

Rapport

Personer med handicap

Hverdagsliv og levevilkår 2016



Anna Amilon, Lena Bech Bojsen, Stine Vernstrøm Østergaard & Anna Høeg Rasmussen

Personer med handicap – Hverdagsliv og levevilkår 2016

© VIVE og forfatterne, 2017

e-ISBN: 978-87-7119-474-6

Projekt: 100597

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

FORORD

Danmark har været omfattet af FN's handicapkonvention siden 2009. I tråd med konventionen har den danske handicappolitik til hensigt at skabe lige muligheder for personer med handicap og den øvrige befolkning. Denne rapport belyser, i hvilket omfang dette sigte er opfyldt for personer med handicap i 2016, sammenholdt med personer uden handicap. I rapporten er der bl.a. fokus på forskellige forhold vedrørende uddannelse, beskæftigelse, forsørgelse, livskvalitet og sundhed, deltagelse og tilgængelighed samt sagsbehandling og diskrimination.

Rapporten giver på den måde et bredt billede af, dels hvordan forholdene er for personer med handicap i 2016, og dels hvordan forholdene har udviklet sig siden den første undersøgelsesrunde i 2012.

Til projektet har der været nedsat en følgegruppe bestående af Lene Maj Pedersen (Det Centrale Handicapråd), Rigmor Lond (KL), David Rosdahl (Børne- og Socialministeriet), Emil Søberg Falster (Børne- og Socialministeriet), Hans Dabelsteen (Institut for Menneskerettigheder), Torben Kajberg (Danske Handicaporganisationer) samt Susan Ishøy Michelsen (Statens institut for Folkesundhed), og samtlige takkes for gode og yderst relevante kommentarer og forslag. Thomas Hugaas Molden, forsker II ved NTNU Samfunnsforskning, har været ekstern referee på rapporten. Vi takker for en grundig og kvalificeret kritik samt konstruktive kommentarer.

Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Lena Bech Bojsen, analytiker Stine Vernstrøm Østergaard, student Anna Høeg Rasmussen samt seniorforsker og projektleder Anna Amilon. Seniorforsker emeritus Steen Bengtsson har udarbejdet det spørgeskema, som undersøgelsen bygger på, samt bistået undersøgelsen som intern ressourceperson.

Undersøgelsen er satspuljefinansieret og iværksat på foranledning af Børne- og Socialministeriet.

København, november 2017

Torben Tranæs

INDHOLD

SAMMENFATNING	7
1 INDLEDNING	13
1.1 Begrebet "handicap"	14
2 DATA OG METODE	17
2.1 Opnåelsesprocent, bortfald og vægtning	17
2.2 Metode	19
3 OMFANG OG UDVIKLING AF SELVRAPPORTERET HANDICAP	21
3.1 Omfang og udvikling	22
3.2 Handicaptyper	23
3.3 Prognose.....	24
3.4 Alder og handicap	25
3.5 Køn og handicap.....	27
3.6 Etnicitet og handicap – dobbeltminoriteter.....	28
3.7 Bolig og handicap	28
3.8 Andre forhold	31
4 UDDANNELSE	33
4.1 Uddannelsesfrekvens og -niveau	34
4.2 Droppet ud af uddannelse.....	37
5 BESKÆFTIGELSE OG INDKOMST	41
5.1 Beskæftigelsesfrekvens	42
5.2 Udvikling i beskæftigelse	45
5.3 Udvikling i fleksjob og førtidspension.....	45
5.4 Beskæftigelsesforhold.....	48
5.5 Fyring og frivilligt jobskifte.....	51
5.6 Uden beskæftigelse	53
5.7 Indkomst.....	54
6 SAGSBEHANDLING	59
6.1 Kontakt med socialforvaltningen	59
6.2 Den "gode" sagsbehandling.....	61
6.3 Tillid til kommunen	66
6.4 Viden om handicapråd	68
7 LIVSKVALITET.....	71
7.1 Tilfredshed med livet.....	71
7.2 En bedre tilværelse	74
7.3 Ensomhed.....	75
8 SUNDHED.....	77
8.1 Selvvurderet helbred.....	77

8.2	Vægt og motion.....	79
8.3	Søvn, smerter samt alkoholforbrug og rygning.....	83
9	DELTAGELSE OG TILGÆNGELIGHED	89
9.1	Transport.....	89
9.2	Adgang til information	91
9.3	Kulturelle og sociale aktiviteter samt foreningsliv	93
10	DISKRIMINATION.....	101
10.1	Definition af diskrimination.....	102
10.2	Diskrimination på grund af handicap	102
10.3	Diskrimination i forbindelse med at tegne forsikringer.....	105
	LITTERATUR	109

SAMMENFATNING

Danmark har været omfattet af FN's handicapkonvention siden 2009. I tråd med konventionen har dansk handicappolitik til hensigt at fremme personer med handicaps levevilkår og muligheder for samfundsdeltagelse, så de opnår de samme muligheder som mennesker uden handicap.

For bedst muligt at fremme ligebehandling for personer med handicap er det afgørende, at vi bevarer et overblik over de muligheder og barrierer, som personer med handicap møder i deres hverdag. Denne rapport bidrager med viden om, i hvilket omfang personer med handicap oplever, at sigtet om ligebehandling er opfyldt. Rapporten kan dermed give indikationer på, hvor barrierer kan brydes og muligheder kan styrkes. Med sit afsæt i den danske handicappolitik, hvor vi også inddrager udfordringer i samspillet mellem personer og omgivelser, tager rapporten udgangspunkt i en relationel handicapforståelse. I denne rapport anvender vi denne handicapforståelse meget bredt, hvor det er respondenterne selv, der både vurderer, om de har et handicap, samt typen (fysisk og/eller psykisk) og graden (større eller mindre) af deres handicap.

Med udgangspunkt i borgernes egne oplevelser undersøger denne rapport levevilkår og samfundsdeltagelse blandt voksne (16-64-årige) personer med handicap, sammenholdt med personer uden handicap, samt følger udviklingen i grupperne over tid. Undersøgelsen tager udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelsen SHILD – Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark, som blev gennemført første gang i 2012 og anden gang i 2016. SHILD er baseret på en repræsentativ stikprøve af tilfældigt udvalgte borgere i den danske befolkning i alderen 16-64 år. I 2016 har 20.451 personer besvaret spørgeskemaet ud af 38.000 tilfældigt udtrukne (svarende til en svarprocent på 53 pct.). Vi undersøger omfanget og udviklingen af handicap fra 2012 til 2016, samt hvordan personer med handicap oplever følgende fokusområder, sammenholdt med den øvrige befolkning:

- Uddannelse
- Beskæftigelse og indkomst
- Sagsbehandling
- Livskvalitet
- Sundhed
- Deltagelse og tilgængelighed
- Diskrimination.

Vi identificerer personer med handicap, baseret på respondenternes egen vurdering i forhold til, om han eller hun har et handicap eller længerevarende helbredsproblem, samt typen og graden af handicap eller helbredsproblem. På baggrund af respondenternes besvarelser har vi defineret følgende fem grupper, som vi gennem hele rapporten tager udgangspunkt i (det er muligt at have flere typer af handicap, og procenterne summer derfor ikke til 100):

- Personer uden handicap (69 pct.)
- Personer med mindre fysiske handicap (17 pct.)
- Personer med større fysiske handicap (10 pct.)
- Personer med mindre psykiske handicap (6 pct.)
- Personer med større psykiske handicap (3 pct.).

Vi anvender primært beskrivende analyser samt statistiske test for at undersøge, om der er statistisk signifikante forskelle mellem personer uden handicap og de fire handicapgrupper (personer med hhv. større og mindre fysiske og psykiske handicap). Da mange af de sammenhænge, som vi undersøger, kan hænge sammen med mange forskellige egenskaber og forhold hos respondenterne, laver vi desuden regressionsanalyser på udvalgte områder i rapporten.

I forbindelse med tolkningen af resultaterne er det vigtigt at understrege, at den anvendte dataindsamlings- og spørgeskemametode ikke gør det muligt at nå mennesker med svære kognitive handicap, fx mennesker med svær udviklingshæmning. De personer, der ikke deltager i undersøgelsen, er antageligt nogle af de mest udsatte, og disse personer er med andre ord underrepræsenterede i undersøgelsen. Når vi ser på forskellige forhold for den danske befolkning med og uden handicap, betyder det, at eventuelle forskelle sandsynligvis bliver undervurderet.

Hovedresultater

Resultaterne viser, at andelen af personer, der vurderer, at de har mindst ét handicap, er stort set uændret i 2016 (31 pct.) i forhold til 2012 (30 pct.). I forhold til de enkelte handicapgrupper er der dog flere med hhv. mindre og større fysiske handicap samt større psykisk handicap. Især er der flere personer i 2016 end i 2012, som angiver at have både fysisk og psykisk handicap (hhv. 6 pct. i 2016 og 4 pct. i 2012). Vi ser også, at grupperne med både fysisk og psykisk handicap i 2016 oplyser en yngre alder ved handicappets opståen, sammenlignet med 2012.

Personer med fysiske handicap har oftest "Problemer med ryg eller nakke, fx gigt" eller "Andet helbredsproblem eller handicap". For personer med psykisk handicap drejer det sig oftest om "Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD)" og "Depression, mani og bipolar lidelse (maniodepressiv)".

Helt overordnet viser analyserne, at personer med handicap fortsat oplever væsentlige begrænsninger i forbindelse med samtlige af de fokusområder, som vi ser på, hvor personer med større psykiske handicap gennemgående klarer sig dårligere end de øvrige grupper. Grupperne med psykisk handicap har dog i højere grad en forventning til, at de får det bedre, sammenlignet med grupperne med fysisk handicap. Overordnet set klarer personer med mindre fysiske handicap sig bedre end de øvrige handicapgrupper og ofte på lige fod med gruppen uden handicap i forhold til flere af de fokusområder, vi ser på i denne rapport.

Uddannelse

Personer med handicap har både lavere uddannelsesfrekvens og -niveau, sammenlignet med personer uden handicap. For personer med større psykiske handicap er andelen med en kompetencegivende uddannelse faldet siden 2012. For øvrige handicapgrupper ses der ikke en signifikant udvikling fra 2012 til 2016. For personer uden handicap ser vi dog en stigning i perioden. Der er dermed en tendens til voksende forskelle mellem personer med og uden handicap i forhold til uddannelse.

Personer med handicap har altså gennemgående et lavere uddannelsesniveau end gruppen uden handicap. Dette gælder især for gruppen med større psykiske handicap, som oftere har et lavere uddannelsesniveau end de øvrige grupper. For personer med større psykiske handicap har 30 pct. grundskolen eller realeksamen som højeste fuldførte uddannelse, og de tilsvarende andele for de øvrige grupper er mellem 18 pct. og 26 pct. Personer med større psykiske handicap dropper også oftere (53 pct.) ud af en påbegyndt uddannelse. Dette gælder mellem 24 pct. og 39 pct. for de øvrige grupper. For personer med større psykiske handicap opstår handicappet, når de er gennemsnitligt 25 år, hvilket også er den alder, hvor man typisk vil være i gang med at gennemføre

eller afslutte en kompetencegivende uddannelse, hvilket kan være med til at forklare den store andel af personer med større psykiske handicap, der dropper ud af en uddannelse.

Beskæftigelse og indkomst

I forhold til livskvalitet og samfundsdeltagelse står tilknytningen til arbejdsmarkedet helt centralt. På individniveau kan beskæftigelse bidrage til bedre levestandard, højere livskvalitet og livsudfoldelse. På samfundsplan er en høj arbejdsmarkedsdeltagelse velfærdssamfundets økonomiske grundlag.

Der er flere forskellige forhold, der kan påvirke den enkeltes tilknytning til arbejdsmarkedet, fx uddannelse og beskæftigelsesfremmende indsatser, den teknologiske udvikling, konjunkturer mv., og i dette tilfælde også graden af handicap.

Samlet set tegner der sig et billede af, at personer med handicap har en langt svagere tilknytning til arbejdsmarkedet end personer uden handicap, uanset om vi ser på beskæftigelsesfrekvens, ansættelsesforhold eller antallet af arbejdede timer. Beskæftigelsesfrekvensen for både personer med handicap og personer uden handicap har samlet set ikke ændret sig fra 2012 til 2016.¹ Ligesom for uddannelse har personer med større psykiske handicap de største udfordringer og personer med mindre fysiske handicap de mindste udfordringer i forhold til beskæftigelse.

Selv om andelen af personer med handicap i beskæftigelse ikke ændrer sig over tid, ser vi en signifikant stigning i andelen af personer med handicap, der er i fleksjob fra 2012 til 2016. Desuden falder andelen af personer med handicap, der er på førtidspension fra 2012 til 2016. Disse ændringer er størst for personer i aldersgruppen 40-64 år.

Den svage tilknytning til arbejdsmarkedet har negative konsekvenser for levestandarden for mange personer med handicap. De oplever i lavere grad end personer uden handicap at have råd til at leve et almindeligt liv og ikke at have råd til nødvendigt forbrug. Personer med handicap oplever fx i højere grad end personer uden handicap, at de må undvære lægeordineret medicin og nødvendig tandlægebehandling.

Sagsbehandling

Personer med handicap har ofte behov for og ret til kompenserende ordninger samt vejledning og rådgivning om mulighederne for compensation og støtte. Rådgivning og vejledning om kompenserende ordninger og støttemuligheder samt beslutningen om, hvad der skal iværksættes, foregår typisk gennem den kommunale sagsbehandling. Personer med handicap er derfor ofte i kontakt med det offentlige system, og den kommunale sagsbehandling har stor betydning for, om personer med handicap får den compensation og støtte, som de har behov for. Det kan fx dreje sig om støtte i forbindelse med at få tildelt hjælpemidler.

Analyserne viser, at personer med handicap, som forventet, i højere grad har kontakt til socialforvaltningen end personer uden handicap, hvilket især gælder personer med større psykiske handicap. For personer med handicap drejer kontakten sig oftest ikke overraskende netop om "eget handicap, helbred eller psykiske lidelser".

Personer hhv. med og uden handicap har nogenlunde samme oplevelse af graden af indflydelse på, hvilke tiltag og hvilken hjælp der skal iværksættes af kommunen. For personer hhv. med og uden handicap gælder det, at de færreste (mellem 10 pct. og 14 pct.) oplever at have en "høj grad" af indflydelse på den hjælp, de får tildelt. Derudover angiver cirka hver sjette blandt grupperne

¹ Vores mål for beskæftigelse inkluderer både støttet og ordinær beskæftigelse.

hhv. med og uden handicap, at de "slet ikke" oplever at have fået den hjælp fra det offentlige, som de havde behov for.

I forhold til, hvorvidt en given hjælp fra kommunen blev iværksat rettidigt, ser vi imidlertid, at gruppen med større fysiske handicap og grupperne med hhv. mindre og større psykisk handicap oplever at være signifikant mere udfordrede i forhold til at få rettidig hjælp end personer uden handicap. Blandt personer med større psykiske handicap har hver tredje respondent oplevet, at hjælpen kom så sent, at det gav problemer.

Livskvalitet og sundhed

Helbred og trivsel er fundamentalt for den enkeltes livskvalitet og kan i sig selv påvirke den enkeltes samfundsdeltagelse. Undersøgelsen viser, at personer med handicap i mindre grad er tilfredse med livet, de oplever at have mindre indflydelse på livet, de synes oftere, at de fortjener en bedre tilværelse, og de oplever oftere at være ufrivilligt alene, sammenholdt med personer uden handicap. Personer med større psykiske handicap viser sig igen at være hårdest ramt.

Ser vi på respondenternes fysiske helbred, går det også, ikke overraskende, væsentligt dårligere for personer med handicap end for personer uden handicap. Generelt set sover personer med handicap dårligere, de har oftere (kroniske) smerter, de ryger mere, og de drikker oftere alkohol hver eller næsten hver dag end gruppen uden handicap. Endvidere kan grupperne med handicap oftere klassificeres som overvægtige eller svært overvægtige (målt på BMI).

Lidt overraskende er personer med mindre fysiske handicap de mest fysisk aktive, også sammenlignet med dem uden handicap. Gruppen med større psykiske handicap er den gruppe, der er mindst fysisk aktiv, og gennemgående står det også værst til med gruppen med større psykiske handicap, når vi ser på helbred.

Deltagelse og tilgængelighed

Deltagelse i hverdagsaktiviteter samt i kulturelle og sociale aktiviteter er med til at skabe roller, identitet, vaner og struktur og kan fremme den enkeltes sundhed og livskvalitet. Personer med handicap kan møde barrierer for deltagelse. For at kunne deltage i forskellige aktiviteter kræver det ofte, at man kan komme rundt i omgivelserne. I Danmark sker dette ofte via offentlig transport som bus og tog, hvilket kan være udfordrende for især personer med fysiske handicap. Vi undersøger derfor deltagelse med et særligt fokus på kollektiv transport. Dertil ser vi på adgang til informationer samt deltagelse i kulturelle og sociale aktiviteter ud fra et tilgængelighedsperspektiv.

Resultaterne viser, at personer med handicap oftere har besvær med at tage bus og tog end personer i gruppen uden handicap. Personer med handicap oplever derudover at have sværere ved at læse og skrive, finde informationer på offentlige hjemmesider og kommunikere digitalt, end personer uden handicap. Også her er det gruppen med større psykiske handicap, der har det sværest. Og igen ser vi, at gruppen med mindre fysiske handicap klarer sig bedre end de øvrige handicapgrupper.

Grupperne med handicap angiver i mindre grad end gruppen uden handicap at deltage i kulturelle og sociale aktiviteter (fx biograf, koncert, teater, café, bar, restaurant, diskotek med venner, kollegaer eller familie). Gruppen med større psykiske handicap fremstår også i denne sammenhæng som den gruppe, der har det sværest, imens gruppen med mindre fysiske handicap er den gruppe blandt handicapgrupperne, der ser ud til at klare sig bedst.

Diskrimination

Forbud mod diskrimination er indsat i en række bestemmelser om menneskerettigheder, fx FN's handicapkonvention. I Danmark er der dog ikke et generelt forbud mod diskrimination på grund af handicap, og mennesker med handicap er foreløbig kun beskyttet ved lov mod diskrimination på arbejdsmarkedet. Den danske børne- og socialminister har i februar 2017 rejst et forslag om et generelt forbud mod diskrimination af handicappede. Dette lovforslag forventes behandlet i Folketinget i efteråret 2017.

Analyserne i denne rapport viser, at 14 pct. blandt personer med handicap oplever at være blevet diskrimineret på grund af deres handicap, og det er især personer med et større handicap og / eller et synligt handicap, der oplever at være blevet diskrimineret. Personer med handicap oplever hyppigst diskrimination fra arbejdsgivere, personale i uddannelsessektoren, arbejdskolleger og medstuderende.

Konklusion og perspektivering

Med udgangspunkt i den politiske målsætning om lige muligheder for alle borgere giver denne rapport et bredt billede af oplevelsen af muligheder og barrierer hos personer med handicap, sammenlignet med personer uden handicap på syv centrale fokusområder. Rapporten giver dermed et billede af, hvor vi er i forhold til målsætningen om lige muligheder og omfanget af begrænsninger for personer med hhv. mindre og større fysiske og psykiske handicap. Rapporten viser, at der er store forskelle på personer hhv. med og uden handicap på helt fundamentale områder for velfærdssamfundet så som uddannelse og beskæftigelse. Vi finder heller ingen indikationer på, at forskellene er mindsket over tid. For langt de fleste af de forhold, som vi undersøger i denne rapport, er der få eller ingen statistisk signifikante forskelle mellem 2012 og 2016.

Analyserne viser derudover, at personer med handicap er en meget heterogen gruppe, og at personer med forskellige typer af handicap oplever forskellige typer af barrierer. Gennemgående ser det ud til, at personer med større psykiske handicap er den gruppe, der oplever de fleste og de største barrierer. Omvendt er det gennemgående, at personer med mindre fysiske handicap klarer sig bedst, og indimellem også på lige fod med personer uden handicap i relation til flere af de forhold, som denne undersøgelse dækker.

Det er en udfordring for handicappolitikens centrale mål om lige muligheder for alle, at barrierer og udfordringer varierer på tværs af handicapgrupper. Tilpasning handler dermed ikke blot om at gøre fx bygninger, transport og information fysisk tilgængelige (selv om dette er et centralt aspekt). For gruppen med (større) psykiske handicap er det helt andre barrierer, der gør, at de står dårligere end øvrige grupper inden for langt de fleste af de undersøgte områder.

Rapporten giver nogle indikationer af, hvor der er udfordringer, og hvilke grupper der oplever dem, men vi kan ikke pege mere præcist på, hvad udfordringerne konkret består af, eller hvordan udfordringerne eventuelt kan overkommes. Derudover gør den valgte dataindsamlingsmetode det svært at nå mennesker med svære kognitive handicap, fx mennesker med svær udviklingshæmning. Det indebærer, at der er handicapgrupper, der ikke er fyldestgørende dækket af undersøgelsen.

Ved at supplere data fra denne undersøgelse med kvalitative metoder, herunder uddybende interview, vil man kunne give et mere detaljeret og nuanceret indblik i oplevelserne blandt personer med handicap. Med udgangspunkt i SHILD vil en kvalitativ tilgang derudover øge mulighederne for at nå ud til nogle af de potentielt mest udsatte grupper, som ikke kan gennemføre en spørgeskemaundersøgelse.

Samlet set er denne undersøgelse et solidt grundlag for videre analyse og forskning, og den giver gode muligheder for at uddybe forståelser af forholdene for personer med handicap i forhold til nogle afgørende fokuspunkter.

1 INDLEDNING

Denne rapport er baseret på 2016-runden af spørgeskemaundersøgelsen SHILD – *Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark*, og det er anden gang, at VIVE (daværende SFI) gennemfører SHILD. Første gang var i 2012.

VIVE (daværende SFI) har en lang tradition for at gennemføre levevilkårsundersøgelser for personer med handicap, og den første undersøgelse af denne type blev gennemført i 1961. Lignende undersøgelser blev gentaget i 1995 og 2006 (Bengtsson, 2008), hvorefter den første SHILD blev gennemført i 2012 (Damgaard, Steffensen & Bengtsson, 2013), og den næste, som afrapporteres her, i 2016. Planen er, at SHILD skal gentages hvert fjerde år, så udviklingen i levevilkår for personer med handicap kan følges over tid. Alle de nævnte undersøgelser har taget udgangspunkt i et tilfældigt udvalg af den voksne danske befolkning mellem 16 og 64 år. Handicapundersøgelserne blev til på baggrund af et ønske fra det daværende Socialministerium (nu Børne- og Socialministeriet) om mere viden om samfundsdeltagelse, sociale relationer, holdninger til indsatser samt på forskellige barrierer for at være aktivt deltagende i samfundslivet for personer med handicap. Dette er fortsat et overordnet formål for undersøgelsen, og med vægt på ligebehandling for personer med handicap giver SHILD mulighed for, at vi fastholder et overblik over de muligheder og barrierer, som personer med handicap møder i deres hverdag. Baggrunden for SHILD er netop et ønske om mere systematisk at følge udviklingen for personer med handicap.

Med SHILD 2012 blev undersøgelsen af levevilkår blandt personer med handicap styrket væsentligt. Ud over at undersøgelsen er blevet systematiseret, er stikprøven og antallet af besvarelser også langt større. Hvor de første undersøgelser havde omkring 8.000 besvarelser, har SHILD 2012 omkring 19.000 besvarelser og SHILD 2016 omkring 20.000 besvarelser.

Undersøgelsen har fokus på personer med handicap og deres oplevelser af deltagelse i hverdagsaktiviteter, forstået som aktiviteter relateret til uddannelse, arbejde og fritid. For nogle mennesker kan et (eller flere) handicap føre til en ændret balance mellem forskellige aktiviteter eller betyde, at en eller flere aktiviteter forsvinder helt. Et handicap kan altså føre til barrierer for deltagelse i meningsfulde hverdagsaktiviteter². Hverdagsaktiviteter er med til at skabe roller, identitet, vaner og struktur, og deltagelse i meningsfulde hverdagsaktiviteter kan fremme den enkeltes sundhed og livskvalitet. Tilsvarende betyder aktivitetsafsnit eller -berøvelse³ også mangel på stimulering, hvilket ofte fører til dårligere trivsel og forværret funktionsevne.

Det er også via hverdagsaktiviteter, at mennesker ofte mødes og bliver en del af et fællesskab og derigennem kan realisere medborgerskabet. Hvis større befolkningsgrupper, såsom personer med handicap, er forhindrede i at deltage i det sociale og samfundsmæssige fællesskab, er det således et etisk, demokratisk og samfundsøkonomisk problem (Damgaard, 2012, s. 73-76). Aktivitetsafsnit eller -berøvelse hos den enkelte kan ofte kædes sammen med økonomiske og politiske systemer samt institutionelle politikker og praksis (Wilcock, 1991; Hocking, 2012).

Formålet med SHILD er netop at belyse forskellige forhold, relateret til hverdagsaktiviteter for personer med handicap, sammenholdt med personer uden handicap, og at følge udviklingen over tid.

2. Det er individuelt, hvornår en aktivitet er meningsfuld. Det afhænger af den enkeltes behov, ressourcer og præferencer.

3. Ergoterapi er en sundhedsprofession, hvis formål netop er at fremme sundhed og trivsel gennem meningsfulde aktiviteter. Inden for faget ergoterapi taler man om "occupational deprivation". Dette kan oversættes til aktivitetsafsnit eller -berøvelse, som kan beskrives som "en tilstand af langvarig udelukkelse fra deltagelse i nødvendige eller meningsfulde aktiviteter, som skyldes faktorer, som er uden for den enkeltes kontrol" (egen oversættelse ud fra Whiteford, 2000). Tilstanden kan fx forekomme i forbindelse med langvarig arbejdsløshed eller sygdom, handicap og fattigdom eller hos asylansøgere, minoritetsgrupper og fængslede eller krigsfanger mv. (For mere om "occupational deprivation" se fx Whiteford, 2000; Townsend, 2003; Whiteford, 2004; Hocking, 2012; Durocher, Gibson & Rappolt 2014; Crawford, Turpin, Nayar, Steel Durand, 2016).

Sigtet er således at bidrage med viden om sammenhænge mellem handicap og levevilkår samt udviklingen i disse sammenhænge. Et helt overordnet sigte er dermed også at undersøge, i hvilket omfang handicappolitikken har de ønskede virkninger for personer med handicap. Med mere viden om omfanget af muligheder og barrierer for personer med handicap giver det et bedre udgangspunkt for (så vidt muligt) at sikre lige muligheder og eventuelt tilpasse handicappolitiske tiltag.

For så vidt muligt at sikre lige muligheder for samfundsdeltagelse er der i Danmark iværksat mange socialpolitiske tiltag for at modvirke barrierer i samfundet. Vi ser dog fortsat, at personer med handicap møder væsentlige barrierer i deres hverdagsliv. Fra VIVEs (daværende SFI) tidligere undersøgelser af personer med handicaps levevilkår, heriblandt SHILD 2012, ved vi, at personer med handicap fortsat oplever mange forhindringer i forhold til at deltage i samfundslivet og i forskellige fællesskaber. Samtidig udvikles barrierer og muligheder i et samspil mellem omgivelser og individ. Der er således også mange andre aspekter foruden de handicappolitiske, der bestemmer, hvordan forholdene er og udvikler sig for personer med handicap. Med denne undersøgelse kan vi dog fortsat bevare et overblik over omfanget af muligheder og barrierer, som personer med handicap oplever, samt indikationer af, hvor disse muligheder og barrierer kan forekomme. På den måde kan vi fortsat fastholde opmærksomheden på et marginaliseret felt, hvilket giver bedre muligheder for så vidt muligt at sikre (opmærksomheden om) lige muligheder i samfundet.

1.1 Begrebet "handicap"

"Handicap" er ikke et entydigt begreb, og definitionen afhænger af begrebets anvendelsesformål. I denne sammenhæng skelner man ofte mellem et *socialt*, *et medicinsk* og *et relationelt* handicapbegreb.

Det medicinske handicapbegreb⁴ har længe været stærkt repræsenteret på handicapfeltet (Bengtsson, 2008). Fokus er her på individet og den individuelle funktionsnedsættelse og forudsætter en klar medicinsk diagnose, før et handicap konstateres (Oliver, 1990). Et handicap knyttes på den måde til forhold hos individet. Dette medicinske perspektiv betyder også, at det er individet, man søger at "normalisere", snarere end at man søger at tilpasse forhold i samfundet.

Det sociale handicapbegreb⁵ er udviklet i modspil til det medicinske handicapbegreb (Bengtsson & Stigaard, 2011), hvor fokus ledes væk fra individet. Fra et socialt perspektiv er det samfundet, der ikke er indrettet tilgængeligt, og altså samfundet, der skal tilpasses individets behov.

Det relationelle handicapbegreb er den mest officielle definition og er udgangspunktet for nogle af de mest betydningsfulde definitioner såsom WHO's og FN's handicapdefinition. Det relationelle perspektiv placerer sig mellem det medicinske og det sociale. I et relationelt perspektiv forstås "handicap" som en dynamisk størrelse, med vægt på relationen mellem individ og omgivelser. Her skelnes der mellem *handicap* og *funktionsnedsættelse*, hvor funktionsnedsættelse er det objektivt konstaterbare ved individet, fx nedsat syn. Handicap er i denne forbindelse en følgevirkning af samspillet mellem individet med en funktionsnedsættelse og et samfund, der ikke er indrettet til at modsvare den enkeltes behov og krav (Det Centrale Handicapråd, 2002; Bengtsson & Stigaard, 2011).

Denne rapport tager afsæt i den danske handicappolitik og inddrager problematikker omkring samspillet mellem personer og omgivelser. Rapporten bygger dermed på en relationel handicapforståelse, og vi operationaliserer definitionen som "selvurderet handicap".

4. Også kaldet den medicinske model.

5. Også kaldet den sociale model.

Definitionen af *personer med handicap* er altså baseret på respondenternes egen vurdering af, hvorvidt de har et handicap eller længerevarende helbredsproblem

Det operationaliserede handicapbegreb bliver dermed meget bredt, og gruppen af personer med handicap omfatter dermed personer, der oplever at have et handicap eller et længerevarende helbredsproblem, men som ikke nødvendigvis er begrænsede i deres hverdagsliv. Fx kan en person med en effektivt behandlet kronisk sygdom såsom diabetes indgå i handicapgruppen, selvom vedkommende ikke oplever barrierer for deltagelse. Dette kan betyde, at antallet af personer med handicap overvurderes i forhold til den relationelle forståelse.

Modsat kan der også være personer med funktionsnedsættelser, som ikke selv oplever, at de har et handicap, eller ikke ønsker at oplyse om det, hvilket omvendt kan betyde, at vi undervurderer antallet af personer med handicap. Fx er der flere blandt gruppen af døve, der bruger tegnsprog, som ikke betragter sig selv som "handicappede", men snarere som en sproglig minoritet (Larsen, Sommer & Bengtsson, 2014).

2 DATA OG METODE

Denne undersøgelse er baseret på spørgeskemadata fra SHILD, som er struktureret som en panelundersøgelse (forløbsundersøgelse), som skal gentages hvert fjerde år. Undersøgelsen inkluderer så vidt muligt de samme personer, hver gang den gentages. Panelstrukturen giver på den måde mulighed for at beskrive udviklingen i levevilkår over tid. Det er ligeledes med få undtagelser de samme spørgsmål, der indgår i spørgeskemaet.

Til den første runde af SHILD i 2012 blev der tilfældigt udtrukket 32.810 personer i alderen 16-64 år fra CPR-registret. Fra den oprindelige stikprøve fra 2012 er nogle af personerne ikke længere en del af undersøgelsen, da de ikke længere er i aldersgruppen (de er i 2016 over 64 år gamle), nogle er udvandret, og andre er døde. Fra stikprøven fra 2012 er 27.479 personer fortsat en del af undersøgelsens stikprøve. Stikprøven blev i 2016 suppleret op for alle aldersgrupper, dog med flest blandt de yngste. Der er i 2016 udtrukket 7-800 personer for hver af aldrene 16, 17, 18 og 19 år, der ikke havde mulighed for at deltage i 2012, og ellers er der for hver alder suppleret med mellem 51 og 271 personer. Derfor består stikprøven i 2016 af 38.000 personer i alderen 16-64 år.

Danmarks Statistik har stået for dataindsamlingen, som er foregået fra den 30. september 2016 til den 5. februar 2017. Respondenterne er blevet tilbudt at svare på et internetspørgeskema eller at svare telefonisk. Telefoninterviewet er først tilbudt, efter at respondenterne ikke besvarede internetspørgeskemaet. Undersøgelsen omfatter aldersgruppen 16-64 år. I 2016 var der i Danmark 3.612.116 personer i denne aldersgruppe.

Ud over spørgeskemadata anvender vi også registerdata fra Danmarks Statistik for at få oplysninger om den enkeltes herkomst, uddannelse og beskæftigelse.

2.1 Opnåelsesprocent, bortfald og vægtning

Vi har modtaget besvarelser fra 22.771 respondenter, dog har 2.320 været delvise besvarelser, som vi ikke medtager i vores analyser. Dermed består vores analysegrundlag af 20.451 fuldstændige besvarelser. Undersøgelsens svarprocent er dermed 53,8 pct.⁶

Ud af det endelige analysegrundlag har 77,9 pct. besvaret spørgeskemaet via internettet, og 22,1 pct. har besvaret spørgeskemaet via telefon. Rapporten fra 2012 viste, at andelen af personer med handicap var større blandt dem, der havde besvaret internetspørgeskemaet.

Undersøgelsens respondenter er tilfældigt udvalgt for så vidt muligt at sikre, at undersøgelsen er repræsentativ, dvs. afspejler befolkningen. Da det ikke er alle grupper, der er lige tilbøjelige til at svare på spørgeskemaer, vil nogle befolkningsgrupper i SHILD være over- eller underrepræsenterede. De personer, der ikke har deltaget i undersøgelsen, er i gennemsnit oftere mænd, yngre, ikke i beskæftigelse og har oftere højest en grundskoleuddannelse end de personer, der har deltaget. Der er altså en signifikant skævhed i bortfaldet fra undersøgelsen. Det indsamlede datamateriale er derfor efterfølgende vægtet, baseret på alder, køn, bopælskommune og herkomst, så de så vidt muligt er repræsentative for målgruppen af 16-64-årige. Vi rapporterer alle tal i figurer og tabeller med populationsvægte, med mindre andet er noteret. Vægtene anvendes kun ved deskriptive analyser, da vi her udtaler os om omfanget af givne forhold for personer i Danmark. Ved

6. Der er forskellige grunde til, at nogle respondenter ikke har deltaget i undersøgelsen. 4.599 personer har ikke haft et telefonnummer, eller også har telefonnummeret været ugyldigt. Yderligere er 4.183 personer ikke truffet. 5.442 personer har derudover nægtet at deltage i undersøgelsen, og 525 personer har ikke deltaget på grund af sprogsvækkeligheder. Derudover anses 480 personer som øvrigt bortfald.

multivariate regressionsanalyser anvender vi ikke vægte, da formålet med disse er at belyse sammenhænge mellem forskellige forhold. Tabel 2.1 giver et samlet overblik over, hvordan data-materialet fordeler sig med og uden vægte. Det fremgår af tabellen, at 15.713 respondenter fra SHILD 2012 er forsøgt geninterviewet i SHILD 2016. Derudover fremgår det, at analyseudvalget (dvs. det datamateriale, som vi har anvendt i analyserne, og som inkluderer de respondenter, der har besvaret 2016-spørgeskemaet) med vægte er repræsentativt for den danske befolkning. Dog undtaget variabler, relateret til socioøkonomisk status, hvor vi ser marginale forskelle mellem SHILD-respondenterne og befolkningen, også efter vægtning.

Tabel 2.1 Beskrivelse af stikprøven i SHILD 2016 hhv. med og uden vægte i relation til befolkningen i 2016 samt i relation til de personer, der er med i stikprøven i 2016 fra SHILD 2012.

	Befolkningen 2016	Respondenter fra 2012	Stikprøve 2016 ¹	Analyseudvalg (uvægtet) 2016	Analyseudvalg (vægtet) 2016
<i>Antal personer</i>	3.612.116	15.713	38.000	20.451	20.451
<i>Køn</i>					
Mænd	50,5	46,8	49,0	45,9	50,5
Kvinder	49,5	53,2	51,0	54,1	49,5
Total	100	100	100	100	100
<i>Aldersgrupper</i>					
16-19 år	7,8	- ²	8,2	6,8	7,8
20-24 år	10,7	10,8	10,0	7,4	10,7
25-34 år	19,3	13,7	17,0	13,0	19,3
35-44 år	20,4	19,1	20,1	19,3	20,4
45-54 år	22,5	27,3	23,0	25,5	22,5
55-64 år	19,4	29,0	21,8	28,0	19,4
Total	100	100	100,0	100	100
<i>Herkomst</i>					
Dansk herkomst	85,0	93,8	87,4	92,9	85,0
Indvandrere eller efterkommer herkomst	15,0	6,2	12,6	7,1	15,0
	100	100	100	100	100
<i>Uddannelse</i>					
Grundskole og uoplyst	34,2	18,0	31,5	23,9	34,2
KVU, gymnasial og erhvervsfaglig	42,6	48,8	42,6	44,0	42,6
MVU	15,1	21,8	16,9	20,9	15,1
LVU/ph.d.	8,1	11,5	9,0	11,2	8,1
Total	100	100	100	100	100
<i>Bopæl, region</i>					
Nordjylland	10,1	10,4	10,2	10,4	10,1
Midtjylland	22,7	24,2	23,5	24,9	22,7
Syddanmark	20,8	22,2	21,3	21,9	20,8
Hovedstaden	32,5	29,9	31,4	29,1	32,5
Sjælland	14,0	13,3	13,7	13,7	14,0

	Befolkningen 2016	Respondenter fra 2012	Stikprøve 2016 ¹	Analyseudvalg (uvægtet) 2016	Analyseudvalg (vægtet) 2016
Total	100	100	100	100	100
<i>Socioøkonomisk gruppe</i>					
Selvstændige	3,6	4,2	3,5	3,7	3,6
Lønmodtagere	58,8	72,7	61,7	68,4	58,5
Arbejdsløse	1,6	1,3	1,4	1,2	1,6
Studerende	16,3	11,0	16,3	14,0	16,3
Førtidspensionister	5,3	3,8	4,4	3,6	5,1
Efterlønsmodtagere	1,3	2,1	1,6	2,0	1,5
Øvrige uden for arbejdsstyrken	13,2	5,0	11,1	7,1	13,3
Total	100	100	100	100	100

Anm.: KVV = Kort videregående uddannelse, MVU = Mellemlang videregående uddannelse, LVU = Lang videregående uddannelse.

Note: 1. Stikprøven i 2016 inkluderer 15.713 respondenter fra SHILD 2012, samt 22.287 nye respondenter.
2. Tabellen viser respondenternes status i 2016. Samtlige respondenter, der var i alderen 16-19 år i 2012, er mindst 20 år i 2016. Derfor er denne celle tom.

Kilde: SHILD 2016, SHILD 2012, registerdata fra Danmarks Statistik.

Da rapportens sigte er at belyse forskellige forhold omkring den danske befolknings helbred og handicap, er det vigtigt at understrege, at gruppen af personer, der lider af svære kognitive lidelser, udviklingshæmmede, personer med svære psykisk handicap, personer, der bor på sociale tilbud eller i plejeboliger, og personer, der er uden bolig, sandsynligvis vil være underrepræsenteret. Fx viser en lignende undersøgelse fra Norge (Molden, Wendelborg & Tøssebro, 2009), at det blandt personer med handicap især er personer med kognitive vanskeligheder, der har det sværest, relateret til flere af de forhold, som vi også undersøger i SHILD.

Der findes ingen registeroplysninger om, hvor mange personer med handicap der findes i Danmark, og derfor er det ikke muligt at udtale sig om, hvor mange personer der ikke har haft mulighed for at deltage i SHILD. Men konsekvensen af bortfaldet af nogle af de sandsynligvis mest udsatte handicapgrupper er, at det, når vi sammenligner med befolkningen uden handicap, er sandsynligt, at nogle sammenhænge i realiteten er stærkere, end vi finder dem i denne undersøgelse. Det er vigtigt at være opmærksom på disse forhold, når vi tolker på resultaterne.

2.2 Metode

I rapporten anvender vi primært beskrivende analyser. Vi afrapporter procentfordelingerne fra spørgeskemaundersøgelsen i tabeller og figurer. Når tallene i rapporten opdeles på de forskellige handicapgrupper, tester vi ofte hver enkelt gruppe op mod gruppen, der intet handicap har. Vi tester gruppernes procentfordelinger mod hinanden med enten en Chi²-test, der tester hele procentfordelingen på én gang, eller en z-test, der tester én kategori ad gangen. Vi bruger testene for at se, om de forskelle, der eventuelt er mellem grupperne, skyldes statistisk usikkerhed, der er forbundet med, at vi arbejder med en stikprøve (og ikke med alle personer i aldersgruppen 16-64 år i Danmark), eller om vi kan konkludere, at forskellene er statistisk signifikante (hvilket betyder, at de med mindst 95 pct. sandsynlighed ikke skyldes tilfældigheder). Ligeledes bruger vi Chi²- og z-test til at teste, om forskellene mellem år 2012 og år 2016 er statistisk signifikante.⁷

7. Da cirka halvdelen af respondenterne deltager i både 2012- og 2016-runden af SHILD, er de to stikprøver ikke uafhængige. Chi²-testen er baseret på antagelsen, at der er uafhængighed mellem de to testede stikprøver. Konsekvensen er, at vi risikerer at undervurdere sandsynligheden for, at der er en forskel mellem 2012 og 2016. Der findes dog, så vidt vi har kunnet finde, ikke en alternativ test, som kan tage højde for, at der er delvis overlapning mellem to stikprøver.

Såfremt ikke andet fremgår af tabeller og figurer, er alle afrapporterede resultater statistisk signifikante.

Da mange af de sammenhænge, vi kigger på, kan hænge sammen med mange forskellige forhold omkring en persons liv, laver vi udvalgte steder i rapporten desuden regressionsanalyser. Hvis vi fx ønsker at undersøge, om det at have et større psykisk handicap hænger sammen med en højere eller lavere sandsynlighed for at være i beskæftigelse, end tilfældet er for personer uden handicap, er det ikke tilstrækkeligt kun at sammenligne andelen af personer, der er i beskæftigelse i de to grupper. Grunden er, at der kan være andre forhold, der varierer mellem grupperne, der også hænger sammen med sandsynligheden for beskæftigelse, fx køn, alder og uddannelsesniveau. I en regression, der medtager flere variable, kan man undersøge, om der fortsat er en sammenhæng mellem to karakteristika, efter at man har taget højde for ("kontrolleret for") andre karakteristika. Regressionsmodellen kan dermed give svar på, hvorvidt en gruppe af personer med en bestemt type af handicap har en højere eller lavere sandsynlighed for at være i beskæftigelse end personer uden handicap, når vi har taget højde for eventuelle forskelle i køn, alder og uddannelsesniveau mv. på tværs af de to grupper.

3 OMFANG OG UDVIKLING AF SELVRAPPORTERET HANDICAP

Formålet med dette kapitel er at præsentere omfanget og udviklingen af selvrapporteret handicap i den danske befolkning. Kapitlet sætter således fokus på befolkningen i 2016 i forhold til omfang, type og størrelse af handicap samt fordelinger på blandt andet køn, alder og etnicitet. I de tilfælde, hvor det er relevant, ser vi også på udviklingen siden vores tilsvarende undersøgelse fra 2012.

Hovedresultaterne er:

- Ca. 30 pct. af danskerne i alderen 16-64 år oplyser, at de har mindst ét handicap.
- Tilsvarende angiver 69,2 pct. af danskerne i alderen 16-64 år, at de ikke har et handicap. Denne andel har ikke ændret sig siden 2012.
- Andelen af personer, der oplyser, at de både har fysisk og psykisk handicap, er steget fra 4,3 pct. i 2012 til 6,1 pct. i 2016.
- Andelen af personer, der angiver, at de har hhv. større fysisk og større psykisk handicap samt mindre fysisk handicap, er steget siden 2012 (mellem 0,5 og 1 procentpoint).
- Personer med fysiske handicap angiver hyppigst "Problemer med ryg eller nakke, fx gig" som deres alvorligste fysiske handicap eller helbredsproblem.
- Personer med psykisk handicap angiver hyppigst "Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD)" som deres alvorligste psykiske handicap.
- Personer med mindre psykiske handicap oplyser oftere end øvrige handicapgrupper, at de forventer at få det bedre (48,7 pct.), mens personer med større fysiske handicap oftere end øvrige handicapgrupper oplyser, at de forventer at få det dårligere (36,7 pct.).
- Andelen af personer med mindre psykiske handicap, der angiver en yngre alder ved sygdommens opståen (i alderen 0-27 år), er vokset fra 2012 til 2016.
- Kvinder samt personer med dansk baggrund er overrepræsenterede blandt personer, der angiver, at de har et handicap.

Vores definition af handicap er baseret på respondenternes vurdering af, hvorvidt de har et længelevende helbredsproblem eller handicap eller en psykisk lidelse.⁸ Det er derfor vigtigt at fremhæve, at der kan være en tendens til, at respondenter afstemmer deres besvarelser i forhold til, hvad der er kulturelt eller socialt acceptabelt, i stedet for, hvad der er "reelt", hvilket kan føre til over- eller underrapportering⁹. Fx er der i dag mindre stigmatisering forbundet med psykisk sygdom (fx stress), end der har været tidligere, hvilket kan betyde, at flere personer er mere åbne omkring og rapporterer mere "reelt" om disse forhold. For nogle grupper kan handicap imidlertid være socialt eller kulturelt uacceptabelt, eller et handicap kan forekomme irrelevant eller måske slet ikke være betragtet som et handicap, hvilket kan medføre en underrapportering. Fx er der relativt mange i gruppen af døve tegnsprogsbrugere, der ser sig selv som en sproglig minoritet snarere end som personer med handicap (Larsen, Sommer & Bengtsson, 2014). I nogle tilfælde kan det derfor være svært at vurdere, om der fx "blot" er tale om ændringer i selvrapportering, fx baseret på ændringer i graden af kulturel og social accept eller forståelse, og ikke i reelle forandringer.

