt mobilitetshandicappede er 2/3 kvinder, gruppen med hjernemæssige funktionshæmninger er nogenlunde lige sammensat af mænd og kvinder og i gruppen af sansehandicappede er de fleste mænd. I den gruppe, hvor års-

gen til funktionshæmningen er sygdom, er 2/3 kvinder, mens fordelingen er mere lige ved andre årsager. Handicappede fra trafikken er flest mænd, fra arbejdet er nogenlunde lige, og fra andre steder er det mest kvinder. Jo flere smerter des større andel kvinder. Der er også en sammenhæng mellem køn og alder for erhvervelse af funktionshæmning: Erhvervet mellem alder 8 og 29 for lige mange kvinder og mænd, for andre muligheder er der flest kvinder.

Handicapgrupperne er ikke lige godt uddannet, sansehandicappede er mest uddannede og personer med hjernemæssige funktionshæmninger mindst. Jo senere funktionshæmning er erhvervet, des færre har studentereksamen, og des flere har erhvervsuddannelse. Blandt dem med folkeskoleuddannelse er der erhvervsuddannet lidt flere mænd end kvinder, blandt dem med studentereksamen er der omvendt erhvervsuddannet lidt flere kvinder end mænd.

Alle disse sammenhænge skal tages i betragtning, når de forskellige forhold, der er belyst gennem spørgsmål, i undersøgelsen stilles op i forhold til baggrundsfaktorerne. Umiddelbart fremtræder der et stort antal sammenhænge og derfor et meget kompliceret billede. Et væsentligt mål for analysen er derfor at simplificere dette og uddrage de sammenhænge, som må anses for de mest væsentlige.

Første trin i forsøget på at skabe et overblik over budskaberne fra denne datamængde var dog fremstillingen af en lang række bivariante sammenhænge, hvor hver af de nævnte baggrundsfaktorer blev tabelleret sammen med svarene på de fleste af de spørgsmål, der var stillet i undersøgelsen.

Dette første trin gav et grundlæggende kendskab til materialet, eller i hvert fald til hvordan det umiddelbart fremtræder. Der er nemlig den mulighed, at nogle af de sammenhænge, man umiddelbart kan finde, ved nærmere analyse viser sig at være såkaldt falske, dvs. ikke udtryk for en egentlig sammenhæng, men blot

en virkning af en bestemt sammensætning af det udvalg vi studerer.

Efter at have indkredset de umiddelbare, tilsyneladende sammenhænge, måtte vi altså til systematisk at undersøge, hvilke af disse der er egentlige, og hvilke der er falske. Specielt var det nødvendigt at gennemgå, for den enkelte sammenhæng, i hvilket omfang der blot var tale om, at den særlige køns- og alderssammensætning for gruppen af stærkt funktionshæmmede slog igennem.

Idet gruppen af personer med høj grad af funktionshæmning er sammensat af flere ældre og flere kvinder end gruppen af personer med lav grad af funktionshæmning, er der nemlig altid den mulighed, hvis en tabel viser, at et givet forhold har sammenhæng med grad af funktionshæmning, at det i virkeligheden blot drejer sig om et forhold, der i særlig grad er karakteristisk for ældre og/eller for kvinder. Selv om en tabel over funktionshæmning og det pågældende forhold viser en sammenhæng, kan det altså i nogle tilfælde være misvisende. Man taler i de tilfælde om en falsk sammenhæng.

For at se forskel på sammenhænge af denne type og mere egentlige sammenhænge kan man benytte flere metoder. En metode er at sammensætte grupperne af personer med forskellig funktionshæmning således, at de alle får samme køns- og alderssammensætning, eller regne på tallene, så et lignende resultat opnås. Det kaldes standardisering.

En anden og oftere benyttet fremgangsmåde er at danne trivariate tabeller, således at sammenhængen af et forhold med funktionshæmning fx kan ses for hver aldersgruppe for sig og for hvert køn for sig. Man kan så se, om sammenhængen forsvinder, når faktorer således holdes konstant. Hvis den gør det, er der tale om en falsk sammenhæng.

Det er den sidste fremgangsmåde, vi har benyttet i analyserne her, blot i en lidt mere systematisk udgave. For at komme ud over de vilkårligheder, der ligger i en kontrol for tredjevariabel og skøn ved betragtning af tabeller, sådan som det foretages traditionelt, er der udviklet et program med den tekniske betegnelse BMDP, der foretager sådanne kontroller på en mere systematisk måde og samtidig tester.