8. Respondenterne er blevet spurgt: "Har du et længelevende helbredsproblem eller handicap?" samt, givet at svaret var ja, om det er et mindre helbredsproblem eller et større helbredsproblem. Derudover er de blevet spurgt: "Har du en psykisk lidelse?" samt, givet at svaret var ja, om den alvorligste psykiske lidelse er en mindre psykisk lidelse eller en større psykisk lidelse.

9. Også omtalt som "social desirability bias".

3.1 Omfang og udvikling

Selv om alle handicapgrupperne, med undtagelse af mindre psykiske handicap, er vokset fra 2012 til 2016, er andelen af personer, der ikke har et handicap, den samme i begge år.

I denne undersøgelse kan respondenterne, ligesom i 2012-undersøgelsen, angive, hvis de både har fysisk og psykisk handicap. Andelen af personer, der oplever at have flere handicap, er signifikant større i 2016 (6,1 pct.) end i 2012 (4,3 pct.).

Derudover er der i 2016 signifikant flere respondenter, der oplyser, at de har hhv. mindre og større fysiske handicap samt større psykisk handicap. Dette fremgår af tabel 3.1.

Tabel 3.1 Respondenter, fordelt efter handicap. 2012 og 2016. Procent.

	2012	2016	Population 2016
Intet handicap	69,6	69,2	2.499.584
Mindre fysisk handicap	16,4	17,2*	621.284
Større fysisk handicap	8,9	9,9**	357.599
Mindre psykisk handicap	6,2	6,1	220.339
Større psykisk handicap	2,9	3,4**	122.812
Både fysisk og psykisk handicap	4,3	6,1***	220.339
Antal personer	18.927	20.386	3.612.116

Anm.: Da respondenterne kan indgå i flere handicapkategorier, summer tallene ikke til 100 i tabellen. Forskellen mellem år er testet med z-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016 og SHILD 2012.

Blandt de respondenter, der i 2016 angiver, at de har et handicap, oplyser langt de fleste, at de har et mindre fysisk handicap (17,2 pct.), hvilket er en mindre, men signifikant, stigning siden 2012 (16,4 pct.). Dernæst angiver respondenterne hyppigst større fysiske handicap (9,9 pct.), hvor vi også ser en signifikant stigning siden 2012 (8,9 pct.). Herefter er det mindre psykiske handicap (6,1 pct.), som er på samme niveau som i 2012 (6,2 pct.), og til sidst større psykiske handicap (3,4 pct.), hvor vi igen ser en signifikant stigning siden 2012 (2,9 pct.).

Som tidligere nævnt er der (signifikant) flere, der angiver, at de både har fysisk og psykisk handicap. I SHILD spørger vi netop separat om fysisk og psykisk handicap.¹⁰ hvilket gør det muligt for respondenterne at angive, hvis de har begge dele. De senere år er der kommet mere opmærksomhed omkring behovet for at imødekomme psykiske lidelser hos personer med fysiske handicap, og der er i de senere år også kommet mere fokus på behovet for behandling af fysiske lidelser hos personer med psykisk handicap. En undersøgelse af døve og døvblevnes levevilkår (Larsen, Sommer & Bengtsson, 2014) viser fx, at dobbelt så mange døve og døvblevne angiver, at de har en psykisk lidelse, sammenlignet med befolkningen generelt. Forskning om døves mentale sundhed peger i retning af, at kommunikationsvilkårene (herunder kommunikationsbarrierer) kan være en afgørende faktor i forbindelse med døves mentale sundhed. En analyse af befolkningen i Region Midtjylland, baseret på den Nationale Folkesundhedsundersøgelse *Hvordan har du det? 2006* og *Hvordan har du det? 2010*¹¹ (Larsen & Nielsen, 2012), viser ligeledes, at personer med psykisk handicap ofte også har fysiske lidelser, og at forekomsten af to eller flere fysiske sygdomme er særdeles udbredt blandt personer med vedvarende psykiske handicap. Fx er der blandt

10. I Larsen & Larsen (2017) fremgår det, at lidt mere end hver femte dansker i alderen 16-64 år angiver, at de har et handicap. I SHILD spørger vi separat til fysiske og psykisk handicap, således at respondenterne har mulighed for at angive, hvis de både har fysisk og psykisk handicap, hvor respondenterne i Larsen og Larsens undersøgelse (2017) må vælge det alvorligste handicap.

11. "Hvordan har du det?" er den største danske nationale spørgeskemaundersøgelse om sundhed og trivsel. Den fjerde runde er netop afsluttet i maj 2017, og resultaterne offentliggøres i marts 2018.

personer med psykisk handicap i 2010 tre gange så mange, der har haft en blodprop i hjertet og fire gange så mange, der har haft en hjerneblødning eller en blodprop i hjernen, sammenlignet med den øvrige befolkning i Region Midtjylland. Mange af de fysiske sygdomme, der er fremhævet i Larsen & Nielsen (2012), er desuden livsstilsrelaterede (fx hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, luftvejslidelser mv.), hvilket ifølge Larsen & Nielsen (2012) peger på et større behov for en målrettet forebyggelsesindsats. Larsen (2008) fremhæver desuden, at den skarpe opdeling mellem det psykiatriske og det somatiske behandlingssystem kan øge risikoen for, at fysisk handicap hos personer med psykisk handicap overses, opdages for sent eller underbehandles, samt at psykisk sygdom overses, opdages for sent eller underbehandles hos personer med fysiske handicap.

3.2 Handicaptyper

Alle respondenter, der oplyser, at de har et handicap, er blevet spurgt: "Hvad er dit alvorligste helbredsproblem eller handicap?" for hhv. fysiske og psykiske handicap med hhv. 19 og 8 kategoriserede valgmuligheder. Fordelingerne fremgår af tabel 3.2 og tabel 3.3.

Tabel 3.2 Respondenter med fysisk handicap, fordelt efter egen vurdering af "alvorligste helbredsproblem eller handicap". Særskilt for handicappets størrelse. 2016. Procent.

	Mindre fysisk handicap	Større fysisk handicap
Problemer med arme eller hænder, fx gigt	7,4	6,6
Problemer med ben eller fødder, fx gigt	13,7	10,4
Problemer med ryg eller nakke, fx gigt	21,1	24,9
Blindhed eller synsnedsættelse trods briller eller kontaktlinser	1,9	1,6
Døvhed	0,5	-
Nedsat hørelse trods høreapparat eller Cochlear Implant	1,1	0,5
Talebesvær	0,2	-
Hudlidelse	2,9	0,8
Allergi	4,0	1,1
Åndedrætsproblemer, fx astma og bronkitis	7,4	3,5
Problemer med hjerte, blodtryk eller kredsløb	7,9	5,6
Problemer med mave, lever, nyrer eller fordøjelse	4,7	4,8
Følger af sukkersyge/diabetes	3,8	3,9
Epilepsi	1,0	1,0
Indlæringsvanskelighed, Udviklingshæmmet	0,6	1,1
CP, spasticitet, hjerneskade	0,6	2,4
Ordblindhed	1,9	0,5
Andre fremadskridende sygdomme, fx kræft, sklerose, HIV og Parkinsons syge	1,0	8,3
Andet helbredsproblem eller handicap	18,5	22,5
Total	100	100
Antal personer	3.669	1.767

Anm.: Betinget af, at man har et fysisk helbredsproblem eller handicap.

Kilde: SHILD 2016.

Som nævnt er det 17,2 pct. af respondenterne, der angiver, at de har et mindre fysisk handicap, mens 9,9 pct. angiver, at de har et større fysisk handicap. Det fremgår af tabel 3.2, at det samme mønster for, hvilken type af handicap der er det alvorligste, gør sig gældende, uanset om der er tale om et større eller et mindre fysisk handicap eller helbredsproblem. De tre kategorier, der hyp-

pigst er angivet som de alvorligste, er "Problemer med ryg eller nakke, fx gigt", "Andet helbredsproblem eller handicap", "Problemer med ben eller fødder, fx gigt".

Der er 6,1 pct. af respondenterne, der angiver, at de har et mindre psykisk handicap, og 3,4 pct. af respondenterne, der angiver, at de har et større psykisk handicap. Personer med større psykiske handicap angiver hyppigst at have problemer med "Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD)", "Depression, mani og bipolar lidelse (manio-depressiv)" samt "Stemmehøring, skizofreni og psykose". De to førstnævnte kategorier forekommer også hyppigst for personer med en mindre psykisk lidelse, men for disse personer er "Anden psykisk lidelse" den tredjehyppigste kategori. Med undtagelse af, at "Stemmehøring, skizofreni og psykose" forekommer meget hyppigere blandt personerne med større psykiske lidelser end blandt personer med mindre psykiske lidelser, er det det samme mønster, der gør sig gældende for de to grupper.

Tabel 3.3 Respondenter med psykiske handicap, fordelt efter egen vurdering af "alvorligste psykiske lidelse". Særskilt for handicappets størrelse. 2016. Procent.

	Mindre psykisk handicap	Større psykisk handicap
Stemmehøring, skizofreni og psykose	1,9	12,8
Depression, mani, og bipolar lidelse (manio-depressiv)	30,6	28,9
Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD)	41,2	35,2
Personlighedsforstyrrelse, herunder borderline	3,4	6,2
Autisme, Aspergers Syndrom	5,3	4,1
ADHD, ADD	5,6	4,8
Spiseforstyrrelse	1,8	1,4
Anden psykisk lidelse	10,2	6,4
Total	100	100
Antal personer	1.054	492

Anm.: Betinget af, at man har en psykisk lidelse.

Kilde: SHILD 2016.

3.3 Prognose

Alle respondenter, der angiver, at de har et handicap, er blevet bedt om en prognosevurdering i forhold til det handicap, som de har angivet som det alvorligste. Tabel 3.4 viser, hvordan respondenter med hhv. mindre og større, hhv. fysiske og psykiske handicap vurderer prognosen for deres alvorligste helbredsproblem, handicap eller psykiske lidelse¹².

12. Svarkategorien "Jeg ved slet ikke, hvordan det vil gå" var ikke med i SHILD 2012, hvilket betyder, at fordelingen i 2012 ser meget anderledes ud, og en sammenligning her giver ikke mening.

Tabel 3.4 Respondenter med handicap, fordelt efter selv vurderet prognose for alvorligste helbredsproblem, handicap eller psykiske lidelse. Særskilt for handicaptyper. 2016. Procent.

	Mindre fysisk handicap	Større fysisk handicap	Mindre psykisk handicap	Større psykisk handicap
Jeg får det formentlig bedre	19,9	9,4	48,7	25,2
Situationen vil formentlig være uændret	49,1	32,5	35,8	39,2
Jeg får det formentlig dårligere	16,9	36,7	1,8	8,9
Jeg ved slet ikke, hvordan det vil gå	14,2	21,3	13,6	26,8
Total	100	100	100	100
Antal personer	3.679	1.772	1.052	491

Anm.: Betinget af, at man har et helbredsproblem, et fysisk handicap eller en psykisk lidelse.

Kilde: SHILD 2016.

Som det fremgår af tabel 3.4, angiver respondenter med psykisk handicap i højere grad en forventning om, at de får det bedre, sammenlignet med respondenter med fysisk handicap. Særligt respondenter med mindre psykiske handicap (48,7 pct.) vurderer, at de vil få det bedre. Respondenter med fysisk handicap har i højere grad en forventning om, at de får det dårligere, sammenlignet med personer med psykisk handicap – dette gælder særligt respondenterne med større fysiske handicap (36,7 pct.).

3.4 Alder og handicap

For at se på aldersfordelingen ved et givent handicaps opståen har vi spurgt personer med fysiske eller psykiske handicap: "Hvor gammel var du, da din alvorligste psykiske lidelse/længerevarende helbredsproblem/handicap opstod?". Fordelingen fremgår af tabel 3.5.

Tabel 3.5 Respondenter, fordelt efter alder, da det alvorligste fysiske eller psykiske handicap opstod. Særskilt for handicaptyper og undersøgelsesår 2012 og 2016. Procent.

	Mindre fysisk handicap		Større fysisk handicap**		Mindre psykisk handicap*		Større psykisk handicap	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
0-15 år	19,9	18,8	13,3	13,7	18,8	21,9	23,3	25,1
16-27 år	19,9	20,2	16,1	20,9	29,2	33,4	30,5	36,2
28-39 år	21,5	21,4	24,5	23,3	23,5	20,0	22,3	18,8
40-52 år	27,7	28,3	34,7	30,0	22,6	19,2	20,5	16,0
53-64 år	10,9	11,3	11,4	12,1	5,9	5,5	3,4	3,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Antal personer	3.214	3.685	1.481	1.774	1.031	1.051	408	490

Anm.: Betinget af, at man har et helbredsproblem/fysisk handicap eller en psykisk lidelse. Forskellen mellem år er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016 og SHILD 2012.

Som det fremgår af tabel 3.5, er der stor spredning i alderen for handicappets opståen. Forholdsvis få personer oplyser, at handicappet opstod i en sen alder (53-64 år). Den lave andel i den ældste gruppe hænger formentlig sammen med, at det kun er personer, der er mindst 53 år gamle, da dataindsamlingen gennemføres, der kan angive dette alternativ.

Især for personer med større fysiske handicap er der signifikant flere i 2016, der oplyser, at handicappet er opstået i alderen 16-27 år. På samme måde ser vi også, at andelen af personer med mindre psykiske handicap, som oplyser om, at handicappet er opstået i alderen 0-15 år samt 16-27 år, er steget i 2016, sammenlignet med 2012.

Vi har yderligere spurgt til respondenternes nuværende alder (da de besvarede spørgeskemaet), og tabel 3.6 viser aldersfordelingen for respondenterne med fysisk og psykisk handicap. I undersøgelsen er det muligt at oplyse om både fysisk og psykisk handicap, og derfor summer procenterne ikke til 100. For respondenter med fysisk handicap stiger andelen med alderen. Blandt de yngste (16-27 år) er det således 10,8 pct., der angiver, at de har et mindre fysisk handicap, mens 3,1 pct. angiver, at de har et større fysisk handicap, mod hhv. 24,3 pct. og 17,1 pct. blandt de ældste i undersøgelsen (53-64 år).

Tabel 3.6 Andelen af respondenter med specifikke handicap og uden handicap. Særskilt for aldersgrupper. 2016. Procent.

	16-27 år	28-39 år	40-52 år	53-64 år
Intet handicap	79,5	73,7	67,0	57,3***
Mindre fysisk handicap	10,8	14,4	18,7	24,3***
Større fysisk handicap	3,1	7,3	11,6	17,1***
Mindre psykisk handicap	6,9	6,5	5,8	5,2**
Større psykisk handicap	3,0	4,4	3,0	3,3*
Både fysisk og psykisk handicap	3,8	6,8	6,4	7,5***
Antal personer	3.677	3.601	6.298	6.813

Anm.: Da respondenterne kan indgå i flere handicap kategorier, summer tallene ikke til 100 i tabellen. Hver handicapgruppes gennemsnit er f-testet mod hinanden på tværs af alder. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Det er velkendt, at vi med alderen typisk får flere kroniske sygdomme, fysiske handicap og mentale handicap. Og også i denne undersøgelse ser vi altså, at der er langt flere i alderen 53-64 år, der angiver, at de har et handicap, også set i forhold til de enkelte handicapgrupper. For personer med handicap kan aldringsprocessen også sætte ind tidligere, samtidig med at det for nogle personer kan betyde, at de ældes hurtigere. Fx udvikler og oplever personer med cerebral parese aldersrelaterede forandringer tidligere end andre mennesker på grund af slitage, fejlstillinger og lignende (Spastikerforeningen, 2016).

Vores undersøgelse viser yderligere, at personer med psykiske handicap gennemsnitligt er yngre end personer med fysiske handicap. Gennemsnitsalderen for respondenter med større fysiske handicap var 48 år i 2016, og for personer med mindre fysiske handicap var det 44 år. Respondenter med større psykisk handicap var i gennemsnit 40 år, og respondenter med mindre psykiske handicap var i gennemsnit 39 år i 2016.

De yngste grupper i undersøgelsen (16-27 år og 28-39 år) angiver altså i højere grad, at de har et psykisk handicap, set i forhold til de ældre grupper (40-52 år og 53-64). Særligt ser vi, at gruppen af 28-39-årige oplyser, at de har et psykisk handicap (10,9 pct.), og for gruppen af 16-27-årige gælder det 9,9 pct. Disse tal falder en smule med alderen.

Vores resultater afspejler nogle generelle tendenser i samfundet, hvor det er blevet stadig mere almindeligt at have og få en diagnose, og hvor der samtidig er flere måder at være syg på (flere diagnoser). Ifølge blandt andre Brinkmann & Petersen (2015) er der sket en tidobling af antallet af psykiatriske diagnoser siden 1950'erne, og samtidig er der flere, der får en diagnose inden for de

rammer, vi i forvejen kender. Samtidig er viden om forskellige diagnoser blevet mere udbredt, og forskellige diagnoser er i højere grad socialt accepterede. Sammenholdt med, at flere personer i dag får en psykiatrisk diagnose, kan det være en af forklaringerne på, at der er flere, især blandt yngre grupper, der angiver, at de har et handicap.

3.5 Køn og handicap

Når vi opdeler på køn, fremgår det, at kvinder i højere grad end mænd angiver, at de har et handicap – også når vi ser separat på hhv. større og mindre fysiske og psykiske handicap (Tabel 3.7). Igen summer procenterne ikke til 100, da det er muligt at svare, at man har både fysisk og psykisk handicap.

Tabel 3.7 Andelen af respondenter med specifikke handicaptyper eller uden handicap. Særskilt for køn. 2016. Procent.

	Mænd	Kvinder
Intet handicap	71,2	67,2***
Mindre fysisk handicap	16,8	17,6*
Større fysisk handicap	8,9	10,9***
Mindre psykisk handicap	5,1	7,2***
Større psykisk handicap	3,0	3,7*
Både fysisk og psykisk handicap	5,3	7,0***
Antal personer	9.355	11.031

Anm.: Da respondenterne kan indgå i flere handicap kategorier, summer tallene ikke til 100 i tabellen. Forskellen mellem køn er testet med z-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Forskellene i procentandele kønnene imellem, som de tegner sig her, kan blandt andet hænge sammen med biologiske forhold, forskelle i risikofaktorer og ikke mindst de to køns reaktion på disse faktorer samt forskelle i sygdomsadfærd (SIF, 2004). Som nævnt i starten af kapitlet kan sociale og kulturelle forhold påvirke, hvordan de to køn opfatter og reagerer på gener og sygdomssymptomer. Mænd kan fx opleve et handicap som en større trussel mod deres kønsidentitet og potentielt være mindre tilbøjelige til at anerkende eller rapportere et givet handicap (Bengtsson, 2008; Robertson, 2006).

Andre danske studier viser, at mænd med fysisk handicap (i dette tilfælde cerebral parese) bliver pålagt feminine kønsstereotyper og blandt andet kategoriseret som svage, hjælpeløse mv. af deres kollegaer uden handicap (se Mik-Meyer, 2015). Mik-Meyer (2016) finder ligeledes, at kollegaer til personer med fysiske handicap stigmatiserer deres kollega med handicap, når de på baggrund af stereotype fordomme påtager sig en forælder- eller hjælperrolle over for deres kollega med handicap. I dette tilfælde bliver kollegaen med handicap på samme måde kategoriseret som værende hjælpeløs og ofte refereret til som et (hjælpeløst) barn.

3.6 Etnicitet og handicap – dobbeltminoriteter

For at se på omfanget af dobbeltminoriteter opdeler vi her på etnicitet, hvor vi skelner mellem personer med hhv. dansk baggrund, indvandrerbaggrund og efterkommerbaggrund.¹³ Fordelingen fremgår af tabel 3.8.

Tabel 3.8 Andelen af respondenter med specifikke handicaptyper eller uden handicap. Særskilt for etnicitet. 2016. Procent.

	Dansk baggrund	Indvandrer-baggrund	Efterkommer-baggrund
Intet handicap	67,6	76,5	87,3***
Mindre fysisk handicap	18,3	12,2	5,1***
Større fysisk handicap	10,2	8,8	4,9**
Mindre psykisk handicap	6,3	5,5	-.**
Større psykisk handicap	3,4	3,4	2,7
Både fysisk og psykisk handicap	6,1	7,1	-.***
Antal personer	18.939	1.199	210

Anm.: Da respondenterne kan indgå i flere handicap kategorier, summer tallene ikke til 100 i tabellen. Hver handicapgruppes andel ud af alle er f-testet mod hinanden på tværs af baggrund. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

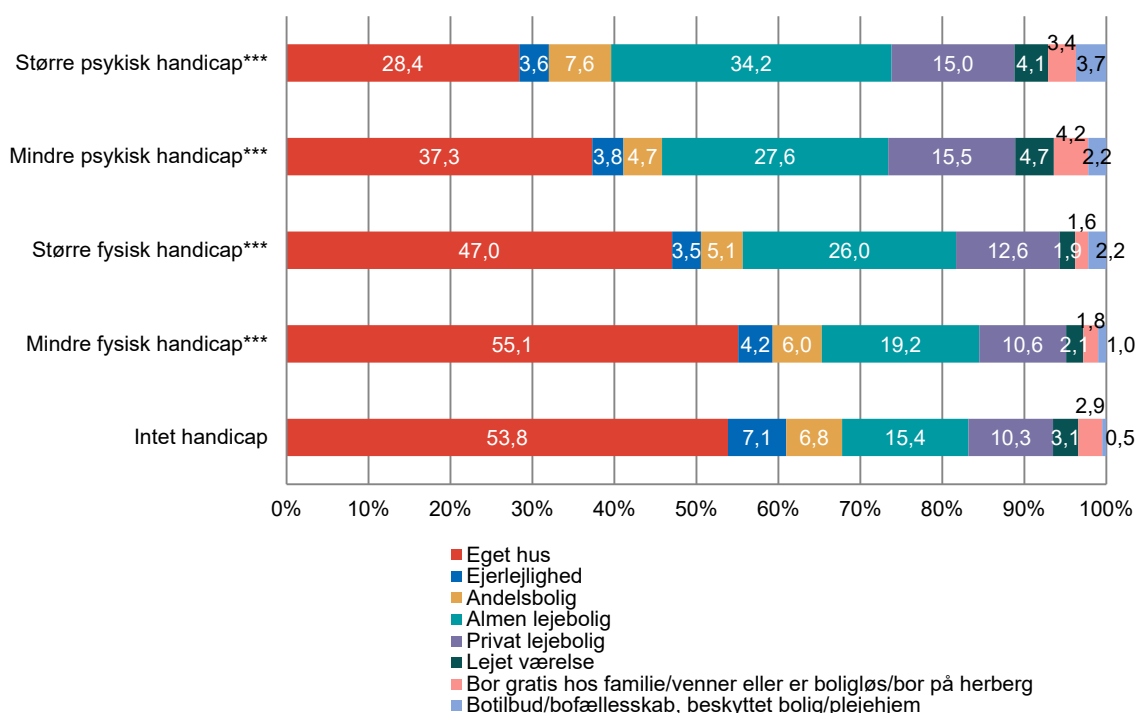
Som det fremgår af tabel 3.8, er andelen af respondenter uden handicap signifikant forskellig alt efter, om man har dansk baggrund, indvandrerbaggrund eller efterkommerbaggrund. Respondenter med dansk baggrund angiver i højere grad, at de har et handicap, sammenlignet med respondenter med efterkommer- eller indvandrerbaggrund. Blandt respondenter med efterkommerbaggrund er det således de færreste, der angiver, at de har et handicap, sammenlignet med respondenter med dansk baggrund eller indvandrerbaggrund. Det skal dog bemærkes, at antallet af respondenter med efterkommerbaggrund er forholdsvis lavt, hvilket eventuelt kan påvirke resultaterne. Som vi også var inde på i starten af kapitlet, kan der også være nogle forhold omkring selvrapportering, der kan øge risikoen for fx underrapportering. Netop etniske forskelle og dermed forskelle i, hvad der er kulturelt og socialt acceptabelt eller relevant, kan medvirke til, at der kan være forskellige oplevelser af, hvad et handicap er, hvilket kan betyde en underrapportering blandt personer med indvandrer- eller efterkommerbaggrund.

3.7 Bolig og handicap

I figur 3.1 undersøger vi fordelingen på type af bolig, som respondenter i alderen 20-64 år bor i. Som det fremgår af figuren, bor respondenterne primært i enten eget hus, almen lejebolig eller privat lejebolig, og fordelingen på type af bolig er signifikant anderledes for hver af handicapgrupperne, når de måles op imod personer uden handicap. Blandt personer med hhv. mindre fysisk handicap (55,1 pct.) og intet handicap (53,8 pct.), bor lidt over halvdelen i eget hus, mens det samme gælder for lidt under halvdelen af personer med større fysiske handicap (47 pct.). I grupperne med hhv. mindre og større psykisk handicap bor man sjældnere i eget hus (hhv. 37,3 pct. og 28,4 pct.), og oftere end i de andre grupper i enten lejet værelse (hhv. 4,7 pct. og 4,1 pct.), botilbud/bofællesskab/beskyttet bolig/plejehjem (hhv. 2,2 pct. og 3,7 pct.) eller gratis hos venner eller familie (hhv. 4,2 pct. og 3,4 pct.).

13. Opdelingen, Dansk-, indvandrer- og efterkommer-baggrund er baseret på registerdata og er altså ikke respondenternes egen vurdering.

Figur 3.1 Respondenter i alderen 20-64 år, fordelt efter type af bolig. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



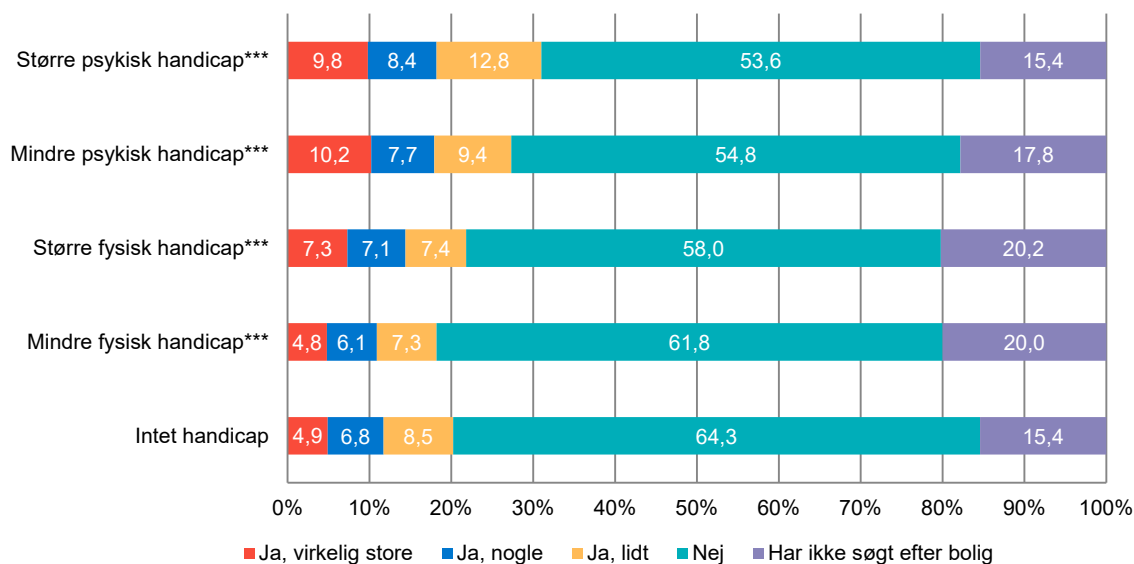
Anm.: I kategorien "Bor gratis hos familie/venner" indgår også personer, der har svaret, at de bor på herberg eller er boligløse. Dette drejer sig om i alt 11 respondenter (svarende til 0,07 pct.). N = [13.100; 3.566; 1.739; 974; 466]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicaptyper er testet med Chi-2-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. I kategorien "Bor gratis hos familie/venner" indgår også personer, der har svaret, at de bor på herberg eller er boligløse. Dette drejer sig om i alt 11 respondenter (svarende til 0,07 pct.).

Kilde: SHILD 2016.

Vi har også undersøgt, hvordan fordelingen på type af bolig har ændret sig fra 2012 til 2016 (ikke vist i en figur). Der er sket en signifikant ændring for alle grupper, bortset fra gruppen med større psykiske handicap. Der ses generelt en tendens til, at der i år 2016 er færre, der bor i eget hus, og flere, der bor i hhv. almen lejebolig, privat lejebolig og botilbud/bofællesskab/beskyttet bolig/plejehjem, end der var i år 2012.

Som det fremgår af figur 3.2, støder personer med hhv. mindre og større psykisk handicap (hhv. 27,3 pct. og 31 pct.) oftest på vanskeligheder i forbindelse med deres boligjagt, mens personer uden handicap er dem, der i mindst grad møder vanskeligheder (20,2 pct.). Omkring en tiendedel af de psykisk handicappede vurderer vanskelighederne til at være "virkelig store", mens det til sammenligning gælder for 4,9 pct. af dem uden handicap.

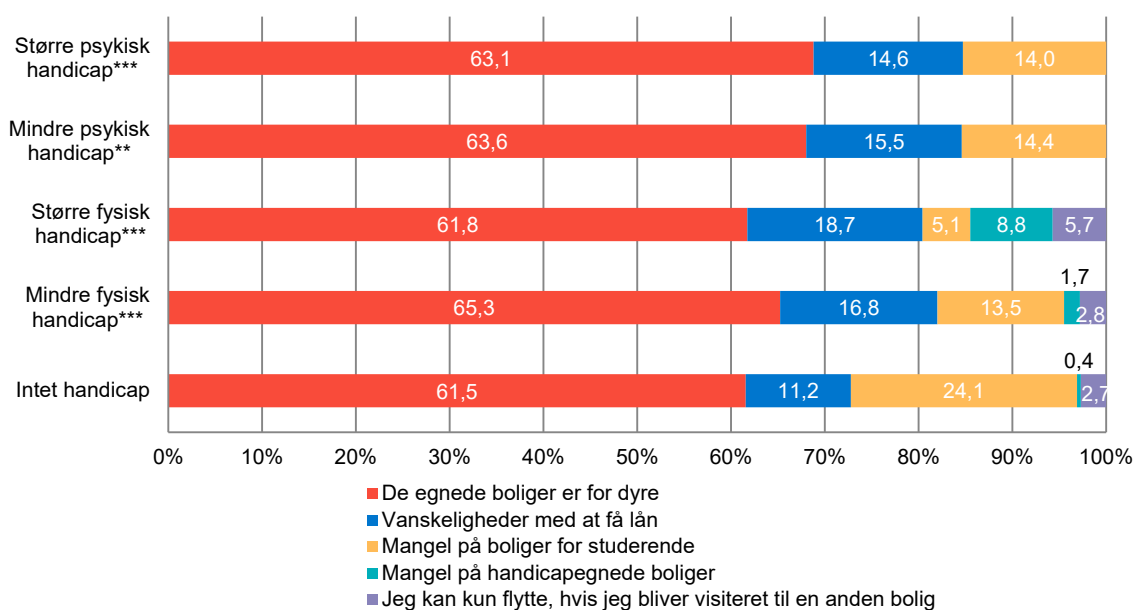
Figur 3.2 Respondenter i alderen 20-64 år, fordelt efter, hvorvidt de er stødt på vanskeligheder, sidst de var ude for at finde ny bolig. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [464; 972; 1.731; 3.560; 13.081]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicappgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Figur 3.3 Respondenter i alderen 20-64 år, fordelt efter de største vanskeligheder, de er stødt på i forbindelse med at finde bolig. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: I grupperne med hhv. mindre og større psykisk handicap har en meget lille andel svaret "Mangel på handicapegnede boliger" og "Jeg kan kun flytte, hvis jeg bliver visiteret til en anden bolig", hvorfor disse tal ikke indgår i tabellen. N = [122; 219; 293; 508; 1.953]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicappgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Størstedelen af respondenternes vanskeligheder i forbindelse med at finde bolig relaterer sig til, at de egnede boliger er for dyre (mellem 61,5 pct. og 65,3 pct.). Mangel på handicapegnede boliger er en problematik, der primært optræder blandt personer med større fysiske handicap, hvor 8,8 pct. angiver dette som årsag til vanskelighederne.

3.8 Andre forhold

I dette afsnit viser vi, hvordan gruppen uden handicap og grupperne med handicap fordeler sig på en række forskellige demografiske forhold. Af tabel 3.9 fremgår det, at personer med psykisk handicap sjældnere har børn og/eller en partner end de andre grupper. Mens lidt over halvdelen af personer med hhv. mindre og større psykisk handicap ikke har børn (hhv. 50,6 og 51,7 pct.), gælder det samme for 34,2 pct. af personer med mindre fysiske handicap og 28,7 pct. af personer med større fysiske handicap, som er de grupper, hvor flest har børn. Det fremgår desuden, at man som handicappet har større sandsynlighed for også at have børn og/eller partner med handicap, end hvis man ikke er handicappet. Det er især blandt personer med fysiske handicap, at der ses en tendens til, at man har en partner, der også har et handicap (20,1 pct. og 21 pct.).

Det gælder for alle handicapgrupperne (mellem 17,7 pct. og 30,8 pct.), at der er signifikant flere med grundskole/realeksamen som højeste uddannelsesniveau end blandt personer uden handicap (14,9 pct.). Det er i gruppen med større psykiske handicap, at flest har grundskole/realeksamen som højeste uddannelse, idet dette gælder for lidt under en tredjedel i denne gruppe.

Der er blandt de handicappede signifikant færre i beskæftigelse, end det er tilfældet i gruppen uden handicap. Det er især personer med større handicap (fysisk eller psykisk), som ikke er i beskæftigelse (hhv. 61,1 pct. og 76,1 pct.).

Ser man på indkomst, er der signifikant færre med en indkomst over 200.000 kr. i grupperne med hhv. større fysiske (38,3 pct.), mindre psykiske (32,6 pct.) og større psykiske handicap (22,2 pct.), end det er tilfældet blandt personer uden handicap (55,7 pct.).

Tabel 3.9 Respondenter, fordelt efter specifikke demografiske karakteristika. Særskilt for handi-cap typer og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.

	Intet handicap	Mindre fysisk handicap***	Større fysisk handicap***	Mindre psykisk handicap***	Større psykisk handicap***
<i>Børn</i>					
Har ikke barn	41,2	34,2	28,7	50,6	51,7
Har barn uden handicap	53,3	52,9	54,6	36,8	33,6
Har barn med handicap	5,5	12,9	16,7	12,6	14,7
Total	100	100	100	100	100
<i>Partner</i>					
Har ikke partner	25,5	26,5	32,4	40,5	47,7
Partner uden handicap	63,2	53,4	46,6	43,1	36,2
Partner med handicap	11,3	20,1	21,0	16,4	16,1
Total	100	100	100	100	100
<i>Uddannelse</i>					
Grundskole eller realeksamen som højeste	14,9	17,7 ¹	24,2	25,7	30,8
Længere uddannelse som højeste	85,1	82,3 ¹	75,8	74,3	69,2
Total	100	100	100	100	100
<i>Beskæftigelse</i>					
Ikke i beskæftigelse	29,6	34,1	61,1	54,5	76,1
I beskæftigelse (inkl. støttet beskæftigelse)	70,4	65,9	38,9	45,5	23,9
Total	100	100	100	100	100
<i>Indkomst</i>					
Indkomst under 200.000 kr.	44,3	45,9 ²	61,7	67,4	77,8
Indkomst på 200.000 kr. eller derover	55,7	54,1 ²	38,3	32,6	22,2
Total	100	100	100	100	100
Antal personer	14.268	3.693	1.776	1.056	493

Anm.: Hver handicapgruppe er testet op mod dem uden handicap med χ^2 -test eller z-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Alle forskelle mellem personer uden handicap og de fire handicapgrupper er statistisk signifikante på 0,1 pct.-niveau med følgende undtagelser: 1. Signifikant forskel på 1 pct.-niveau. 2. Ikke-signifikant forskel.

Kilde: SHILD 2016.

4 UDDANNELSE

I dette kapitel ser vi på uddannelsesniveau- og frekvens blandt personer med handicap, sammenlignet med personer uden handicap. De steder, hvor det er relevant, ser vi på udviklingen siden vores tilsvarende undersøgelse fra 2012. For både personer med og uden handicap øger uddannelsesniveauet mulighederne for beskæftigelse, men for personer med handicap har uddannelse vist sig at være særligt afgørende (Larsen & Larsen 2017; Molden, Wendelborg & Tøssebro, 2009). Yderligere gør det sig gældende, at jo mere veluddannet man er, desto bedre er man til at håndtere et opstået handicap (Bengtsson & Gupta, 2017).

Uddannelse er på flere måder afgørende i relation til at sikre både personlig udvikling og trivsel samt udvikling i et moderne velfærdssamfund. Uddannelse og beskæftigelse må således både globalt, nationalt og individuelt være en højt prioriteret faktor. I regeringens "10 mål for social mobilitet" (Regeringen, 2016) er det da også en prioritet at få flere personer med handicap i uddannelse og beskæftigelse. Dette kapitel bidrager med viden om uddannelsesniveauet for personer med handicap, sammenlignet med uddannelsesniveauet for personer uden handicap.

Personer med handicap kan have behov for kompenserende ordninger og støtte i forbindelse med at gennemføre en uddannelse, og i Danmark er der netop mulighed for at få opfyldt en række praktiske og pædagogiske betingelser for så vidt muligt at sikre lige muligheder for uddannelse (fx SPS-ordningen og SU-handicaptillæg). På trods af disse støttemuligheder er andelen af personer, der har en kompetencegivende uddannelse, fortsat væsentligt mindre blandt personer med handicap end blandt personer uden handicap. Som vi har været inde på tidligere, viser også andre studier, ligesom vores, at sandsynligheden for at have en kompetencegivende uddannelse falder med graden af handicap. Som tidligere nævnt gælder det især for personer med handicap, at uddannelse øger mulighederne for beskæftigelse. For mange af de personer med handicap, som ikke formår at gennemføre en uddannelse, vil alternativet ofte være langvarig offentlig forsørgelse.

Hovedresultaterne er:

- Samlet set angiver handicapgrupperne oftere grundskole eller realeksamen som højeste fuldførte uddannelse, sammenlignet med gruppen uden handicap.
- Tilsvarende har personer med handicap i mindre grad fuldført en kompetencegivende uddannelse, sammenlignet med gruppen uden handicap.
- Samlet er andelen, der har fuldført en kompetencegivende uddannelse, steget siden 2012 for gruppen uden handicap. I samme periode er andelen, der har gennemført en kompetencegivende uddannelse, faldet signifikant for personer med større psykiske handicap. Forskellene i uddannelsesniveau mellem hhv. personer med og uden handicap er dermed generelt set vokset i perioden, og især personer med større psykiske handicap ser ud til at opleve store og stigende uddannelsesmæssige barrierer.
- Personer med handicap dropper oftere ud af en uddannelse end personer uden handicap, og personer med større psykiske handicap dropper oftest (52,9 pct.) ud af en påbegyndt uddannelse. For personer uden handicap er det 23,6 pct., der er droppet ud af mindst én påbegyndt uddannelse.
- For personer med større psykiske handicap er det oftest (29,4 pct.) på grund af "stress, depression eller lignende", at de dropper ud af en påbegyndt uddannelse.

4.1 Uddannelsesfrekvens og -niveau

Vi har spurgt respondenterne, hvad der er deres højeste fuldførte uddannelse. I tabel 4.1 fremgår resultaterne for hhv. personer med handicap som samlet gruppe og personer uden handicap, der er 30 år og derover. De yngste respondenter (18-29 år) vil ofte lige være startet på en uddannelse og måske endnu ikke have afsluttet den – derfor har vi valgt i dette kapitel, hvor vi ser på uddannelse, at sætte en nedre aldersgrænse på 30 år. Samtidig peger vores analyser også her på, at personer med større psykiske handicap klarer sig dårligst. For personer med større psykiske handicap opstår handicappet, når de er gennemsnitligt 25 år (som de yngste), hvilket også er den alder, hvor man typisk vil være i gang med at gennemføre eller afslutte en kompetencegivende uddannelse.

Blandt handicapgruppen samlet set angiver de fleste (21,3 pct.), at deres højeste fuldførte uddannelse er grundskole eller realeksamen, efterfulgt af faglært (22,7 pct.) og en mellemlang videregående uddannelse (22,6 pct.). For personer uden handicap angiver de fleste (27,7 pct.), at de har en mellemlang videregående uddannelse, efterfulgt af faglært (19,8 pct.). Ser vi på omfanget af personer, der har gennemført en lang videregående uddannelse (5 år eller derover), er der 8,8 procentpoint flere i gruppen uden handicap end med handicap, der har fuldført en lang videregående uddannelse. Samlet set har personer med handicap dermed meget oftere grundskole eller realeksamen, og meget sjældnere en videregående uddannelse, end personer uden handicap.¹⁴

Tabel 4.1 Respondenter i alderen 30-64 år, fordelt efter højeste fuldførte uddannelse. Særskilt for handicapstatus. 2016. Procent.

	Intet handicap	Handicap	***
Folkeskole/realeksamen	11,2	21,3	
Studentereksamen STX/HF/HHX/HG/HTX-eksamen	7,3	7,7	
Faglært	19,8	22,7	
Kort videregående uddannelse (under 3 år)	15,6	16,2	
Mellemlang videregående uddannelse (3 til 4 år)	27,7	22,6	
Lang videregående uddannelse (5 år og derover)	18,4	9,6	
Total	100	100	

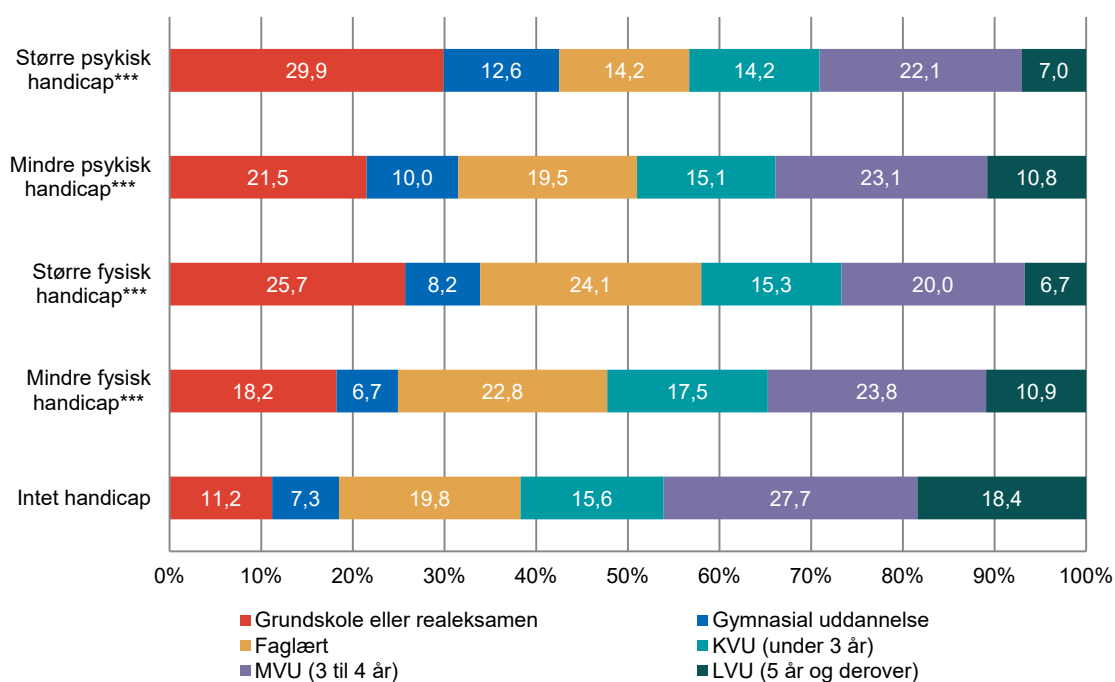
Anm.: Forskellen mellem personer med og uden handicap er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

I forhold til de enkelte handicapgrupper vi opererer med gennem rapporten, klarer gruppen med mindre fysiske handicap sig lidt bedre end de øvrige handicapgrupper, hvilket fremgår af figur 4.1.

¹⁴ Dette resultat kan skyldes, at det er sværere for personer med handicap at gennemføre en uddannelse. Men det kan også skyldes, at personer med lav uddannelse måske i højere grad har erhvervet et handicap.

Figur 4.1 Respondenter i alderen 30-64 år, fordelt efter højeste fuldførte uddannelse. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: Gymnasial uddannelse inkluderer STX, HF, HHX, HG og HTX-eksamen. KVVU = Kort videregående uddannelse, MVU = Mellemlang videregående uddannelse, LVU = Lang videregående uddannelse. N = [487; 1.055; 1.770; 3.690; 14.246]. Hver handicapgruppe er testet op mod dem uden handicap med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Blandt gruppen med mindre fysiske handicap oplyser de fleste, at de har en mellemlang videregående uddannelse (23,8 pct.) eller er faglærte (22,8 pct.). Blandt handicapgrupperne er det også gruppen med mindre fysiske handicap, der oftere angiver, at de har en lang videregående uddannelse (10,9 pct.), efterfulgt af gruppen med mindre psykiske handicap, hvor det drejer sig om 10,8 pct. Det tilsvarende gælder 18,4 pct. for gruppen uden handicap.

Gruppen med større psykiske handicap klarer sig dårligst. Her ser vi den største koncentration af respondenter (29,9 pct.), der angiver grundskole eller realeksamen som højeste fuldførte uddannelse, og omvendt angiver 7 pct., at de har gennemført en lang videregående uddannelse, hvilket er lidt flere end for gruppen med større fysiske handicap (6,7 pct.)

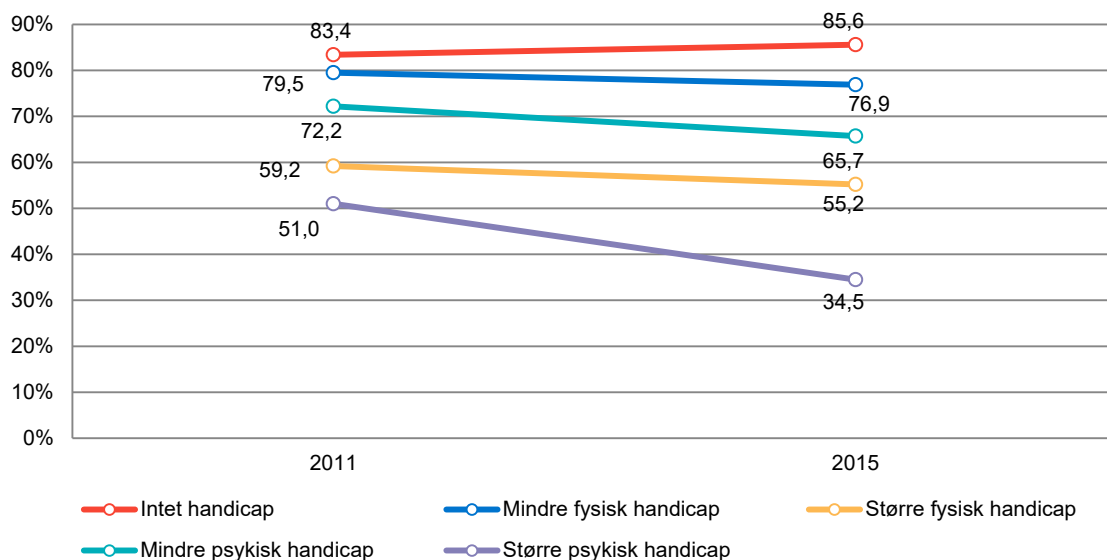
4.1.1 Udvikling fra 2012-2016

For at undersøge udviklingen i højeste fuldførte uddannelse for de fem grupper anvender vi registerdata fra Danmarks Statistik. I registrene er der oplysninger om personers højeste fuldførte uddannelse for hvert år. I analyserne kigger vi på, om en person har fået en kompetencegivende uddannelse (defineret som en erhvervsuddannelse eller en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse, hvorimod grundskole eller gymnasial uddannelse ikke er en kompetencegivende uddannelse).¹⁵ Analyserne tager udgangspunkt i personer, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen i enten 2012 og/eller 2016. I analyserne inddrager vi hvert år kun aldersgruppen 30-40 år. Vi analyserer ikke på personer under 30 år, da de eventuelt fortsat er i uddannelse, og vi

¹⁵ Vi henter oplysninger om uddannelsesnivea fra Danmarks Statistiks registre fra årene 2011 og 2015 (som er det sidste år, vi har registeroplysninger fra om uddannelse).

analyserer ikke på personer over 40 år, fordi vi er interesserede i at se, om der sker en ændring blandt de yngre respondenter.

Figur 4.2 Respondenter i alderen 30-40 år, der har en kompetencegivende uddannelse. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2011 og 2015. Procent.



Kilde: SHILD 2012 og 2016, den registrerede uddannelsesoplysning fra Danmarks Statistik.

Figur 4.2 viser, at der fra 2011 til 2015 sker et signifikant fald i andelen af personer med større psykiske handicap i alderen 30-40 år, der har en kompetencegivende uddannelse. I 2011 har 51,0 pct. en kompetencegivende uddannelse, mens det samme gør sig gældende for 34,5 pct. i 2015. Denne forskel er statistisk signifikant. For personer med hhv. mindre psykiske handicap og større og mindre fysiske handicap er andelen med en kompetencegivende uddannelse konstant (dvs. der er ikke signifikante forskelle mellem niveauet i 2011 og niveauet i 2015). For personer uden handicap ser vi til gengæld en lille stigning i andelen af 30-40-årige med en kompetencegivende uddannelse, fra hhv. 83,4 pct. til 85,6 pct. Forskellene mellem personer med og uden handicap er dermed vokset over tid, og især personer med større psykiske handicap ser ud til at opleve store og stigende uddannelsesmæssige barrierer.

En vigtig pointe er, at resultaterne, når vi sammenligner uddannelsesniveau for personer hhv. med og uden handicap, også kan være en afspejling af, at personer med handicap kan have behov for længere tid til at starte på eller gennemføre en uddannelse. På den ene side kan det dreje sig om konsekvenser direkte knyttet til en konkret funktionsnedsættelse, fx at personer med handicap kan have mindre energi, magte mindre ad gangen og have øget grad af udtrætning samt perioder med indlæggelser og operationer, hvilket alt sammen kan give et behov for mere tid til at starte på og gennemføre en uddannelse. På den anden side kan det dreje sig om ydre omstændigheder, fx behovet for kompenserende tiltag og dertil ventetider på konkret støtte, eller at den praktiske støtte tager tid at koordinere og gennemføre. Der kan fx opstå udfordringer i forbindelse med at få rettidig sekretærbistand, tolkehjælp (fx blandt døve) eller adgang til tekniske hjælpemidler (Larsen, Sommer & Bengtsson, 2014, s. 108-115; Larsen, 2012, s. 47-58; Bengtsson, Mateu & Høst, 2010, s. 74-76). Det kan desuden tage tid for den enkelte at tilegne sig kendskab til kompenserende muligheder og dertil undersøge de konkrete muligheder, og hvilke foranstaltninger der eventuelt yderligere kan være behov for. Fx at undersøge, hvad selve uddannelsesstedet tilbyder – om der fx er niveaufri adgang til lokalerne, hvordan intranettet fungerer (er det fx "oplæservenligt", hvis

man eksempelvis er synshandicappet), om undervisningsmaterialet findes i en for den enkelte tilgængelig form¹⁶, mv.

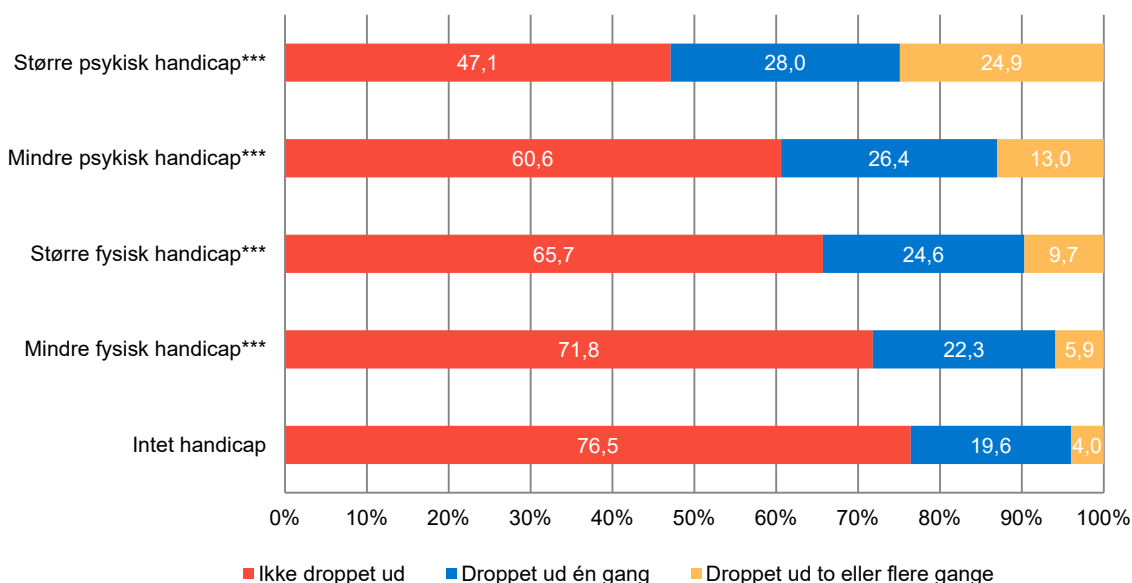
Andre undersøgelser (Larsen, Sommer & Bengtsson, 2014, s. 110) viser fx, at det kan være en udfordring at nå at undersøge og søge om mulighederne, også set i det perspektiv, at beskeden omkring optag på uddannelsessteder kommer så relativt sent. Ovenstående udfordringer – og eventuelle yderligere udfordringer – kan være med til at forsinke en studiestart eller i værste fald forhindre den.

Dog ser vi i de efterfølgende afsnit, at nogle af forskellene mellem uddannelsesfrekvens og -niveau for personer hhv. med og uden handicap måske især kan tilskrives forhold direkte tilknyttet en funktionsnedsættelse.

4.2 Droppet ud af uddannelse

Flere undersøgelser, inklusive vores egen, peger i retning af, at studerende med handicap har svært ved at gennemføre en kompetencegivende uddannelse – det gælder særligt personer med større psykiske handicap

Figur 4.3 Respondenter i alderen 30-64 år, fordelt efter, hvor mange gange de er droppet ud af en uddannelse. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [490; 1.055; 1.771; 3.692; 14.262]. Hver handicaptyp er testet op mod dem uden handicap med Chi2-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

En undersøgelse fra Danske Handicaporganisationer (DH, 2017), foretaget blandt 702 studerende med handicap, viser, at de studerende er stressede og mistrives, og at mange helt opgiver at gennemføre deres uddannelse. DHs undersøgelse viser blandt andet, at 44 pct. er droppet ud en eller flere gange (28 pct. én gang, 16 pct. flere gange). Vores undersøgelse viser da også, at der er signifikant flere med handicap end uden, der er droppet ud af en eller flere uddannelser (figur 4.3).

16. Fx kan kompendier være en udfordring for blinde og ordblinde, der har bedre mulighed for at få læst teksterne op, hvis de er digitale.

Som det fremgår af figur 4.3, angiver gruppen med større psykiske handicap oftere (samlet set 52,9 pct.) end de øvrige grupper, at de er droppet ud af en uddannelse mindst én gang, efterfulgt af personer med mindre psykiske handicap (39,4 pct.). For personer uden handicap drejer det sig om 23,6 pct. Respondenternes egen vurdering af årsagerne til, at de er droppet ud af en eller flere uddannelser, fremgår af tabel 4.2. Her indgår kun respondenter, der på et tidspunkt er droppet ud af (mindst) én uddannelse, og som er 30 år og derover på det tidspunkt, hvor de har deltaget i undersøgelsen.

Tabel 4.2 Respondenter i alderen 30-64 år, fordelt efter årsager til, at de er droppet ud af en påbegyndt uddannelse. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.

	Intet handicap	Mindre fysisk handicap***	Større fysisk handicap***	Mindre psykisk handicap***	Større psykisk handicap***
Jeg fik mulighed for at gå over på en uddannelse, jeg foretrak	13,6	10,5	8,3	4,2	8,4
Uddannelsen var ikke noget for mig	40,3	26,4	19,0	18,7	14,6
Jeg passede ikke ind i det sociale miljø	4,1	5,0	4,6	4,5	5,3
Jeg kunne ikke leve op til de faglige krav	7,5	10,8	5,6	10,2	8,3
Jeg kunne ikke få praktikplads	3,2	5,0	3,4	4,1	3,9
Stress, depression og lignende	3,7	10,2	13,6	26,8	29,4
Sygdom eller handicap gjorde det for svært at gennemføre, eller uddannelsen tog for lidt hensyn til sygdom og handicap	1,9	9,1	22,8	15,1	16,3
Andet	25,7	23,0	22,7	16,4	13,9
Total	100	100	100	100	100

Anm.: Betinget af, at man på et tidspunkt er droppet ud af en uddannelse, som man var påbegyndt, og at man er over 30 år. Hver handicapgruppe er testet op mod dem uden handicap med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

For gruppen med psykisk handicap (både større og mindre) er den hyppigst angivne årsag "stress, depression og lignende". I de grupper, der klarer sig lidt bedre i uddannelsessystemet (personer uden handicap eller personer med mindre fysiske handicap), angiver langt de fleste "Uddannelsen var ikke noget for mig" som årsag til at droppe ud. For personer med større fysiske handicap angiver de fleste "Sygdom eller handicap gjorde det for svært at gennemføre, eller uddannelsen tog for lidt hensyn til sygdom eller handicap" som årsag.

I førnævnte undersøgelse fra DH (2017a) er det ligeledes de tre ovenstående årsager, der hyppigst er angivet. Det fremgår også af DHs undersøgelse, at de studerende oplever, at der ikke bliver taget hensyn til deres handicap. Blandt andet oplyser 39 pct., at underviserne ikke tager hensyn til deres handicap, så de kan deltage på lige fod i undervisningen. Derudover oplyser 38 pct., at studiestedet ikke tager de nødvendige hensyn til deres handicap, og 27 pct. oplever udfordringer med de fysiske rammer (akustik, støj mv.). Fremdriftsreformen bliver fremhævet i DHs undersøgelse som en barriere, hvor 61 pct., oplyser, at de er bekymrede for, om de kan gennemføre studiet på grund af fremdriftsreformen, og 83 pct. har oplevet stress eller mistrivsel på grund af de øgede aktivitets- og SU-krav (DH, 2017a). Som studerende har man mulighed for at få dispensation fra kravene i fremdriftsreformen samt SU-kravene.¹⁷ Det kræver imidlertid, at de studerende kan dokumentere, at de har et begrundet og reelt behov for ekstra tid til at gennemføre stu-

¹⁷ Efter fremdriftsreformen skal studerende bestå med mindst 45 ECTS-point om året, svarende til tre fjerdedele af et fuldtidsstudie. Derudover er det en forudsætning for at modtage SU, at man maksimalt er et halvt år forsinket med sin uddannelse.

dierne. De studerende skal desuden ansøge om at få forlænget dispensationen hvert halve eller hele år, afhængigt af, hvordan uddannelsesstedet forvalter reglerne. Uanset dispensation indgår personer med handicap i den samlede studietidsopgørelse for universiteterne, hvilket kan forringe uddannelsesstedernes muligheder for at tildele dispensation og dermed tage de nødvendige handicaphensyn.

Flere danske uddannelsessteder og organisationer problematiserer, at personer med handicap indgår i den samlede studietidsopgørelse, da det kan modarbejde mulighederne blandt studerende med handicap for at få den ekstra tid, de har behov for (Sindberg, 2017). Et handicap kan i sig selv betyde, at den enkelte har behov for mere tid til at gennemføre et studie. Som nævnt tidligere kan der for personer med handicap samtidig være mange forhold, der skal undersøges, når man starter på en uddannelse, hvilket alt sammen tager tid. Hvis ikke den enkelte får tid nok til at dels at gennemføre studiet og dels at lokalisere, iværksætte og realisere de kompenserende foranstaltninger, der kan følge med et givet handicap, kan det i værste fald betyde, at færre personer med handicap fuldfører en kompetencegivende uddannelse.

5 BESKÆFTIGELSE OG INDKOMST

Dette kapitel sætter fokus på beskæftigelse og indkomst blandt personer med handicap, sammenlignet med personer uden handicap. De steder, hvor det er relevant, ser vi på udviklingen siden vores tilsvarende undersøgelse fra 2012.

Som nævnt i forrige kapitel er deltagelse i både uddannelses- og beskæftigelseslivet på flere måder afgørende for den enkelte, men deltagelsen er også afgørende på samfundsplan. At være en del af beskæftigelseslivet kan sikre den enkeltes levestandard og livsudfoldelse, og på samfundsplan er en høj arbejdsmarkedsdeltagelse velfærdssamfundets økonomiske grundlag. I forhold til livskvalitet og samfundsdeltagelse står tilknytningen til arbejdsmarkedet således helt centralt. Det afspejler sig også i satspuljeaftalen, hvor der er afsat 38,8 mio. kr. for perioden 2017-2020 til at få flere personer med handicap i arbejde. For 2017 og 2018 er puljen på 16,4 mio. kr., og den kan søges af kommuner i samarbejde med handicaporganisationer til at nedbryde barrierer og skabe bedre muligheder for personer med handicap på arbejdsmarkedet (Beskæftigelsesministeriet, 2017).

Der er flere forskellige forhold, der kan påvirke den enkeltes tilknytning til arbejdsmarkedet, fx uddannelse og beskæftigelsesfremmende indsatser, den teknologiske udvikling, konjunkturer mv. – og i dette tilfælde også graden af handicap.

Dette kapitel bidrager med viden om beskæftigelsesfrekvens og -forhold samt indkomst for personer med handicap, sammenlignet med personer uden handicap. Samlet set tegner der sig et billede af, at personer med handicap har en langt svagere tilknytning til arbejdsmarkedet end personer uden handicap, uanset om vi ser på beskæftigelsesfrekvens, ansættelsesforhold eller antallet af arbejdede timer. Ligesom for uddannelse har personer med større psykiske handicap de største udfordringer, mens personer med mindre fysiske handicap har de mindste udfordringer i forhold til beskæftigelse.

Hovedresultaterne er:

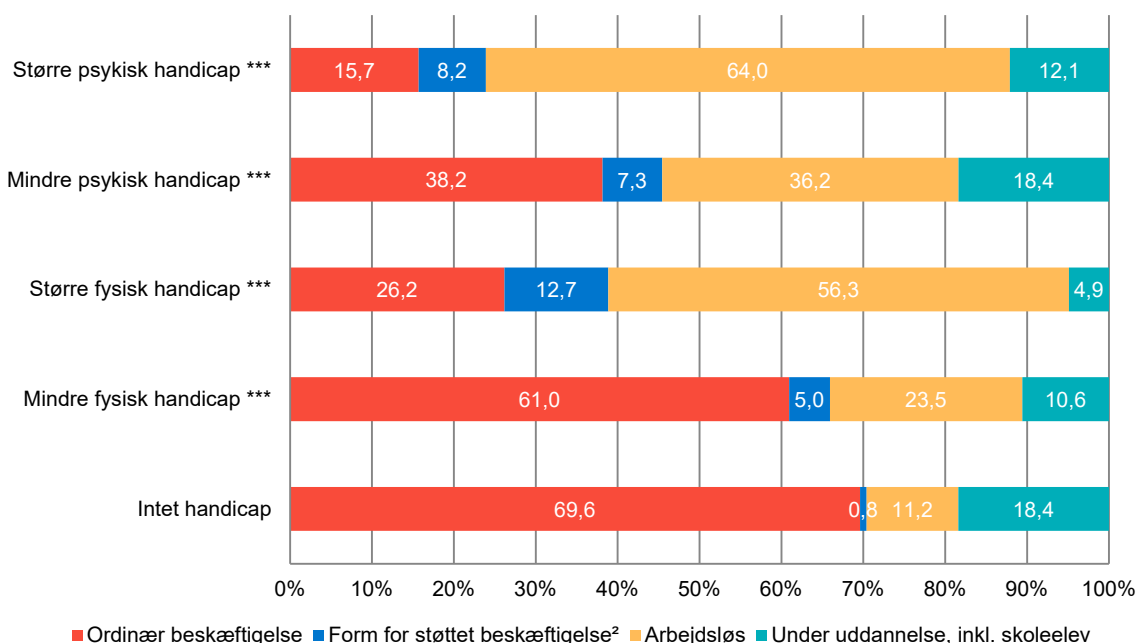
- Personer med handicap er i beskæftigelse i langt ringere omfang end personer uden handicap. Personer med mindre fysiske handicap angiver oftere, at de er i beskæftigelse, og andelen er lavest blandt personer med større psykiske handicap.
- Der er ikke sket en signifikant udvikling i andelen af respondenter, der er i beskæftigelse, fra 2012 til 2016.
- Andelen af personer med handicap, der er i fleksjob, stiger, og andelen af personer med handicap, der er på førtidspension, falder fra 2012 til 2016. Ændringen er størst for personer i aldersgruppen 40-64 år.
- Personer med større og mindre psykiske handicap samt større fysiske handicap er mere utilfredse med deres arbejde (mellem 6,7 pct. og 9,3 pct.) end personer uden handicap (3,8 pct.).
- I gennemsnit arbejder personer med handicap væsentligt færre timer (mellem 26,2 og 36 timer) end personer uden handicap (38,4 timer). Personer med psykisk handicap angiver oftere (mellem 11,7 pct. og 28 pct.) et ønske om flere ugentlige arbejdstimer, sammenlignet med de øvrige grupper.
- Personer med handicap har inden for det seneste år i gennemsnit haft væsentligt flere sygefraværsdage (mellem 9 og 19,9 dage) end personer uden handicap (4,1 dage).

- Blandt personer med handicap, som er eller på et tidspunkt har været i beskæftigelse, er der mellem 18,9 pct. og 32,2 pct., der har fået lavet handicaprelaterede tilpasninger på arbejdspladsen.
- Flere personer med handicap (mellem 15,6 pct. og 40,4 pct.) er blevet fyret inden for de seneste fire år, sammenlignet med personer uden handicap (12,1 pct.), og færre personer med fysiske handicap (mellem 28,3 pct. og 31,9 pct.) har frivilligt skiftet arbejde inden for de sidste fire år end personer uden handicap (36 pct.).
- Personer med handicap er meget mere tilbøjelige til at synes, at deres økonomi er dårlig eller meget dårlig, sammenholdt med personer uden handicap. Personer med hhv. mindre og større fysiske handicap vurderer deres økonomi dårligere i 2016, end de gjorde det i 2012.
- Personer med handicap har en del flere helbredsrelaterede udgifter og oplever i højere grad, at de må undvære lægeordineret medicin og nødvendig tandlægebehandling, og de har i højere grad oplevet at være forhindret i at leve et almindeligt liv af økonomiske årsager end personer uden handicap.

5.1 Beskæftigelsesfrekvens

Vi har spurgt respondenterne om, hvad deres hovedbeskæftigelse er, og resultaterne viser ikke overraskende, at der er færre personer med handicap, som er i ordinær beskæftigelse, sammenlignet med personer uden handicap.

Figur 5.1 Respondenter, fordelt efter type af hovedbeskæftigelse¹. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [492; 1.053; 1.773; 3.691; 14.249]. Hver handicaptypologi er testet op mod dem uden handicap med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Note: 1. Fordelingen inkluderer også personer, der er på orlov, hvor disse personer tager udgangspunkt i det job, de er på orlov fra.
2. Støttet beskæftigelse inkluderer førtidspensionist i skånejob, beskyttet beskæftigelse og bijob samt fleksjob.

Kilde: SHILD 2016.

Blandt respondenter med mindre fysisk handicap fremgår det, at 66 pct. er i ordinær eller støttet beskæftigelse. For gruppen med større fysiske handicap gælder det 38,9 pct., for gruppen med mindre psykiske handicap er det 45,5 pct., og for gruppen med større psykiske handicap er det blot 23,9 pct., der er i ordinær eller støttet beskæftigelse. Fordelingen med de enkelte kategorier fremgår af figur 5.1.

I forhold til beskæftigelse klarer personer med større psykiske handicap sig dårligere end de øvrige grupper, og personer med mindre fysiske handicap ser ud til at klare sig bedst.

Ser vi på forskellene mellem årene 2012 og 2016, ser det ud til, at der er flere i kategorien "Ansæt i fleksjob, førtidspensionist med skånejob, beskyttet beskæftigelse eller bijob", hvilket også fremgår af tabel 5.1.

Tabel 5.1 Respondenter i alderen 30-64 år, fordelt efter hovedbeskæftigelse. Særskilt for handicapter og undersøgelsesår. 2012 og 2016. Procent.

	Intet handicap***		Mindre fysisk handicap***		Større fysisk handicap***		Mindre psykisk handicap***		Større psykisk handicap***	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Topleddelse, liberale erhverv, selvstændig erhvervsdrivende	12,8	13,0	9,5	9,1	3,9	4,3	6,2	7,4	3,2	2,8
Lønmodtager uden ledelsesansvar	52,3	54,9	41,4	44,5	17,3	17,2	30,9	31,8	11,3	10,7
Lønmodtager med ledelsesansvar	19,1	18,7	14,7	14,1	5,2	5,5	7,9	6,4	3,6	3,4
Arbejdsledsløsløst/ledig på dagpenge, ledighedsydelse	3,4	2,2	3,9	2,6	2,4	3,3	4,8	4,5	2,4	4,5
Kontanthjælp, ressourceforløb	0,7	0,8	1,6	2,5	5,1	8,7	5,3	8,3	7,6	13,9
Ansæt i fleksjob, førtidspensionist med skånejob, beskyttet beskæftigelse, bijob	0,2	0,7	3,1	5,4	7,3	13,3	3,2	9,4	3,7	10,1
Førtidspension	0,9	0,6	12,1	8,6	42,6	31,1	23,2	17,7	51,7	33,8
Sygedagpenge inkl. i gang med jobafklaring	0,1	0,1	1,3	1,3	5,1	3,5	5,3	2,6	5,4	6,5
Hjemmegående, på efterløn eller på folkepension	5,9	4,4	7,7	6,9	5,6	5,8	5,3	3,9	3,8	3,5
Andet (inkl. "under uddannelse")	4,5	4,8	4,8	5,2	5,7	7,2	7,8	8	7,4	10,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antal personer	10.206	10.929	2.754	3.208	1.365	1.638	783	761	323	383

Anm.: Hovedbeskæftigelse inkluderer også dem på orlov, hvor der tages udgangspunkt i det job, man er på orlov fra. Forskellen mellem år er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. I SHILD 2016 var former for støttet beskæftigelse opdelt i "Ansæt i fleksjob" og "Førtidspensionist med skånejob, beskyttet beskæftigelse, bijob", mens det i 2012 var samlet under én: "Ansæt i fleksjob/skånejob". De to kategorier i 2016 er lagt sammen, således at der kan sammenlignes på tværs af årene.

Kilde: SHILD 2012 og SHILD 2016.

Her ser vi en stigning på 2,3 procentpoint for gruppen med mindre fysiske handicap. For øvrige handicapgrupper ligger stigningen på ca. 6 procentpoint. Det betyder, at flere personer med handicap i højere grad deltager i beskæftigelseslivet, omend det er få timer om ugen i fleksjob, skånejob, beskyttet beskæftigelse eller bijob. Flexjob- og førtidspensionsreformen trådte i kraft 1. januar 2013, og det er formentlig i forlængelse af denne reform, at vi ser denne stigning. For personer med varig og væsentlig nedsættelse af arbejdsevnen giver fleksjobordningen forbedrede muligheder for beskæftigelse for personer med handicap. Efter reformen kan det nemlig bedre betale sig for arbejdsgivere at have personer ansat, som kun kan arbejde få timer (fx under 12 timer) om ugen. Den nye ordning betyder, at arbejdsgiveren kun betaler for den arbejdsindsats, som en person i fleksjob reelt yder, også hvis denne arbejdsindsats fordeler sig over flere timer, end en given

arbejdsopgave normalt ville¹⁸ (for mere information om lovgivningen og reformen, se fx Holt m.fl., 2015; Larsen & Larsen, 2017).

Vi ser samtidig også, at væsentligt færre i alle fire handicapgrupper angiver, at de er på førtidspension (uden skånejob) i 2016, end tilfældet var i 2012. Faldet er størst for personer med større psykiske handicap (-17,9 procentpoint) og mindst for personer med mindre fysiske handicap (-3,5 procentpoint).

Der kan dog være andre faktorer ud over handicap, som varierer på tværs af respondentgrupperne, som fx alder, uddannelsesniveau og køn, som også påvirker sandsynligheden for beskæftigelse. Vi har derfor undersøgt sammenhængen mellem handicap og sandsynligheden for at være i beskæftigelse i logistiske regressionsmodeller (tabel 5.1). Ved hjælp af regressionsmodellerne kan vi estimere sammenhængen med hhv. større og mindre, fysiske og psykiske handicap på den ene side og beskæftigelse på den anden side, når vi tager højde for (konstantholder) en række faktorer, som også kan influere på beskæftigelsesfrekvensen (såsom uddannelse, alder, køn og familiestatus). Der kan dog være andre faktorer end dem, vi har inkluderet i regressionsmodellerne her, som kan påvirke sandsynligheden for beskæftigelse, fx personlighed eller motivation. Koefficienterne i tabel 5.2 kan dermed ikke fortolkes som kausale effekter.

Tabel 5.2 Logistiske regressioner for sandsynligheden for at være i ordinær beskæftigelse. Særskilt for handicap typer. Parameterestimat og standardfejl.

	Parameterestimat	Standardfejl
Uden handicap	ref.	
Mindre fysisk handicap	-0,601***	0,058
Større fysisk handicap	-2,268***	0,078
Mindre psykisk handicap	-1,079***	0,088
Større psykisk handicap	-2,162***	0,165
Mindre fysisk handicap * 2016	0,056	0,076
Større fysisk handicap * 2016	0,023	0,097
Mindre psykisk handicap * 2016	0,174	0,121
Større psykisk handicap * 2016	0,402	0,226
Antal personer	38.763	

Anm.: Beskæftigelse refererer til "ordinær beskæftigelse", hvor bl.a. personer i støttet beskæftigelse samt personer under uddannelse ikke indgår. Variabler på formen "handicapgruppe*2016" er interaktionsvariabler mellem handicapgruppe og år og måler situationen for den berørte handicapgruppe i 2016, relativt til situationen i 2012. Regressionen indeholder følgende kontrolvariabler: køn, alder, alder i anden, uddannelsesniveau, BMI, indikatorer for, hvorvidt respondenter har barn hhv. med og uden handicap, indikatorer for, hvorvidt respondenter har partner hhv. med og uden handicap, indikator for hvorvidt respondenter har været anbragt uden for hjemmet som barn samt indikatorer for spørgeskemarunder hhv. 2012 og 2016. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016 og SHILD 2012.

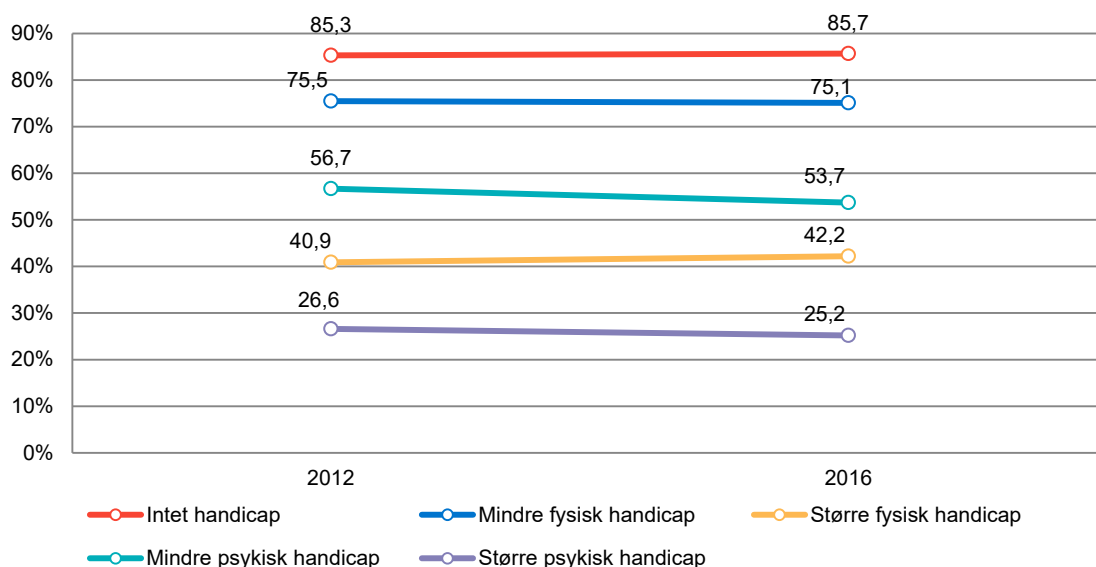
Vi ser, at alle handicapgrupper har en signifikant lavere sandsynlighed for at være i beskæftigelse, sammenholdt med personer uden handicap, når vi tager højde for andre forskelle mellem grupperne. Det er især personer med større fysiske og psykiske handicap, der har en lavere sandsynlighed for at være i beskæftigelse. Forskellen er mindst for personer med et mindre fysisk handicap. Der er ingen signifikante forskelle mellem situationen i 2012 og situationen i 2016, når vi tager højde for en række kontrolvariabler.

18. Den nye ordning betyder fx, at hvis en arbejdsgiver har en person ansat i 10 timer om ugen, men personen reelt kun udfører fem timers arbejde, så er det kun de fem timer, som arbejdsgiveren betaler for, og resten af lønnen udgøres af et tilskud, som det offentlige betaler. Før reformen kunne løntilskuddet desuden højst være to tredjedele af lønnen ift. overenskomst. Det betød fx, at arbejdsgiveren skulle betale for ca. 12 timer om ugen for en person i fleksjob, som skulle have løn for 37 timer, men kun var i stand til at arbejde 2 timer om ugen, idet tilskuddet til arbejdsgiveren svarede til 24 timers løn (to tredjedele af lønnen).

5.2 Udvikling i beskæftigelse

I figur 5.2 undersøger vi, hvordan beskæftigelsesfrekvensen har ændret sig over tid for de fem grupper på baggrund af registerdata fra DREAM-databasen¹⁹. Vi anvender en variabel til analyserne, der markerer, om en person har været i beskæftigelse (inklusive støttet beskæftigelse) i en bestemt måned i et bestemt år. Beskæftigelseskravet i variabelen er, at der er betalt arbejdsmarkedsbidrag af lønindtægten i den konkrete måned. Variablen siger altså kun noget om, at en person har modtaget løn, og ikke noget om den enkeltes beskæftigelsesgrad, altså om det er få timer eller fuldtidsbeskæftigelse. Formålet med analysen i figur 5.2 er dermed primært at undersøge udviklingen i beskæftigelsen over tid for de fem grupper samt niveauforskelle mellem grupperne. Vi undersøger de to år, som vi har data for, 2012 og 2016, og vi inddrager udelukkende beskæftigelsen i november måned for at undgå de udsving, der sker i beskæftigelsen hen over et år.²⁰ Analysen er begrænset til aldersgruppen 27-53 år.

Figur 5.2 Andelen af respondenter i alderen 27-53 år, der er i beskæftigelse i november måned. Særskilt for handicapter. 2012 og 2016. Procent.



Anm.: N er forskelligt for hvert år og for hver af de fem grupper.

Kilde: SHILD 2012 og 2016, DREAM 2012 og DREAM 2016.

Det fremgår af figur 5.2, at der er store forskelle i beskæftigelsesniveau for de fem grupper, hvor gruppen med større psykiske handicap har ca. 60 procentpoint lavere beskæftigelse end gruppen uden handicap. Derudover fremgår det, at beskæftigelsen, som i tabel 5.2, er forholdsvis konstant for samtlige grupper – der sker ingen signifikant udvikling fra 2012 til 2016 for nogen af grupperne.

5.3 Udvikling i fleksjob og førtidspension

Fleksjobordningen har til formål at muliggøre, at personer, der har en varig og væsentlig nedsættelse af arbejdsevnen, fx på grund af et handicap, kan komme i beskæftigelse. Tilskudsreglerne for fleksjob blev, som tidligere nævnt, ændret væsentligt i forbindelse med fleksjob- og førtidspensionsreformen, der trådte i kraft 1. januar 2013. Med den nye ordning er mulighederne for at arbejde

19. DREAM er en forløbsdatabase, baseret på data fra Beskæftigelses-, Undervisningsministeriet, CPR-registret samt SKAT. Datasættet indeholder informationer om modtagelse af offentlige overførselsindkomster samt beskæftigelsesoplysninger.

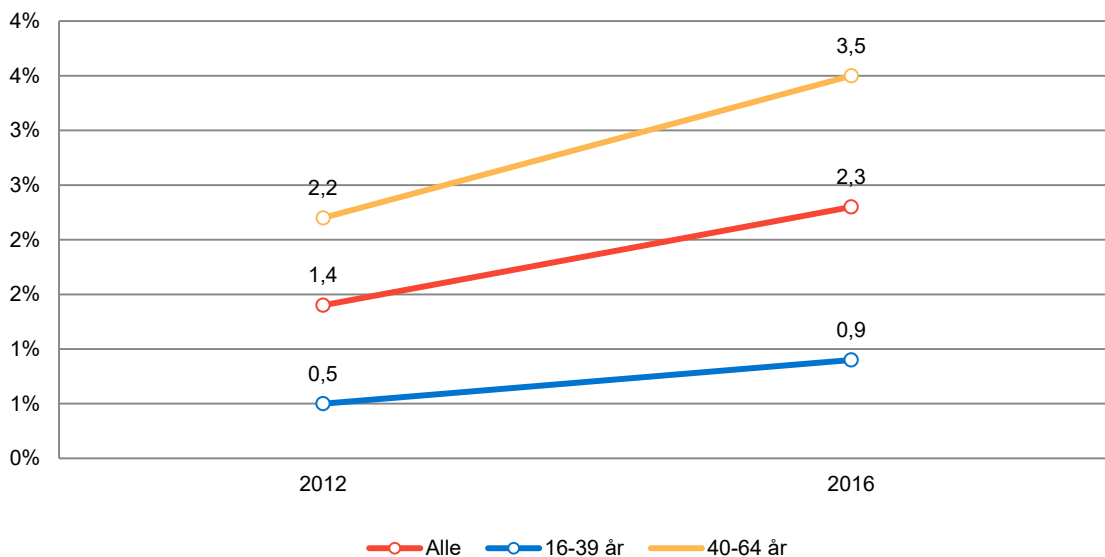
20. Vi følger her den Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning, der også ofte tager udgangspunkt i novemberbeskæftigelsen.

få timer blevet mærkbart forbedret. Efter den nye ordning betaler arbejdsgiveren alene for den arbejdsindsats, som personen i fleksjobbet reelt yder. Det betyder, at personen i fleksjob fx godt kan være på arbejde i 10 timer, men reelt kun udføre arbejde, der svarer til fem timer, som arbejdsgiveren så betaler løn for. Jobcenteret, arbejdsgiveren og den fleksjobansatte aftaler antallet af timer, som arbejdsgiveren skal betale for. Resten af lønnen udgøres af et tilskud, som det offentlige betaler. Her gælder det princip, at tilskuddet højst må udgøre 98 pct. af den højeste dagpengesats. Tilskuddet tages løbende op til vurdering og kan øges, mindskes eller helt bortfalde, hvis den fleksjobansattes arbejdsevne ændres.

Fleksjobordningen er tænkt som et alternativ til førtidspension, således at personer, der fortsat har en del af deres arbejdsevne intakt, ikke tilkendes førtidspension, men forbliver på arbejdsmarkedet. Førtidspensionsordningen blev også ændret med virkning fra den 1. januar 2013. Ændringerne har på en række punkter gjort det vanskeligere at få tilkendt førtidspension for personer under 40 år.

Vi anvender DREAM-data til at undersøge udviklingen i andelen af personer med handicap, der er i fleksjob og på førtidspension. Vores tal er fra uge 45 i 2012 og 2016 (begge disse uger er den første hele uge i november), og data er vægtede. I hver uge undersøger vi, hvor mange der er på fleksjob eller på førtidspension. Vi ser specifikt på aldersgruppen 16-39 år og aldersgruppen 40-64 år. I figur 5.3 viser vi udviklingen i andelen med fleksjob blandt alle med handicap samt blandt alle med handicap i de to aldersgrupper. Da vi ikke tager højde for, hvornår førtidspensionen tilkendes, kan analyserne nedenfor ikke ses som en evaluering af reformen.

Figur 5.3 Andelen af respondenter med handicap, der er i fleksjob i første uge af november måned. For alle og særskit for aldersgrupper. 2012 og 2016. Procent.



Anm.: N er forskelligt for hvert år og for hver af de tre grupper.

Kilde: SHILD 2012 og SHILD 2016, DREAM 2012 og DREAM 2016.

Mellem 2012 og 2016 ser vi i vores undersøgelse en stigning i andelen, der er i fleksjob. Stigningen er at finde både for aldersgruppen 16-39 år og aldersgruppen 40-64 år. I aldersgruppen 16-39 år var 0,5 pct. i fleksjob i 2012, og denne andel stiger til 0,9 i 2016. I aldersgruppen 40-64 år var 2,2 pct. i fleksjob i 2012, og denne andel stiger til 3,5 i 2016.

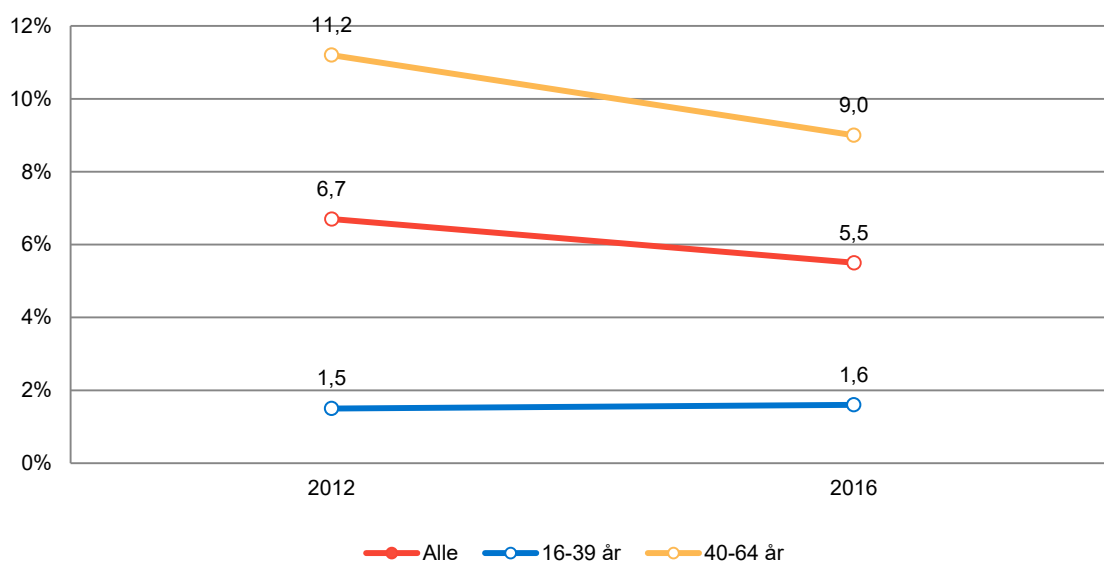
For aldersgruppen 16-39 år skyldes stigningen primært en signifikant stigning for personer med mindre fysiske og mindre psykiske handicap, mens der ikke er en signifikant udvikling for personer med større fysiske og større psykiske handicap (ikke vist i figur 5.3).

For aldersgruppen 40-64 år skyldes stigningen primært en signifikant stigning for personer med mindre fysiske, større fysiske og mindre psykiske handicap, mens der ikke er en signifikant udvikling for personer med større psykiske handicap (ikke vist i figur 5.3).

Især for gruppen med mindre psykiske handicap sker der en stigning. I 2012 er 3,2 pct. i fleksjob, og denne andel stiger til 11,3 i 2016.

På samme måde som beskrevet ovenfor anvender vi DREAM-data til at undersøge udviklingen i andelen af personer med handicap, der er på førtidspension. Ligeledes er vores tal fra uge 45 i 2012 og 2016 (den første hele uge i november). I hver uge undersøger vi, hvor mange der er på førtidspension eller på førtidspension med et skånejob (en meget lille andel har et skånejob). Som tidligere undersøger vi forskelle mellem aldersgruppen 16-39 år og aldersgruppen 40-64 år. Data er vægtede, og resultaterne fremgår af figur 5.4.

Figur 5.4 Andelen af respondenter med handicap, der er på førtidspension i første uge af november måned. For alle og særskilt for aldersgrupper. 2012 og 2016. Procent.



Anm.: N er forskelligt for hvert år og for hver af de tre grupper.

Kilde: SHILD 2012 og SHILD 2016, DREAM 2012 og DREAM 2016.

Mellem 2012 og 2016 ser vi i vores undersøgelse et fald i andelen, der er på førtidspension. Faldet skyldes udelukkende et fald i aldersgruppen 40-64 år. Der er ikke sket en signifikant udvikling for aldersgruppen 16-39 år samlet set. Der sker dog et fald for aldersgruppen 16-39 år for dem med større psykiske handicap. I 2012 er 18,5 pct. på førtidspension, og denne andel falder til 10,3 i 2016 (ikke vist i figur 5.4).

I aldersgruppen 40-64 år var 11,2 pct. på førtidspension i 2012, og denne andel falder til 9,0 pct. i 2016. Faldet skyldes primært et signifikant fald for dem med mindre fysiske, større fysiske og større psykiske handicap. Der er ikke en signifikant udvikling for personer med mindre psykiske handicap. I 2012 er 47,7 pct. af personer med større fysiske handicap på førtidspension, og denne andel falder til 38,3 pct. i 2016 ($p < 0,001$).