Udgangspunktet for de multivariate analyser i BMDP er den komplicerede samvariation, der er mulig, mellem alle de indgående størrelser – her drejer det sig om tre eller fire størrelser i den enkelte analyse. Indgår tre størrelser, vil det sige, at sammenhængen mellem A og B kan være afhængig af værdien af C. Først testes om der kan ses bort fra denne mulighed, altså om samvariationen mellem de tre størrelser kan opfattes som bestående blot af simple sammenhænge AB, BC og AC. Dernæst testes om nogle af disse kan udelades.

I alle tilfælde gennemføres signifikanstests, således at der bliver tale om et ensartet niveau for at forkaste eller acceptere sammenhænge. De test, der benyttes, er dels en likelihood ratio test for, om den enkelte model er holdbar i sig selv, dels en sekventiel test for, om den er markant bedre end den tidligere testede, som den er en videreudvikling af.

I BMDP-kørslerne er signifikansniveauet sat meget lavt til 0,1 pct. Modellerne, der er udvalgt og medtaget i rapporten, er alle udvalgt fornuftigt på omkring 5 pct.-niveau for såvel likelihood ratio test, som testet mod den foregående model. Den valgte model er den mest simple model, der 1) ved det, der betegnes generel test, giver en god modeltilpasning, og 2) ved det, der betegnes sekventiel test (dvs. set i forhold til modellen lige før), giver en gevinst over for modellen i foregående trin.

Hvis der er tale om fire størrelser, testes først, om sammenhængen kan beskrives udelukkende ved tre-variabel sammenhænge, og dernæst, om nogle af disse kan erstattes af to-variabelsam-

menhænge, samt endelig hvilke af disse, der eventuelt kan undværes. Reduktionen til to-variabelssammenhænge er vigtig, idet disse kan tolkes som egentlige sammenhænge mellem de størrelser, vi måler. Tolkningen af tre-variabelssammenhænge er derimod mere kompliceret.

I de fleste tilfælde opfatter vi i disse analyser én størrelse som afhængig variabel og de øvrige som uafhængige. Dette markeres ved, at vi lader alle sammenhænge mellem de uafhængige størrelser stå og ikke interesserer os for, om disse eventuelt kan reduceres bort, men koncentrerer procedurerne om at reducere sammenhængene med den afhængige variabel ned til to-variabelssammenhænge.

BMDP-analyserne benyttes som en måde at teste på, om sammenhænge er falske. Hvis vi umiddelbart i de bivariante sammenhænge har set, at et givet forhold afhænger af funktionshæmning, inddrager vi køn og alder som uafhængige størrelser på linie med funktionshæmning.

Sammenhængen mellem køn, alder og funktionshæmning fremgår af bilagstabel 2.1:

Bilagstabel 2.1.
Personer med funktionshæmning: andel kvinder efter aldersgrupper. 1995. Procent.

	18-34 år	35-49 år	50-60 år	I alt
Alle med funktionshæmning				
(kategori 2+3)	54	59	60	58
Handicappede (kategori 3)	58	65	69	65

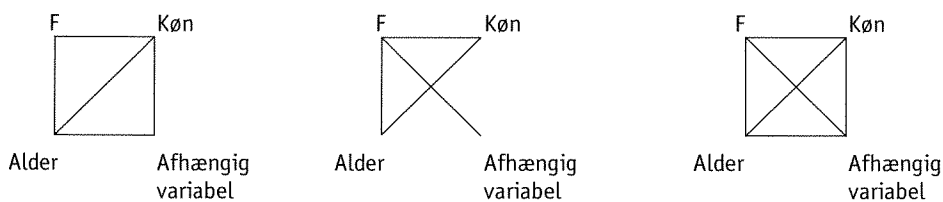
De følgende figurer skal læses således: Der forekommer op til fire størrelser på hver figur, idet det er, hvad der maksimalt kan

inddrages i en analyse med det antal respondenter, vi har. Næst til højre anbringer vi den afhængige variabel, hver af de øvrige størrelser skal derimod forstås som uafhængig variabel. Mellem hver af de uafhængige variable størrelser og den afhængige variabel kan der enten være en streg eller ikke være en streg.