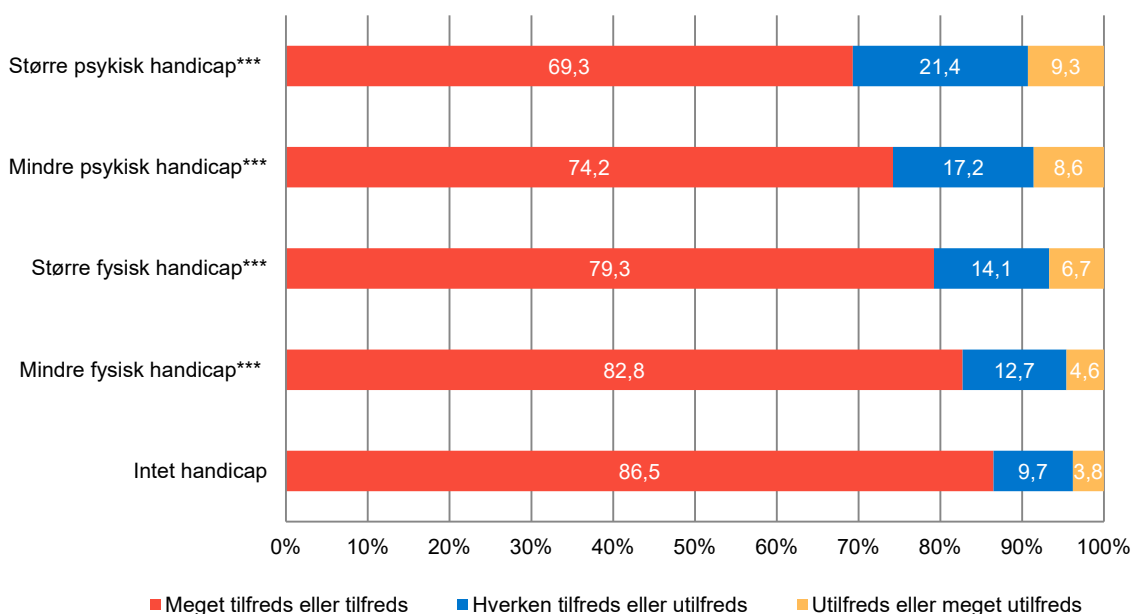
En mulig fortolkning af resultaterne i figur 5.3 og 5.4 er dermed, at reformen af reglerne for fleksjob og førtidspension har ført til en stigning i andelen af personer, der er i fleksjob, og et fald i andelen af personer, der er på førtidspension. Det er imidlertid bemærkelsesværdigt, at vi kun ser et fald i andelen af respondenter, der er på førtidspension i aldersgruppen 40-64 år, da reformen af førtidspensionen primært var målrettet personer *under* 40 år.

5.4 Beskæftigelsesforhold

I dette afsnit undersøger vi forskellige beskæftigelsesforhold for personer, som enten er i beskæftigelse eller tidligere har været i beskæftigelse.

I figur 5.5 undersøger vi, hvor tilfredse de respondenter, der er i beskæftigelse, er med deres arbejde. Gruppen uden handicap er signifikant mere tilfredse med deres arbejde end grupperne med handicap. Personer med hhv. større og mindre psykiske handicap er mindst tilfredse.

Figur 5.5 Respondenter, som er i beskæftigelse, fordelt efter, hvor tilfredse de er med deres arbejde. 2016. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. Procent.



Anm.: Betinget af, at man er i beskæftigelse. Kategorierne "Meget tilfreds" og "Tilfreds" er lagt sammen, samt kategorierne "Utilfreds" og "Meget utilfreds". N = [129; 550; 823; 2.659; 10.806]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

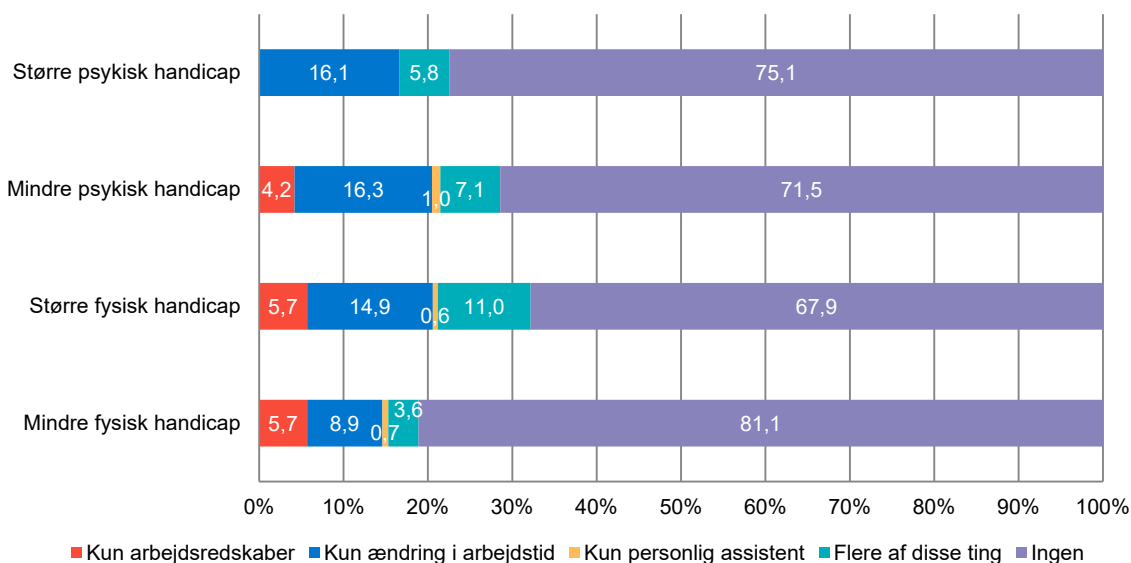
Blandt grupperne med handicap, der er i beskæftigelse, er gruppen med mindre fysiske handicap således oftere (82,8 pct.) "tilfredse" eller "meget tilfredse" med deres arbejde end de øvrige handicapgrupper. For gruppen med større psykiske handicap er der færrest (69,3 pct.), der er "tilfredse" eller "meget tilfredse". Tilsvarende er det også gruppen med større psykiske handicap, der oftest (9,3 pct.) er "utilfredse" eller "meget utilfredse" med deres arbejde. Generelt set er de personer, der er i beskæftigelse, oftest tilfredse med deres arbejde, uanset handicap.

Vi kender ikke årsagerne til respondenternes tilfredshed eller utilfredshed med deres arbejde. For personer med handicap kan det tænkes, at de i højere grad end andre oplever, at de er nødt til at

tage de job, som de kan få, samt at de kan have svært ved at skifte job, fx på grund af manglende ressourcer, kompetencer eller frygt for diskrimination. En undersøgelse af blindes uddannelsesmuligheder og barrierer (Larsen, 2012) viser fx, at nogle blinde vælger uddannelse og beskæftigelse med udgangspunkt i, hvorvidt der i forvejen er andre blinde, der har gennemført uddannelsen og opnået beskæftigelse (snarere end efter interesse eller ønske). Afgrænsede valgmuligheder som ovenstående forklares bl.a. med, at uddannelsesstedet og/eller arbejdsstedet allerede har erfaring med at have studerende eller kollegaer med handicap og derfor allerede har iværksat nogle afgørende tiltag (fx hjælpemidler, oversatte materialer mv.).

Også i forlængelse af ovenstående kan det for personer med handicap kræve en ekstra indsats fra den enkelte at kompensere for et handicap, hvilket ligger ud over det at overskue og gennemføre konkrete arbejdsopgaver. Helbredsproblemer kan også gøre det svært at koncentrere sig i længere tid ad gangen. Arbejdssteder kan samtidig også have svært ved at huse personer med fx større handicap, hvilket også kan stille større krav til den enkelte (og den enkeltes arbejdsplads). Denne ekstra indsats eller "work-overload" kan være energikrævende, hvilket kan påvirke den enkeltes psykosociale helbred og dermed også tilfredsheden med arbejdet. "Work-overload'en" kan muligvis også forklare den store andel af personer med handicap, der ikke er i beskæftigelse, særligt blandt personer med større psykiske handicap (Larsen & Høgelund, 2014; Gellerstedt & Danermark, 2004).

Figur 5.6 Respondenter med handicap, fordelt efter handicaprelaterede tilpasninger på arbejdspladsen. Særskilt for handicaptyper. 2016. Procent.



Anm.: Betinget af, at man enten er i arbejde eller tidligere har været det. N = [379; 826; 1.592; 3.277]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicaptyper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.
 Kilde: SHILD 2016.

For bedst muligt at sikre inklusion på arbejdsmarkedet og eventuelt modvirke "work-overload" er der forskellige tilpasningsmuligheder, der skal gøre det muligt for den enkelte med handicap at være i beskæftigelse og samtidig lette det for arbejdspladsen at huse personer med handicap. Det kan fx dreje sig om ændringer i det fysiske miljø, konkrete arbejdsredskaber, ændret arbejdstid eller personlig assistent.

Blandt grupperne med handicap, der er eller på et givent tidspunkt har været i beskæftigelse, er det mellem 18,9 pct. og 32,2 pct., der angiver, at de har fået lavet handicaprelaterede tilpasninger

på deres arbejdsplads. Tilpasninger på arbejdspladsen drejer sig oftest om ændring i arbejdstiden og dernæst om arbejdsredskaber, og det er de færreste, der angiver, at de har fået tildelt personlig assistance. Som det også fremgår af figur 5.6, er der mellem 3,6 pct. og 11 pct. blandt respondenterne, der angiver, at de har fået lavet flere tilpasninger samme sted, særligt i gruppen med større fysiske handicap (11 pct.).

Som nævnt er det langt de fleste, der angiver, at de har fået tilpasset deres arbejdstid. Resultaterne viser også, at personer med handicap i gennemsnit arbejder signifikant færre timer om ugen end personer uden handicap (tabel 5.3). Dette indikerer også, at ændringer i arbejdstiden oftest handler om en arbejdstidsreduktion – snarere end fx om, hvornår på dagen arbejdsindsatsen placeres ("komme-gå-tid").

Tabel 5.3 Respondenternes ugentlige arbejdstid. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Timer.

	Arbejdstimer	Antal personer
Intet handicap	38,4	10.767
Mindre fysisk handicap	36,0***	2.650
Større fysisk handicap	28,8***	801
Mindre psykisk handicap	32,3***	544
Større psykisk handicap	26,2***	123

Anm.: Betinget af, at man er i arbejde. Personer, der har svaret over 80 timer, er frasortet. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Som det fremgår af tabel 5.3, angiver gruppen med handicap i gennemsnit, at de arbejder mindre (mellem 26,2 og 36 timer) end normtiden på 37 timer om ugen, hvor gruppen uden handicap arbejder lidt mere (38,4 timer). Grupperne med større handicap angiver oftere færre ugentlige arbejdstimer end de øvrige grupper. For dem med større fysiske handicap er det 28,8 timer om ugen, og for dem med større psykiske handicap er det 26,2 timer om ugen. Grupperne med mindre handicap ligger tættere på normtiden med hhv. 36 timer og 32,3 timer for hhv. gruppen med mindre fysiske handicap og gruppen med mindre psykiske handicap.

Blandt de respondenter, der har fået foretaget handicaprelaterede tilpasninger på arbejdspladsen, er det langt de fleste, der angiver, at tilpasningerne har været tilstrækkelige og rettidige i forhold til at muliggøre den enkeltes arbejde. Vi kan dog ikke sige noget om, hvorvidt tilpasningerne har været ønskelige. Fx angiver gruppen med psykisk handicap oftere end de øvrige grupper, at de ønsker flere ugentlige arbejdstimer, og dette er signifikant oftere end gruppen uden handicap (8,3 pct.) (tabel 5.4). Især dem med større psykiske handicap (28 pct.) angiver, at de gerne vil arbejde flere timer om ugen. For gruppen med mindre psykiske handicap gælder det 11,7 pct. Dette kan indikere, at gruppen med psykiske handicap søger at leve op til en norm, de ikke har mulighed for at leve op til. Det kan også være en indikation af, at arbejdstilpasninger ikke nødvendigvis foregår efter den enkeltes ønsker. Vi kan desværre ikke sige noget om, hvorvidt tilpasningerne er ønskede, eller hvorvidt de løbende bliver revurderet.

Det er dog langt de fleste respondenter, som er i beskæftigelse, der ikke ønsker at arbejde flere timer om ugen – det gælder særligt i gruppen uden handicap (91,7 pct.) og i gruppen med mindre fysiske handicap (92,5 pct.).

Tabel 5.4 Respondenter, fordelt efter, hvorvidt de ønsker at arbejde flere timer om ugen. 2016. Procent.

	Intet handicap	Mindre fysisk handicap	Større fysisk handicap	Mindre psykisk handicap *	Større psykisk handicap ***
Ønsker ikke flere timer	91,7	92,5	89,4	88,3	72,0
Ønsker flere timer	8,3	7,5	10,6	11,7	28,0
Total	100	100	100	100	100
Antal personer	10.802	2.655	822	551	129

Anm.: Betinget af, at man er i arbejde. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Vi har også undersøgt antallet af sygefraværdsdage inden for de sidste 12 måneder, og resultaterne viser, at alle handicapgrupper angiver signifikant flere sygefraværdsdage end gruppen uden handicap²¹ (fremgår ikke af tabellen). Med et gennemsnit på 19,9 sygefraværdsdage det seneste år har gruppen med større psykiske handicap oftere fravær grundet egen sygdom, sammenlignet med de øvrige grupper. Gruppen med større fysiske handicap har i gennemsnit haft 18,2 sygefraværdsdage det seneste år, personer med mindre psykiske handicap har i gennemsnit 14,8 sygefraværdsdage, og personer med mindre fysiske handicap har i gennemsnit ni sygefraværdsdage. Til sammenligning angiver gruppen uden handicap i gennemsnit 4,1 sygefraværdsdage inden for det seneste år.

Alle respondenter er blevet bedt om at vurdere deres arbejdsevne på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er meget dårlig, og 10 er meget god. Grupperne med handicap har, ikke overraskende, en signifikant dårligere vurdering af deres arbejdsevne end personer uden handicap (tabel 5.5).

Tabel 5.5 Respondenternes selvvaluerede arbejdsevne. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016.

	Selvvalueret arbejdsevne	Antal personer
Intet handicap	8,8	14.249
Mindre fysisk handicap	7,6***	3.681
Større fysisk handicap	4,4***	1.767
Mindre psykisk handicap	6,4***	1.051
Større psykisk handicap	3,9***	483

Anm.: Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Som tabel 5.5 viser, er det især grupperne med større psykiske handicap (3,9) og større fysiske handicap (4,4), der har en lav vurdering af egen arbejdsevne, efterfulgt af gruppen med mindre psykiske handicap med en gennemsnitsvurdering på 6,4 og til sidst gruppen med mindre fysiske handicap på 7,6. Til sammenligning placerer gruppen uden handicap sig på 8,8 i gennemsnit.

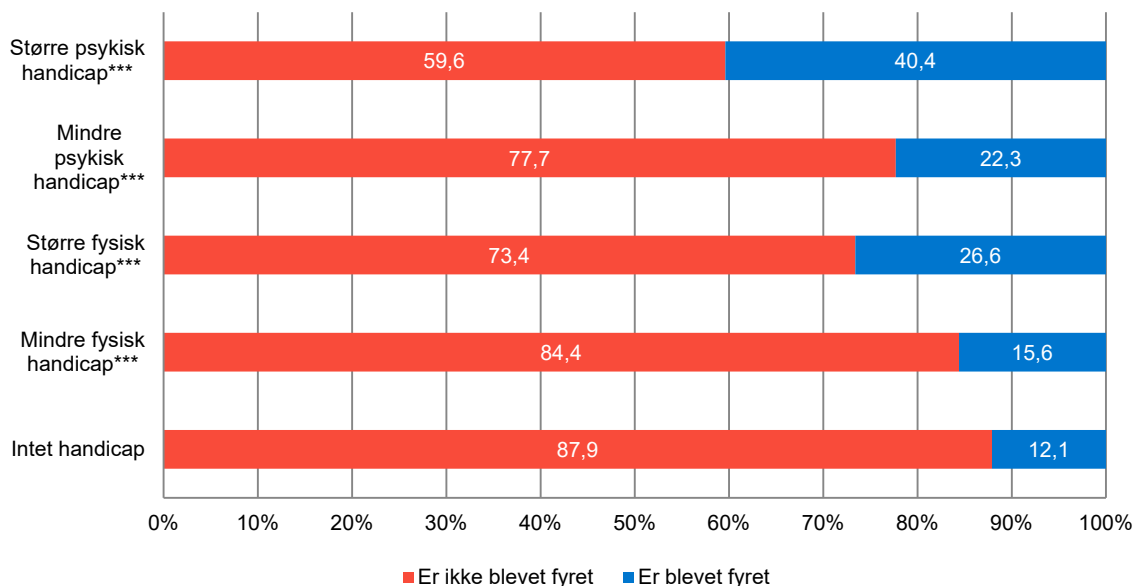
5.5 Fyring og frivilligt jobskifte

Både fyring og frivilligt jobskifte kan ses som indikationer på, hvor stærk tilknytning den enkelte har til arbejdsmarkedet. Vi undersøger derfor også disse faktorer for respondenter med og uden handicap. Resultaterne viser, at signifikant flere respondenter med handicap end uden, som er i be-

21. Undersøgelsen er gennemført i perioden 30. september 2016 til 5. februar 2017.

skæftigelse eller har været det inden for de sidste fire år, er blevet fyret inden for de sidste fire år (figur 5.7).

Figur 5.7 Respondenter, fordelt efter, hvorvidt de er blevet fyret inden for de seneste fire år. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



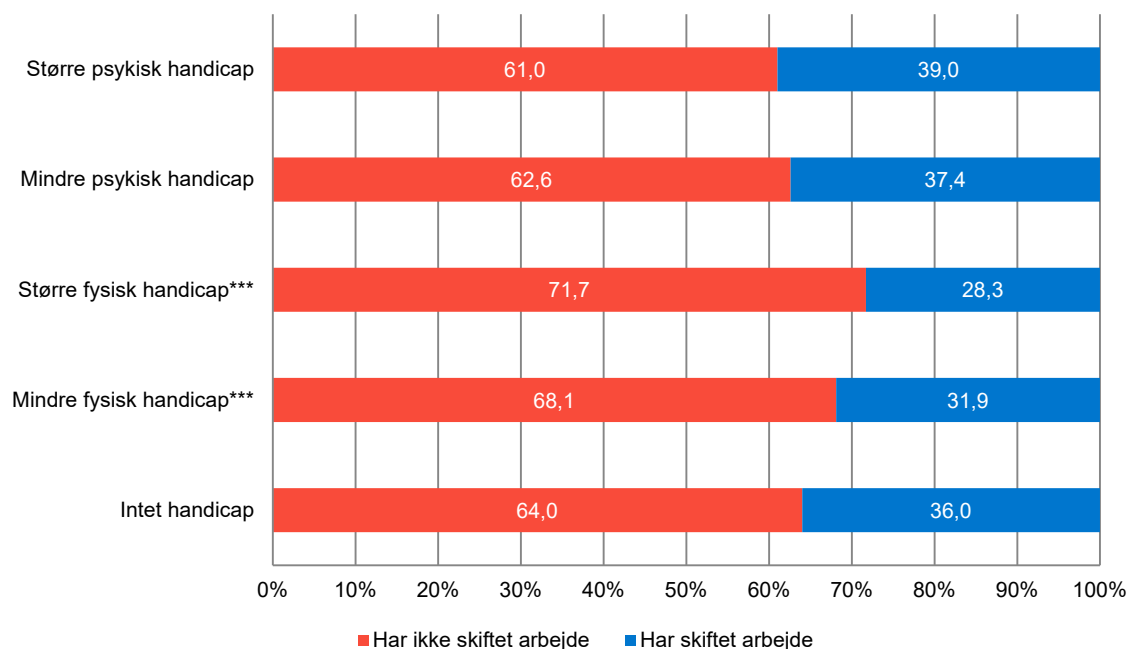
Anm: Betinget af, at man er i arbejde eller har været det inden for de sidste fire år. N = [208; 686; 1.089; 2.998; 11.574]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicappgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016

Med 40,4 pct. er det oftere personer med større psykiske handicap, der angiver, at de er blevet fyret inden for de sidste fire år, efterfulgt af gruppen med større fysiske handicap med 26,6 pct., gruppen med mindre psykiske handicap med 22,3 pct. og til sidst gruppen med mindre fysiske handicap med 15,6 pct. For personer uden handicap gælder det 12,1 pct.

I forhold til et frivilligt jobskifte (figur 5.8) er der signifikant færre blandt grupperne med mindre fysisk handicap (31,9 pct.) og større fysiske handicap (28,3 pct.), sammenlignet med gruppen uden handicap (36 pct.), der angiver, at de frivilligt har skiftet arbejde inden for de sidste fire år. For grupperne med psykisk handicap er der ikke en signifikant forskel fra gruppen uden handicap.

Figur 5.8 Respondenter, fordelt efter, hvorvidt de frivilligt har skiftet arbejde inden for de sidste fire år. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



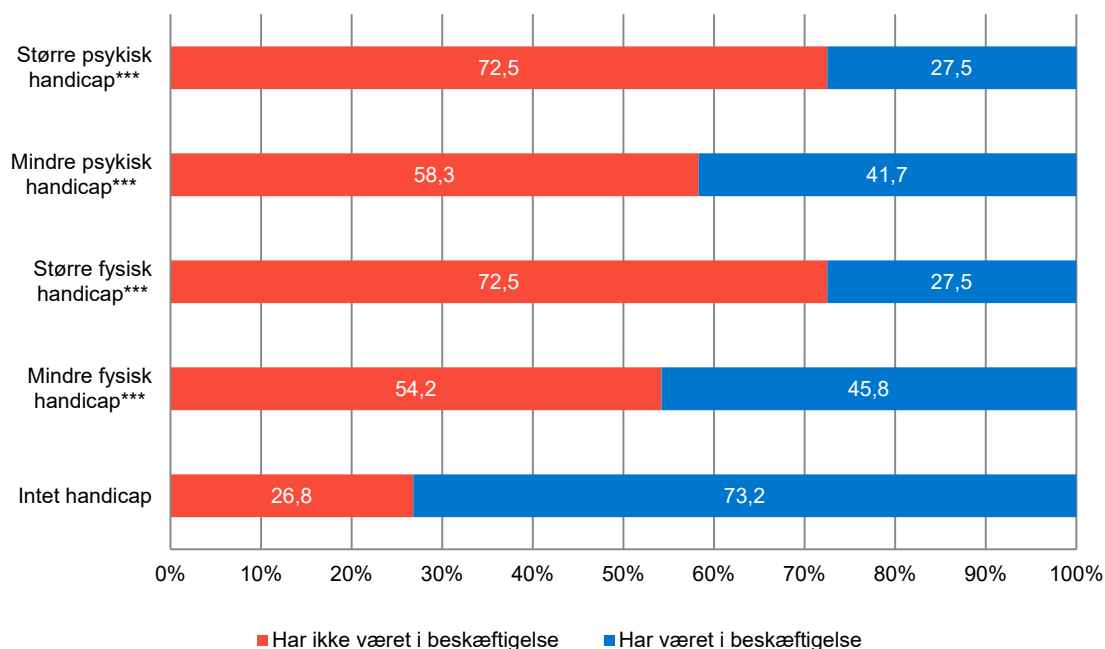
Anm.: Betinget af, at man er i arbejde eller har været det inden for de sidste fire år. N = [208; 686; 1.089; 2.998; 11.573]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

Kilde: SHILD 2016.

5.6 Uden beskæftigelse

Vi har tidligere vist, at grupperne med handicap i mindre grad end gruppen uden handicap er i beskæftigelse. I dette afsnit ser vi nærmere på de personer, som ikke er i beskæftigelse. Overordnet set har grupperne af personer med handicap, som ikke er i beskæftigelse, i mindre grad været i beskæftigelse inden for de seneste fire år, sammenlignet med gruppen uden handicap, som ikke er i beskæftigelse. For alle fire handicapgrupper gælder det, at signifikant flere end gruppen uden handicap ikke har haft et arbejde de sidste fire år (figur 5.9). Således angiver 72,5 pct. blandt hhv. gruppen med større fysiske og større psykiske handicap, at de ikke har haft et arbejde inden for de sidste fire år. For gruppen med mindre psykiske handicap drejer det sig om 58,3 pct., og for gruppen med mindre fysiske handicap er det 54,2 pct. For personer uden handicap gælder det 26,8 pct.

Figur 5.9 Respondenter uden beskæftigelse, fordelt efter, hvorvidt de har været i beskæftigelse inden for de seneste fire år. Særskilt for handicapter og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [267; 287; 794; 633; 991]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Imidlertid har gruppen med handicap, som har været uden beskæftigelse inden for de sidste fire år, i højere grad haft tilknytning til arbejdsmarkedet end dem uden handicap. Vi har spurgt de respondenter, som ikke har haft et arbejde de seneste fire år, om de *nogensinde* har haft et arbejde, og for gruppen med hhv. mindre og større fysiske handicap er der signifikant flere (hhv. 93,6 og 93,9 pct.), der angiver, at de på et tidspunkt har haft et arbejde, sammenlignet med gruppen uden handicap (83,6 pct.). Det kan indikere, at arbejdsmarkedstilknytningen er større blandt personer med handicap, som ikke har været i beskæftigelse de seneste fire år, sammenlignet med dem uden handicap, som ikke har været i beskæftigelse de seneste fire år.

5.7 Indkomst

Den lavere tilknytning til arbejdsmarkedet blandt personer med handicap, som vi har konstateret i dette kapitel, har vidtgående konsekvenser for de pågældende personers indkomster. Som vist i tabel 5.6 er der signifikant forskel på de primære indtægtskilder for personer henholdsvis med og uden handicap.

For personer uden handicap er den primære indtægtskilde typisk baseret på deres lønindkomst, hvor 81,9 pct. angiver, at deres primære indtægtskilde er "Lønindkomst, honorarindkomst". For gruppen med mindre fysiske handicap drejer det sig om 67,6 pct., og 8,8 pct. i denne gruppe angiver førtidspension. I gruppen med mindre psykiske handicap drejer det sig om 46,8 pct., der angiver "Lønindkomst, honorarindkomst" som primær indtægtskilde, og derefter kommer "Førtidspension" (18,7 pct.). For gruppen med større fysiske handicap er det blot 31,8 pct., der angiver "Lønindkomst, honorarindkomst" som primær indtægtskilde, og samme andel (31,3 pct.) angiver "Før-

tidspension". Gruppen med større psykiske handicap angiver derimod oftest (35,7 pct.) "Førtidspension" som deres primære indtægtskilde, efterfulgt af "Lønindkomst, honorarindkomst" (17,9 pct.). Blandt handicapgrupperne er der også signifikant flere, der angiver "Kontanthjælp" og "Anden overførselsindkomst" som primær indtægtskilde, sammenlignet med gruppen uden handicap.

Table 5.6 Respondenter i alderen 30-64 år, fordelt efter deres primære indtægtskilde. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.

	Intet handicap	Mindre fysisk handicap***	Større fysisk handicap***	Mindre psykisk handicap***	Større psykisk handicap***
Lønindkomst, honorar	81,9	67,6	31,8	46,8	17,9
Indkomst fra selvstændig virksomhed	7,5	5,7	2,2	4,8	-
Førtidspension	0,6	8,8	31,3	18,7	35,7
Efterløn, folkepension, øvrige pensionsordninger	3,8	6,3	8,0	4,9	5,5
Kontanthjælp	1,1	2,5	9,7	7,0	15,3
Dagpenge	2,2	3,4	3,8	5,8	5,7
Anden overførselsindkomst	0,9	3,5	9,1	7,7	13,5
Andet	1,8	2,2	4,1	4,3	-
Total	100	100	100	100	100
Antal personer	10.611	3.087	1.570	736	360

Anm.: Betinget af, at man har en indkomst på over 0 kr. Vi afrapporterer ikke kategorierne "Indkomst fra selvstændig virksomhed" samt "Andet" for personer med større psykiske handicap, grundet for få respondenter i disse celler. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

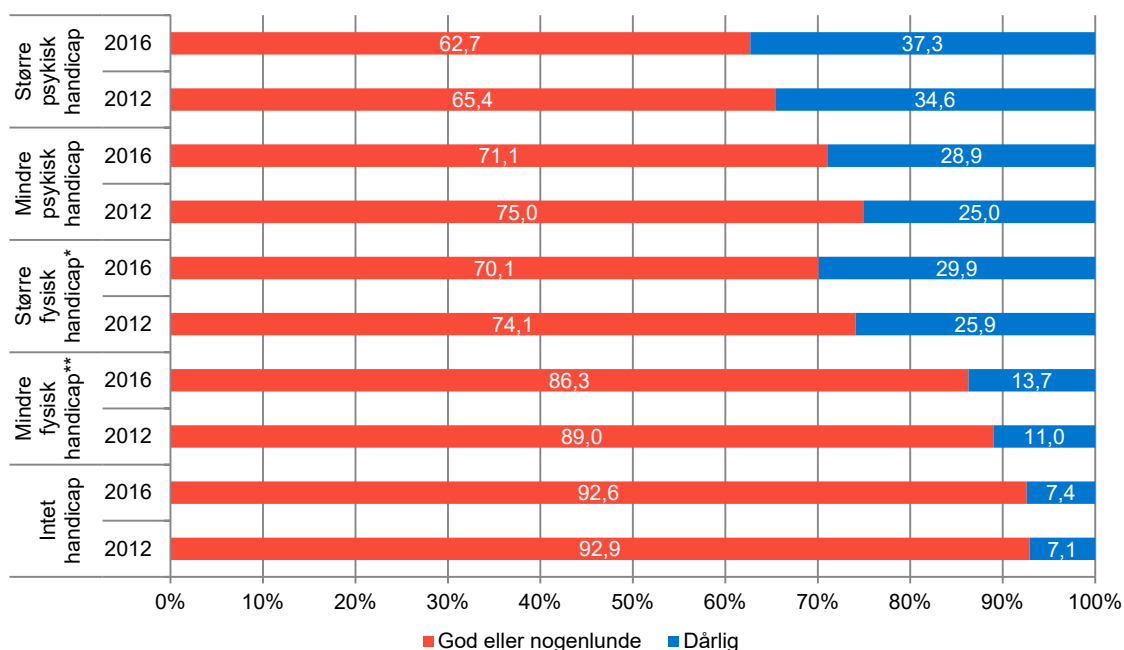
Kilde: SHILD 2016.

Handicapgrupperne angiver også signifikant oftere, at de har en "dårlig" økonomi i forhold til gruppen uden handicap, særligt gruppen med større psykiske handicap, hvor 37,3 pct. angiver, at de har en dårlig økonomi i 2016 (figur 5.10). Til sammenligning gælder dette 7,4 pct. for gruppen uden handicap.

Som det også fremgår af figur 5.10, angiver respondenterne oftest, at de har en nogenlunde, god eller virkelig god økonomi. Personer med større psykiske handicap er den gruppe, der er mindst tilfredse med deres økonomi. Der er signifikant flere blandt grupperne uden handicap og grupperne med hhv. mindre og større fysiske handicap, der angiver, at de har en dårlig økonomi, i 2016, end der er i 2012. Dette kan muligvis hænge sammen med, at der er flere på (midlertidig) overførselsindkomst end tidligere og samtidig færre på (den stabile) førtidspension. Den enkeltes oplevelse af sin økonomi (negativ som positiv) kan tænkes at hænge sammen med trygheden i en fast indkomst samt den stabilitet og forudsigelighed, som den faste indkomst kan medføre.

Oplevelser omkring økonomien kan også (og i forlængelse af ovenstående) hænge sammen med de muligheder, man har, for at sikre hverdagens nødvendigheder (fx mad, medicin, behandlinger mv.) og deltage i sociale og kulturelle aktiviteter mv. Muligheden for samfundsdeltagelse kan hænge sammen med den enkeltes økonomi, da mange sociale og kulturelle hverdagsaktiviteter koster penge (fx biograf, koncert, svømmehal, café mv.). Hvis man er i beskæftigelse, men måske kun arbejder få timer eller måske slet ikke er i beskæftigelse og fx på overførselsindkomst, kan det betyde et større afsavn.

Figur 5.10 Respondenter i alderen 30-64 år, fordelt efter vurdering af egen økonomi. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for undersøgelsesår. 2012 og 2016. Procent.



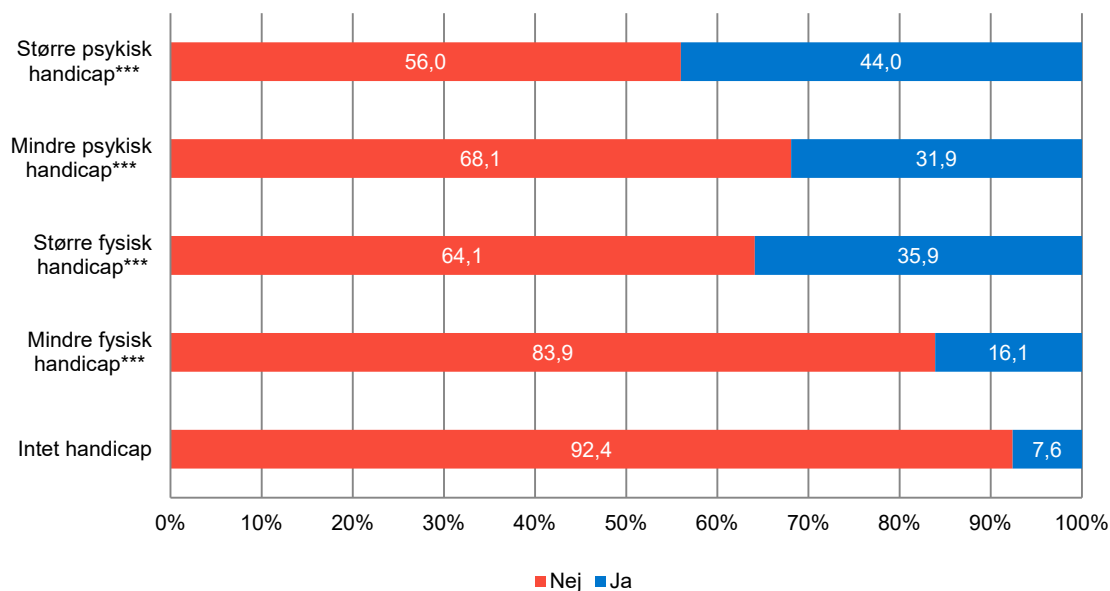
Anm.: Kategorierne "nogenlunde", "god" og "virkelig god" er slået sammen til "god eller nogenlunde", og kategorierne "dårlig" og "virkelig dårlig" er slået sammen til "dårlig". N = [14.244; 13.387] [3.689; 3.220] [1.766; 1.483] [1.055; 1.034] [490; 411]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicappgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Resultaterne viser også, at der er signifikant flere blandt grupperne med handicap, der angiver, at de inden for de sidste tre år har oplevet perioder, hvor de af økonomiske årsager har været forhindret i at leve et almindeligt liv (figur 5.11).

Særligt grupperne med større handicap har inden for de sidste tre år oplevet, at der har været perioder, hvor de af økonomiske årsager har været forhindret i at leve et almindeligt liv. Med 44,0 pct. er det gruppen med større psykiske handicap, der oftest angiver, at de har været forhindret i at leve et almindeligt liv grundet økonomi. For gruppen med større fysiske handicap drejer det sig om 35,9 pct. Blandt gruppen med mindre psykiske handicap gælder det 31,9 pct., og til sidst ligger gruppen med mindre fysiske handicap med 16,1 pct.

Figur 5.11 Respondenter i alderen 30-64 år, fordelt efter, hvorvidt de inden for de sidste tre år har oplevet, at der har været perioder, hvor de af økonomiske årsager har været forhindret i at leve et almindeligt liv. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [488; 1.054; 1.763; 3.690; 14.250]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Det er velkendt, at lægemidler, psykologbehandling, tandlægebehandling mv. kan være bekostelige, og at der i det hele taget kan være større helbredsrelaterede udgifter blandt personer med handicap.

Personer med handicap har ikke overraskende signifikant flere helbredsrelaterede udgifter end personer uden handicap, men også tandlægeudgifter er signifikant højere blandt personer med handicap end blandt personer uden handicap. Grupperne med handicap angiver, at de inden for det sidste år i gennemsnit har brugt mellem 2.057 kr. og 3.742 kr. på medicin, kosttilskud og lignende til sig selv (ud over det, man får dækket). Gruppen uden handicap angiver i gennemsnit et forbrug på 688 kr.

I forhold til tandlægeudgifter angiver grupperne med handicap i gennemsnit et forbrug på mellem 1.722 kr. og 2.742 kr. For gruppen uden handicap gælder det et gennemsnit på 1.413 kr.

Grupperne med handicap angiver samtidig også signifikant flere sundheds- og handicapudgifter i øvrigt inden for det sidste år ud over det, man får dækket (fx hjælpemidler, fysioterapi, alternativ behandling, psykolog, ernæringsterapi, mm.). For handicapgrupperne gælder det i gennemsnit mellem 1.261 kr. og 2.126 kr., og for gruppen uden handicap er gennemsnittet 529 kr. For grupperne med handicap vil hjælpemidler og fysioterapi typisk være dækket og altså gratis. Det kan dog tænkes, at nogle oplever et behov for at vælge andre eller yderligere behandlinger end dem, de kan få dækket. Desuden kræver en eventuel dækning af hjælpemidler og fysioterapi en konkret diagnose. Da vi tager udgangspunkt i selvvurderet handicap, kan det også betyde, at nogle af respondenterne ikke har en diagnose og dermed ikke får dækket udgifter til hjælpemidler og fysioterapi.

Tabel 5.7 Gennemsnitligt, personligt, helbredsrelateret forbrug inden for det sidste år ud over det, man får dækket, blandt respondenter i alderen 30-64 år. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Kroner.

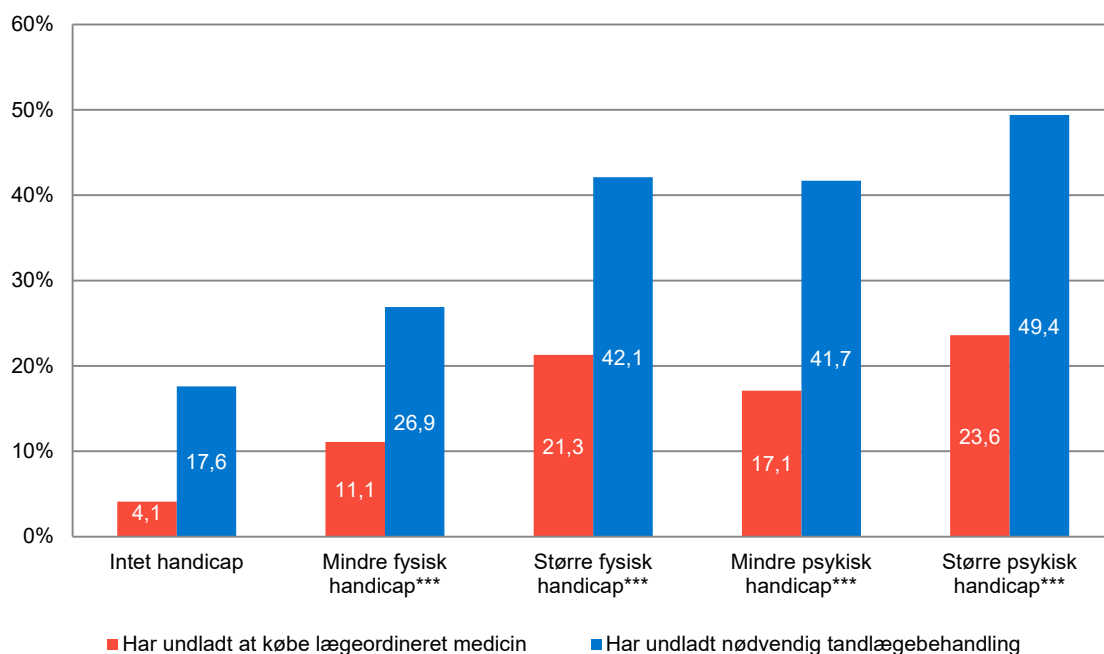
	Intet handicap	Mindre fysisk handicap***	Større fysisk handicap***	Mindre psykisk handicap***	Større psykisk handicap***
Medicin, kosttilskud og lign.	688	2.083	3.742	2.057	3.097
Tandlæge	1.413	1.861	2.742	1.722	2.120
Sundhedsudgifter i øvrigt	529	1.261	2.126	1.599	1.709

Anm.: Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

I figur 5.12 undersøger vi andelen af respondenter i de forskellige grupper, der har undladt at købe lægeordineret medicin hhv. nødvendig tandlægebehandling af økonomiske årsager. Grupperne med handicap angiver også signifikant oftere end gruppen uden handicap, at de har undladt at købe lægeordineret medicin (mellem 11,1 pct. og 23,6 pct.) eller undladt nødvendig tandbehandling (mellem 26,9 pct. og 49,4), fordi de ikke havde råd. For personer uden handicap drejer det sig om hhv. 4,1 pct. og 17,6 pct. Her er det igen gruppen med større psykiske handicap, der især skiller sig ud.

Figur 5.12 Andelen af respondenter i alderen 30-64 år, der har undladt at købe lægeordineret medicin hhv. nødvendig tandlægebehandling af økonomiske årsager. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [14.252; 3.691; 1.763; 1.054; 488].

Kilde: SHILD 2016.

Ser vi specifikt på gruppen med psykisk handicap, angiver hhv. 34,7 og 40,2 pct. af personerne i gruppen med hhv. mindre og større psykiske handicap, at de har undladt nødvendig psykologbehandling, fordi de ikke syntes, at de havde råd til det (ikke vist i en figur).

6 SAGSBEHANDLING

Formålet med dette kapitel er at belyse, hvordan personer hhv. med og uden handicap oplever kontakten og samarbejdet med kommunen og den kommunale sagsbehandling. Personer med handicap har ofte behov for og ret til kompenserende ordninger samt vejledning og rådgivning om mulighederne for kompensation og støtte. Rådgivning og vejledning om kompenserende ordninger og støttemuligheder samt beslutningen om, hvad der skal iværksættes, foregår typisk gennem den kommunale sagsbehandling. Personer med handicap er derfor ofte i kontakt med den kommunale sagsbehandling, og denne har derfor stor betydning for, om personer med handicap får den kompensation og støtte, som de har behov for. Det kan fx dreje sig om støtte i forbindelse med at få tildelt hjælpemidler og tilpasninger i hjemmet. Både i 2016 og 2012 har vi spurgt respondenterne om deres kontakt med socialforvaltningen, og i de tilfælde, hvor det giver mening, sammenligner vi de to år.

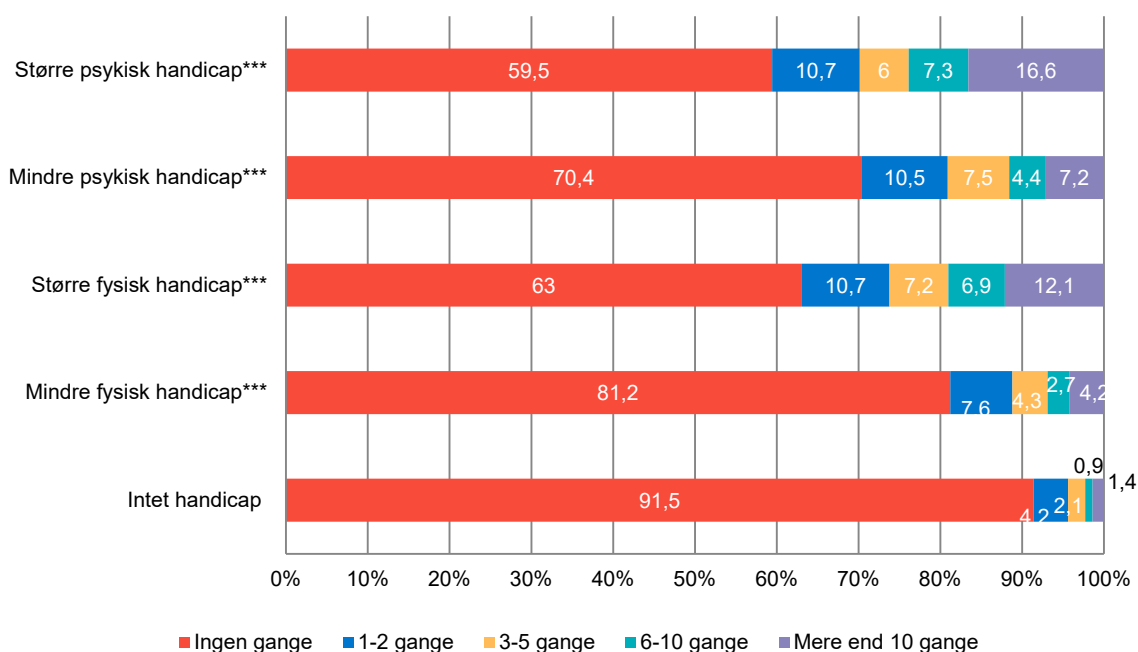
Hovedresultaterne er:

- Personer med handicap er oftere (samlet set 25,4 pct.) i kontakt med socialforvaltningen end personer uden handicap (8,6 pct.), hvor personer med større psykiske handicap er den gruppe, der oftest er i kontakt med Socialforvaltningen.
- Personer med handicap angiver oftest, at kontakten med socialforvaltningen drejer sig om "Eget handicap, helbred eller psykisk lidelse" (mellem 39,1 pct. og 66,8 pct.). For personer uden handicap handler kontakten oftest om "Barns handicap, helbred eller psykiske lidelse" (28,1 pct.).
- Cirka 30 pct. blandt gruppen uden handicap og grupperne med hhv. mindre og større og fysisk og psykisk handicap angiver, at de "slet ikke" oplever at have indflydelse på den hjælp, som de får, og cirka 16 pct. angiver, at de "slet ikke" oplever at have fået den hjælp, som de havde behov for.
- Personer med hhv. større fysiske, mindre og større psykiske handicap oplever ofte, at hjælpen ikke kommer rettidigt. Dette gælder især personer med større psykiske handicap, hvor 33,6 pct. endda har oplevet, at hjælpen "kom så sent, at det gav problemer".
- Personer med handicap har mindre tillid til, at kommunen yder den hjælp, som den enkelte har ret til, sammenlignet med personer uden handicap. For personer med handicap ser vi størst tillid til kommunen blandt personer med mindre fysiske handicap og størst mistillid blandt personer med større psykiske handicap.
- Flere personer uden handicap har anket mindst én sag inden for de sidste tre år, sammenlignet med 2012. Personer med større handicap angiver oftere, at de har anket tre eller flere sager inden for de sidste tre år, og dette gælder særligt personer med større psykiske handicap.

6.1 Kontakt med socialforvaltningen

For at belyse omfanget af kontakt til den kommunale sagsbehandling har vi spurgt alle respondenterne, hvor mange gange de eller deres eventuelle partner har haft kontakt med socialforvaltningen i kommunen i forbindelse med egen, partnerens eller barnets sygdom eller deres økonomi inden for det seneste år. Resultaterne fremgår af figur 6.1 og viser, at personer med handicap oftere er i kontakt med socialforvaltningen end personer uden handicap. Personer med større handicap er i højere grad i kontakt med socialforvaltningen end personer med mindre handicap, og personer med større psykiske handicap er oftest i kontakt med socialforvaltningen.

Figur 6.1 Respondenter, fordelt efter, hvor mange gange de eller deres eventuelle partner har haft kontakt med socialforvaltningen i kommunen i forbindelse med egen, partners eller børns sygdom eller økonomi inden for det seneste år. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [485; 1051; 1.763; 3.681; 14.232]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicappgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Overordnet set angiver personer med større psykiske handicap oftest, at de har kontakt til socialforvaltningen. Blandt personer med større psykiske handicap er det 16,6 pct., der angiver, at de har haft kontakt mere end 10 gange inden for det seneste år. Det tilsvarende gælder 12,1 pct. blandt personer med større fysiske handicap. Til sammenligning drejer det sig om 1,4 pct. for personer uden handicap.

Sammenlignet med 2012 er der signifikant forskel på fordelingen af antal kontakter til Socialforvaltningen for gruppen med hhv. mindre og større fysiske handicap (fremgår ikke af figuren). I 2016 angiver signifikant flere personer med fysiske handicap, at de har været i kontakt med socialforvaltningen (seks eller flere gange) inden for det seneste år, sammenlignet med 2012. Fx angiver 1,7 procentpoint flere personer med større fysiske handicap i 2016, at de har været i kontakt med socialforvaltningen 10 gange eller mere, sammenlignet med 2012.

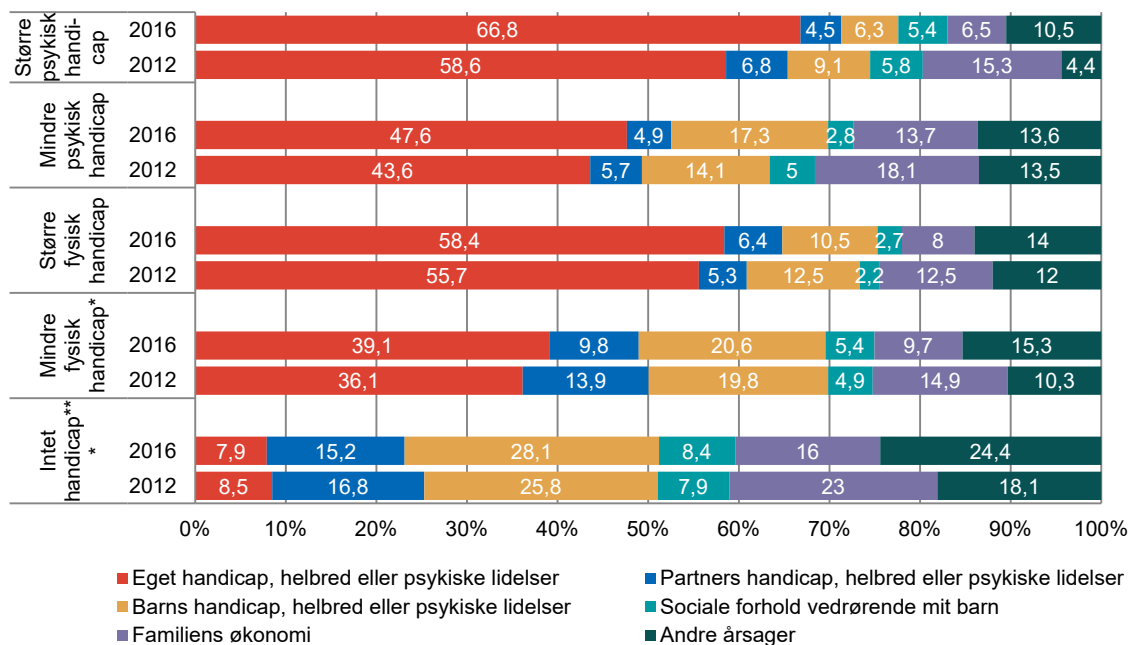
6.1.1 Årsag til kontakt

Respondenter, som har haft kontakt til socialforvaltningen, angiver oftest, at kontakten drejer sig om eget eller en nærtstående handicap. Respondenter, som har haft kontakt til socialforvaltningen mindst én gang inden for det seneste år, er alle blevet spurgt om den væsentligste årsag til kontakten. Svarkategorier og fordeling fremgår af figur 6.2

Som det fremgår af figur 6.2, angiver personer med handicap, at omdrejningspunktet for kontakten med socialforvaltningen i 2016 i langt de fleste tilfælde er eget handicap, helbred eller psykiske

lidelse. Personer uden handicap angiver oftest, at kontakten drejer sig om deres barns handicap, helbred eller psykiske lidelse (28,1 pct.).

Figur 6.2 Respondenter, der har haft kontakt med socialforvaltningen inden for det seneste år, fordelt efter den væsentligste årsag til, at de har haft kontakt med socialforvaltningen. 2012 og 2016. Procent.



Anm.: N = [191; 148]; [296; 298]; [626; 537]; [622; 517]; [1.106 1.064]. Forskellen mellem 2012 og 2016 er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. For personer uden handicap er forskellen mellem årene signifikant på 0,1-procentsniveau, og for personer med mindre fysiske handicap er forskellen signifikant på 5-procentsniveau.

Kilde: SHILD 2012, SHILD 2016.

Sammenlignet med 2012 ser vi en signifikant forskel i forbindelse med årsagerne til kontakten blandt personer med mindre fysiske handicap og blandt personer uden handicap (figur 6.2). I 2016 er der således flere personer med mindre fysiske handicap, der angiver "Andre årsager"²², sammenlignet med 2012, og samtidig er antallet af henvendelser angående "Familiens økonomi" faldet. Kontakt med socialforvaltningen vedrørende "Partners handicap, helbred eller psykisk lidelse" er ligeledes faldet siden 2012 blandt personer med mindre fysiske handicap. Blandt personer uden handicap er der på samme måde flere, der angiver "Andre årsager", og færre, der angiver "Familiens økonomi" som årsag til kontakten, sammenlignet med 2012.

6.2 Den "gode" sagsbehandling

I forhold til borgernes oplevelse af en "god" sagsbehandling er et væsentligt aspekt, at borgerne har en oplevelse af, at de har indflydelse på den hjælp, som de får tildelt.²³ Særlig vigtigt er det, at borgeren får den hjælp, som der er behov for, og at hjælpen kommer rettidigt. Ved at sikre borgernes retssikkerhed i sagsbehandlingsprocessen og inddrage borgerens ressourcer, udfordringer, ønsker og prioriteringer kan man sikre en høj kvalitet i udredningen og sagsbehandlingen på handicapområdet og således en "god" sagsbehandling. Borgerinddragelse er helt afgørende i forbin-

22. Det er ikke nærmere specificeret i spørgeskemaet, hvad "Andre årsager" dækker over.

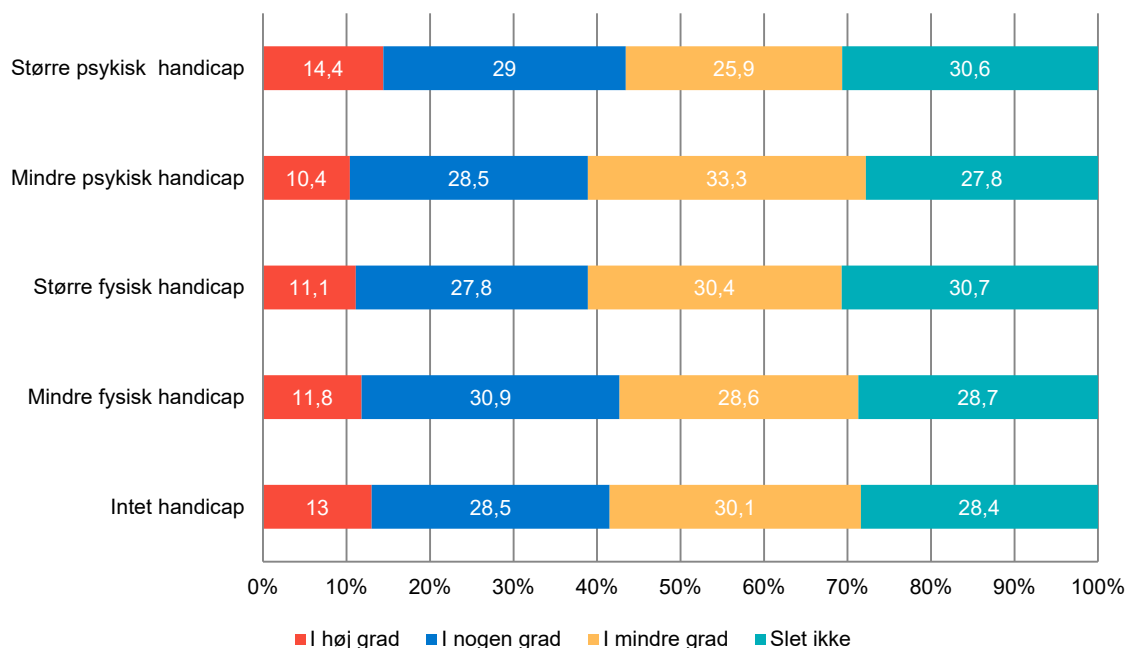
23. Et andet aspekt, som kan påvirke borgerens oplevelse af den kommunale sagsbehandling, er, hvor realistiske hans eller hendes forventninger er til kommunernes sagsbehandling. Dette aspekt har vi dog ikke spurgt ind til i SHILD.

delse med at bringe borgerens ressourcer i spil for at sikre det bedste match i forhold til borgerens behov og dermed sikre størst mulig grad af selvhjulpethed (Socialstyrelsen, 2017).

Alle respondenter, der har haft kontakt med socialforvaltningen i kommunen mindst én gang inden for det seneste år²⁴, er derfor også blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad de oplever at have indflydelse på de tiltag eller den hjælp, som kommunen iværksætter. Dertil spørger vi også, i hvilken grad respondenterne vurderer, at de har fået den hjælp fra det offentlige, som de har behov for. I forhold til begge spørgsmål er graden vurderet på en skala fra 1 til 4: 1) i høj grad, 2) i nogen grad, 3) i mindre grad og 4) slet ikke.

Som det fremgår af figur 6.3, er der ikke signifikant forskel på, hvordan personer hhv. med og uden handicap oplever graden af indflydelse på, hvilke tiltag og hvilken hjælp der skal iværksættes af kommunen. For hver af de fem grupper gælder det, at omkring 30 pct. oplyser, at de "slet ikke" oplever, at de har indflydelse på den hjælp, de får, og yderligere omkring 30 pct. i hver gruppe oplever at have haft indflydelse "i mindre grad". Det er ligeledes de færreste (mellem 10,4 pct. og 14,4 pct.), der oplever at have en "høj grad" af indflydelse på udfaldet af sagsbehandlingen, men der er ingen signifikant forskel mellem grupperne.

Figur 6.3 Respondenter, der har haft kontakt med socialforvaltningen inden for det seneste år, fordelt efter, i hvor høj grad de oplever at have indflydelse på, hvilke tiltag eller hvilken hjælp der skal iværksættes af kommunen. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



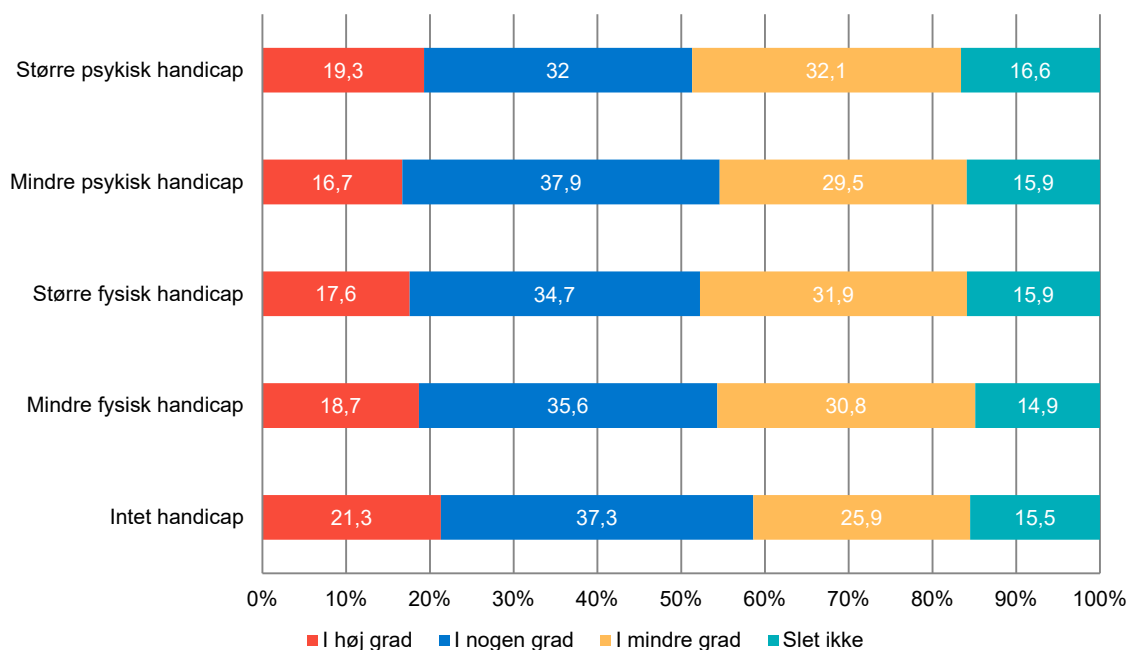
Anm.: N = [190; 292; 617; 611; 1.107]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicaptyper er testet med χ^2 -test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Betinget af, at man har været i kontakt med kommunen inden for det seneste år i forbindelse med egen, partners eller barns sygdom eller egen økonomi.

Kilde: SHILD 2016.

Endvidere angiver cirka 16 pct. blandt grupperne hhv. med og uden handicap, at de "slet ikke" oplever at have fået den hjælp fra det offentlige, som de havde behov for, hvilket er stort set det samme, som vi så i 2012. Fordelingen for 2016 fremgår af figur 6.4. Igen er der ingen signifikante forskelle mellem grupperne hhv. med og uden handicap.

24. I forbindelse med egen, partners eller barns sygdom eller deres økonomi.

Figur 6.4 Respondenter, der har haft kontakt med socialforvaltningen inden for det seneste år, fordelt efter, i hvilken grad de oplever at have fået den hjælp, som de havde behov for. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.

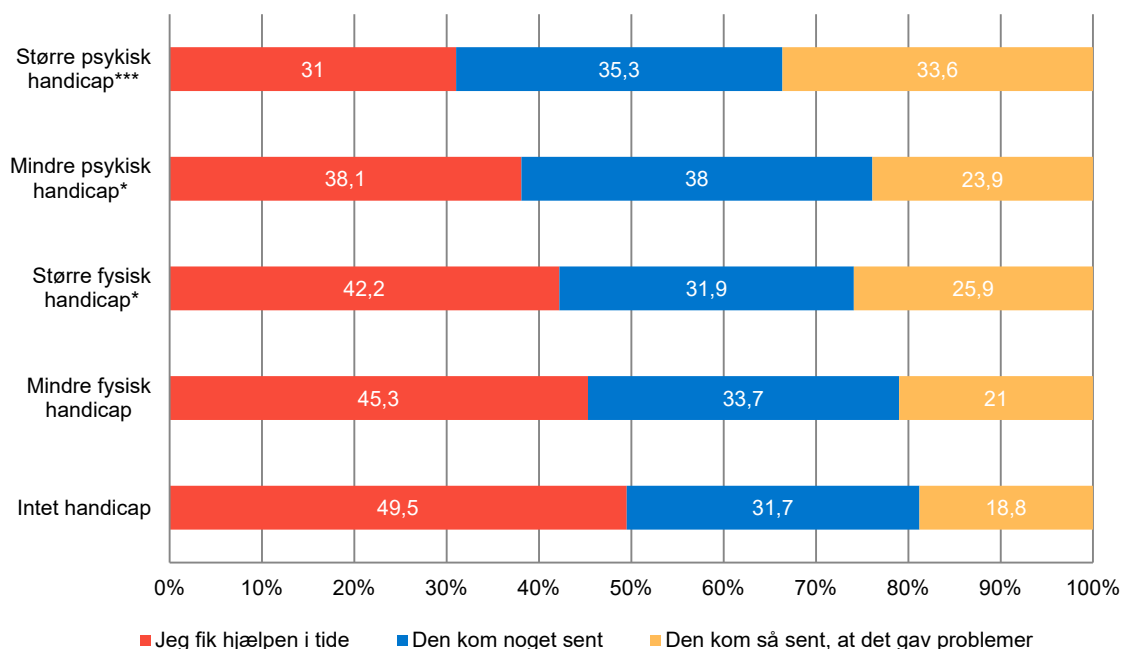


Anm.: N = [190; 294; 619; 617; 1.101]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Betinget af, at man har været i kontakt med kommunen inden for det seneste år.

Kilde: SHILD 2016.

I forhold til, hvorvidt en given hjælp fra kommunen blev iværksat rettidigt, ser vi imidlertid en forskel mellem grupperne, hvor gruppen med større fysiske handicap og grupperne med hhv. mindre og større psykiske handicap oplever at være signifikant mere udfordrede på at få rettidig hjælp (figur 6.5).

Figur 6.5 Respondenter, fordelt efter, hvorvidt de oplever at have fået den hjælp, de havde brug for, i rette tid. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [156; 247; 524; 521; 927]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med χ^2 -test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Betinget af, at man som minimum "i mindre grad" oplever at have fået den hjælp, man havde behov for.

Kilde: SHILD 2016.

Som det fremgår af figur 6.5, er det især grupperne med hhv. større fysiske, mindre og større psykiske handicap, der oplever, at hjælpen ikke kommer rettidigt. Især gruppen med mindre psykiske handicap oplever, at hjælpen er kommet noget sent (38 pct.), og især gruppen med større psykiske handicap oplever, at hjælpen "kom så sent, at det gav problemer" (33,6 pct.). Cirka hver fjerde person med hhv. større fysiske og mindre psykiske handicap oplever, at hjælpen kom så sent, at det gav problemer.

I kapitel 5.4 så vi, at langt de fleste respondenter (her var det kun blandt dem med handicap) havde en oplevelse af, at tiltag direkte relateret til deres arbejde, var iværksat rettidigt. Der er således forskel på respondenternes oplevelser af, hvorvidt relevante tiltag i forbindelse med den generelle sagsbehandling er iværksat rettidigt, på den ene side, og deres oplevelser af rettidigheden for konkrete tiltag, relateret til beskæftigelse, på den anden side. Dette kan indikere, at der er forskellige forhold, der behandles i den generelle sagsbehandling og i sagsbehandlingen, relateret direkte til beskæftigelse. En bevilling af ydelser efter serviceloven kræver ofte en grundig og omfattende vurdering af borgeren og borgerens situation. En mulig årsag kan derfor være, at tilpasninger på arbejdspladsen kræver mindre sagsbehandling og kan være mere enkel, både at vurdere og gennemføre, sammenlignet med de hjælpeforanstaltninger, som skal vurderes og bevilges fra kommunen i øvrigt, herunder typisk fra socialforvaltningens side.

I forbindelse med, at personer med handicap relativt ofte er i kontakt med sagsbehandlingen i kommunen, kan det ske, at de ofte også er i kontakt med (flere) forskellige sagsbehandlere. Antallet af sagsbehandlere, der er inde over den enkeltes sag, kan også have sammenhæng med oplevelsen af sagsbehandlingen. Dels kan det for nogle være utilfredsstillende og fragmenteret at have flere personer involveret i samme sag, dels kan tilfælde med flere sagsbehandlere være et udtryk

for, at den enkelte er utilfreds med sagsbehandlingen og selv opsøger (en eller flere) andre sagsbehandlere.

Grupperne med handicap oplever, at der i gennemsnit er signifikant flere sagsbehandlere involveret i den enkeltes sag, sammenlignet med gruppen uden handicap. Gruppen uden handicap oplyser, at der i gennemsnit er cirka tre sagsbehandlere involveret i en sag, og for personer med handicap er det mellem fire og seks sagsbehandlere. Det viser sig endvidere, at der blandt respondenter (uanset handicap), der har oplyst, at de har været i kontakt med én sagsbehandler, er 27,5 pct., der angiver, at de har søgt rådgivning hos andre end kommunen. Ser vi på respondenter (uanset handicap), der har oplyst, at de har været i kontakt med mindst otte sagsbehandlere, angiver 48,7 pct., at de har søgt rådgivning hos andre end kommunen. Vi kan desværre ikke sige noget om årsagssammenhængen i forhold til antallet af sagsbehandlere. Dels kan flere sagsbehandlere i samme sag forårsage, at den enkelte søger rådgivning andetsteds. Dels kan det omvendt ske, at rådgivningen forårsager, at man søger flere sagsbehandlere eller øger kontakten.

Når der er mange personer (sagsbehandlere, rådgivere mv.) inde over samme sag, er der store krav til en velkoordineret sagsbehandling og et godt samarbejde mellem kommunale forvaltninger og mellem borger og sagsbehandler samt øvrige rådgivere eller lignende. Institut for Menneskerettigheder (IMR, 2017) har blandt andre påpeget, at der er behov for at forbedre retssikkerheden for personer med handicap i den kommunale sagsbehandling. IMR fremhæver praksisundersøgelser fra Ankestyrelsen, der blandt andet viser, at der er flere tilfælde, hvor kommunerne ikke lever op til lovgivningen eller klagesystemets afgørelser. Den kommunale sagsbehandling er afgørende i forhold til den praktiske sikring af rettighederne for personer med handicap.

Danske Handicaporganisationer (DH, 2017c) fremhæver ligeledes, at personer med handicap oplever, at der er "pres på retssikkerheden", og at de ofte bruger mange ressourcer og megen tid på dialog med kommunen. Personer med handicap kender ikke altid til de muligheder, der er for støtte, og formår måske ikke at benytte klagesystemet. Derfor handler god retssikkerhed især om at guide og informere borgeren – ikke nødvendigvis om konkrete økonomiske ressourcer.

For at imødegå behovet for "den gode sagsbehandling" har Folketinget d. 2. juni 2017 vedtaget ændringer i servicelovens voksenbestemmelser. Ændringerne skal netop sikre mere sammenhængende forløb og tidligere hjælp til personer med handicap (Socialministeriet, 2017). Helt konkret vil det sige:

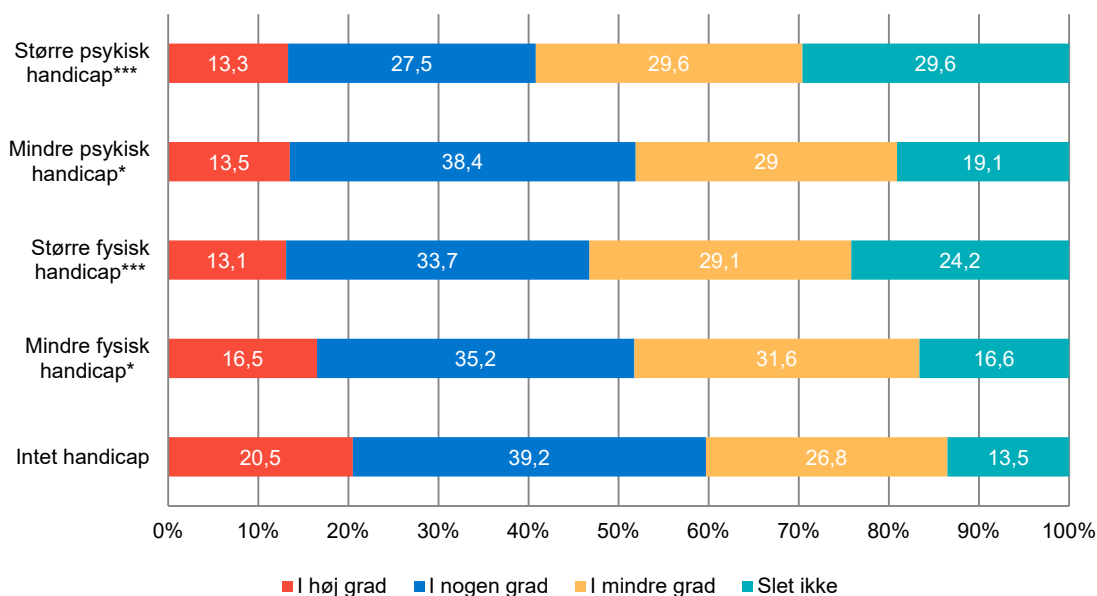
- At det skrives ind i serviceloven, at udsatte borgere og borgere med handicap har krav på en sammenhængende og helhedsorienteret hjælp, som fremmer den enkelte borgers mulighed for at udvikle sig og udnytte egne potentialer.
- At en række regler bliver forenklet (blandt andet hjælpemiddel- og forbrugsbestemmelsen og merudgiftsydelsen), så man fremover vil modtage standardtilskud til at dække merudgifter.
- At det bliver muligt for kommunerne at sætte ind med tidlig, forebyggende indsats via gruppebaserede indsatser, inddragelse af frivillige og midlertidig tildeling af hjælpemidler.
- At beboere på kommunale og regionale tilbud får mulighed for at købe sig til ferieledsagelse, så de kan få en ledsager, som de kender, med på ferie.
- At der nu er minimumsvarsel på 14 uger for afgørelser, hvor nedsættelsen eller frakendelsen af hjælp eller støtte har særligt indgribende betydning for den enkelte.

6.3 Tillid til kommunen

Hvis borgeren oplever en sag som fx uigennemskuelig eller oplever, at behandlingstiden er for lang, eller at udfaldet ikke beror på en individuel vurdering m.m., kan det skabe en distance til borgeren, og der kan opstå mistillid til den kommunale sagsbehandling.

Alle respondenter, der har været i kontakt med kommunen inden for det seneste år, er blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad de har tillid til, at kommunen yder den hjælp, som den enkelte har ret til. Fordelingen fremgår af figur 6.6.

Figur 6.6 Respondenter, der har været i kontakt med kommunen inden for det seneste år, fordelt efter, i hvilken grad de har tillid til, at kommunen yder den hjælp, den enkelte har ret til. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



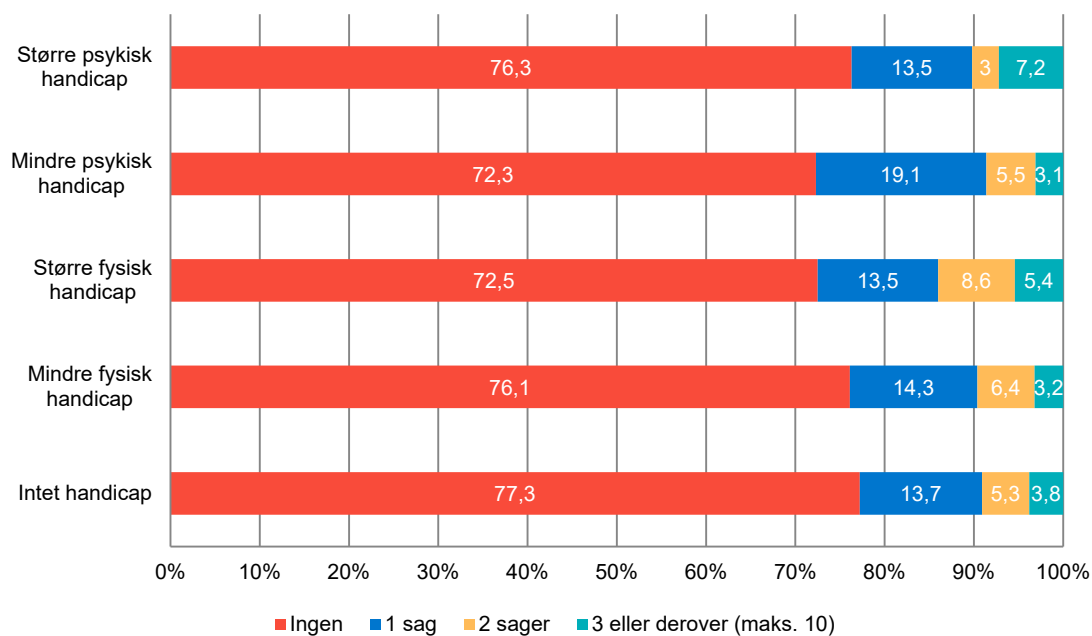
Anm.: N = [190; 294; 622; 618; 1.106]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicaptyper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Betinget af, at man har været i kontakt med kommunen inden for det sidste år.

Kilde: SHILD 2016.

Sammenlignet med personer uden handicap angiver personer med handicap i væsentlig mindre grad, at de har tillid til, at kommunen yder den hjælp, som den enkelte har ret til. For personer med handicap ser vi størst tillid til kommunen blandt personer med mindre fysiske handicap og størst mistillid blandt personer med større psykiske handicap. For personer med større psykiske handicap oplyser 29,6 pct., at de "slet ikke" har tillid til, at kommunen yder den hjælp, som den enkelte har ret til, mod 13,5 pct. blandt personer uden handicap. Blandt personer med mindre fysiske handicap angiver 16,5 pct., at de i "høj grad" har tillid til, at kommunen yder den hjælp, som den enkelte har ret til, mod 20,5 pct. blandt personer uden handicap.

Hvis man som borger er utilfreds i en afgørelse fra fx kommunen, har man mulighed for at klage til Ankestyrelsen. Vi har spurgt alle respondenterne, hvor mange sager de har anket inden for de seneste tre år, samt hvor mange anker de har fået medhold i. Resultaterne viser, at der ikke er nogen signifikante forskelle mellem personer hhv. med og uden handicap, når vi ser på antallet af ankede sager.

Figur 6.7 Respondenter, der har været i kontakt med kommunen inden for det seneste år, fordelt efter antallet af ankede sager inden for de seneste tre år. Særligt for handicap-typer og -grader og for undersøgelsesår. 2012 og 2016. Procent.

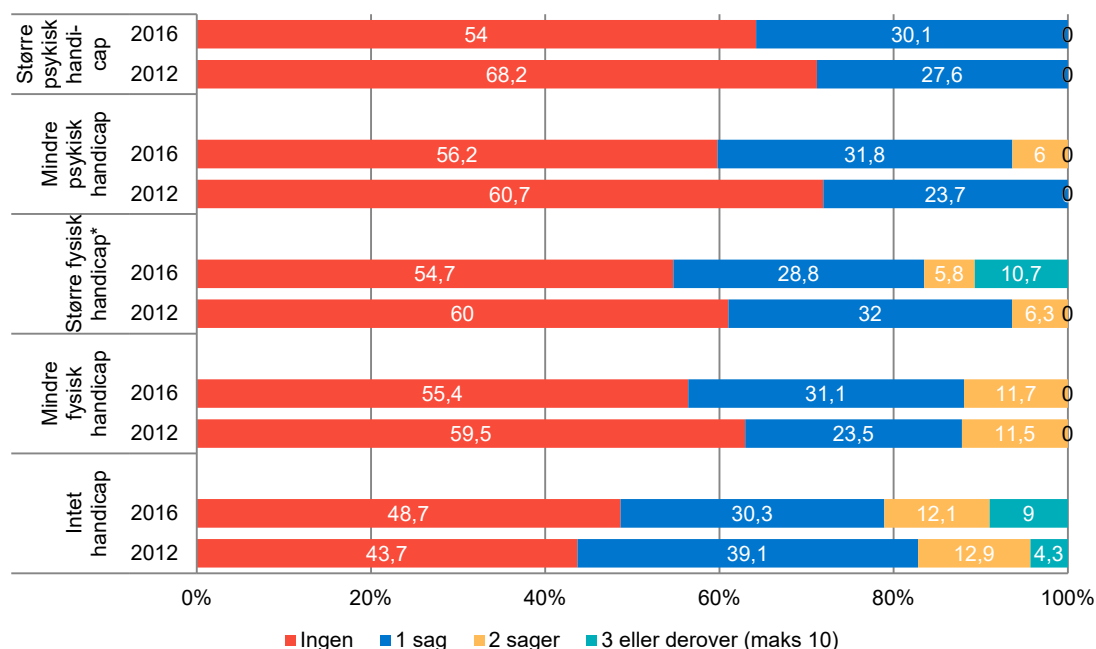


Anm.: N = [190; 148]; [296; 298]; [624; 536]; [623; 514]; [1.116 1.063]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Betinget af, at man har været i kontakt med kommunen inden for det seneste år.

Kilde: SHILD 2016 og SHILD 2012.

Ser vi på, hvorvidt respondenterne får medhold i ankede sager, er der ikke en statistisk signifikant forskel mellem personer uden handicap og de fire handicapgrupper. Ser vi på udviklingen fra 2012, fremgår det, at der blandt gruppen med større fysiske handicap er sket en signifikant ændring, herunder at der er færre, der oplyser, at de har fået medhold i en sag i 2016, sammenlignet med 2012. For de resterende grupper er der ingen signifikante forskelle årene imellem. Forskellene fremgår af figur 6.8

Figur 6.8 Respondenter, der har anket mindst én sag, fordelt efter antallet af ankede sager, som de har fået medhold i. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for undersøgelsesår. 2012 og 2016. Procent.



Anm.: N = [215; 137] [128; 86], [153; 147], [74; 61], [42; 37]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicappgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Betinget af, at man har anket mindst én sag.

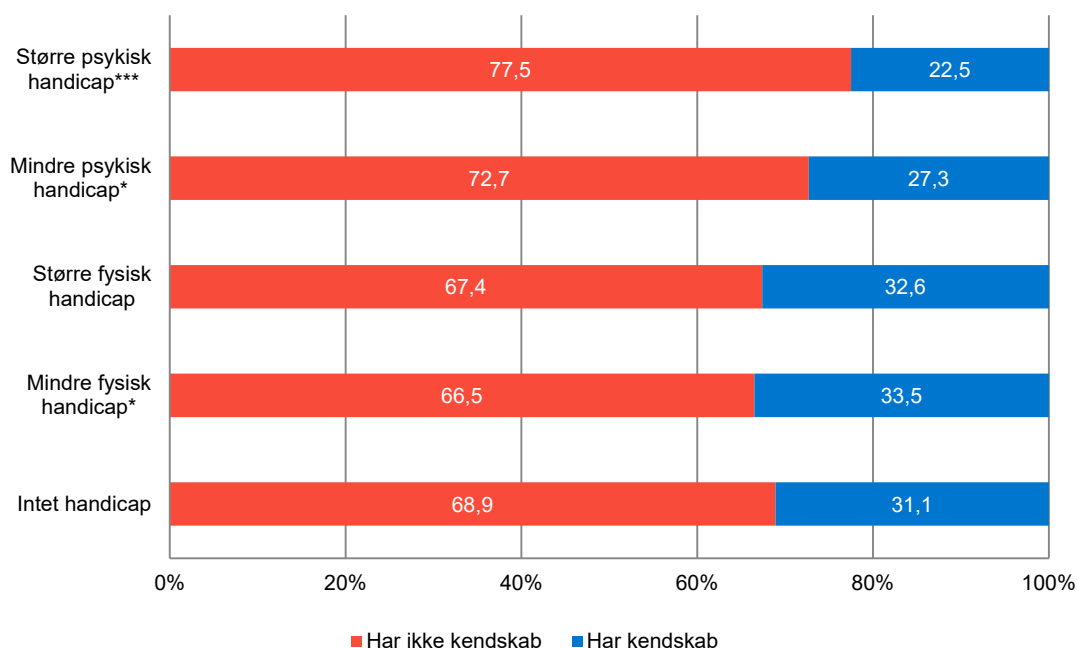
Kilde: SHILD 2016 og SHILD 2012.

6.4 Viden om handicapråd

Alle kommuner har siden april 2006 været forpligtet til at etablere et kommunalt handicapråd. Et handicapråd arbejder for at skabe lige muligheder for alle borgere med handicap og på alle politikområder. Formålet med handicaprådene er at rådgive kommunalbestyrelsen i handicappolitiske spørgsmål samt formidle synspunkter mellem borgere og kommunalbestyrelse om lokalpolitiske forhold, der vedrører personer med handicap. For at sikre bredden i det handicappolitiske arbejde skal de kommunale handicapråd så vidt muligt samarbejde med alle kommunens forvaltninger og altså på tværs af alle kommunens sektorer (KL & DH, 2010).

Vi har spurgt alle respondenterne, om de er klar over, at kommunen har et handicapråd, som har til opgave at arbejde for lige vilkår for personer med handicap i kommunen. Resultatet fremgår af figur 6.9, hvor vi ser, at de færreste kender til kommunens handicapråd – uanset handicap.

Figur 6.9 Respondenter, fordelt efter, om de har kendskab til kommunens handicapråd. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [483; 1045; 1.755; 3.653; 14.165]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med χ^2 -test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Omkring en tredjedel af grupperne hhv. uden handicap og med fysisk handicap har kendskab til kommunens handicapråd. Blandt personer med psykisk handicap er andelen cirka en fjerdedel. De respondenter, der angiver, at de har kendskab til kommunens handicapråd, er blevet spurgt, hvor de har fået kendskab til kommunens handicapråd. Langt de fleste oplyser, at de har fået kendskab til handicaprådet igennem pressen (tabel 6.1).

Tabel 6.1 Respondenter, der har kendskab til kommunens handicapråd, fordelt efter, hvor de har fået kendskab til det. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.

	Intet handicap	Mindre fysisk handicap***	Større fysisk handicap	Mindre psykisk handicap***	Større psykisk handicap*
Læst eller hørt om det i pressen	34,0	33,4	30,6	29,7	33,5
Information fra kommunen	14,8	19,7	19	16,4	17,1
Information fra organisation	2,8	3,6	5,8	3,3	6,1
Hørt om det fra personer, jeg kender	21,2	19,1	20,2	22,2	28,8
Fra andre steder	27,2	24,2	24,3	28,4	14,5
Total	100	100	100	100	100
Antal personer	4.845	1.347	598	285	112

Anm.: Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med χ^2 -test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Betinget af, at man har kendskab til kommunens handicapråd.

Kilde: SHILD 2016

For personer med fysiske handicap er det cirka hver femte, der har fået kendskab til handicaprådet gennem kommunen. Blandt personer med hhv. større og mindre psykiske handicap gælder

dette hhv. 17,1 pct. og 16,4 pct. For personer uden handicap har 14,8 pct. angivet, at de har fået kendskab til handicaprådet gennem kommunen.

7 LIVSKVALITET

Dette kapitel har fokus på livskvalitet, hvilket er belyst ud fra spørgsmål om tilfredshed med livet, oplevelser af indflydelse på eget liv og oplevelser af retfærdigheder i tilværelsen. Som med de øvrige kapitler er omdrejningspunktet respondenternes egne vurderinger.

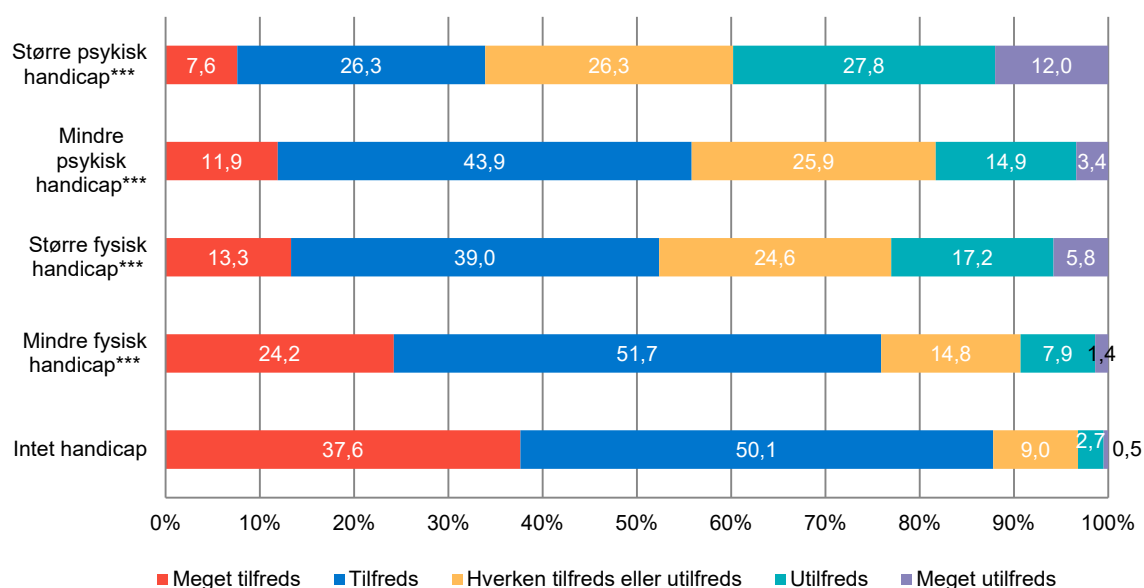
Hovedresultaterne er:

- Grupperne med handicap er væsentligt mindre tilfredse med livet, sammenlignet med gruppen uden handicap. Mellem 24,2 pct. og 7,6 pct. blandt grupperne med handicap er "meget tilfredse" med livet. Gruppen med mindre fysiske handicap er mest tilfredse, og gruppen med større psykiske handicap er mindst tilfredse med livet. Blandt gruppen uden handicap er 37,6 pct. "meget tilfredse" med livet.
- Grupperne med handicap oplever oftest, at de i høj eller nogen grad har indflydelse på eget liv (mellem 67,7 pct. og 91,1 pct.), dog er dette i væsentlig mindre grad end for gruppen uden handicap, hvor det tilsvarende gælder 96,1 pct.
- Grupperne med større handicap oplever at have mindst indflydelse på eget liv, hvor lidt mere end hver fjerde (26,1 pct.) person med større fysisk handicap oplever, at de "i mindre grad" eller "slet ikke" har indflydelse på eget liv. For gruppen med større psykiske handicap gælder dette mere end hver tredje (32,3 pct.).
- Grupperne med handicap oplever i højere grad (mellem 10,3 og 33,6 pct.) end personer uden handicap (5,7 pct.), at de "helt afgjort" har fortjent en bedre tilværelse – dette gælder oftere personer med større psykiske handicap og sjældnere personer med mindre fysiske handicap.
- Grupperne med handicap er væsentligt oftere alene, selvom de gerne vil være sammen med andre – det gælder især personer med større psykiske handicap, hvor næsten hver femte person (19 pct.) oplever dette "meget ofte". Det gælder i mindre grad gruppen med mindre fysiske handicap (3,5 pct.). Den tilsvarende andel for gruppen uden handicap er 2,1 pct.

7.1 Tilfredshed med livet

Alle respondenter er blevet spurgt, hvor tilfredse de er med deres liv, alt taget i betragtning. Figur 7.1 viser, at de fleste respondenter enten er "tilfredse" eller "meget tilfredse" med deres liv. Gruppen uden handicap er dog signifikant mere tilfredse med livet, sammenlignet med de fire handicapgrupper. Blandt personer med større psykiske handicap er kun 33,9 pct. tilfredse eller meget tilfredse med livet. Den tilsvarende andel blandt personer uden handicap er 87,7 pct.

Figur 7.1 Respondenter, fordelt efter vurdering af, hvor tilfredse de er med livet. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [493; 1.055; 1.776; 3.690; 14.263]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

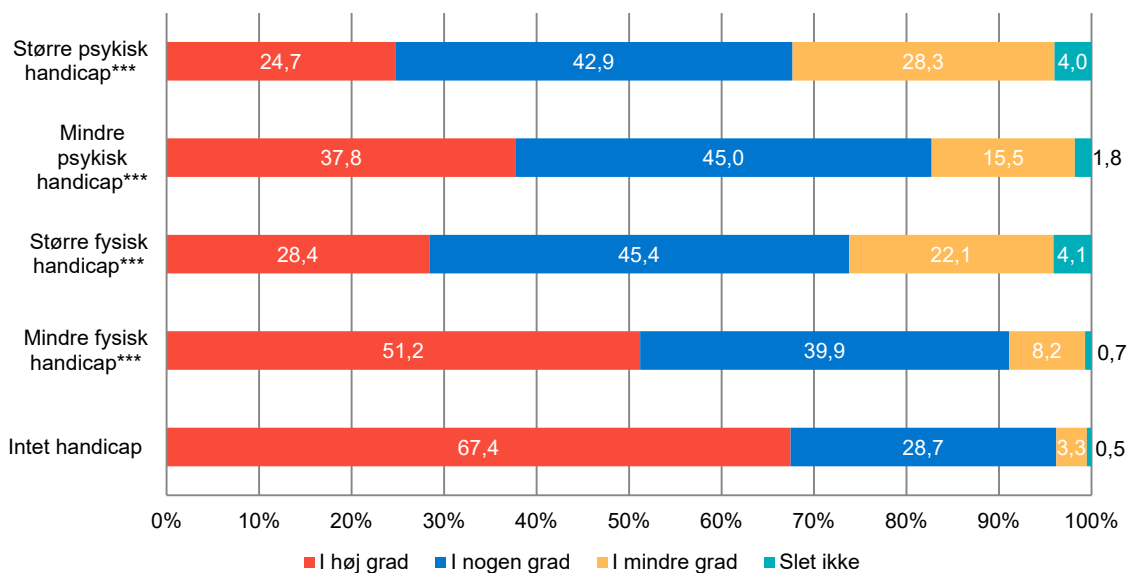
Kilde: SHILD 2012, SHILD 2016.

7.1.1 Indflydelse på eget liv

Hvis man oplever begrænsninger i sit liv, er der også større risiko for, at man oplever, at man i mindre grad har indflydelse på eget liv. Vi ser også, at grupperne med handicap i signifikant mindre grad oplever, at de har indflydelse på eget liv, sammenlignet med gruppen uden handicap (figur 7.2).