Er der en streg betyder det, at en direkte forbindelse mellem denne uafhængige variabel og den afhængige variabel kan stå for en test, givet de øvrige uafhængige størrelser er konstante. Vi har med andre ord kontrolleret for de øvrige og konstateret en direkte sammenhæng mellem størrelserne. Hvis der er en trevariabelsammenhæng, hvor den afhængige variabel indgår, er dette markeret med en trekant, hvor det indre er skraveret. I dette tilfælde er det vanskeligere at fortolke resultatet, idet der er tale om en forbindelse mellem en uafhængig variabel og en afhængig variabel, der er forskellig for forskellige værdier af den tredje variabel.

Der kan vise sig en række forskellige mønstre, deriblandt følgende tre, hvis vi holder os til de simple mønstre:

Bilagsfigur 2.1.



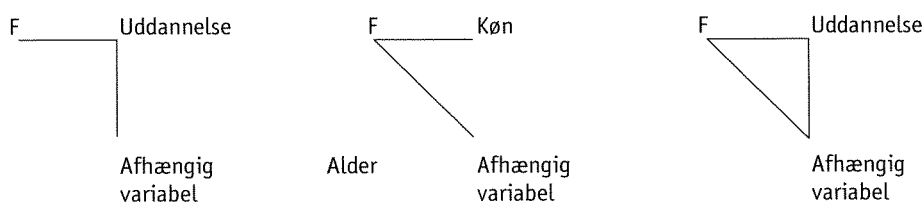
(Se læsevejledning s. 179ff.)

I det første tilfælde (venstre figur) vil vi sige, at der er tale om en falsk sammenhæng, idet det viser sig, at det givne forhold hænger sammen med køn og alder og slet ikke med funktionshæmning. Den umiddelbare sammenhæng i den bivariante analyse var kun et udtryk for, at grupperne med større funktionshæmning har en anderledes sammensætning med hensyn til køn og alder, end de med mindre funktionshæmning har.

I det andet tilfælde (midterste figur) er der tale om en egentlig sammenhæng. Der er faktisk kun sammenhæng med funktionshæmning, medens køn og alder ikke har nogen selvstændig betydning for det givne forhold. I det tredje tilfælde (højre figur) er der også tale om en egentlig sammenhæng, men det givne forhold afhænger ikke kun af funktionshæmning, men samtidig også af køn og alder.

BMDP-analyserne benyttes for det andet til at kortlægge årsags-sammenhænge. Hvis vi fx drager en variabel som uddannelse ind i billedet, kan vi forestille os forskellige mønstre af sammenhænge, heriblandt følgende tre:

Bilagsfigur 2.2.



(Se læsevejledning s. 179ff.)

I det første eksempel (venstre figur) hænger det givne forhold direkte sammen med uddannelse, men ikke med funktionshæmning. I dette tilfælde ville det imidlertid være misvisende at benytte udtrykket falsk sammenhæng om en eventuel bivariat sammenhæng mellem funktionshæmning og det givne forhold. Her er tale om en indirekte sammenhæng. Funktionshæmning har en betydning, fordi der er en sammenhæng mellem denne og uddannelse og mellem uddannelse og det givne forhold. I de to andre eksempler (midterste og højre figur) er forbindelsen mellem funktionshæmning og det givne forhold (også) direkte.

I rapportens kapitel 2 og følgende afsnit kan man finde analyser, hvor man både kan følge kontrollen for tredjevariabel direkte i tabelform og i form af resultatet af en BMDP-analyse.

Der er i forbindelse med BMDP-analyserne ikke gjort forsøg på at måle styrken af de direkte sammenhænge mellem størrelserne, som er resultatet af analyserne. Det er ikke vanskeligt at finde et udtryk for disse størrelser, men det vil ikke i sig selv sige noget, da det afhænger af de helt vilkårlige definitioner og inddelinger, vi selv har lagt ned over de størrelser, der måles. Der er derfor benyttet tabeller til at illustrere sammenhængene.

Da den foreliggende undersøgelse arbejder med et relativt lille udvalg, går vi ud fra, at når en sammenhæng kan påvises her, er den også tilstrækkelig kraftig til, at den har interesse i praksis. Det er nemlig sådan, at med et lille antal tilfælde (i tabeller betegnet antal) er det kun de kraftigste sammenhænge, der bliver stående. Bliver antal tilstrækkelig lille, er der slet ingen hypoteser, der kan holde.