Som det fremgår af figuren, er det grupperne med større handicap, der oftest oplever, at de "i mindre grad" eller "slet ikke" har indflydelse på eget liv. For gruppen med større fysiske handicap gælder det mere end hver fjerde (26,2 pct.), og for gruppen med større psykiske handicap gælder det cirka hver tredje (32,3 pct.). Gruppen uden handicap oplever overvejende at have en høj grad af indflydelse på eget liv.

Figur 7.2 Respondenter, fordelt efter egen vurdering af, hvor meget indflydelse de har på deres liv. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [493; 1.054; 1.772; 3.690; 14.258]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

7.1.2 Regressionsmodeller, sammenhænge mellem handicap og tilfredshed med livet

Vi har set på sammenhængen mellem handicap og sandsynligheden for at være tilfreds med livet ved hjælp af logistiske regressionsmodeller. Ved hjælp af regressionsmodeller har vi mulighed for at estimere sammenhængen mellem handicap og livskvalitet, når vi tager højde for (konstantholder) en række faktorer, der også kan tænkes at have indflydelse på livskvaliteten (fx uddannelsesniveau og familiestatus). Det vil også sige, at parameterestimerne ikke kan fortolkes som kausale effekter, men samvariationer, hvor der simultant tages højde for mange faktorer på én gang. Parameterestimerne fremgår af tabel 7.1.

Som det fremgår af tabel 7.1, er personer med handicap mindre tilbøjelige til at være tilfredse med livet, sammenlignet med personer uden handicap. Personer med mindre fysiske handicap er dem, der er mest tilfredse med livet af de fire handicapgrupper, mens personer med større psykiske handicap har den laveste sandsynlighed for at være tilfredse med livet. Der er ingen signifikante forskelle mellem 2012 og 2016 for de fire handicapgrupper. Der sker dermed hverken en positiv eller en negativ udvikling over tid i forhold til livskvalitet.

Tabel 7.1 Logistiske regressioner over sandsynligheden for at være tilfreds med livet. Særskilt for handicaptyper. 2012 og 2016. Parameterestimat og standardfejl.

	Parameterestimer	Standardfejl
Intet handicap	ref.	
Mindre fysisk handicap	-0,477***	0,098
Større fysisk handicap	-1,622***	0,100
Mindre psykisk handicap	-1,230***	0,111
Større psykisk handicap	-1,725***	0,145
Deltaget 2016 * Mindre fysisk handicap	-0,140	0,130
Deltaget 2016 * Større fysisk handicap	0,185	0,131
Deltaget 2016 * Mindre psykisk handicap	0,188	0,152
Deltaget 2016 * Større psykisk handicap	-0,007	0,192
Antal personer	38.791	

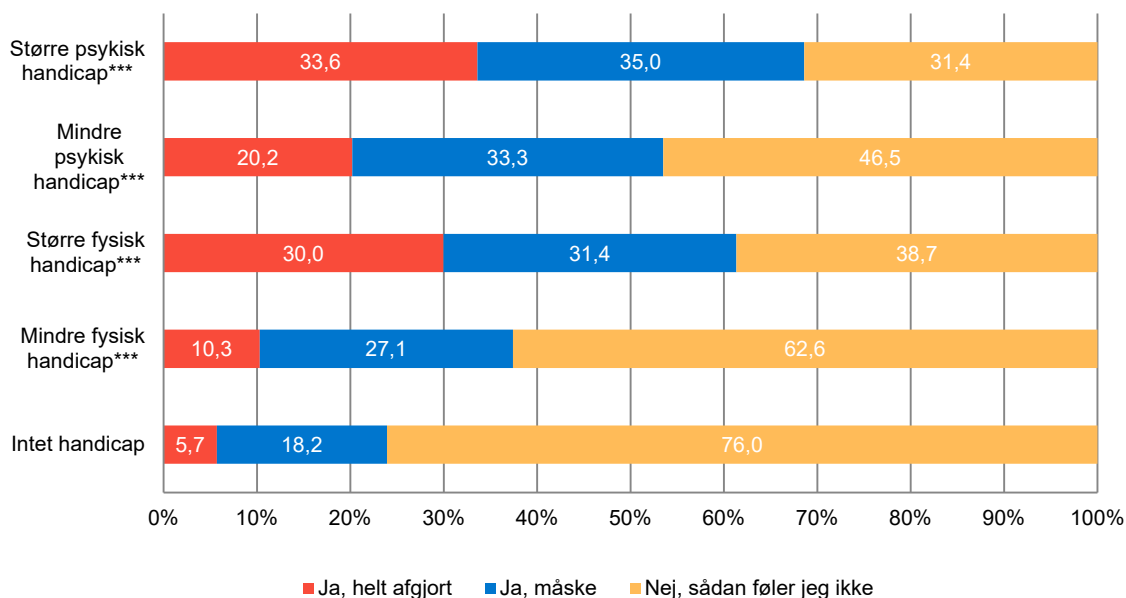
Anm.: Regressionen indeholder følgende kontrolvariabler: køn, alder, alder i anden, uddannelsesniveau, BMI, indikatorer for, hvorvidt respondenter har barn hhv. med og uden handicap, indikatorer for, hvorvidt respondenter har partner hhv. med og uden handicap, indikator for, hvorvidt respondenter har været anbragt uden for hjemmet som barn, samt indikatorer for spørgeskemamarunde hhv. 2012 og 2016. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2012 og SHILD 2016.

7.2 En bedre tilværelse

Vi har spurgt alle respondenter, om de synes, at de fortjener en bedre tilværelse end den, de har fået. Som det fremgår af figur 7.3, synes alle fire handicapgrupper signifikant oftere, at de fortjener en bedre tilværelse, sammenlignet med gruppen uden handicap. Især er grupperne med større handicap mere tilbøjelige til at synes, at de har fortjent en bedre tilværelse end den, de har fået. For personer med større fysiske handicap drejer det sig om cirka hver tredje person, der "helt afgjort" synes, at de fortjener en bedre tilværelse, og for personer med større psykiske handicap drejer det sig om lidt mere end hver tredje (33,6 pct.).

Figur 7.3 Respondenter, fordelt efter, hvorvidt de synes, at de har fortjent en bedre tilværelse end den, de har fået. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [490; 1052; 1.769; 3.686; 14.246]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

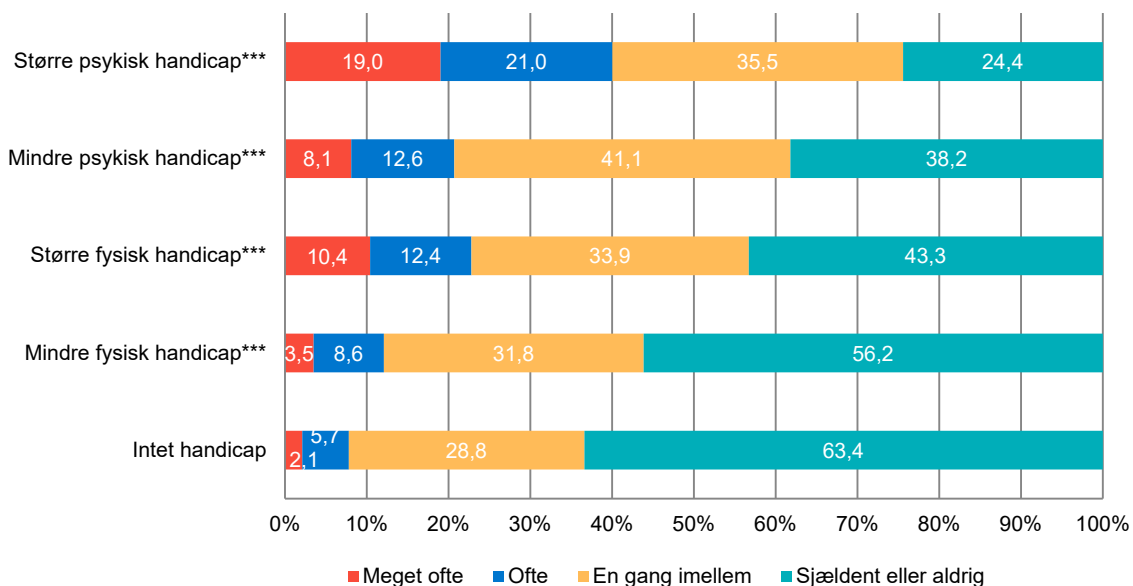
Blandt handicapgrupperne er det kun gruppen med mindre fysiske handicap, hvor over halvdelen (62,6 pct.) ikke oplever, at de fortjener en bedre tilværelse. Dette er dog stadig signifikant færre end blandt personer i gruppen uden handicap (76 pct.). For de øvrige handicapgrupper synes over halvdelen, at de har fortjent en bedre tilværelse.

7.3 Ensomhed

Tidligere internationale undersøgelser indikerer, at ensomhed er et udbredt problem blandt personer med handicap (Jo Cox Commission, 2015). I en dansk kontekst viser blandt andre Bengtsson (2008) og Larsen, Sommer & Bengtsson (2014), at et handicap kan medføre mistrivsel og social isolation. Da ensomhed kan føre til forringet livskvalitet og helbred og samtidig øge den enkeltes brug af sundhedsvæsenet, kan ensomhed have store negative konsekvenser for både den enkeltes trivsel og for samfundsøkonomien (Pitkala m.fl., 2009).

For at få et billede af, hvorvidt personer med handicap er mere ensomme end personer uden handicap, har vi spurgt alle respondenterne, hvor ofte de er alene, selvom de hellere ville være sammen med andre. Som det fremgår af figur 7.4, er personer med handicap signifikant oftere ufrivilligt alene end personer uden handicap.

Figur 7.4 Respondenter, fordelt efter, hvor ofte de er alene, selvom de hellere ville være sammen med andre. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [491; 1.055; 1.771; 3.690; 14.257]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Gruppen med større psykiske handicap er mest tilbøjelige til at angive, at de er ufrivilligt alene, hvor 19 pct. oplever, at det sker "meget ofte", og yderligere 21 pct. oplever, at det sker "ofte". Kun cirka hver fjerde (24,4 pct.) oplever, at det sker sjældent eller aldrig. For personer uden handicap er der næsten to tredjedele (63,4 pct.), der "sjældent eller aldrig" oplever, at de er ufrivilligt alene.

8 SUNDHED

Omdrejningspunktet for dette kapitel er respondenternes selvvaluerede sundhed, samt deres risikoadfærd. Dette er belyst ud fra spørgsmål om, hvordan respondenterne selv vurderer deres helbred generelt og i forhold til udvalgte aspekter, relateret til helbred. Vi spørger blandt andet til fysisk form, højde og vægt, søvn og smerter samt ryge- og alkoholvaner.

Hovedresultaterne er:

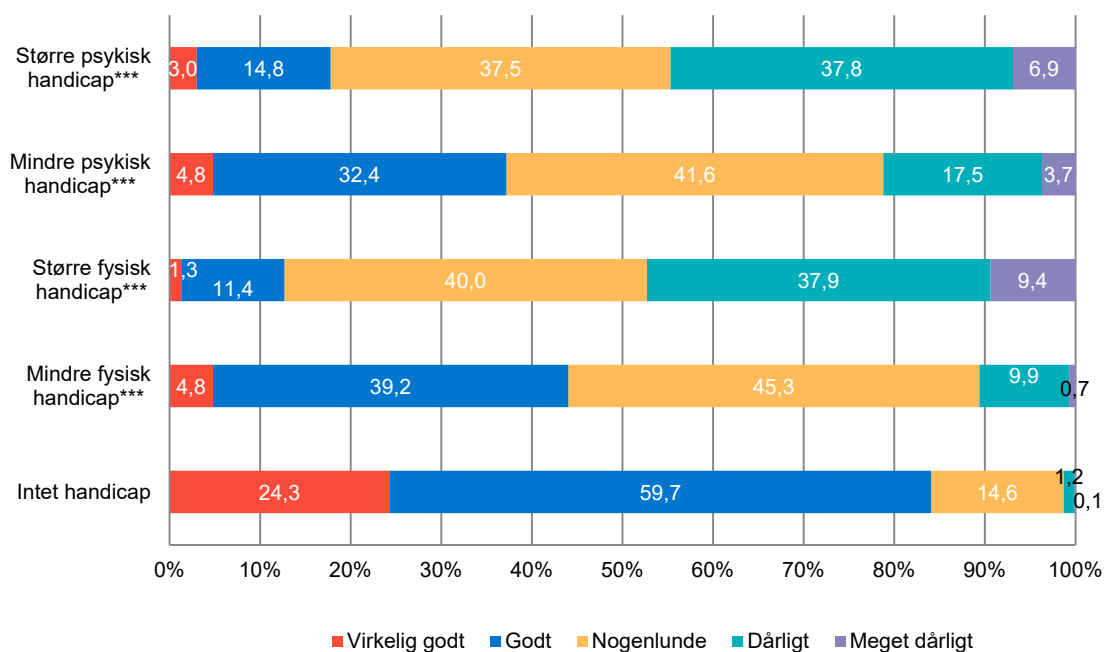
- Grupperne med handicap og særligt grupperne med større handicap vurderer deres helbred væsentligt dårligere end gruppen uden handicap i 2016. For gruppen med større fysiske handicap vurderer 47,3 pct. deres helbred som "dårligt" eller "meget dårligt", og for personer med større psykiske handicap drejer det sig om 44,7 pct. Det tilsvarende gælder 1,3 pct. blandt gruppen uden handicap.
- For personer med mindre psykiske handicap sker der en lille forbedring i vurderingen af eget helbred fra 2012 til 2016. For øvrige grupper ændrer niveauet i det selvrapporterede helbred sig ikke over tid.
- Grupperne med handicap er oftere overvægtige eller svært overvægtige (jf. BMI), sammenlignet med gruppen uden handicap. Særligt gælder det grupperne med større handicap, der oftest er svært overvægtige, med 27,1 pct. blandt dem med større fysiske handicap og 29,3 pct. blandt dem med større psykiske handicap. Gruppen med større psykiske handicap er også oftere undervægtige (4,4 pct.) end de øvrige grupper.
- Gruppen med mindre fysiske handicap er den mest fysisk aktive gruppe, hvor 28,6 pct. er aktive 6-7 dage om ugen i mindst 30 minutter om dagen. For gruppen uden handicap gælder det 27,8 pct. Gruppen med større psykiske handicap er mindst aktive, hvor 26,6 pct. angiver at være aktive 0-1 dage om ugen – det tilsvarende gælder 10,5 pct. for gruppen uden handicap
- Grupperne med handicap sover i væsentligt mindre grad "godt" eller "virkelig godt" (mellem 28,8 og 45,8 pct.), sammenlignet med gruppen uden handicap (61,2 pct.), hvor gruppen med større psykiske handicap sover dårligst.
- Grupperne med handicap oplever i væsentligt større omfang "altid" eller "ofte" at have smerter (mellem 40,9 pct. og 69,3 pct.), sammenlignet med personer uden handicap (11,4 pct.).
- Blandt alle dem, der drikker mindst én gang om ugen, drikker grupperne med handicap i gennemsnit mere (8,6-12,2 genstande) end personer uden handicap (7,5 genstande).
- Grupperne med handicap er væsentligt oftere (mellem 22,6 pct. og 39 pct.) hverdagsrygere end gruppen uden handicap (16,2 pct.).

8.1 Selvvurderet helbred

For at belyse helbred har vi helt konkret stillet alle respondenterne spørgsmålet: "Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?" Selvvurderet helbred er en helhedsvurdering, hvor respondenterne bruger forskellige kilder til at vurdere deres helbred. Udover, at dette er et aktuelt estimat for deres aktuelle helbredssituation, er det også en vurdering, set i forhold til et helt livsforløb, kendskab til sygelighed og dødelighed i familien, vurdering af egen helbredssituation i forhold til jævnaldrende mv.

Ikke overraskende er der signifikant forskel på, hvordan respondenter uden handicap vurderer deres helbred i forhold til respondenter med handicap. Resultatet fremgår af figur 8.1.

Figur 8.1 Respondenter, fordelt efter, hvor godt de vurderer, at deres helbred er. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [493 1056; 1.775; 3.692; 14.262]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicappgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Det fremgår, at grupperne med handicap vurderer deres helbred signifikant dårligere end gruppen uden handicap – det gælder særligt grupperne med større handicap. For personer med større fysiske handicap vurderer 47,3 pct. deres helbred som dårligt eller meget dårligt, og for personer med større psykiske handicap drejer det sig om 44,7 pct. Det tilsvarende gælder 1,3 pct. i gruppen uden handicap. Gruppen uden handicap vurderer oftest deres helbred som værende godt (59,7 pct.), hvor grupperne med handicap oftest vurderer deres helbred som nogenlunde eller dårligt.

8.1.1 Regressionsmodel, sammenhæng mellem helbred og handicap

I tabel 8.1 ser vi på sammenhængen mellem sandsynligheden for at være tilfreds med sit helbred og handicap i en logistisk regressionsmodel. I en regressionsmodel kan vi estimere sammenhængen mellem handicap og helbred, når vi tager højde for andre faktorer, der også kan tænkes at have indflydelse på det selvoplevede helbred. Som i tidligere regressionsmodeller kan parameterestimerne ikke fortolkes som kausale effekter, men som samvariationer, når man simultant tager højde for mange faktorer.

Som det fremgår af tabel 8.1, er personer med handicap mindre tilbøjelige til at synes, at deres helbred er meget godt eller godt, end personer uden handicap er. Det er, ikke overraskende, især personer med større fysiske handicap, som er mindst tilfredse med deres helbred. For personer med mindre psykiske handicap ser vi en tendens til en forbedring i sandsynligheden for at være tilfreds med sit helbred fra 2012 til 2016. For øvrige handicappgrupper sker der ikke nogen udvikling fra 2012 til 2016 i forhold til selv vurderet helbred.

Tabel 8.1 Logistiske regressioner for sandsynligheden for at vurdere sit helbred som værende godt eller virkelig godt. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. Parameterestimat og standardfejl.

	Parameterestimat	Standardfejl
Intet handicap	ref.	
Mindre fysisk handicap	-1,435***	0,049
Større fysisk handicap	-2,762***	0,088
Mindre psykisk handicap	-1,328***	0,088
Større psykisk handicap	-1,681***	0,164
Deltaget 2016 * Mindre fysisk handicap	-0,079	0,066
Deltaget 2016 * Større fysisk handicap	-0,142	0,117
Deltaget 2016 * Mindre psykisk handicap	0,401**	0,128
Deltaget 2016 * Større psykisk handicap	0,437	0,236

Anm.: Variabler på formen "handicapgruppe*2016" er interaktionsvariabler mellem handicapgruppe og år og måler situationen for den berørte handicapgruppe i 2016 relativt til situationen i 2012. Regressionen indeholder følgende kontrolvariabler: køn, alder, alder i anden, uddannelsesniveau, BMI, indikatorer for, hvorvidt respondenter har barn hhv. med og uden handicap, indikatorer for, hvorvidt respondenter har partner hhv. med og uden handicap, indikator for, hvorvidt respondenter har været anbragt uden for hjemmet som barn, samt indikatorer for spørgeskema-runde hhv. 2012 og 2016. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2012 og SHILD 2016.

Som det fremgår af tabel 8.1, er personer med handicap mindre tilbøjelige til at synes, at deres helbred er meget godt eller godt, end personer uden handicap er. Det er, ikke overraskende, især personer med større fysiske handicap, som er mindst tilfredse med deres helbred. For personer med mindre psykiske handicap ser vi en tendens til en forbedring i sandsynligheden for at være tilfreds med sit helbred fra 2012 til 2016. For øvrige handicapgrupper sker der ikke nogen udvikling fra 2012 til 2016 i forhold til selv vurderet helbred.

8.2 Vægt og motion

Fysisk helbred bliver ofte sammenholdt med vægt (BMI) og motionsvaner og det at være i "god form". I dette afsnit sætter vi netop fokus på respondenternes (selvangivne) vægt og motion.

Tabel 8.2 WHO's vægtgrupper, inddelt efter BMI for voksne.

Undervægt	<18,5
Normalvægt	18,5-< 25
Overvægt	25-<30
Svær overvægt	≥30

Kilde: WHO (2004).

Forekomsten af overvægt er steget markant i hele den vestlige verden de seneste årtier, og det er efterhånden en fælles forståelse, at hhv. overvægt og undervægt kan være et alvorligt sundhedsmæssigt problem. Overvægt øger risikoen for at udvikle alvorlige komplikationer såsom hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, belastningslidelser i bevægeapparatet mv. Det mest udbredte mål for at vurdere over- eller undervægt er BMI (Body Mass Index)²⁵. Vi tager udgangspunkt i WHO's klassifikation (2004), og de definerede vægtgrupper, opdelt efter BMI, fremgår af tabel 8.2.

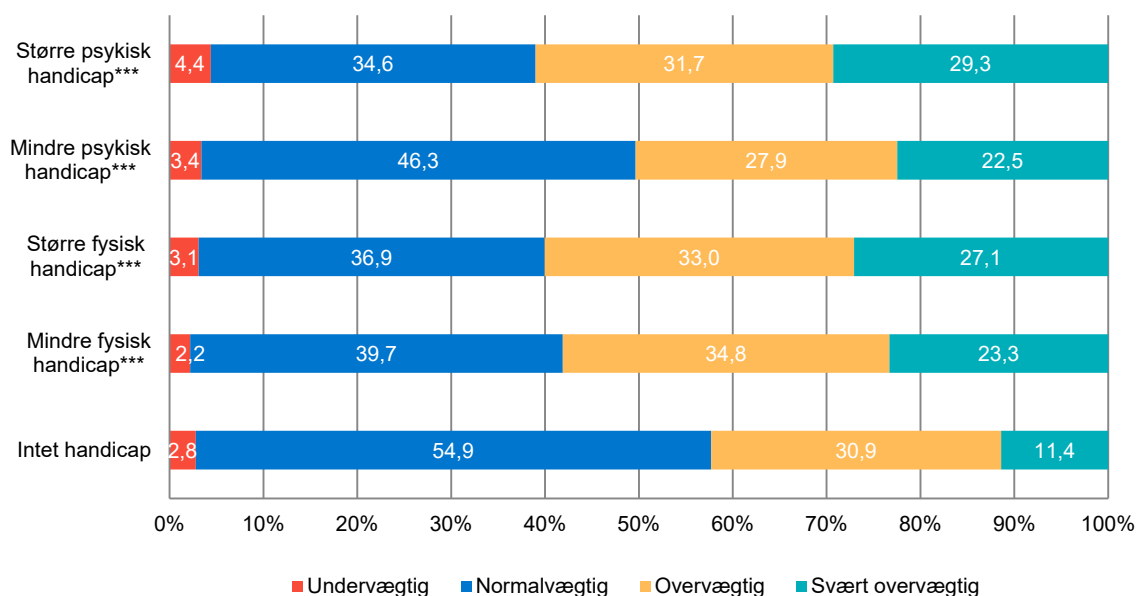
25. BMI beregnes som kropsvægt i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter (kg/m²).

Som det fremgår af tabellen, bør BMI ligge mellem 18,5 og 25. Hvis en person har et BMI under 18,5, vurderes personen at være undervægtig, og hvis BMI er over 25, vurderes personen at være overvægtig²⁶.

Det er vigtigt at pointere, at BMI ikke entydigt kan betegne graden af over- eller undervægt, da der ikke kan tages højde for fordelingen af kroppens fedt- og muskelvæv²⁷. BMI er dog særlig anvendeligt, når man fx skal beskrive større befolkningsgrupper, da individuelle afvigelser vil forsvinde, hvis der er tilstrækkeligt mange personer, hvilket gør sig gældende i vores undersøgelse. Gennemsnitsværdierne kan således være et reelt udtryk for forekomsten af undervægt eller overvægt.

Vi har spurgt respondenterne om deres højde og vægt for netop at udregne BMI. Vores undersøgelse viser, at forekomsten af overvægt og svær overvægt er højere blandt grupperne med handicap end blandt personerne uden handicap. Fordelingen fremgår af figur 8.2., og gennemsnitsberegningerne fremgår af tabel 8.3. Gruppen uden handicap har (i gennemsnit) et BMI omkring 25, hvor personer med handicap i gennemsnit ligger mellem 26 og 28. Og som det fremgår af figur 8.2, har handicapgrupperne signifikant højere BMI-tal, sammenlignet med personer uden handicap.

Figur 8.2 Respondenter, fordelt efter BMI. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [486; 1050; 1.761; 3.665; 14.188]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med χ^2 -test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Baseret på WHO's klassifikation (2004); undervægt: BMI < 18,5, normalvægt: 18,5 < BMI < 25, overvægt: BMI > 25, svær overvægt: BMI > 30.

Kilde: SHILD 2016.

Tabel 8.3 Gennemsnitligt BMI i grupperne af respondenter med og uden handicap samt antal personer i hver gruppe. 2016.

26. For personer under 18 år anvender man almindeligvis BMI for børn og unge, hvor grænseværdierne er lavere end ved voksne og samtidig varierer med alderen. I denne rapport ser vi bort fra dette for unge mellem 16-17 år, og vi anvender dermed BMI for voksne for alle respondenter.

27. Tolkning af BMI bør tages med forbehold, da BMI ikke kan tage højde for individuel kropsbygning og udviklingsniveau. En person kan fx være meget muskuløs eller tæt bygget fra naturens side og på den baggrund have et højt BMI uden reelt at være overvægtig. Personer med et højt BMI kan også samtidig have en tilfredsstillende sundhedsprofil i øvrigt, fx hvis personen motionerer meget og er i god form.

	BMI	Antal personer
Intet handicap	25,0	14.188
Mindre fysisk handicap	26,8***	3.665
Større fysisk handicap	27,3***	1.761
Mindre psykisk handicap	26,3***	1.050
Større psykisk handicap	27,7***	486

Note: Hver handicapgruppes gennemsnit er testet op mod dem uden handicap med z-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

I alt er 42,3 pct. af gruppen uden handicap overvægtige eller svært overvægtige.²⁸ For gruppen med mindre fysiske handicap drejer det sig om 58,1 pct., for gruppen med større fysiske handicap er det 60,1 pct., for gruppen med mindre psykiske handicap er det 50,4 pct., og dér, hvor vi ser den største koncentration af overvægtige og svært overvægtige, er i gruppen af personer med større psykiske handicap, hvor andelen er 61 pct.

Ser vi udelukkende på dem, der kan klassificeres som "svært overvægtige", er det også blandt gruppen med større psykiske handicap, at vi finder den største koncentration (29,3 pct.), efterfulgt af gruppen med større fysiske handicap (27,1 pct.) og til sidst gruppen med mindre fysiske handicap og gruppen med mindre psykiske handicap (hhv. 23,3 pct. og 22,5 pct.).

For alle handicapgrupperne er det et stykke over 60 pct. (mellem 64,9 pct. og 69,3 pct.), der selv vurderer, at deres vægt er for høj, og nogenlunde samme andel ønsker at tabe sig (mellem 63,7 pct. og 70,5 pct.) (fremgår ikke af figuren).

I forhold til undervægt ligner grupperne meget hinanden, dog skiller gruppen med større psykiske handicap sig igen ud ved at have den største koncentration af undervægtige med 4,4 pct. For gruppen uden handicap drejer det sig om 2,8 pct.

Det er efterhånden offentligt kendt, at overvægt og svær overvægt er udbredt blandt personer med svære psykiske handicap. Det er også velkendt, at den medicin, som typisk ordineres til personer med svære psykiske handicap (fx i forbindelse med stemmehøring, skizofreni og svære depressioner), ofte øger appetitten eller fjerner mæthedsfornemmelsen, og medicinen kan på den måde medføre svær overvægt. Dødeligheden blandt personer med fx skizofreni, bipolare lidelser og svære depressioner er ligeledes tre gange så høj som for gennemsnittet af befolkningen, og langt de fleste af disse dødsfald skyldes følgesygdomme af svær overvægt såsom hjerte-kar-sygdomme (Daumit m.fl. 2013). Daumit m.fl. (2013) fremhæver imidlertid også, at livsstil er en af hovedårsagerne til, at svær overvægt er et større problem blandt personer med svære psykiske handicap end hos den gennemsnitlige dansker. Ifølge Daumit m.fl. ryger og drikker personer med svært psykisk handicap ofte for meget, ligesom de dyrker for lidt motion og, som følge af deres sygdom, ofte har et øget stressniveau.

Et andet aspekt er, at spiseforstyrrelser er anerkendt som psykiske sygdomme,²⁹ hvilket til dels kan forklare, at gruppen af respondenter med større psykiske handicap i højere grad er repræsenteret både blandt gruppen af svært overvægtige og gruppen af undervægtige. Ifølge Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade (LMS) er der i Danmark 75.000 mennesker, der lider af spiseforstyrrelser, hvoraf 5.000 lider af anoreksi, 30.000 af bulimi og 40.000 af tvangsoverspisning.

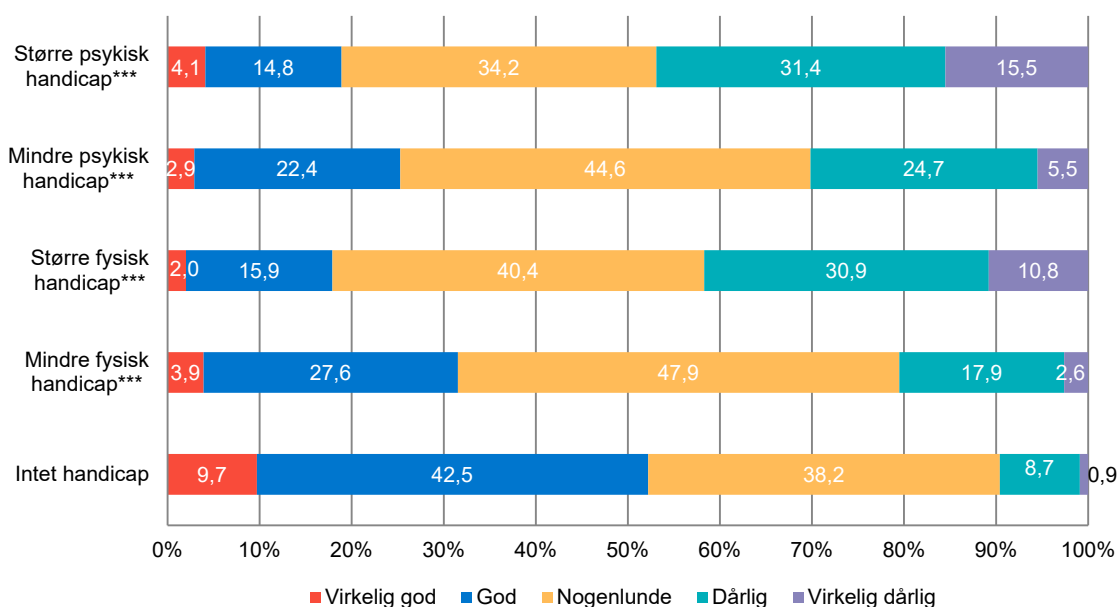
28. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2014) var 47,4 pct. af danskere i alderen 16-74 år overvægtige eller svært overvægtige i 2013. Vores tal ligger dermed på niveau med Sundhedsstyrelsens tal.

29. Spiseforstyrrelse indgår også i diagnoselisten, ICD 10.

Personer med fysiske handicap er også velrepræsenterede i kategorierne "overvægtige" og "svært overvægtige", sammenlignet med gruppen uden handicap. Personer med fysiske handicap får i nogle tilfælde også medicin, der kan have bivirkninger, der påvirker den enkeltes forhold til mad (eksempler på bivirkninger kan være kvalme, fordøjelsesproblemer, smagsforstyrrelser, øget appetit eller nedsat appetit). Fx indgår personer med længerevarende helbredsproblemer i vores kategorisering af "fysisk handicap". Desuden kan et fysisk handicap i sig selv medføre et anderledes bevægemønster eller helt begrænse mulighederne for fysisk aktivitet.

Foruden BMI-påvirkninger har fysisk aktivitet en betydelig forebyggende effekt på for tidlig død, og den formindsker risikoen for sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, metabolisk syndrom og tyktarmskræft (Sundhedsstyrelsen, 2017). Vi har derfor også spurgt til respondenternes vurdering af deres fysiske form, samt hvor ofte de er aktive mindst 30 minutter om dagen. Fordelingen fremgår af figur 8.3.

Figur 8.3 Respondenter, fordelt efter vurdering af egen fysiske form. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



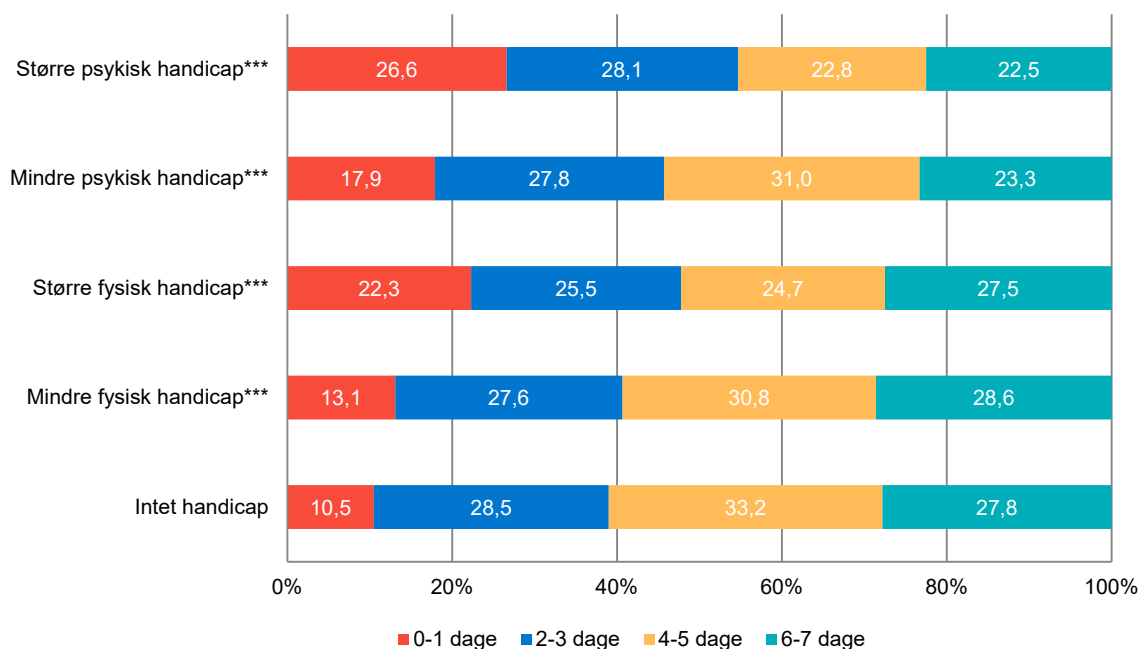
Anm.: N = [490; 1.056; 1.770; 3.691; 14.265]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicaptyper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

I figur 8.3 fremgår det, at andelen, der vurderer deres fysiske form som "virkelig god" eller "god", er lavest blandt grupperne med handicap og særligt grupperne med større handicap. For gruppen med større fysiske handicap er det samlet set 17,9 pct., der vurderer deres fysiske form som "virkelig god" eller "god", og for gruppen med større psykiske handicap er andelen 18,9 pct. Til sammenligning er det lidt mere end halvdelen (52,2 pct.) blandt gruppen uden handicap, der vurderer deres fysiske form som "virkelig god" eller "god".

Når vi ser på selvvalgt fysisk aktivitet, ser vi ligeledes, at grupperne med handicap i mindre grad angiver, at de er fysisk aktive, end tilfældet er for gruppen uden handicap – gruppen med mindre fysiske handicap følger dog godt med her. Vi har spurgt alle respondenter, hvor mange gange om ugen de er fysisk aktive i mindst 30 minutter (inklusive rask gang). Fordelingen fremgår af figur 8.4.

Figur 8.4 Respondenter, fordelt efter, hvor mange gange om ugen de i gennemsnit er fysisk aktive i mindst 30 minutter. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [491; 1.056; 1.770; 3.691; 14.265]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Gruppen med mindre fysiske handicap er den mest aktive gruppe og angiver oftere (28,6 pct.) at være aktive 6-7 dage om ugen. Til sammenligning gælder dette 27,8 pct. for gruppen uden handicap. Gruppen med større psykiske handicap er mindst aktive, hvor lidt mere end hver fjerde (26,6 pct.) angiver, at de 0-1 dage om ugen er aktive i mindst 30 minutter om dagen, og yderligere 28,1 pct. angiver 2-3 dage om ugen (samlet set 54,1 pct.).

Gruppen med mindre fysiske handicap angiver i gennemsnit, at de 4,1 dage om ugen er aktive mindst 30 minutter om dagen, hvilket ligner gruppen uden handicap (4,2 dage i gennemsnit). De øvrige grupper angiver mellem 3,4 dage og 3,8 dage om ugen, hvor det er gruppen med større psykiske handicap, der i gennemsnit angiver færrest aktive dage.

8.3 Søvn, smerter samt alkoholforbrug og rygning

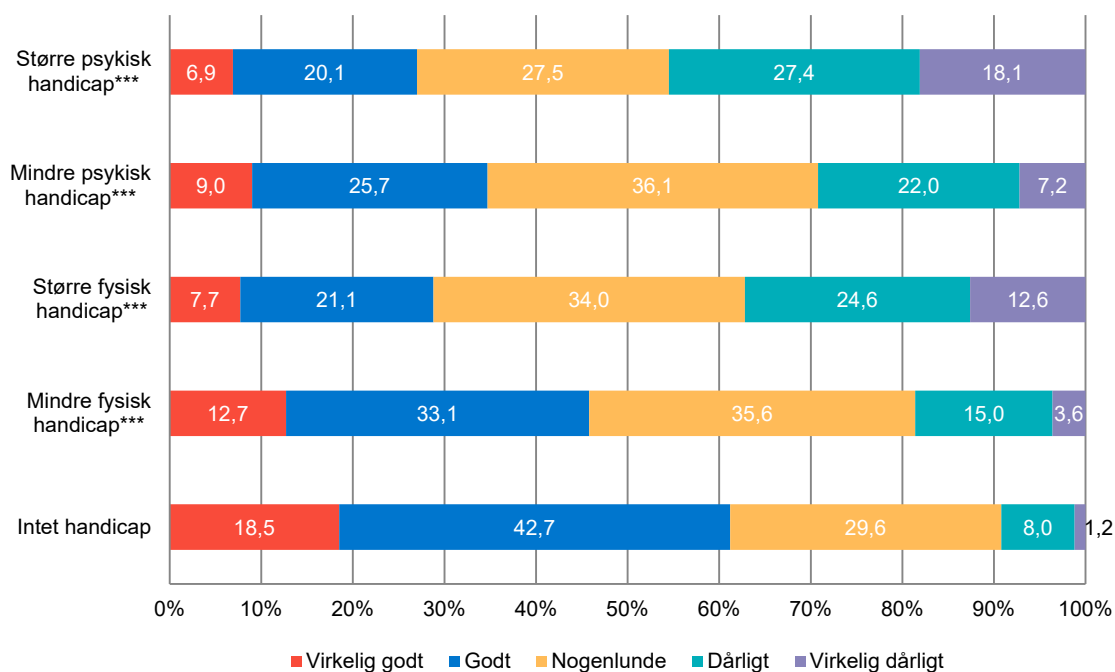
Vi har bedt alle respondenterne vurdere, hvor godt de sover, i hvilken grad de oplever smerter, samt deres alkohol- og rygevaner.

Søvn har afgørende betydning for kroppens genopbygning og er en fysiologisk nødvendighed for alle levende væsener. Mangel på søvn kan have en negativ påvirkning på immunforsvaret og kognitive funktioner såsom koncentration, hukommelse og indlæring, og desuden kan humør og ydeevne påvirkes negativt.

Søvnkvaliteten beskriver vi her som respondenternes subjektive oplevelse af, hvor godt de sover. Overordnet set angiver grupperne med handicap oftest, at de sover "nogenlunde" (mellem 27,5 pct. og 36,1 pct.), hvor gruppen uden handicap oftest angiver, at de sover "godt" (42,7 pct.). Grup-

pen med større psykiske handicap er den gruppe, der oplever at sove dårligst. Fordelingen fremgår af figur 8.5

Figur 8.5 Respondenter, fordelt efter, hvor godt de sover. Særskilt for handicap typer og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



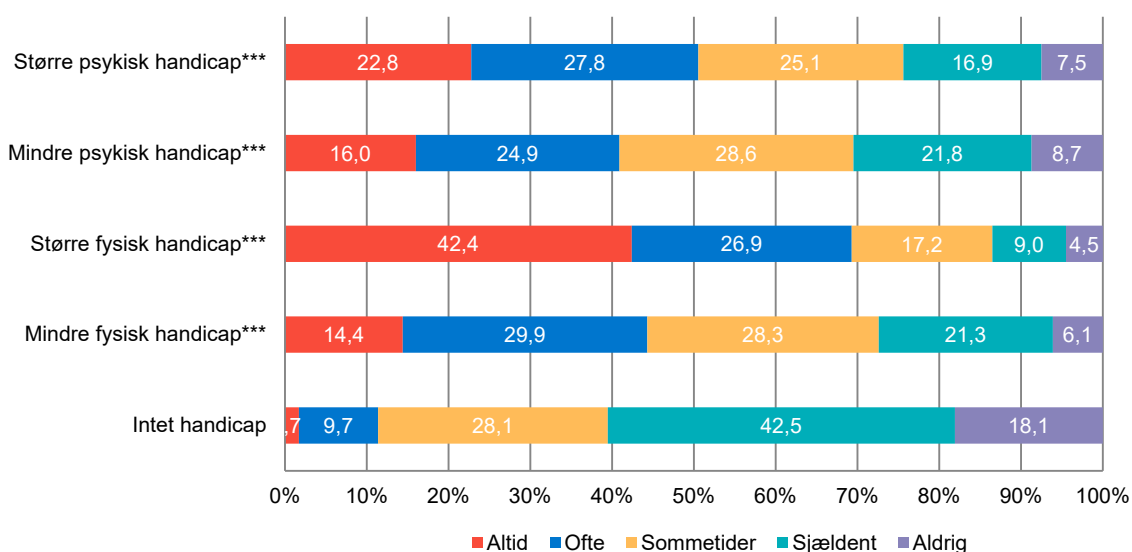
Anm.: N = [490; 1.056; 1.771; 3.691; 14.266]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Som det fremgår af figur 8.5, sover grupperne med handicap i væsentligt mindre grad "godt" eller "virkelig godt" (mellem 27,0 og 45,8 pct.), sammenlignet med personer uden handicap (61,2 pct.). Det fremgår også, at grupperne med større handicap sover dårligst. Blandt gruppen med større fysiske handicap angiver i alt 37,2 pct., at de sover "dårligt" eller "virkelig dårligt", og for gruppen med større psykiske handicap gælder det 45,5 pct. Til sammenligning gælder det 9,2 pct. for gruppen uden handicap.

Søvnoplevelser blandt personer med handicap kan i nogle tilfælde hænge sammen med oplevelser af smerte. Det fremgår af figur 8.6, at grupperne med handicap signifikant oftere oplever at have smerte "altid" eller "ofte", sammenlignet med gruppen uden handicap. Især gælder det personer med større fysiske handicap, hvor 69,3 pct. oplever at have smerter "altid" eller "ofte", efterfulgt af gruppen med større psykiske handicap, hvor det gælder cirka halvdelen af respondenterne (50,6 pct.).

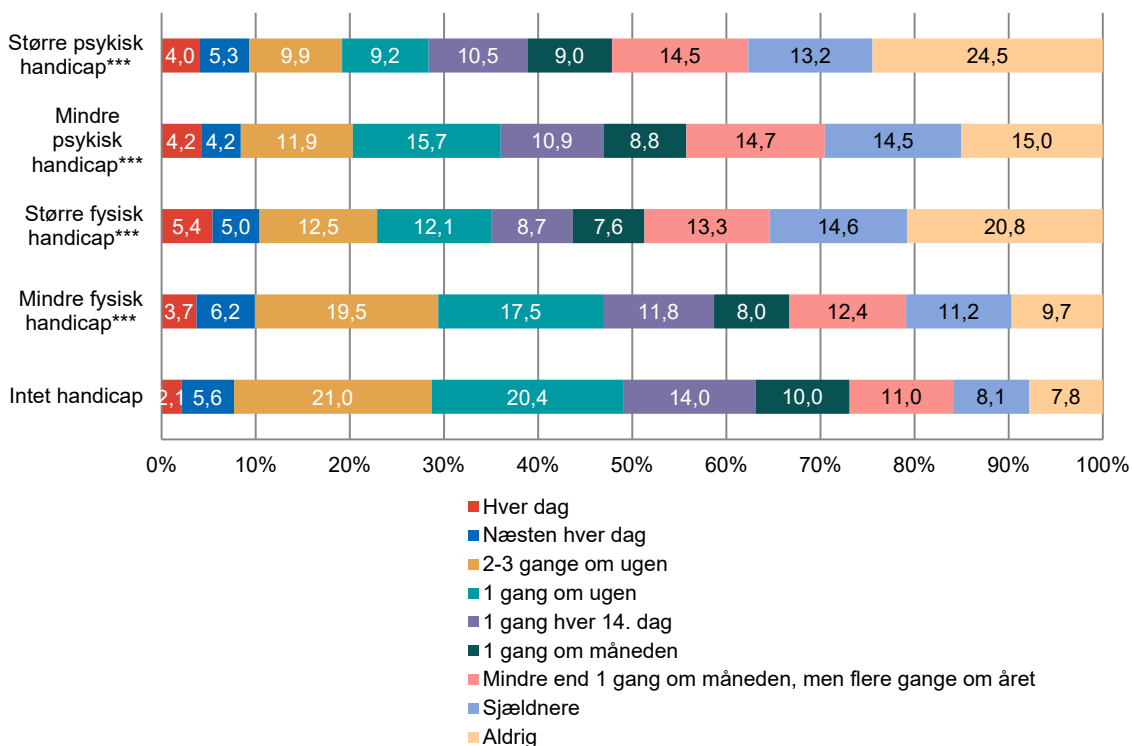
Figur 8.6 Respondenter, fordelt efter, hvor ofte de har smerter. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [488; 1.051; 1.773; 3.687; 14.249]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicappgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Figur 8.7 Respondenter, fordelt efter, hvor ofte de drikker alkohol. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [491; 1.056; 1.774; 3.692; 14.265]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicappgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Det er velkendt, at alkohol- og rygevaner kan have stor indflydelse på den enkeltes helbred. I denne undersøgelse har vi spurgt alle respondenter, hvor ofte de drikker alkohol. Resultaterne fremgår af figur 8.7, hvor vi ser, at grupperne med handicap svarer signifikant anderledes end personer uden handicap. Grupperne med handicap drikker sjældnere alkohol, sammenlignet med personer uden handicap. Imidlertid ser vi også, at det blandt de grupper, der drikker alkohol mindst én gang om ugen, er grupperne med handicap, der i gennemsnit drikker flest genstande (tabel 8.3).

Som vi ser i figur 8.7, er det gruppen med større psykiske handicap, der oftest angiver, at de "aldrig" drikker, hvilket gælder hver fjerde i gruppen. For gruppen uden handicap gælder det 7,8 pct. Det er også gruppen med større psykiske handicap, der i mindre grad end de øvrige grupper drikker mindst én gang om ugen. At mange i gruppen med større psykiske handicap har et meget lavt forbrug af alkohol, kan hænge sammen med, at meget af den medicin, der anvendes mod sindslidelser, ikke harmonerer med alkohol. Omvendt gælder det dog for alle handicapgrupperne, at de oftere (mellem 8,4 pct. og 10,4 pct.) end gruppen uden handicap (7,7 pct.) drikker "hver dag" eller "næsten hver dag". Antallet af genstande om ugen har dog større indflydelse på helbredet, end hvorvidt man drikker hver dag.

I forhold til de respondenter, der drikker mindst én gang om ugen, har vi derfor også spurgt, hvor mange genstande de typisk drikker på en uge (tabel 8.4), hvor vi ser, at grupperne med handicap i gennemsnit drikker signifikant flere genstande om ugen end personer uden handicap. Dette gælder især gruppen med større psykiske handicap, der i gennemsnit angiver 12,2 genstande om ugen.

Tabel 8.4 Antal genstande, som respondenter, der drikker mindst én gang om ugen, typisk drikker på en uge, samt antal personer i hver gruppe. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016.

	Antal genstande	Antal personer
Intet handicap	7,5	7.656
Mindre fysisk handicap	8,6***	1.893
Større fysisk handicap	9,9***	693
Mindre psykisk handicap	9,5**	424
Større psykisk handicap	12,2***	154

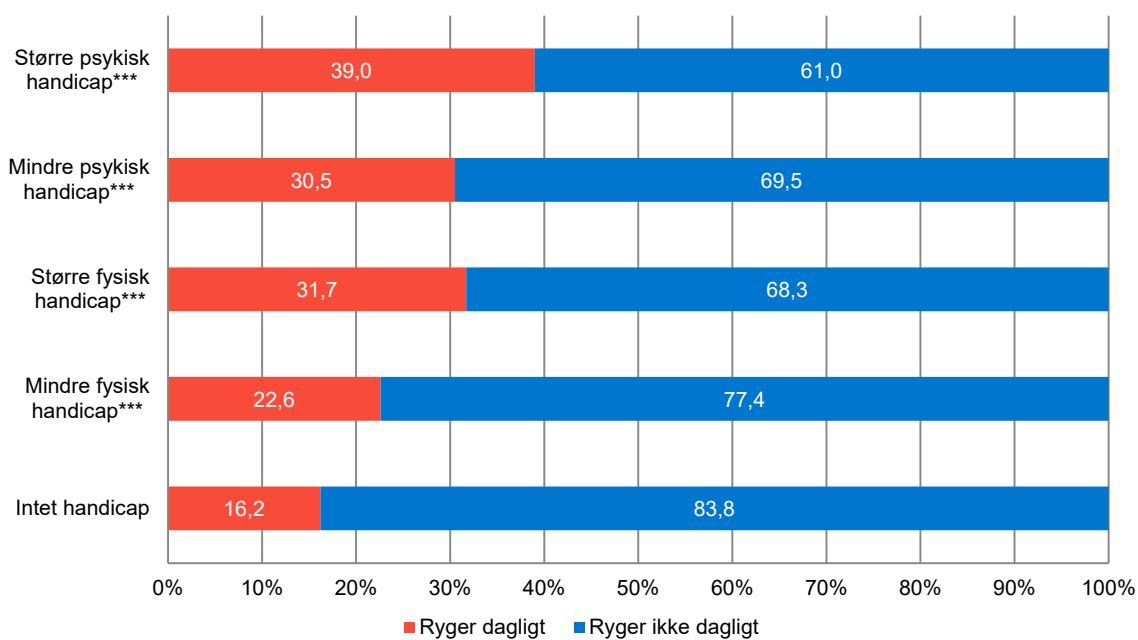
Anm.: Hver handicapgruppes gennemsnit er testet op mod dem uden handicap med z-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Betinget af, at man har angivet, at man drikker mindst én gang om ugen.

Kilde: SHILD 2016.

Andelen blandt voksne danskere, der ryger dagligt, er faldet en del de sidste årtier. Fx var der i 2010 ca. 20,9 pct. rygere i den danske befolkning, hvilket faldt til 17 pct. i 2013 (Sundhedsstyrelsen, 2014). Hvert år er der ca. 12.000 danskere, der dør af rygerelaterede sygdomme.

Vi har spurgt alle respondenter, om de ryger til daglig, og resultatet fremgår af figur 8.8. Grupperne med handicap er signifikant oftere hverdagsrygere, sammenlignet med gruppen uden handicap, hvor vi finder den største koncentration af hverdagsrygere blandt gruppen med større psykiske handicap (39 pct.).

Figur 8.8 Respondenter, fordelt efter, om de ryger dagligt. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [490; 1.056; 1.773; 3.687; 14.256]. Hver handicapgruppe er testet op mod dem uden handicap med z-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

9 DELTAGELSE OG TILGÆNGELIGHED

Dette kapitel sætter fokus på oplevelsen af deltagelse generelt og med vægt på tilgængelighed. Kapitlet omhandler især adgang til informationer og fysisk tilgængelighed, hvor vi i forbindelse med sidstnævnte har særligt fokus på kollektiv transport. Derudover ser vi på deltagelse i kulturelle og sociale aktiviteter. Som i de øvrige kapitler bliver grupperne med hhv. mindre og større fysiske og psykiske handicap sammenlignet med personer uden handicap. I tilfælde, hvor det er muligt og relevant, ser vi på udviklingen siden SHILD 2012.

Hovedresultaterne er:

- Grupperne med handicap har oftere end gruppen uden handicap besvær med at tage bus og tog. Blandt gruppen med større psykiske handicap anvender 33,2 pct. bus og tog uden besvær, og 14,4 pct. gør det med meget besvær. For gruppen uden handicap er det tilsvarende hhv. 89,9 pct. og 0,4 pct.
- Gruppen med større psykiske handicap angiver oftere (59,2 pct.) end de øvrige grupper, at de "sjældnere (end en gang om måneden) eller aldrig" deltager i kulturelle og sociale aktiviteter, hvor det tilsvarende gælder 41,1 pct. for gruppen med mindre fysiske handicap og 30,5 pct. for gruppen uden handicap. Samtidig deltager de to sidstnævnte grupper i højere grad, end de gjorde i 2012, hvilket betyder, at forskellen fra gruppen med større psykiske handicap er øget.
- God fysisk adgang har især betydning for gruppen med større fysiske handicap og deres valg af kulturtilbud, hvor 12,6 pct. vurderer, at det betyder "meget".
- Gruppen med mindre fysiske handicap deltager i forenings- og organisationslivet (fx møder i boligforening, skolebestyrelse, sportsforening, politiske organisationer, fagforeninger, handicaporganisationer) på lige fod med gruppen uden handicap. For de øvrige handicapgrupper gælder, at de deltager væsentligt mindre end gruppen uden handicap. Særligt gælder det gruppen med større psykiske handicap.
- Sammenlignet med gruppen uden handicap (70,7 pct.) er der væsentligt færre blandt grupperne med hhv. større fysiske (69,1 pct.) og større psykiske (62,5 pct.) handicap, der tilbringer tid med udeboende børn, forældre, anden familie eller venner og bekendte mindst én gang om ugen. Her ligner gruppen med mindre fysiske handicap i højere grad gruppen uden handicap.

9.1 Transport

Omgivelser, der er fysisk tilgængelige, giver personer med handicap bedre muligheder for at leve og færdes selvstændigt og i højere grad på lige fod med andre borgere. Når vi fokuserer på mobilitet og tilgængelige omgivelser, handler det i denne sammenhæng om fysisk mobilitet, og her har vi særligt fokus på den kollektive transport (bus og tog). Et tilgængeligt og velfungerende transportsystem er for mange mennesker en forudsætning for at kunne udføre hverdagsaktiviteter. Det må derfor være et mål i sig selv at have og udvikle et transportsystem, som så vidt muligt er tilgængeligt for alle, uanset funktionsniveau.

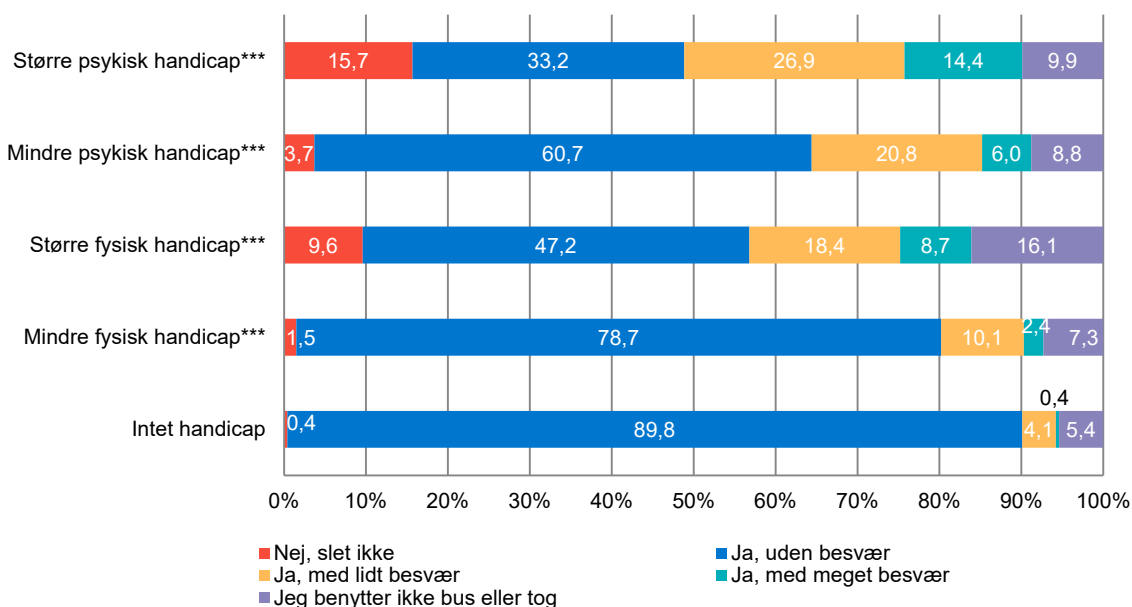
Vores undersøgelse viser, at grupperne med handicap oftere har besvær med at tage bus og tog end gruppen uden handicap. Som det fremgår af figur 9.1, er der også signifikant flere blandt grupperne med handicap end uden handicap, der ikke benytter bus og tog – det gælder særligt gruppen med større fysiske handicap (16,1 pct.), efterfulgt af gruppen med større psykiske handicap (9,9 pct.). Den tilsvarende andel i gruppen uden handicap er 5,4 pct.

Vi kender desværre ikke årsagerne til, at nogle af respondenterne ikke anvender bus og tog. Det kan tænkes, at de dels (frivilligt) benytter sig af en anden løsning, fx cykler, kører i bil, har handicapkørsel eller andet. Det kan tænkes, at især personer med større fysiske handicap har fået tildelt handicapbil, som de anvender i stedet for offentlig transport. Dels kan det dog også (og samtidig) handle om, at erfaringer med transportvanskeligheder betyder, at flere er nødsagede til at finde andre løsninger eller i værste fald helt opgiver at komme rundt.

Imidlertid er mange mennesker afhængige af at komme rundt via den kollektive transport (her bus og tog). Busserne står for størstedelen af passagertransporten (målt i antal påstigere), dog fylder togrejser noget mere i kilometerregnskabet, idet rejselængden med bus typisk er meget kortere end med tog. Der er forskel på adgangen til bus og tog, afhængigt af, hvor man bor. Personer, der bor i hovedstaden, har bedre adgang til bus og tog end fx personer, der bor i Nordjylland. Ifølge Passagerpuls 2016 (Forbrugerrådet Tænk, 2016) er bussernes rutenet i Danmark så fint forgre-net, at 84 pct. af danskerne bor højst 1 km fra et busstoppested. Afstande til togstationer er typisk længere, hvor der i næsten alle danske regioner er mellem 35-42 pct. danskere, der bor højst 2 km fra nærmeste togstation. Her er det kun hovedstaden, der skiller sig ud, idet 86 pct. af borgerne bor højst 2 km fra nærmeste togstation (Forbrugerrådet Tænk, 2016, s. 8).

Som det også fremgår af figur 9.1, oplever grupperne med handicap i signifikant højere grad end gruppen uden handicap at have besvær med at benytte bus og tog. For gruppen med større psykiske handicap er det 33,2 pct., der angiver, at de kan benytte bus og tog uden besvær, og for gruppen med større fysiske handicap er det 47,2 pct. mod 89,8 pct. for gruppen uden handicap.

Figur 9.1 Respondenter, fordelt efter, om de kan benytte bus og tog, også når der er mange passagerer med. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [493; 1056; 1.776; 3.693; 14.265]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Vi kender desværre ikke de konkrete årsager til, at nogle af respondenterne oplever, at det er svært at rejse med bus og tog. Det er dog forventeligt, at personer med handicap i højere grad end

personer uden handicap kan opleve, at det er svært at benytte bus og tog. Alt efter type og grad af handicap kan der være mange udfordringer forbundet med at tage bus og tog. For personer med psykiske handicap kan fx angst, paranoia, posttraumatisk stress eller svær depression i sig selv være en barriere for at benytte bus og tog, blandt andet hvis der er mange passagerer med. Personer med fysiske handicap kan let være udfordrede af fysiske barrierer. Fx kan niveauforskelle på perron og station, trapper og trin gøre adgangen til tog vanskelig for personer, der fx er afhængige af at komme rundt i kørestol. Eller manglende information og/eller ledelinjer kan gøre det vanskeligt for blinde og svagtseende at finde rundt på stationer og perroner, at komme med det rigtige tog eller den rigtige bus samt at finde en optimal (vente)placering. Døve eller personer med hørevanskeligheder kan risikere ikke at få vigtige informationer, fx via højtalere (fx aflysninger, forsinkelser, vigtige ændringer i køreplanen mv). Dertil kan håndtering af billetautomater, at komme af og på bus og tog samt forholdene i selve bussen eller toget mv. indebære vanskeligheder.

En lignende undersøgelse af levevilkår for personer med handicap i Norge (Molden, Wendelborg & Tøssebro, 2009, s. 57-58) viser også, at hver tredje blandt personer med bevægelsesvanskeligheder og psykiske vanskeligheder samt hver fjerde med sansevanskeligheder har svært ved at benytte offentlig transport (her bus, tog, færge og fly). Derudover viser den norske undersøgelse, at det oftere er busrejser (og flyrejser), der giver vanskeligheder, og i mindre grad togrejser. Molden, Wendelborg & Tøssebro (2009, s. 59) finder endvidere, at det særligt er forholdene inde i selve transportmidlet, der gør det svært for personer med handicap. Det er forhold såsom plads, luft, toiletforhold og lignende, der oftest er fremhævet som årsager, og dernæst på- og afstigning samt selve det at komme til eller hen til transportmidlet (den fysiske tilgængelighed).

9.2 Adgang til information

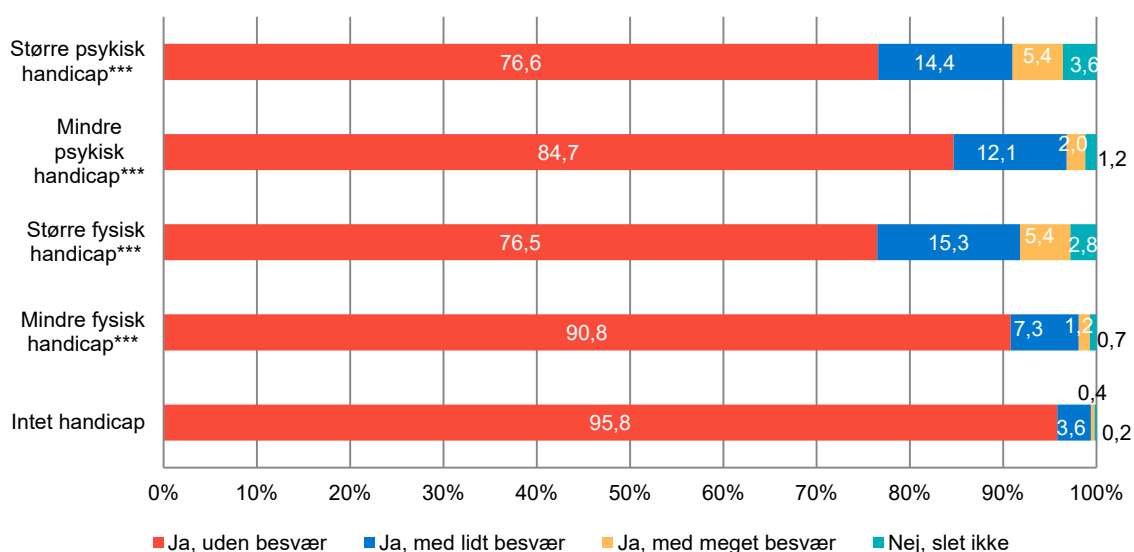
De fleste mennesker er i dag trygge ved at kommunikere digitalt og finde informationer på internettet, og de digitale medier rummer et interessant potentiale til at give fx personer med handicap større indflydelse og samtidig styrke medborgerskab, deltagelse og fællesskab.

Imidlertid kan det for nogle mennesker være vanskeligt at begå sig digitalt. Samtidig med, at de digitale forandringsprocesser skaber nye muligheder, kan de rumme en del udfordringer. Fx kan et synshandicap stille høje krav til det digitale medie, og rent fysisk kan det ligeledes være kompliceret at anvende teknologien, hvis man fx har problemer med hænder og arme.

Vores undersøgelse viser da også, at grupperne med handicap oplever at have det signifikant sværere end gruppen uden handicap i forbindelse med at læse og skrive, finde informationer på offentlige hjemmesider og kommunikere digitalt. Gruppen med større psykiske handicap oplever i højere grad at være besværet af ovenstående aspekter, sammenlignet med de øvrige grupper.

De fleste respondenter kan læse og skrive uden besvær, men som det fremgår af figur 9.2, angiver grupperne med handicap i signifikant højere grad at have besvær med at læse og skrive på papir eller skærm end gruppen uden handicap. Blandt handicapgrupperne er det oftere (3,6 pct.) gruppen med større psykiske handicap, der "slet ikke" kan læse og skrive på papir eller skærm. For gruppen uden handicap gælder det 0,2 pct. Gruppen med mindre fysiske handicap angiver oftere (90,8 pct.) end de øvrige handicapgrupper, at de kan læse og skrive "uden besvær". Det tilsvarende gælder 76,6 pct. for gruppen med større psykiske handicap og 95,8 pct. for gruppen uden handicap.

Figur 9.2 Respondenter, fordelt efter, om de kan læse og skrive på papir eller skærm. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.

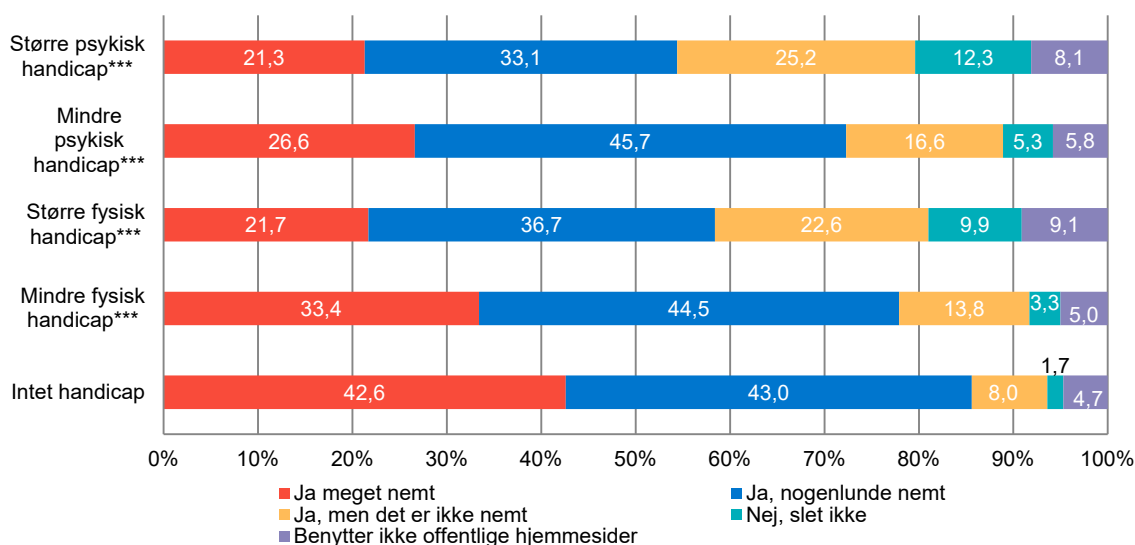


Anm.: N = [493; 1.056; 1.775; 3.692; 14.257]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Grupperne med handicap angiver ligeledes i signifikant højere grad end personer uden handicap, at de har svært ved at finde de informationer, som de søger. I figur 9.3 fremgår det, at der blandt handicapgrupperne er mellem 5 pct. (mindre fysiske handicap) og 9 pct. (større fysiske handicap), der angiver, at de slet ikke bruger offentlige hjemmesider. For personer uden handicap drejer det sig om 4,7 pct.

Figur 9.3 Respondenter, fordelt efter, om og i hvilken grad de kan finde de informationer, de søger, på offentlige hjemmesider. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



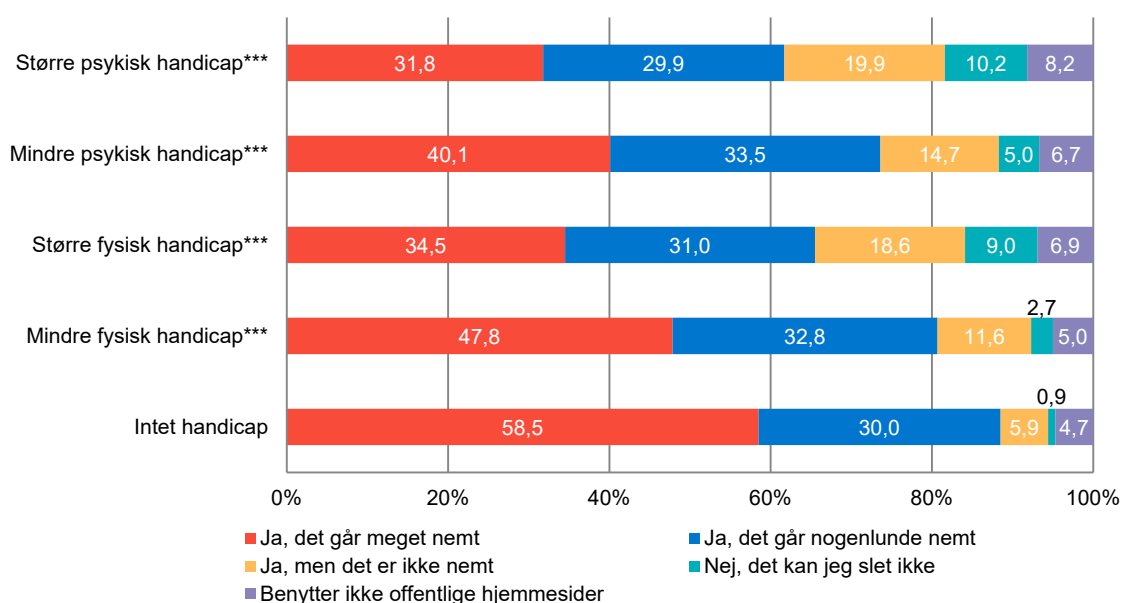
Anm.: N = [493; 1.056; 1.775; 3.692; 14.262]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Mere end en tredjedel (33,4 pct.) blandt gruppen med mindre fysiske handicap angiver, at de "meget nemt" kan finde de informationer, de søger, på offentlige hjemmesider, hvilket er hyppigere end de øvrige handicapgrupper. Blandt gruppen med større psykiske handicap er der færrest (21,3 pct.), der oplever, at det er nemt at finde de informationer, de søger. Blandt gruppen uden handicap drejer det sig om 42,6 pct. Omvendt angiver personer med større psykiske handicap også hyppigere (12,3 pct.), at de "slet ikke" kan finde informationerne. Her drejer det sig om 3,3 pct. i gruppen med mindre fysiske handicap og 1,7 pct. i gruppen uden handicap.

Der er på samme måde signifikant færre i handicapgrupperne end i gruppen uden handicap, der oplever, at det er muligt at kommunikere digitalt med det offentlige ved brug af digital post og selvbetjeningsløsninger (figur 9.4). Igen ser vi, at gruppen med større psykiske handicap har det sværest, hvor lidt mere end hver tredje (31,8 pct.) oplever, at "det går nemt". For gruppen uden handicap gælder det et stykke over halvdelen (58,5 pct.).

Figur 9.4 Respondenter, fordelt efter, om de oplever, at det er muligt at kommunikere digitalt med det offentlige ved brug af digital post og selvbetjeningsløsninger. Særligt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [493; 1.054; 1.776; 3.691; 14.250]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

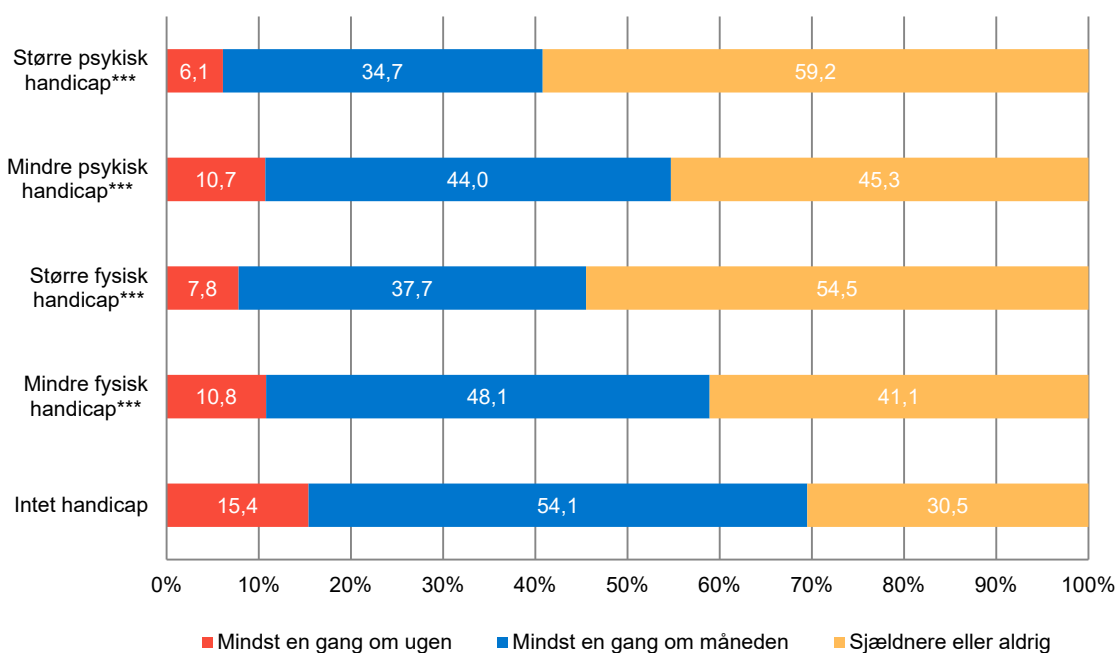
9.3 Kulturelle og sociale aktiviteter samt foreningsliv

Det at have et socialt og kulturelt liv er en væsentlig del af det at være medborger eller deltage i samfundet. Dels indikerer det et engagement hos borgeren, og dels giver det oplevelser, der kan have positiv indflydelse på livskvalitet og sundhed. Det må derfor også være et mål at have og skabe vilkår, således at alle kan deltage i forskellige kulturelle og sociale arenaer, uanset funktionsniveau. I dag kan vi kommunikere og deltage på mange måder, takket være den teknologiske udvikling, men det at mødes med andre personligt og fysisk er en central del af det at have et socialt hverdagsliv. I dette afsnit har vi derfor mere fokus på deltagelse i form af det fysiske møde, hvilket kan give os et billede af, hvordan personer med handicap oplever tilgængeligheden i denne sammenhæng.

Grupperne med handicap angiver i signifikant mindre grad end gruppen uden handicap, at de deltager i kulturelle og sociale aktiviteter (fx biograf, koncert, teater, café, bar, restaurant, diskotek med venner, kollegaer eller familie).

Som det fremgår af figur 9.5, angiver gruppen med større psykiske handicap oftere (59,2 pct.) end de øvrige grupper, at de "sjældnere eller aldrig" deltager i kulturelle og sociale aktiviteter, og denne gruppe fremstår også i denne sammenhæng som den gruppe, der har det sværest. Dette gælder 30,5 pct. for gruppen uden handicap. Gruppen med mindre fysiske handicap er på samme måde den gruppe blandt handicapgrupperne, der ser ud til at klare sig bedst, og de angiver oftest (10,8 pct.), at de deltager i kulturelle og sociale begivenheder "mindst én gang om ugen". Den tilsvarende andel er lavest (6,1 pct.) blandt dem med større psykiske handicap. Blandt personer uden handicap deltager 15,4 pct. mindst én gang om ugen.

Figur 9.5 Respondenter, fordelt efter, hvor ofte de inden for det sidste år har været i biografen, til koncerter, i teatret og lignende, eller på café, bar, restaurant eller diskotek med deres venner, kolleger eller familie. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [491; 1.053; 1.767; 3.690; 14.251]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Set i forhold til 2012 er der signifikant flere i 2016 blandt grupperne hhv. uden handicap og med mindre fysiske handicap, der deltager i kulturelle og sociale aktiviteter (tabel 9.1). Det betyder, at forskellene mellem grupperne hhv. med mindre fysiske handicap og uden handicap på den ene side og de øvrige grupper er øget.

Tabel 9.1 Respondenter, fordelt efter, hvor ofte de inden for det sidste år har været i biografen, til koncerter, i teatret og lignende, eller på café, bar, restaurant eller diskotek med deres venner, kolleger eller familie. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for undersøgelsesår. 2012 og 2016. Procent.

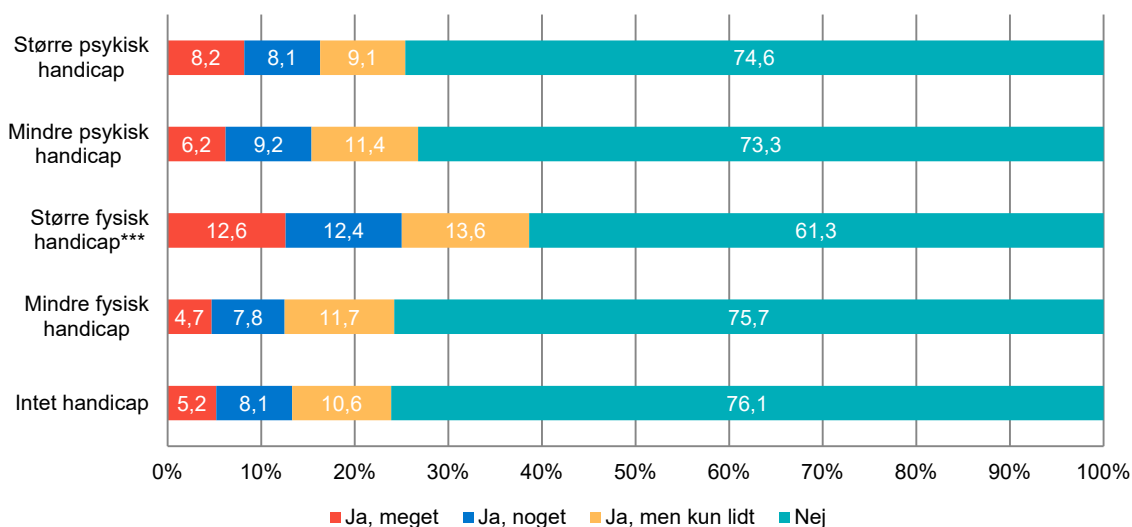
	Intet handicap		Mindre fysisk handicap		Større fysisk handicap		Mindre psykisk handicap		Større psykisk handicap	
	2012	2016***	2012	2016**	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Mindst én gang om ugen	11,4	15,4	8,0	10,8	6,4	7,8	9,8	10,7	7,7	6,1
Mindst én gang om måneden	53,8	54,1	49,0	48,1	39,0	37,7	46,0	44,0	36,7	34,7
Sjældnere eller aldrig	34,9	30,5	42,9	41,1	54,6	54,5	44,2	45,3	55,6	59,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antal personer	13.393	14.251	3.221	3.690	1.483	1.767	1.037	1.053	411	491

Anm.: Forskellen mellem år er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2012 og SHILD 2016.

Overordnet set angiver de fleste respondenter, at "god fysisk adgang" ikke har betydning for deres valg af kulturtilbud. Ikke overraskende er det oftere blandt gruppen med større fysiske handicap, at vi ser, at god fysisk adgang gør en forskel for valget af (eller mulighederne for) kulturelle aktiviteter (fx biograf, koncert, sport, teater). Hvor de øvrige handicapgrupper i højere grad ligner gruppen uden handicap, angiver gruppen med større fysiske handicap signifikant oftere, at adgangen gør en forskel. Som det fremgår af figur 9.6, angiver i alt 25 pct. i gruppen med større fysiske handicap, at god fysisk adgang har "meget" eller "nogen" betydning for deres kulturvalg. Det tilsvarende gælder 12,5 pct. i gruppen med mindre fysiske handicap, hvilket er mindre end i grupperne med psykiske handicap (mellem 15,4 og 16,3 pct.) og stort set det samme som i gruppen uden handicap (13,3 pct.). Vi ser også, at det er det samme mønster, der gør sig gældende, når vi spørger til færden i lokalområdet (café, bar, restaurant, diskotek mm.) (fremgår ikke af figur).

Figur 9.6 Respondenter, fordelt efter deres vurdering af, om god fysisk adgang betyder noget for, hvilke kulturtilbud de vælger (biograf, koncerter, teater, sport mm.). Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



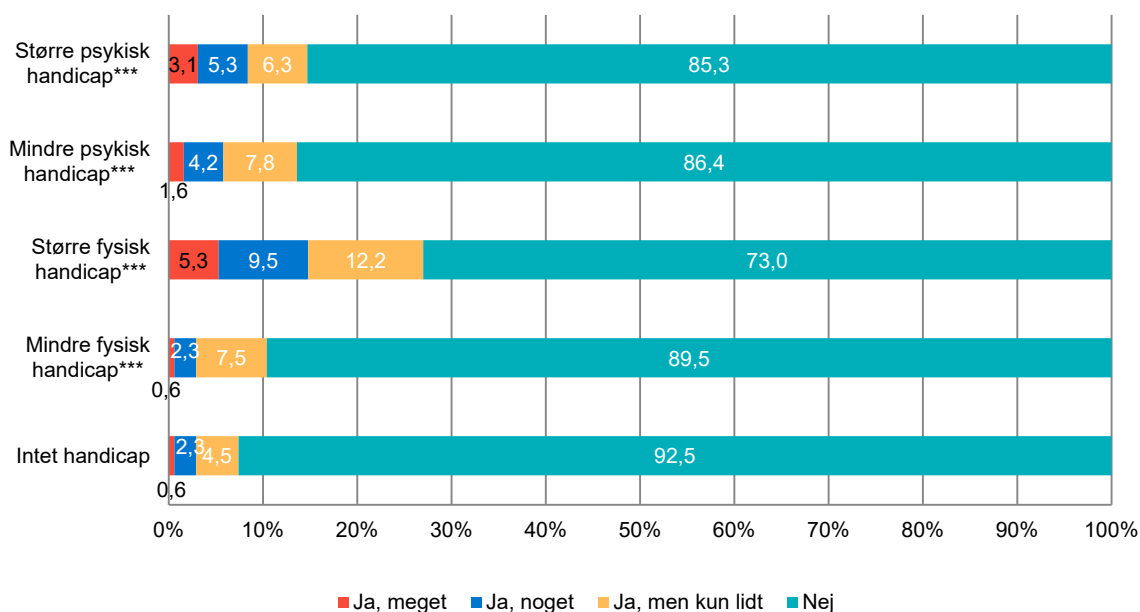
Anm.: N = [488; 1.054; 1.767; 3.684 14.228]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

I hverdagslivet er vi alle mere eller mindre afhængige af at kunne benytte os af forskellige tilbud og ydelser, som ofte findes i bygninger, fx offentlige kontorer, butikker, sundhedscentre, lægehuse mv., hvilket stiller krav til den fysiske adgang. God fysisk adgang til bygninger, som alle benytter, er derfor også en forudsætning for, at personer med handicap kan udføre hverdagsaktiviteter, og dermed også for social og kulturel deltagelse.

Ser vi på respondenternes oplevelser af fysisk adgang til bygninger, som alle benytter (offentlige kontorer, butikker, sundhedscentre, lægehuse mv.), fremgår det, at de fleste ikke oplever problemer. Imidlertid oplever samtlige handicapgrupper signifikant oftere end gruppen uden handicap, at der er problemer. Resultaterne fremgår af figur 9.7, hvor vi også her ser, at gruppen med større fysiske handicap har det sværest, og 27 pct. angiver, at de oplever problemer (enten "meget", "noget" eller "lidt"). Det fremgår samtidig, at grupperne med psykiske handicap oftere end gruppen med mindre fysiske handicap oplever problemer med den fysiske adgang, hvilket kan indikere, at det ikke udelukkende handler om den fysiske tilgængelighed, men måske også om lys og støj samt hvor let det er at finde rundt eller lignende.

Figur 9.7 Respondenter, fordelt efter, om og i hvilken grad de oplever problemer med fysisk adgang til bygninger, som alle benytter (offentlige kontorer, butikker, sundhedscentre, lægehuse mm.). Særskilt for handicap typer og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [490; 1.053; 1.767; 3.687; 14.249]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

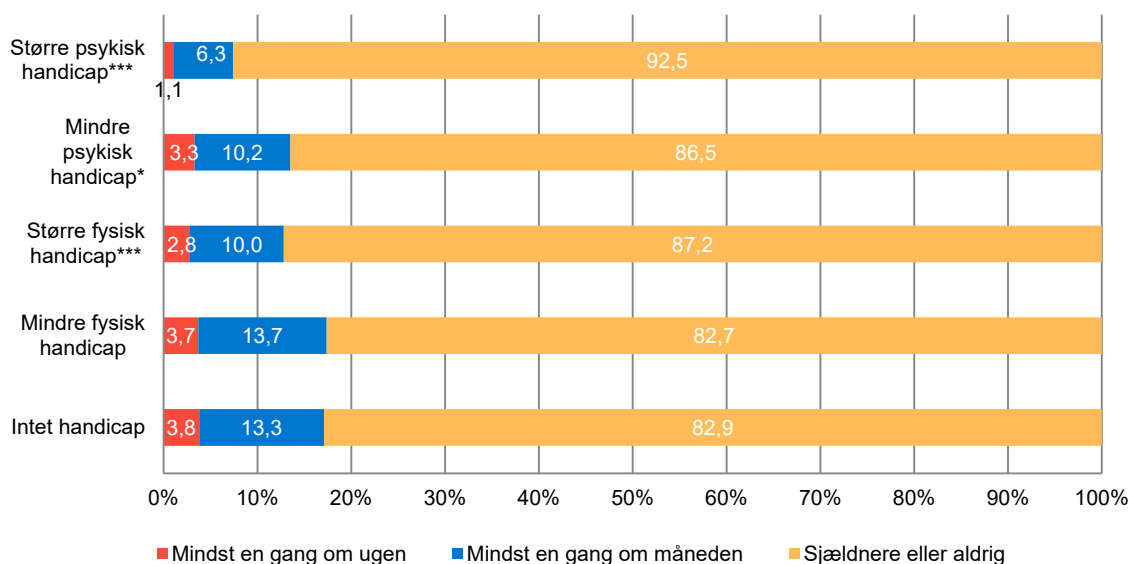
Kilde: SHILD 2016.

En norsk levevilkårsundersøgelse blandt personer med handicap i Norge (Molden, Wendelborg & Tøssebro (2009, s. 69) finder, at i alt 13 pct. oplever besvær med at benytte offentlig service, hvor de fleste angiver at have problemer med dagligvarebutikker, indkøbscentre og offentlige kontorer. Og her er det især personer med betydelige kognitive vanskeligheder, sansevanskeligheder og bevægelsesvanskeligheder, der har problemer med at bruge offentlig service. Dette kan på samme måde indikere, at det ikke kun drejer sig om den fysiske adgang.

I Danmark dyrkes det sociale og kulturelle liv også ofte i forbindelse med deltagelse i forenings- og organisationslivet. I Danmark har der længe været en stærk foreningskultur, og andelen af mennesker, som er medlemmer i frivillige organisationer og foreninger, har traditionelt været høj, typisk også fordi de fleste er medlem af en fagforening.

Imidlertid er medlemskabet af en forening eller organisation ikke nødvendigvis lig med en aktiv deltagelse. I forbindelse med forenings- og organisationslivet (fx møder i boligforening, skolebestyrelse, sportsforening, politiske organisationer, fagforeninger, handicaporganisationer) ser vi, at gruppen med mindre fysiske handicap deltager på lige fod med gruppen uden handicap. Resultatet fremgår af figur 9.8. For alle grupperne gælder det, at de oftest angiver, at de deltager "sjældnere (end én gang om måneden) eller aldrig". For grupperne med hhv. mindre psykiske, større fysiske og større psykiske handicap fremgår det, at de deltager signifikant mindre i forenings- eller organisationsmøder end grupperne hhv. uden handicap samt med mindre fysiske handicap.

Figur 9.8 Respondenter, fordelt efter, hvor ofte de inden for det sidste år har deltaget i forenings- eller organisationsmøder i fx boligforening, skolebestyrelse, sportsforeninger, politiske organisationer, fagforeninger, handicaporganisationer og lign. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



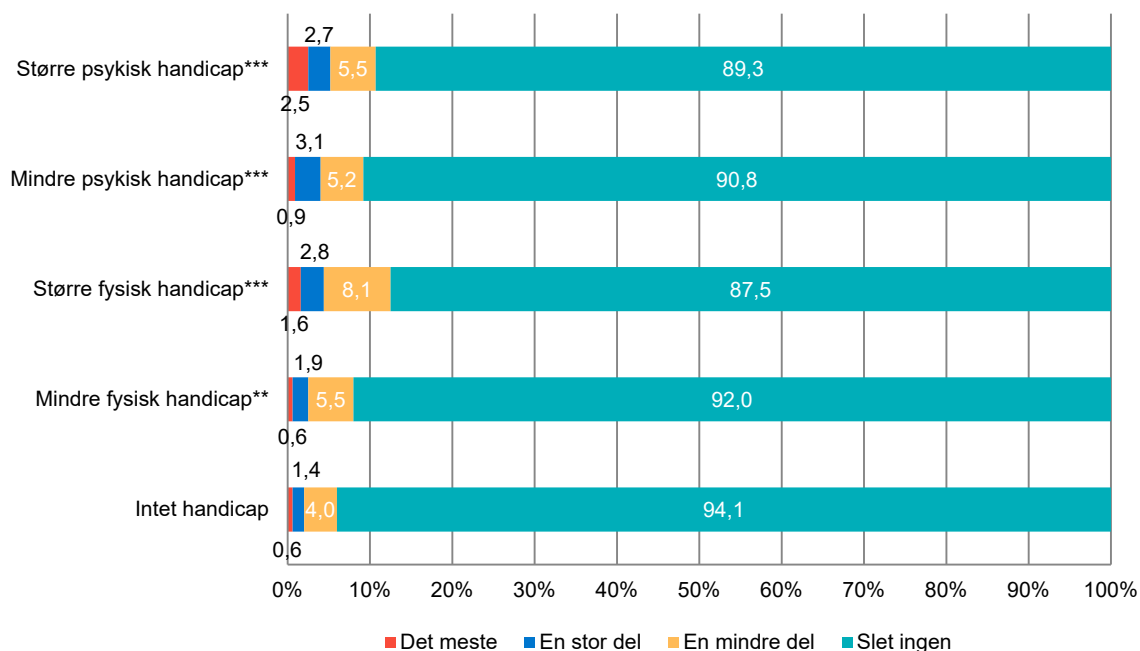
Anm.: N = [491; 1.055; 1.770; 3.689; 14.252]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

Som det også fremgår af figur 9.8, angiver 92,5 pct. i gruppen med større psykiske handicap, at de "sjældnere eller aldrig" deltager, hvor det tilsvarende gælder 82,9 pct. i gruppen uden handicap. På samme måde angiver 1,1 pct. af dem med større psykiske handicap, at de deltager mindst én gang om ugen, set i forhold til 3,8 pct. i gruppen uden handicap.

Ikke overraskende angiver grupperne med handicap signifikant oftere, at deres aktiviteter foregår i handicapforeninger eller handicaprelaterede sammenhænge, end tilfældet er i gruppen uden handicap. Fordelingen fremgår af figur 9.9.