Logikken i BMDP-analysen er således, at hvis en sammenhæng mellem to størrelser helt går ud, bliver konklusionen, at "vi kan ikke på grundlag af denne undersøgelse sige, at der er en sammenhæng", mens hvis en sammenhæng reduceres til en direkte sammenhæng mellem de to størrelser, bliver konklusionen mere

positivt, at "denne undersøgelse viser, at der er en sammenhæng".

Problemer i BMDP

Den beskrevne teori og den anvendte programpakke BMDP giver et overblik over komplicerede sammenhænge. Imidlertid er der en række faldgruber, man skal tage højde for, idet modellerne ellers kan blive usikre eller forkerte.

I en antalstabel kan der forekomme 0-celler. Man taler om to typer af nuller.

- 1) Et "strukturelt" nul. Derved forstår man, at cellen af definatoriske grunde må være 0. Fx er det oplagt, at der må komme en sværm af strukturelle nuller, når man krydser funktionshæmning med, hvornår funktionshæmning er opstået, idet kategorien ingen funktionshæmning har et stort antal ubesvarede her. Et strukturelt nul har en forventet værdi lig nul og skal ikke medtages i statistisk beregning, idet modellens såkaldte frihedsgrader ellers vil overvurderes. En model med for mange frihedsgrader vil have en tendens til at acceptere signifikante modeller, der bør afvises. I praksis betyder det, at modellerne reduceres ned til at blive alt for simple, og sammenhænge forsvinder, selv om de kunne bestå testen i en mere hensigtsmæssig model.
- 2) Et observeret nul. Her er den observerede værdi 0. Cellens værdi er ikke nul af definatoriske grunde.

I praksis skal "strukturelle" og observerede nuller dog behandles på samme måde, idet man i begge tilfælde overvurderer modellens frihedsgrader.

I BMDP kan problemet løses på flere måder:

- 1) Ved at undersøge materialet kan man selv finde nul-cellerne. Derefter skal man celle for celle definere, at cellen ikke skal indgå i den statistiske analyse. Metoden er omstændelig, og

det med at definere celle for celle er ikke anvendt i nærværende undersøgelse, men vi har undgået at benytte analyser med mere end få nuller.

- 2) Man kan lægge en konstant til samtlige celler. Metoden er "snyd" og bør ikke anvendes.
- 3) Ved at definere en minimums celle-værdi kan BMDP slå små celle-værdier sammen. Denne metode er nem at anvende. Imidlertid er det en maskinel procedure, der helt ukritisk slår række- og søjlekategorier sammen, og dette er heller ikke anvendt her.

I nærværende undersøgelse har vi ofte sammenlignet resultaterne ved forskellige aggregeringer af kategorier. De bliver næsten altid identiske, hvilket jo styrker modellens troværdighed.

2.7. Funktionshæmmede set i forhold til hele befolkningen

For at finde ud af, hvad funktionshæmninger betyder, kan man sammenligne grupper af personer uden funktionshæmninger med grupper af personer med funktionshæmninger. En sådan sammenligning kan direkte vise os, hvad funktionshæmning betyder, illustreret af forskellen mellem grupperne med funktionshæmning og grupperne uden. Det ville mange i hvert fald tro.

Det er imidlertid ikke så enkelt at finde virkningen af en funktionshæmning, som man umiddelbart skulle tro. Forskellen i funktion er nemlig ikke den eneste forskel mellem de ovenfor nævnte grupper. Det forholder sig nemlig sådan, at antallet af personer med funktionshæmninger vokser med stigende alder, således at grupperne af personer med funktionshæmninger har en helt anden aldersfordeling end grupper af personer uden. Ligeledes er forholdsmæssigt flere kvinder funktionshæmmede. Da mange forhold afhænger af alder og køn, vil der vise sig en række forskelle, allerede fordi grupperne med funktionshæmning er anderledes sammensat. Den del af forskellen har jo intet med funktionshæmning at gøre.

Den simpleste måde at analysere undersøgelsen på ville være at sammenligne de 78 pct. af befolkningen, som slet ikke har handicap eller kronisk sygdom, med de 8 pct., der har større grad af funktionshæmning, eventuelt med de øvrige to grupper som mellemgrupper. I en undersøgelse af en særlig gruppe udtager man ofte en såkaldt "kontrolgruppe" ved tilfældig udvælgelse i hele befolkningen og stiller de samme spørgsmål til dem for at have et sammenligningsgrundlag og en baggrund at beskrive sin særlige gruppe på.

Da de fleste spørgsmål vi har stillet i denne undersøgelse på en eller anden måde forudsætter, at respondenterne har en kronisk sygdom eller et handicap, og i deres formulering indeholdt disse begreber, var det ikke muligt at stille disse spørgsmål til det flertal, som ikke syntes, de havde en sådan. Der er imidlertid nogle grundlæggende forhold om ægteskab eller samliv, uddannelse og arbejde, som alle kan spørges om. Disse forhold tages op i kapitel 2, hvor vi skal se om grupperne med funktionshæmning adskiller sig fra gruppen uden.

I resten af undersøgelsen, fra 3. kapitel, vil vi tage forhold op, hvor vi ikke på samme måde har mulighed for at sammenligne med hele befolkningen. Der er imidlertid stadig en kontrolmulighed. Her tænker vi på den del af de interviewede i hovedundersøgelsen, som – selv om de i første omgang havde angivet en kronisk sygdom eller et handicap – i anden omgang viste sig at have så små funktionshæmninger, at de ikke fik noget point i vores skala. Denne gruppe er selvfølgelig ikke en helt "normal" gruppe, idet den består af personer, som har tilkendegivet, at de har en kronisk sygdom eller et handicap. Men der er dog tale om en gruppe, hvor funktionshæmningen er af en ganske lille størrelse.

Litteratur

Andersen, B. R. (1964a)

Fysisk handicappede i Danmark. Undersøgelsens teknik og metoder. Bind I. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 15. Teknisk Forlag.

Andersen, B. R. (1964b)

Fysisk handicappede i Danmark. Nogle hovedresultater af undersøgelsen. Bind II. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 16. Teknisk Forlag.

Andersen, B. R. (1966)

Fysisk handicappede i Danmark. Arbejde og erhverv. Bind IV. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 22.

Andersen, D. (1984)

Sørforsørgens udledning. Situationen for psykisk handicappede og døve. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 128.

Anker, J. & Koch-Nielsen, I. (1995)

Det frivillige arbejde. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 95:3.

Avlund, K. (1992)

Funktionsevne som målestok. Gerontologi og Samfund, 8,3.

Bengtsson, S. (1987)

En lov - femten navn. Regionale forskelle i ansøgninger, tilkendelser og afslag på førtidspension. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 167.

Bengtsson, S. (1990)

Husmorvurdering ved førtidspension. Hvordan bedømmes erhvervserven hos ikke-erhvervsaktive, der søger om helbredsbetingsførtidspension? København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 90:3.

Bengtsson, S. (1991)

Førtidspension til unge - i socialpolitisk belysning. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 91:11.

Danmarks Statistik (1995)

Statistiske Efterretninger. København: Danmarks Statistik.

Fridberg, T. (1994)

Kultur- og fritidsaktiviteter 1993. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 94:6.

Hornemann Møller, I. (1968)

Beskyttet beskæftigelse. Fordele og ulemper ved beskæftigelse under beskyttede forhold. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 30. Teknisk Forlag.

Hübbe, P. (1976)

Invalidepensionistundersøgelserne 1. Invaliditetsbegreb og invalidepension, forstudie. København: Socialforskningsinstituttet. Meddelelse 16.

Hübbe, P. (1978)

Invalidepensionistundersøgelserne 4. Helbredsmæssige og sociale forhold. Invalideforsikringsrettens praksis. Ansøgere til invalidepension. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 84. Teknisk Forlag.

Hübbe, P. (1979)

Invalidepensionistundersøgelserne 5. Forhold efter første ansøgning. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 85. Teknisk Forlag.

Jeppesen, K. J. (1981)

Handicap-hjælpermidler. Udbredelse blandt bevægelses- og hørehæmmede. København: Socialforskningsinstituttet. Meddelelse 36. Teknisk Forlag.

Jeppesen, K. J. (1983)

Handicap-hjælpermidler II. Formidling og effektiv anvendelse. København: Socialforskningsinstituttet. Meddelelse 39. Teknisk Forlag.

Juul, S. (1992)

Yngre førtidspensionister. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 92:17.

Koch-Nielsen, I. (1980)

Invalidepensionistundersøgelserne 7. Opvækstvilkår og erhvervsbaggrund. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 100. Teknisk Forlag.

Kühl, P.-H. (1967)

Fysisk handicappede i Danmark. Psykologiske forhold. Bind VI. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 27. Teknisk Forlag.

Kühl, P.-H. & Martini, S. (1981)

Psykisk sårbare. Sociale livsbetingelser. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 102. Teknisk Forlag.

Körmendi, E. (1975)

Psykisk handicappede. Intelligenshæmmedes og udskrevne psykiatriske patienters sociale forhold. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 67. Teknisk Forlag.

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.

Martin, J., White, A. & Meltzer, H. (1989)

Disabled adults: services, transport and employment. OPCS surveys of disability in Great Britain, report 4. London: Her Majesty's Stationary Office; Office of population censuses and surveys, social survey division.

Nord-Larsen, M. (1979)

At måle helbred. En litteraturstudie. København: Socialforskningsinstituttet. Studie 38. Teknisk Forlag.

Platz, M. (1992)

Ældres mobilitet og førlighed - hvad måler vi. Gerontologi og Samfund, 8,3.

Pruzan, V. & Spohr, J. (1981)

Familier med psykisk handicappede børn - aflastning og behov. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 109. Teknisk Forlag.

Svalastoga, K. (1959)

Prestige, Class and Mobility. København.

Verbrugge, L. & Jette, A. (1994)

The disablement process. Social Science & Medicine, 38, 1-14.

Watt Boolsen, M. (1988)

Frivillige i socialt arbejde - hvem, hvad og hvorfor. Socialforskningsinstituttet. Rapport 88:2.

Anden relevant litteratur

Avlund, K. (1995)

Måling af funktionsevne fra 70- til 75-års-alderen. En opfølgningsundersøgelse af 1914-populationen i Glostrup fra 1984 til 1989. København: FADL.

Due, J. (1976)

Invalidepensionistundersøgelserne 2. En forundersøgelse af invalidepensionsansøgere sociale forhold. København: Socialforskningsinstituttet. Meddelelse 17.

Hübbe, P. & Westergård, P. (1978)

Invalidepensionistundersøgelserne 3. Materiale og metoder. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 83. Teknisk forlag.

Juul, S. (1996)

Sårbarhedsskabende træk i det moderne samfund. Et essay. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 96:8.

Martini, S. (1980)

Invalidepensionistundersøgelserne 6. Invalidepensionisternes levevilkår.
København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 95. Teknisk
Forlag.

Viby Møghensen, G. (1965)

Fysisk handicappede i Danmark. Boligforhold og transportforhold.
Bind III. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 18.
Teknisk Forlag.

Viby Møghensen, G. (1967)

Fysisk handicappede i Danmark. Økonomiske og sociale forhold. Bind
V. København: Socialforskningsinstituttet. Publikation 26. Tek-
nisk Forlag.

Socialforskningsinstituttets udgivelser siden 1.1.1996

96:1

Rønnow, B.: Tillægssydelse i velfærdsservicen. 1996. 94 s. ISBN 87-7487-526-4. Kr. 150,00.

96:2

Bengtsson, S. & Rønnow, B.: Marked som styringsredskab – nogle erfaringer fra hollandsk og svensk ældreservice. 1996. 136 s. ISBN 87-7487-527-2. Kr. 175,00.

96:3

Inger Koch-Nielsen: Family Obligations in Denmark. 1996. 40 s. ISBN 87-7487-524-8.

96:4

Hansen, E.J.: The First Generation in the Welfare State. 1996. 44 s. ISBN 87-7487-528-0.

96:5

Christensen, E.: Daginstitutionen som forebyggende tilbud til truede børn – en undersøgelse af 769 daginstitutioner. 1996. 144 s. ISBN 87-7487-530-2. Kr. 125,00.

96:6

Gregersen, O. & Hølek, L.: Arbejdsmarkedsuddannelserne – en vidensopsamling. 1996. 175 s. ISBN 87-7487-531-0. Kr. 140,00.

96:7

Kvist, J. & Sinfield, A.: Comparing Tax Routes to Welfare in Denmark and the United Kingdom. 1996. 51 s. ISBN 87-7487-532-9.

96:8

Juul, S.: Sårbarhedsskabende træk i det moderne samfund. Et essay. 1996. 164 s. ISBN 87-7487-533-7. Kr. 140,00.

96:9

Langager, K.: Ledige på kursus. Effekter af specialarbejderkurser vurderet ved et eksperiment. 1996. 191 s. ISBN 87-7487-534-5. Kr. 190,00.

96:10

Pedersen, L.: Orlov, ledighed og beskæftigelse. 1996. 109 s. ISBN 87-7487-535-3. Kr. 110,00.

96:11

Andersen, D., Appeldorn, A. & Weise, H.: Orlov – evaluering af orlovsordningerne. 1996. 221 s. ISBN 87-7487-536-1. Kr. 200,00.

96:12

Holt, H. & Thaulow, I. (eds.): Reconciling Work and Family Life. An International Perspective on the Role of Companies. 1996. 256 s. ISBN 87-7487-538-8. Kr. 200,00.

96:13

Bengtsson, S.: Welfare – con o senza stato. I servizi sociali a Padova e ad Århus. Un'analisi comparata. 1996. 68 s. ISBN 87-7487-541-8.

96:14

Christoffersen, M.: Opvækst med arbejdsløshed. En forløbsundersøgelse af to generationer født 1966 og 1973. 1996. 203 s. ISBN 87-7487-544-2. Kr. 200,00.

96:15

Toft Rasmussen, E. & Koch-Nielsen, I.: Den tredje sektor under forandring. 1996. 180 s. ISBN 87-7487-545-0. Kr. 150,00.

96:16

Christensen, E.: Definition, Measuring and Prevalence of Child Neglect. A Study of Children Aged 0-1 year. 1996. 31 s. ISBN 87-7487-546-9.

96:17

Holt, H. & Thaulow, I.: Erfaringer fra et udviklingsprojekt om familievenlige arbejdspladser. 1996. 188 s. ISBN 87-7487-547-7. Kr. 120,00.

96:18

Bunnage, D.: De unge ældre i 1990'erne. 1996. 71 s. ISBN 87-7487-548-5. Kr. 80,00.

96:19

Ingerslev, O. & Pedersen, L.: Marginalisering 1990-1994. 1996. 95 s. ISBN 87-7487-549-3. Kr. 95,00.

96:20

Høgelund, J.: Orlovsordninger i Norden. København: Nordisk Ministerråd. Arbejdsmarked. TemaNord 1996:612. 1996. 162 s. ISBN 92-9120-956-2. Kr. 50,00 ekskl. moms. Købes hos Svensk-Norsk Bogimport, Esplanaden 8 B, 1236 København K. Tlf. 33 14 26 66. Fax 33 14 35 88.

96:21

Bonke, J.: Nordisk arbejdsmarkedsforskning 1993-95. København: Nordisk Ministerråd. Arbejdsmarked og arbejdsmiljø. Nord 1996:40. 1996. 176 s. ISBN 92-9120-984-8. Kr. 134,00 ekskl. moms. Købes hos Svensk-Norsk Bogimport, Esplanaden 8 B, 1236 København K. Tlf. 33 14 26 66. Fax 33 14 35 88.

96:22

Bruun-Vierø, I.M.: Annual Report 1995. Catalogue of Projects 1996. 1996. 44 s. ISBN 87-7487-550-7.

96:23

Nygaard Christoffersen, M.: Opvækst hos fædre. En sammenligning af 3-5-årige børns opvækst hos fædre og mødre. 1996. 152 s. ISBN 87-7487-551-5. Kr. 160,00.

Social Forskning er instituttets nyhedsblad. Det udkommer fire gange om året og orienterer i en lettilgængelig form om resultaterne af insti-

tuttets arbejde. Lejlighedsvis udkommer Social Forskning som udvidet tema-nummer med bidragydere udefra.

Abonnementet er gratis og kan tegnes ved henvendelse til instituttet.

Tema-nummer af Social Forskning:

Det sociale ansvar. September '96. 68 s.

Borgerne om velfærdssamfundet. Særnummer. August '96. 66 s.

Kr. 50,00.

En fuldstændig liste over instituttets udgivelser kan fås ved henvendelse til Socialforskningsinstituttet tlf. 33 48 08 00, e-mail: library@sm-sfi.dk.