Figur 9.9 Respondenter, fordelt efter, hvor stor en del af deres aktiviteter der foregår i handicapforeninger eller andre handicaprelaterede sammenhænge. Særskilt for handicap typer og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [491; 1.055; 1.771; 3.689; 14.240]. Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Kilde: SHILD 2016.

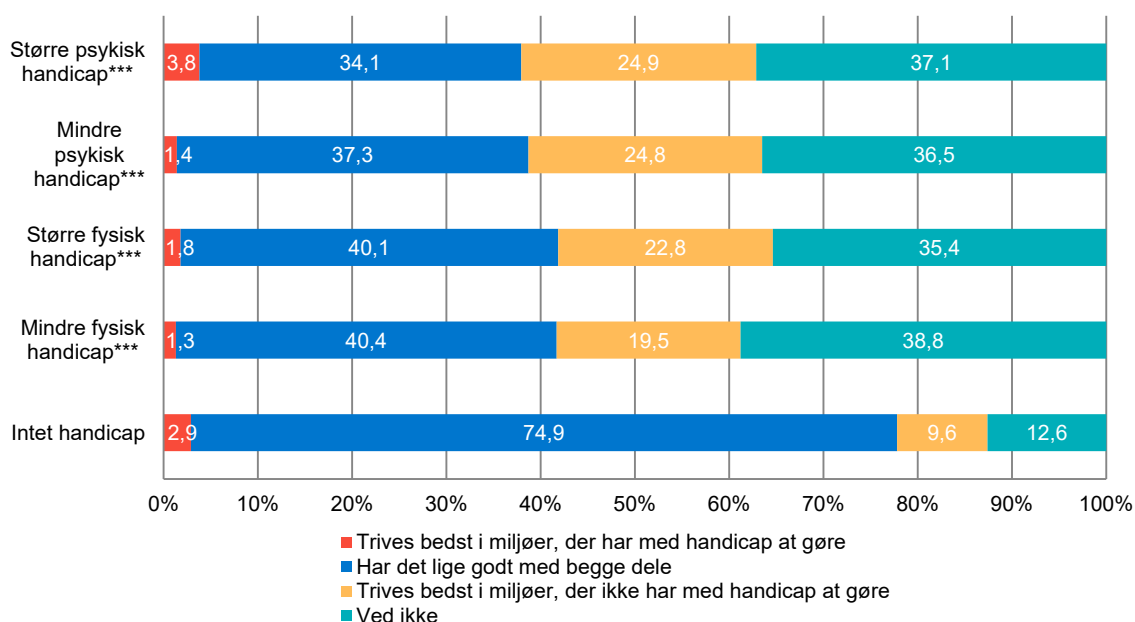
Langt de fleste respondenter angiver dog, at "slet ingen" del af deres aktiviteter foregår i handicapforeninger eller handicaprelaterede sammenhænge. Gruppen med større psykiske handicap angiver oftere (5,2 pct.) end de øvrige grupper, at "det meste" eller "en stor del" af deres aktiviteter foregår i handicapforeninger eller handicaprelaterede sammenhænge. For gruppen uden handicap er dette 2 pct.

Som det fremgår af figur 9.10, er det også oftere (3,8 pct.) gruppen med større psykiske handicap, der angiver, at de "Trives bedst i miljøer, der har med handicap at gøre". Imidlertid er det også oftere (24,9 pct.) gruppen med større psykiske handicap (sammen med gruppen med mindre psykiske handicap), der angiver, at de "Trives bedst i miljøer, der ikke har med handicap at gøre". Blandt gruppen uden handicap angiver 9,6 pct., at de "Trives bedst i miljøer, der ikke har med handicap at gøre".

En relativt stor andel af respondenterne har svaret "ved ikke" til spørgsmålet om, hvilke miljøer de trives bedst i. Dette kan muligvis have baggrund i formuleringen af spørgsmålet, hvor det måske kan være uklart, hvad vi mener med miljøer, der har eller ikke har med handicap at gøre, da det kan dække over mange forskellige kontekster.

Vi har også undersøgt udviklingen fra 2012 til 2016 for deltagelse i forenings- eller organisationsmøder for de fem grupper. Med undtagelse af gruppen uden handicap sker der ingen statistisk signifikante ændringer, og også for denne gruppe er forskellene små (ikke vist i en figur).

Figur 9.10 Respondenter, fordelt efter, hvilke miljøer de trives bedst i. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [491; 1.056; 1.771; 3.690; 912] Forskellen mellem gruppen uden handicap og de fire handicapgrupper er testet med Chi²-test. *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05. Betinget af, at man har et handicap, eller at minimum en mindre del af ens aktivitet foregår i handicapforeninger eller handicaprelaterede sammenhænge.

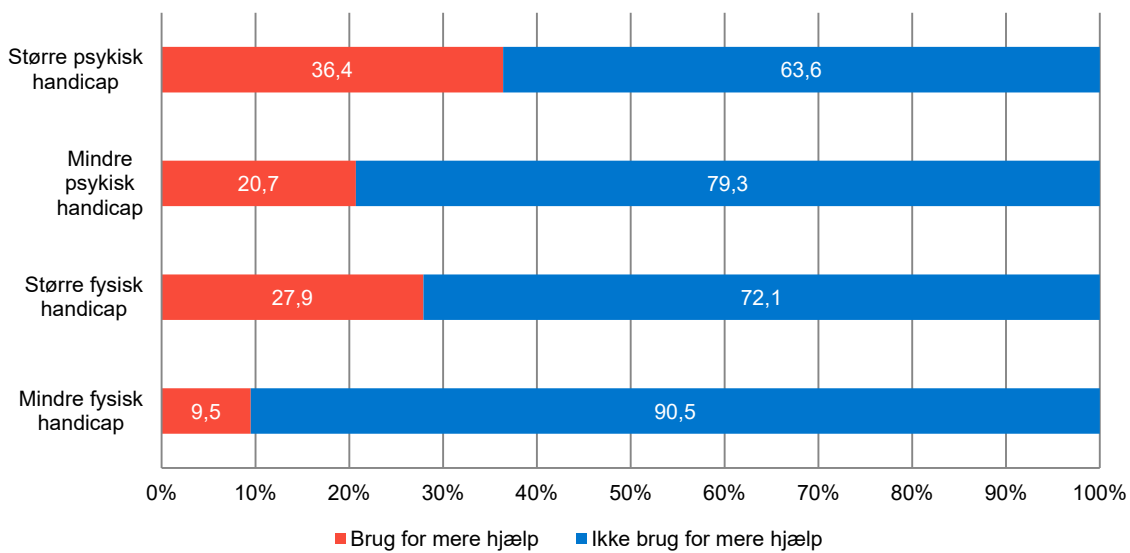
Kilde: SHILD 2016.

Set i forhold til gruppen uden handicap er der signifikant færre blandt grupperne med hhv. større fysiske, mindre psykiske og større psykiske handicap, der tilbringer tid med udeboende børn, forældre, anden familie eller venner og bekendte. Her ligner gruppen med mindre fysiske handicap i højere grad personer uden handicap. Fordelingen fremgår af figur 9.11.

Som det også fremgår af figur 9.11, angiver gruppen med større psykiske handicap i mindre grad (62,5 pct.) end de øvrige grupper, at de ser familie eller venner "mindst én gang om ugen". Det tilsvarende gælder 70,7 pct. blandt gruppen uden handicap. På samme måde er det også oftere (6 pct.) gruppen med større psykiske handicap, der angiver, at de "sjældnere eller aldrig" tilbringer tid med familie eller venner. For gruppen uden handicap drejer dette sig om 1,6 pct. Vi ved ikke, om respondenterne har et ønske om at se familie og venner oftere eller sjældnere.

I nogle sammenhænge kan det være familie og venner, der motiverer eller hjælper den enkelte i forbindelse med social og kulturel deltagelse. I figur 9.12 ser vi på, hvorvidt respondenterne kunne have brug for mere hjælp fra andre for at være mere aktivt deltagende. Her ser vi blandt andet, at gruppen med større psykiske handicap oftere (36,4 pct.) end de øvrige grupper angiver, at de vil have brug for mere hjælp fra andre for at være mere aktivt deltagende, end de er nu, efterfulgt af gruppen med større fysiske handicap (27,9 pct.), dernæst gruppen med mindre psykiske handicap (20,7 pct.). I gruppen med mindre fysiske handicap er der noget færre (9,5 pct.) end i de øvrige grupper, der angiver, at deres aktive deltagelse vil kunne øges med mere hjælp.

Figur 9.11 Respondenter, fordelt efter, om de vurderer, at de har brug for mere hjælp fra andre for at være mere aktivt deltagende, end de er nu. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [488; 1.053; 1.764; 3.680].

Kilde: SHILD 2016.

10 DISKRIMINATION

Formålet med dette kapitel er at undersøge, i hvilket omfang og i hvilke situationer personer med handicap oplever, at de bliver diskrimineret. Forbud mod diskrimination er indsat i en række bestemmelser om menneskerettigheder, fx FN's handicapkonvention. Danmark tiltrådte handicapkonventionen i 2009, hvormed vi forpligter os til "at forbyde enhver diskrimination på grund af handicap".

I Danmark er der dog ikke et generelt forbud mod diskrimination på grund af handicap, og personer med handicap er foreløbig kun beskyttet ved lov mod diskrimination på arbejdsmarkedet. Den danske børne- og socialminister har i februar 2017 rejst et forslag om et generelt forbud mod diskrimination af handicappede. Dette lovforslag forventes behandlet i Folketinget i efteråret 2017.

Et generelt forbud mod diskrimination af personer med handicap betyder helt konkret, at personer med handicap har mulighed for at klage, hvis de føler sig diskrimineret. Danmark er det eneste nordiske land, som ikke allerede har indført et generelt forbud mod diskrimination på grund af handicap.³⁰ Fx vedtog Norge et diskriminationsforbud i 2004, og Finland vedtog ét i 2014. Sverige har haft forskellige reguleringer på området siden 1999. Både i FN's Menneskerettighedsråd og i FN's Handicapkomité har der været kritik af den danske lovgivning for hidtil ikke at leve op til handicapkonventionen.

Dette kapitel undersøger bl.a. oplevet diskrimination, hvem der diskriminerer, samt oplevet diskrimination i forhold til at tegne forsikringer.

Hovedresultaterne er:

- I alt vurderer 13,6 pct. af personer med et handicap at være blevet diskrimineret på grund af deres handicap.
- Personer med et større handicap oplever at være blevet diskrimineret i højere grad end personer med et mindre handicap.
- Personer med et synligt handicap vurderer i højere grad at være blevet diskrimineret end personer med et ikke-synligt handicap.
- Andelen, der oplever at være blevet diskrimineret, er overordnet set den samme som i 2012. For grupperne med psykiske handicap er der dog flere, der føler sig diskrimineret i 2016.
- Personer med handicap oplever hyppigst diskrimination fra arbejdsgivere, personale i uddannelsessektoren, arbejdskollegaer og medstuderende.
- Blandt personer med handicap har cirka hver fjerde oplevet at få afslag på at tegne forsikring med deres helbred eller handicap som begrundelse. Blandt personerne med et større fysisk handicap er andelen en tredjedel.
- Det er især livsforsikringer og ulykkesforsikringer, som personer med handicap oplever at få afslag på.
- Det er især personer med større fysiske handicap, der oplever enten at have fået afslag eller skærpede betingelser, som fx begrænset dækning, forhøjet præmie eller andre vilkår, når de har tegnet forsikringer.

30. Lovens formål er at forhindre forskelsbehandling på grund af handicap og at fremme ligebehandling for personer med handicap. Lovforslaget omfatter dog ikke pligt til handikaptilpasning.

10.1 Definition af diskrimination

Diskrimination kan have mange former og kan komme til udtryk på flere måder³¹ og kan have konsekvenser for, om en person med handicap får en uddannelse, et job, den rigtige (og rettidige) behandling i sundhedsvæsenet og en forsikring, og for, om han eller hun engagerer sig i kulturlivet eller sociale aktiviteter osv.

Når vi i denne undersøgelse af hverdagsliv og levevilkår for personer med handicap fokuserer på diskrimination, er det med udgangspunkt i respondentens egen vurdering, og diskrimination er her baseret på to parametre:

1. Den definition af diskrimination, som er præsenteret i SHILD: "Diskrimination finder sted, når folk bliver forskelsbehandlet, fordi de opfattes som forskellige fra andre".
2. Respondentens egen vurdering af, hvorvidt han/hun føler, at han/hun er blevet diskrimineret.

Vi tager dermed udgangspunkt i den oplevede diskrimination. Denne type diskrimination kaldes også den "subjektive" diskrimination og bygger altså på borgerens egen (subjektive) oplevelse af en situation. Det vil sige, at det ikke nødvendigvis drejer sig om en faktisk (objektiv) diskrimination, der indebærer en konkret, påviselig og eventuelt ulovlig forskelsbehandling.

10.2 Diskrimination på grund af handicap

I undersøgelsen er alle deltagere blevet spurgt, om de oplever diskrimination på baggrund af forskellige karakteristika.³²

Blandt personer med handicap vurderer 13,6 pct., at de bliver diskrimineret på grund af deres handicap, et længerevarende helbredsproblem eller en psykisk lidelse. Samlet set for handicap-grupperne er der ikke sket nogen statistisk signifikant udvikling siden 2012, hvor det var 12,8 pct. af deltagerne, der oplevede diskrimination (tabel 10.1).

Tabel 10.1 Andelen af respondenter, der har været udsat for diskrimination på grund af deres handicap. Særskilt for handicaptyper og -grader af handicap samt for alle med handicap. 2012 og 2016. Procent.

	2012	2016
Alle med handicap	12,8	13,6
Mindre fysisk handicap	6,7	7,0
Større fysisk handicap	23,6	24,4
Mindre psykisk handicap	14,5	18,2*
Større psykisk handicap	31,8	39,6*

Anm.: Forskellen mellem år er testet med z-test. ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05.

Kilde: SHILD 2012, SHILD 2016.

31. Diskrimination kan komme til udtryk direkte, indirekte, institutionelt, ikke-institutionelt, bevidst og ubevidst (Jensen mfl., 2012). Diskriminerende handlinger er ofte forbundet med mundtlig aggression, undgåelse, individuelle tilfælde af urimelig behandling og fysisk angreb eller aggression (Institut for Menneskerettigheder, 2011).

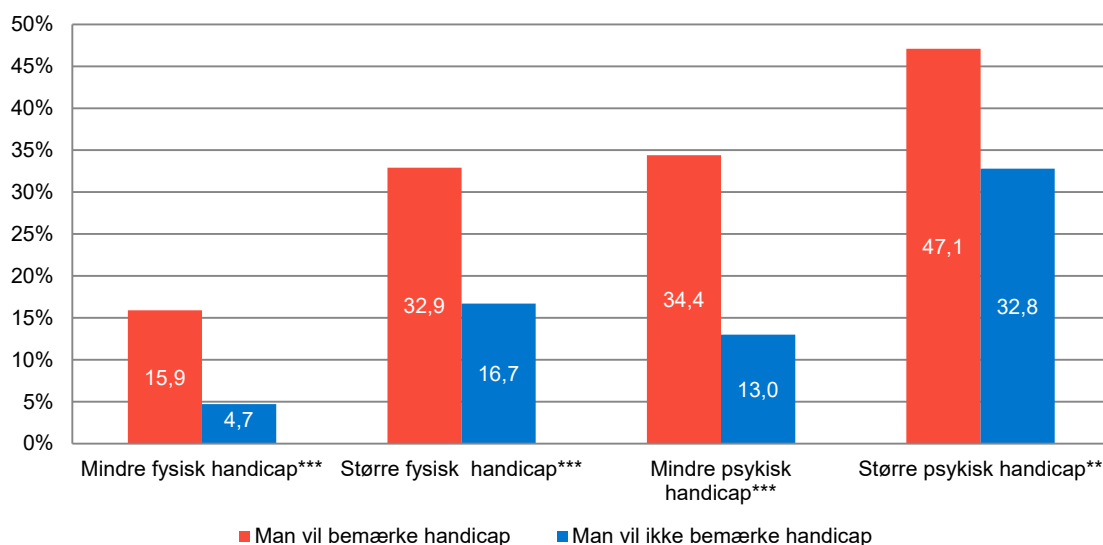
32. I spørgeskemaundersøgelsen spørger vi ligeledes til oplevelsen af diskrimination i relation til køn, alder, etnicitet, religion, seksuel orientering, udseende, højde, vægt, samlevens samt børns eller forældres handicap, længerevarende helbredsproblem eller psykisk lidelse. Helt konkret har vi spurgt til alle karakteristika således: "Diskrimination finder sted, når folk bliver forskelsbehandlet, fordi de opfattes som forskellige fra andre. Føler du, at du bliver forskelsbehandlet på grund af [karakteristika]?"

Det fremgår af tabellen, at flere personer med psykiske handicap oplever at blive diskrimineret i 2016 end i 2012. Blandt personer med et mindre psykisk handicap oplevede 18,2 pct. diskrimination på grund af deres handicap i 2016, hvor det i 2012 drejede sig om 14,5 pct. På samme måde ser vi, at andelen af personer med et større psykisk handicap, der oplever diskrimination på grund af deres handicap, er steget signifikant, fra 31,8 pct. i 2012 til 39,6 pct. i 2016.

Handicaptypen viser sig at være afgørende for, om den enkelte oplever at blive diskrimineret. SHILD 2016 viser, ligesom SHILD 2012, at personer med et større fysisk handicap har mere end tre gange større sandsynlighed for at opleve diskrimination på baggrund af deres handicap i forhold til personer med et mindre fysisk handicap. Samme tendens viser sig blandt personer med psykiske handicap, hvor sandsynligheden for at opleve diskrimination er dobbelt så stor, hvis der er tale om et større psykisk handicap, som hvis der er tale om et mindre psykisk handicap.

Hvor nemt man bemærker en persons handicap, kan spille en rolle for, om personen med handicap oplever diskrimination. Deltagerne i SHILD er blevet spurgt om, hvor hurtigt en fremmed vil bemærke deres handicap. Helt konkret har vi spurgt: "Vil en fremmed i løbet af 5 minutter lægge mærke til, at du har et handicap, et helbredsproblem eller en psykisk lidelse?". Hvis respondenterne har svaret, at dette "Altid" eller "Nogle gange" er tilfældet, har vi antaget, at handicappet er nemt at bemærke.

Figur 10.1 Respondenter, der oplever diskrimination på grund af deres handicap, fordelt efter egen vurdering af, om handicappet vil blive bemærket. Særsigt for handicaptyper og -grader. 2016. Procent.



Kilde: SHILD 2016.

Som det fremgår af figur 10.1, har det stor betydning, hvor nemt et givet handicap bemærkes, for hvorvidt den enkelte oplever diskrimination på grund af sit handicap. For alle fire typer af handicap er der signifikant forskel på, hvorvidt man oplever diskrimination, alt efter om man vurderer, at ens handicap nemt bemærkes eller ej.³³

Blandt andet ser vi, at det blandt personerne med et mindre fysisk handicap, som bemærkes, er 15,9 pct., der oplever diskrimination, mens det blandt dem med et mindre fysisk handicap, som ikke bemærkes, er 4,7 pct., der oplever diskrimination.

33. Det samme gjorde sig gældende for SHILD 2012, og der er ingen udvikling i forskellene mellem 2012 og 2016, derfor vises disse tal ikke.

Personer, der selv vurderer, at deres handicap nemt bemærkes, oplever altså i højere grad at blive diskrimineret og vil måske i højere grad også tilskrive diskriminationen deres handicap. Både graden af handicap, og hvor nemt handicappet bemærkes, har altså betydning for, hvorvidt en person oplever diskrimination på grund af sit handicap.

10.2.1 Hvem forskelsbehandler?

Blandt de personer med handicap, der oplever diskrimination grundet deres handicap, har vi spurgt "Hvem forskelsbehandler dig på grund af handicap, længerevarende helbredsproblem eller psykisk lidelse?". Her skulle deltagerne vælge den vigtigste og altså kun afgive ét svar. Svarmulighederne fremgår af tabel 10.2.

Tabel 10.2 Respondenter, der har oplevet diskrimination, fordelt efter vurdering af, hvem den vigtigste, der har forskelsbehandlet dem, er. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap og for undersøgelsesår. 2012 og 2016. Procent.

	Alle med handicap *		Mindre fysisk handicap		Større fysisk handicap ***		Mindre psykisk handicap		Større psykisk handicap	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
Ven eller nabo	9	6	8	7	9	5	8	8	9	5
Familie eller slægtninge	20	14	18	11	20	15	23	18	23	14
Arbejdsgiver/personale i uddannelsessektoren/arbejdskolleger/medstuderende	22	26	29	35	16	20	23	30	18	19
- særskilt for arbejdsgiver/personale i uddannelsessektoren i 2016		15		17		14		18		11
- særskilt for arbejdskolleger/medstuderende i 2016		10		15		6		12		7
Personale i den kommunale administration	16	15	12	10	19	17	16	14	14	17
Hjemmehjælpere, støttepersoner, sundhedspersonale	2	4	4	2	2	5	-	-	4	6
Personer fra foreningsliv, fx idrætsklub	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale i butikker, biografteater, bus eller tog	5	2	-	-	8	2	-	-	-	-
Fremmed person	11	14	11	17	12	14	9	10	15	14
Andre	14	18	13	13	14	20	17	15	9	22
Antal personer	591	647	167	195	322	367	138	164	123	176

Anm.: Når en celle i tabellen er markeret med (-), skyldes det, at der er for få personer i cellen til, at vi kan udtale os om denne celle. Forskellen mellem år er testet med z-test. ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05. I 2012 blev der i spørgeskemaet samlet spurgt til forskelsbehandling fra "Arbejdsgiver/personale i uddannelsessektoren/arbejdskollega/medstuderende", i 2016 blev denne kategori delt op, så der blev spurgt særskilt til "Arbejdsgiver/personale i uddannelsessektoren" og "Arbejdskollega/medstuderende". I tabellen opgives både det samlede og det opdelte tal for år 2016.

Kilde: SHILD 2012, SHILD 2016.

Som det fremgår af tabellen, oplever personer med handicap hyppigst diskrimination fra "Arbejdsgiver/personale i uddannelsessektoren/arbejdskollega/medstuderende" (26 pct.). Dernæst er det hyppigst "Andre" (18 pct.) end dem, vi har listet, "Personale i den kommunale administration" (15 pct.), "Familie eller slægtninge" (14 pct.) og "Fremmede" (14 pct.).

Det er således hyppigst i relationer, knyttet til arbejdsinstitutioner og uddannelsesinstitutioner, at personer med handicap oplever diskrimination.

10.3 Diskrimination i forbindelse med at tegne forsikringer

På baggrund af en antagelse om, at der er ulighed i forhold til adgang til forsikring, har vi valgt at se nærmere på diskrimination af personer med handicap i forbindelse med at tegne forsikringer. Spørgsmålene om forsikringer er desværre kun medtaget i 2016, så vi kan ikke se på udviklingen siden 2012 inden for området.

De enkelte forsikringsselskaber fastlægger selv vilkårene for at tegne forsikring på baggrund af statistik og den enkelte persons konkrete forhold. Forsikringsselskaberne kan dermed selv vælge, hvorvidt de vil tilbyde en forsikring med forhøjet præmie eller med forbehold, samt om de vil afslå en henvendelse. Et afslag kan fx dreje sig om tilfælde, hvor forsikringsselskabet vurderer, at risikoen ved en hændelse, som forsikringen skal dække, er høj eller ikke kan vurderes. Forsikringsselskaberne er forpligtede til at give en saglig begrundelse for et afslag, dog er der ikke nogen bindende retningslinjer for, hvad "saglig begrundelse" dækker over. Helt konkret kan det betyde, at forsikringsselskaber nægter personer med handicap forsikringer, der udbetaler kompensation ved kritisk sygdom, tab af erhvervssevne, invaliditet eller død³⁴ (Institut for Menneskerettigheder, 2016).³⁵

Vi har i SHILD 2016 spurgt: "Har du oplevet at få afslag på at tegne forsikring, som blev begrundet i dit helbred eller handicap?". Det fremgår af tabel 10.3, at der blandt alle respondenter med handicap er 24 pct., der har oplevet at få afslag på at tegne forsikring med deres helbred eller handicap som begrundelse. Blandt personerne med et større fysisk handicap har en tredjedel af respondenterne oplevet at få afslag på at tegne forsikring med deres helbred eller handicap som begrundelse.

Tabel 10.3 Respondenter, der har oplevet at få afslag på at tegne forsikring med deres handicap eller helbred som begrundelse. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent og antal.

	Procent	Antal personer
Alle med handicap	24,0	6.062
Mindre fysisk handicap	20,5	3.676
Større fysisk handicap	33,6	1.755
Mindre psykisk handicap	20,2	1.048
Større psykisk handicap	26,1	482

Kilde: SHILD 2016.

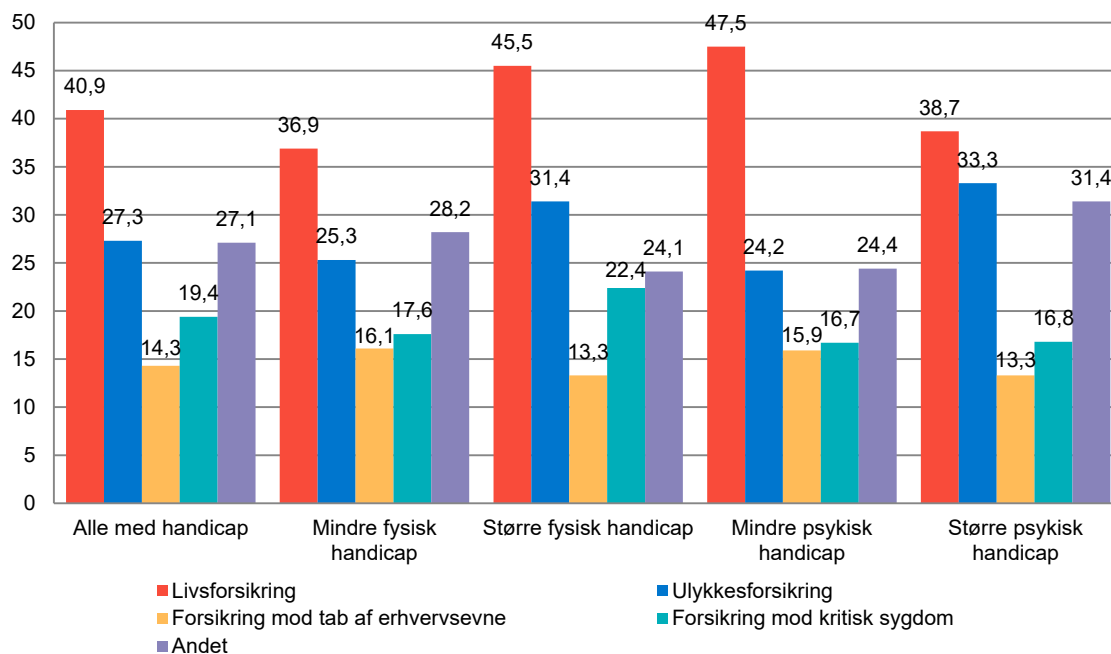
De personer med handicap, der har oplevet at få afslag på en forsikring, er yderligere blevet spurgt om, hvilken slags forsikring der var tale om. Resultaterne i figur 10.2 viser, at der især er tale om livsforsikringer, når personer med handicap oplever at få afslag. Her er det nemlig 40,9 pct., der svarer, at de har fået afslag på at tegne en livsforsikring med handicap eller helbred som begrundelse. Dernæst er det ulykkesforsikring, hvor 27,1 pct. af deltagerne svarer, at det er denne type forsikring, de har fået afslag på at tegne.³⁶

34. Institut for Menneskerettigheder (2016) vurderer, at dette er i strid med FN's handicapkonvention, hvor der bl.a. står, at delta-gerstaterne "er forpligtede til at sikre, at personer med handicap tilbydes sygeforsikringer og livsforsikringer på retfærdige og rimelige vilkår" (art. 25, litre e).

35. Finanstilsynet har undersøgt muligheder for personer med psykisk sygdom for at tegne forsikring (Finanstilsynet, 2015). Undersøgelsen viser, at der ikke er konstateret regelbrud hos nogle af de undersøgte selskaber. Mange borgere har dog haft en oplevelse af uretmæssigt at være blevet afvist af forsikringsselskaberne.

36. Det er muligt at vælge flere forsikringstyper.

Figur 10.2 Andelen af respondenter, der har fået afslag på at tegne en forsikring med helbred eller handicap som begrundelse, som har fået afslag på specifikke typer af forsikringer. 2016. Procent.



Anm.: N = [1.439; 752; 590; 214; 139]. Det var også muligt at angive, at man havde fået afslag på indbo- eller rejseforsikring med handicap eller helbred som begrundelse, men grundet meget få besvarelser har vi udeladt disse forsikringstyper fra figuren.

Kilde: SHILD 2016.

Blandt personer med handicap, der har oplevet at få afslag på en forsikring, har langt de fleste (81,2 pct.) "kun" fået afslag på én type forsikring. Der er 12,6 pct., der har oplevet at få afslag på mindst to af de fremhævede forsikringstyper, og 6,3 pct., der har oplevet at få afslag på mindst tre forsikringstyper (tabel 10.4).

Tabel 10.4 Respondenter, der har fået afslag på at tegne en forsikring med helbred eller handicap som begrundelse, fordelt efter antal typer af forsikringer, de har fået afslag på. 2016. Procent.

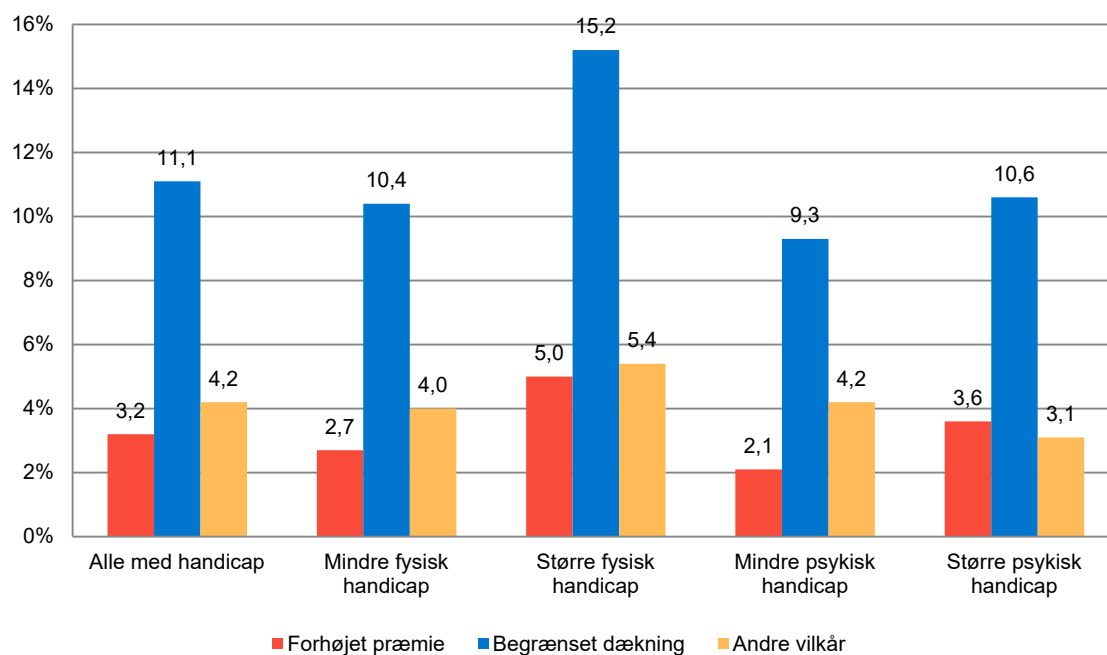
Antal forsikringer	Procent
1	81,2
2	12,6
3	4,5
4	1,1
5 eller flere	0,7
Total	100

Kilde: SHILD 2016.

I SHILD har vi desuden spurgt om følgende i forhold til skærpede betingelser: "Har du oplevet, at pensionskasser eller forsikringselskaber stiller skærpede betingelser – fx forhøjet præmie eller begrænset dækning – på grund af dit helbred eller handicap?", og vi har igen spurgt, hvilken type forsikring dette drejede sig om.

Resultaterne i figur 10.3 viser, at der blandt alle respondenter med handicap er 3,2 pct., der angiver, at de har fået en forhøjet præmie, mens 11,1 pct. har fået begrænset dækning, og 4,2 pct. har fået andre vilkår. De skærpede betingelser gør sig især gældende for personer med større fysiske handicap.

Figur 10.3 Andelen af respondenter, der har oplevet, at der blev stillet specifikke, skærpede betingelser for forsikringer med helbred eller handicap som begrundelse. Særskilt for handicaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [6.054; 3.671; 1.751; 1.049; 483].

Kilde: SHILD 2016.

For langt de fleste (71,4 pct.) gælder det, at de "kun" har oplevet, at der var skærpede betingelser for én type af forsikring. For 18,1 pct. af deltagerne drejede det sig om to forsikringstyper.

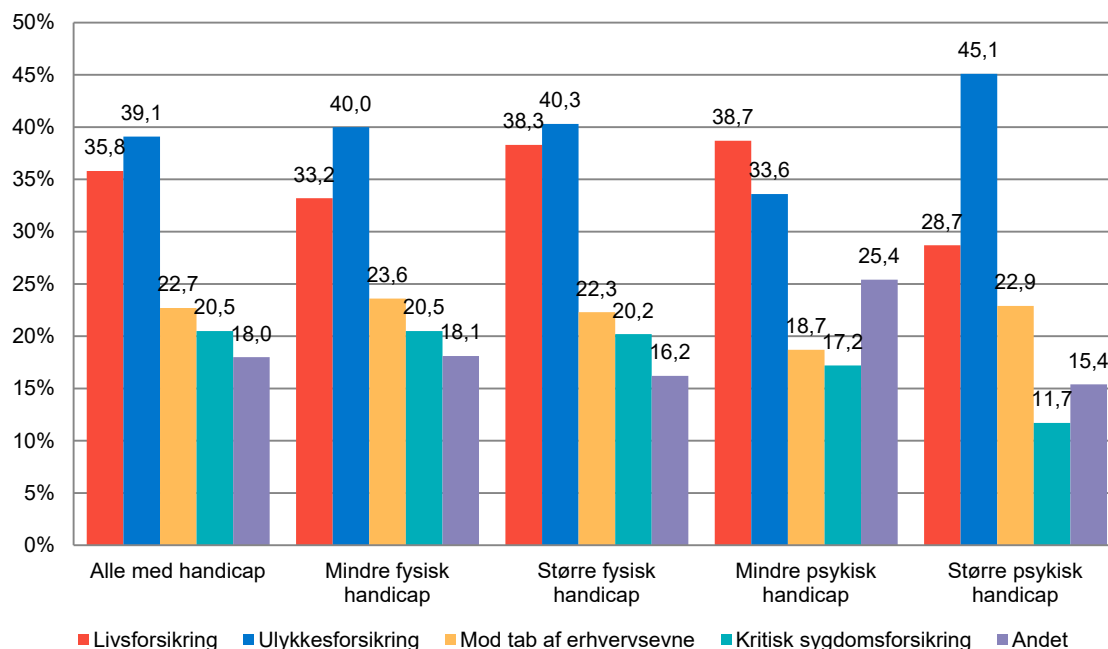
Tablet 10.5 Respondenter, der har oplevet, at der blev stillet specifikke, skærpede betingelser for forsikringer med helbred eller handicap som begrundelse, fordelt efter antal typer af forsikringer, hvor der blev stillet skærpede betingelser. 2016. Procent.

Antal forsikringer	Procent
1	71,4
2	18,1
3	7,5
4	2
5 eller flere	1
Total	100

Kilde: SHILD 2016.

I forhold til den enkeltes oplevelser med skærpede betingelser i forbindelse med at tegne forsikring drejer det sig særligt om ulykkesforsikring (39,1 pct.) og livsforsikring (35,8 pct.). I forhold til forsikringer mod tab af erhvervsevne og kritisk sygdomsforsikring har cirka hver femte respondent med et handicap oplevet, at der blev stillet skærpede betingelser.

Figur 10.4 Andelen af respondenter, der har oplevet, at der blev stillet skærpede betingelser til specifikke typer af forsikringer med helbred eller handicap som begrundelse. Særskilt for handikaptyper og -grader samt for personer uden handicap. 2016. Procent.



Anm.: N = [1.133; 643; 446; 165; 90]. Det var også muligt at angive, at der blev stillet skærpede betingelser for indbo- eller rejseforsikring med handicap eller helbred som begrundelse, men grundet meget få besvarelser har vi udeladt disse forsikringstyper fra figuren.

Kilde: SHILD 2016.

Der tegner sig et billede af, at personer med handicap kan have svært ved at tegne forsikringer. Det er oftest livs- og ulykkesforsikringer samt kritisk sygdomsforsikring og forsikring mod tab af erhvervsevne, som personer med handicap får afslag på, eller hvor de bliver tilbudt skærpede betingelser. Det er sjældnere indboforsikring og rejseforsikring, som personer med handicap har svært ved at få. Undersøgelsen tegner dermed et billede af, at diskrimination aktuelt er et reelt problem for mange personer med handicap i Danmark.

LITTERATUR

- Bengtsson, S. (2008): *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. København: SFI, Socialforskningsinstituttet, 08:18.
- Bengtsson, S. & N.D. Gupta (2017): "Identifying the effects of education on the ability to cope with a disability among individuals with disabilities". *PLOS One*.
- Bengtsson, S. & D.L. Stigaard (2011): *Aktuel skandinavisk og britisk handicapforskning. En kortlægning af miljøer*. København. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:44.
- Bengtsson S., N.C. Mateu & A. Høst, (2010): *Blinde og stærkt svagsynede. Barrierer for samfundsdeltagelse*. København. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 10:17.
- Brinkmann, S. & A. Petersen (2015): *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Århus: Forlaget Klim.
- Crawford, E., M. Turpin, S. Nayar, E. Steel & J-L. Durand, (2016): "The structural-personal interaction: Occupational deprivation and asylum seekers in Australia". *Journal of Occupational Science*, 23 (3), s. 321-338.
- Daumit G.L, F.B. Dickerson, N.-Y. Wang, A. Dalcin, G.J. Jerome, C.A.M. Andersen, D.R. Young, K.D. Frick, A. Yu, J.V. Gennusa III, M. Oefinger, R.M. Crum, J. Charleston, S.S. Casagrand, E. Guallar, R.W. Goldberg, L.M. Campbell & L.J. Appel (2013): "A Behavioral Weight-loss Intervention in Persons with Serious Mental Illness". *The New England Journal of Medicine*. 368: 1594-1602. Tilgængelig på: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1214530>. Besøgt: 26-06-2017.
- Det Centrale Handicapråd (2002): *Dansk handicappolitik. Lige muligheder gennem dialog*. København: Det Centrale Handicapråd.
- DH – Danske Handicaporganisationer (2015): *En dobbeltminoritet i fokus – Styrk mulighederne i det danske samfund for etniske minoriteter med handicap*. Statusrapport til Social-, Børne- og Integrationsministeriet. Tilgængelig på: <http://www.handicap.dk/politik/dhs-projekter/2015-dobbeltminoriteter/bag-om/>. Besøgt: 07-08-2107.
- DH – Danske Handicaporganisationer (2017a): "Studerende med handicap mistrives og kvitter studiet". Tilgængelig på: <http://www.handicap.dk/nyheder/nyhedsarkiv/studerende-med-handicap-mistrives-og-kvitter-studiet/>. Besøgt: 07-08-2017.
- DH – Danske Handicaporganisationer (2017b): Gør sagsbehandlingen bedre for borgerne. Tilgængelig på: <http://www.handicap.dk/nyheder/nyhedsarkiv/goer-sagsbehandlingen-bedre-for-borgerne/>. Besøgt: 07-08-2017.
- DH – Danske Handicaporganisationer (2017c) "Dialog om den gode sagsbehandling". Tilgængelig på: <http://www.handicap.dk/lokalafdelinger/afdelingens-politiske-arbejde/5-politiske-temaer/retssikkerhed/sagsbehandling/>. Besøgt: 07-08-2107.
- Durocher, E., B.E. Gibson & S. Rappolt (2014): "Occupational Justice: A conceptual review". *Journal of Occupational Science*, 21, s. 418-430.

- Finanstilsynet (2015): *Forsikringssselskabers håndtering af mennesker med psykiske lidelser*. København: Finanstilsynet.
- Gellerstedt, L.C. & B. Danermark (2004): "Hearing impairment, Working Life Conditions and Gender". *Scandinavian Journal of disability research*, 6(3): 225-245.
- Hocking, C. (2012): "Working for citizenship: The dangers of occupational deprivation". *Work*, 41(4), s. 391-395.
- Holt H., M. Larsen, H.B. Bach & S. Jensen (2015): *Borgere i fleksjob efter reformen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 15:31.
- IMR – Institut for Menneskerettigheder (2017): "De 10 største udfordringer. Hvad mener instituttet er de største udfordringer for, at Danmark lever op til handicapkonventionen". Tilgængelig på: <https://menneskeret.dk/emner/handicap/10-stoerste-udfordringer>. Besøgt: 07-08-2017.
- Sindberg, M. (2017): "Studerende med handicap må opgive studierne". I: *Information*, 6. juli 2017, Indland. Tilgængelig på: <https://www.information.dk/indland/2017/07/studerende-handicap-maa-opgive-studierne>. Besøgt: 07-08-2017.
- Jo Cox Commission (2015): Someone cares if I'm not there – Addressing loneliness in disabled people. A report by the disability charity sense for the Jo Cox Commission on loneliness. https://www.sense.org.uk/sites/default/files/loneliness_report_-_someone_cares_if_im_not_there.pdf. Besøgt: 04-09-2017.
- KL & DH (Kommunernes Landsorganisation & Danske Handicaporganisationer) (2010): *Handicap-råd – Den gode praksis*. KL & DH.
- Larsen, F.B. (2008): *Fysisk sygdom hos psykisk syge*. Region Midtjylland. Center for Folkesundhed. Sundhedsfremme og Forebyggelse nr. 4, januar 2008.
- Larsen, L.B. (2012): *Blinde og stærkt svagsynede – muligheder for kompetencegivende uddannelse*. Specialeafhandling ved kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, Aalborg Universitet.
- Larsen, L.B., M.L. Sommer & S. Bengtsson (2014): *Døve og døvblevne mennesker. Hverdagsliv og levevilkår*. København. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 14:07.
- Larsen, M.R. & M. Larsen (2017): *Handicap, beskæftigelse og uddannelse i 2016*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 17:15.
- Larsen M.R. & J. Høgelund (2014): *Handicap, Uddannelse og Beskæftigelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 14:26.
- Mik-Meyer, N. (2016): "Disability and 'care': Managers, employees and colleagues with impairments negotiating the social order of disability". *Work, Employment and Society*. 30(6), s. 984-999.
- Mik-Meyer, N. (2015): "Gender and disability. Feminizing Male Employees with Visible Impairments in Danish Work Organizations". *Gender, Work & Organization*, 22(6), s. 579-595.
- Molden, T.H., C. Wendelborg & J. Tøssebro (2009): *Levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne. Analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007 (LFK)*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.

- Oliver, M. (1990): *The politics of disablement*. Basingstoke: Macmillan and St. Martin's Press.
- Pitkala, K.H., Routasalo, P., Kautiainen, H. & Tilvis, R.S. (2009): "Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial". *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 64a, s. 792-800.
- Regeringen (2016): *10 mål for social mobilitet. Fordi alle kan*.
- Robertson, S. (2006): "I've been like a coiled spring this last week: embodied masculinity and health". *Sociology of Health and Illness*, 28(4), s. 433-456.
- Socialstyrelsen, (2017): *Sagsbehandling*. Tilgængelig på: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling/om-sagsbehandling>. Besøgt: 23-06-2017.
- Socialministeriet (2017): *Mennesker med handicap og socialt udsatte får bedre hjælp og enklere regler*. Tilgængelig på: <http://socialministeriet.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2017/jun/mennesker-med-handicap-og-socialt-udsatte-faar-bedre-hjaelp-og-enklere-regler/>. Besøgt 19-06-2017.
- Spastikerforeningen (2016): *Livet med CP*. Tilgængelig på: <https://www.spastikerforeningen.dk/livet-med-cp/aeldre/> Besøgt: 08-08-2017.
- Statens Institut for Folkesundhed (SIF) (2007): *Folkesundhedsrapporten – Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Statens Institut for Folkesundhed (SIF) (2004): *Kønssforskelle i sygdom og sundhed*. Tilgængelig på: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/konssforskelle_rapport.pdf. Besøgt: 22-08-2017.
- Sundhedsstyrelsen (2017): *Fysisk aktivitet*. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet>. Besøgt: 22-08-2017.
- Sundhedsstyrelsen (2014): *Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Townsend, E. (2003): "Power and justice in enabling occupation". *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70, s. 74-87.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (2015): *Faktaark: Studietider på universiteterne*. Notat. København: Uddannelses- og Forskningsministeriet.
- Wilcock, A.A. (1991): "Occupational Science". *British Journal of Occupational Therapy*, 54(8), s. 297-300.
- Whiteford, G. (2004): "When people cannot participate: Occupational deprivation". I: C. Christiansen & E. Townsend (red.): *An introduction to occupation. The art and science of living*, s. 221-242, Upper Sadle River, NJ: Prentice Hall.
- Whiteford, G. (2000): "Occupational deprivation: Global challenge in the new millennium." *British Journal of Occupational Therapy*, 64, s. 200-210.
- WHO – World Health Organization (2017): *BMI Classification*. Tilgængelig på: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. Besøgt: 28-07-2017.

WHO – World Health Organization (2016): *ICD-10 Version: 2016. Chapter V Mental and behavioural disorder (F00-F99)*. Tilgængelig på: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F50>. Besøgt: 28-07-2017.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD